

ficiënte vena saphena magna of parva geëlimineerd, doch tevens worden insufficiënte venae perforantes klinisch, eventueel flebografisch, gelokaliseerd en onderbonden. Het is duidelijk dat deze vorm van operatieve behandeling bij secundaire varices slechts palliatief is en geen genezing brengt. De verhoogde druk in het diepe veneuze systeem blijft bestaan. Wel kan men aldus aanzienlijke verbetering bereiken wat betreft de zo gevreesde complicaties, zoals het *ulcus cruris varicosum* en de re-

cidiverende *flebitis varicosum*. Met name geldt dit indien de complicaties nog niet al te lang bestaan, zodat er nog niet teveel irreversibele veranderingen zijn opgetreden in de weefsels.

Het behoeft geen nader betoog, dat de heelkundige behandeling van varices aldus van een kleine onbeduidende manipulatie in vele gevallen is geworden tot een grote en langdurige operatie, die soms zelfs in verschillende tempi moet worden uitgevoerd.

## Geestelijke gezondheidszorg; structuur en organisatie

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Het is voor de huisarts van veel belang kennis te nemen van het rapport *Geestelijke Gezondheidszorg; structuur en organisatie*, samengesteld in opdracht van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg. Ook de commentaren daarop van *Querido* en van de zijde van het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Gezondheid zijn uitermate belangwekkend.

Vooreerst valt op dat in het rapport de functie van de huisarts in het geheel niet ter sprake komt en vervolgens, dat aan de overheid een uitgangsmogelijkheid wordt geboden voor het te voeren beleid in zake de geestelijk gezondheidszorg. Het verdient dan ook aanbeveling dat door de huisartsen aan dit rapport aandacht wordt geschonken teneinde te zijner tijd aan de discussie daarover te kunnen deelnemen.

Het rapport vermeldt, dat de geestelijke gezondheidszorg zich in een weinig overzichtelijke situatie bevindt, welke aanleiding zou kunnen geven tot het ontstaan van een crisis. De ontwikkelingen die zich op het terrein van de gezondheidszorg hebben voorgedaan, zijn volgens de samenstellers\*) vergelijkbaar met de ontwikkelingen die plaats vinden in het maatschappelijk werk. Zoals ook bij het laatstgenoemde het geval is ontbreekt het nog vaak aan voldoende status naar buiten en is de weg naar de geestelijke gezondheidszorg moeilijk te vinden. De nota stelt dan: „Nu de maatschappij bewust plaats wil inruimen voor de geestelijke gezondheidszorg, stelt zij tegelijkertijd de bestaande voorzieningen voor een grote verantwoordelijkheid: namelijk een zodanige structuur te scheppen voor het geheel van de geestelijke gezondheidszorg, dat een adequaat antwoord gegeven kan worden op de behoeften van de gemeenschap, een structuur waarbinnen de verder te verwachten ontwikkelingen op dit gebied op evenwichtige wijze kunnen worden opgevangen.” Deze nota wil tot deze (her-)structurering een bijdrage leveren.

\* J. M. W. Jongmans, C. H. G. M. Kuitenbrouwer, J. O. M. Maas en Dr. C. J. B. J. Trimbos.

Aan het in de nota gestelde, liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

De behoefte aan een gericht beleid voor het gehele terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

De behoefte aan een duidelijke, doorzichtige en efficiënte structuur in de verschillende sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en de behoefte aan een onderlinge afstemming der sectoren, met name een goede aansluiting van de ambulante voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg aan de klinische instituten op dit terrein.

De behoefte aan een goede coördinatie en integratie van de verschillende voorzieningen die zich met de zorg voor de mens en zijn noden bezighouden: met name van het maatschappelijke werk, de lichamelijke gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Rekening zal worden gehouden met de bestaande voorzieningen.

In het rapport wordt onder geestelijke gezondheidszorg verstaan een zo breed mogelijk terrein met activiteiten, die betrekking hebben op het herstellen, behouden of bevorderen van de geestelijke gezondheid. Het gaat dus om curatieve, preventieve en positieve gezondheidszorg, in die zin dat de samenstellers ook de sociale en klinische zorg, besteed aan de patiënt met onherstelbare psychische defecttoestanden, tot het door hen gebruikte begrip „geestelijke gezondheidszorg” willen rekenen. Het werkkterrein van deze zorg valt uiteen in: klinische geestelijke gezondheidszorg; ambulante geestelijke gezondheidszorg; andere voorzieningen met een duidelijk aspect van geestelijke gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld het maatschappelijke werk, de zielszorg, de reclasering en dergelijke; andere activiteiten in de maatschappij, zoals het onderwijs, het jeugdwerk, de politiek, enzovoort.

Wat de klinische geestelijke gezondheidszorg betreft merken de samenstellers op, dat er grote behoefte is aan centra van waaruit op grond van een goede kennis van diverse klinische voorzieningen op adequate wijze kan worden verwezen.

Wat de ambulante geestelijke gezondheidszorg betreft wordt opgemerkt, dat er een ontwikkeling gaande is van de individuele poliklinische behandeling naar een meer omvattende behandeling door een team van specialisten. Deze ontwikkeling dient in elk geval te worden gestimuleerd. De moeilijkheid is daarbij de band met de kliniek te bewaren. Bovendien zal hier de samenwerking met de lichamelijke en de maatschappelijke gezondheidszorg moeten worden gewaarborgd.

Volgens de samenstellers is een herstructurering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg nodig en daarmee houdt men zich in het rapport dan ook in hoofdzaak bezig. Vooral in dit opzicht bestaat er een grote behoefte aan integratie. Daarnaast is men van mening, dat in deze sector „niet over voldoende mankracht uit de verschillende disciplines wordt beschikt om het werk goed te kunnen doen.” Ook wordt opgemerkt „dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg in een uitermate kwetsbare financiële en organisatorische situatie verkeert.” De communicatie tussen de verschillende onderdelen van de ambulante zorg is vaak veel te gering waardoor, zo wordt in het rapport gezegd, isolatie en verstarring in het werk optreden. De belangrijkste reden echter om deze sector in het middelpunt van de belangstelling te plaatsen is dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg „nog geen vaste plaats heeft in de gemeenschap, vooral in de lokale gemeenschap.” Als belangrijkste uitgangspunten voor het beleid noemt de nota onder meer dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg regionaal zal moeten worden georganiseerd om te komen tot de noodzakelijke aansluiting bij de lokale gemeenschap. Deze organisatie heeft niet per se op levensbeschouwelijke basis te zijn gefundeerd. Supra-provinciale organen en de overheid krijgen een toezichthoudende casu quo subsidiërende taak. Het rapport stelt voor de uitvoerende diensten te bundelen in regionale instituten voor geestelijke gezondheidszorg (R.I.G.G.). Deze instituten zijn niet bedoeld als poliklinische verlengstukken van klinische inrichtingen, maar er zullen wel banden moeten worden gelegd met de klinieken en de andere vormen van medische en maatschappelijke hulpverlening.

De taak van een R.I.G.G. wordt als drieledig gezien namelijk: curatief; consultatief en voorlichtend. Wat de curatieve functie betreft, het is de bedoeling dat een R.I.G.G. in staat is alle categorieën psychisch gestoorden, voor zover deze niet reeds door anderen worden opgevangen, te kunnen helpen. Daarbij wordt aangenomen dat het R.I.G.G. in staat zal zijn alle thans reeds bestaande diensten te kunnen verlenen zoals bijvoorbeeld die van een sociaal psychiatrische dienst, van een medisch opvoedkundig bureau (M.O.B.) en van een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden (L.M. bureau).

Deze werkzaamheden zouden dan naast en zo mogelijk in samenwerking met de reeds bestaande instituten moeten worden verricht. Wat de con-

sultatieve functie betreft, een aantal instellingen kan behoefte hebben aan psycho-hygiënische adviezen en deze kunnen worden verstrekt door de medewerkers van het R.I.G.G. Wat de voorlichting betreft wordt in het rapport van de gedachte uitgegaan, dat men zich zal moeten richten tot een zo groot mogelijke groep van gezonden om hen te behoeden voor mogelijke stoornissen op psychisch terrein.

Het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg heeft een belangrijk stuk werk geleverd, waarvoor wij met name de samenstellers van het rapport dankbaar moeten zijn. Het is mijns inziens jammer dat de plaats van de huisarts en zijn mogelijke taak en functie in het geheel niet ter sprake is gebracht. De vraag doet zich voor of hij is vergeten of dat men hem niet in staat acht een rol bij de uitvoering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg te vervullen. Het is eveneens denkbaar dat de samenstellers bij het schrijven over de „lichamelijke gezondheidszorg” voornamelijk hebben gedacht aan de figuur van de huisarts met voorbijzien van de grote rol welke deze in het gezin op psycho-sociaal gebied nu reeds vervult. Men kan het volkomen met het rapport eens zijn, dat er een ontwikkeling gaande is van individueel werk naar werken in teamverband en dat deze moet worden gestimuleerd. Gaarne zouden wij zien dat de huisarts een plaats krijgt in het team dat de uitvoering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg ter hand neemt. Dit lijkt des te meer noodzakelijk, daar vrijwel alle huisartsen een aantal psychisch gestoorde patiënten onder hun hoede hebben met wie zij soms wekelijks hebben te maken. De huisarts heeft nu reeds een belangrijk aandeel in de ambulante zorg. In het rapport is dat helaas onvermeld gebleven.

In het *jaarverslag* 1964 van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid worden enkele belangrijke opmerkingen gemaakt naar aanleiding van het hier besproken rapport. De Stichting is van mening, dat de praktijk slechts zal kunnen leren of de huisarts is berekend voor de taak de psychisch gestoorde patiënt mede op te vangen. Anderzijds wordt gesteld, „dat de burger er aanspraak op heeft, dat hij in zijn woonplaats of niet ver daarvandaan een centraal adres weet, waar hij met zijn nood en zijn behoeften, of die nu psychisch of sociaal getint zijn, terecht kan.” Hiervoor zou de figuur van de huisarts bij uitstek geschikt zijn, ware het niet dat hij in het huidige bestel al zeer zwaar is belast.

Uit talrijke onderzoeken is de laatste jaren wel duidelijk geworden dat 50 tot 70 procent van alle patiënten die de huisarts dagelijks bezoeken meer of minder emotioneel zijn gestoord. De klachten van deze patiënten berusten veelal op deze emotionele stoornissen. Door het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) is op dit gebied al veel werk verricht, vooral door de studiegroepen

voor medische psychologie. Ongeveer tien procent van de Nederlandse huisartsen hebben in deze studiegroepen gedurende korte of lange tijd ervaring kunnen opdoen bij de behandeling van emotioneel gestoorde patiënten.

Een ander aspect waarop in het jaarverslag van de Stichting wordt gewezen is, dat „vooral door de herkenning van de neurose nieuwe vormen van therapeutische en preventieve bemoeienis zijn ontstaan, waarbij andere disciplines dan de geneeskundige somtijds een beslissende rol vervullen.” Daarbij wordt vooral gedacht aan het maatschappelijke werk. De opleiding en de bekwaamheid van de maatschappelijk werker zijn thans zodanig, dat hij een bijdrage kan leveren bij de behandeling van de in zijn relaties gestoorde mens. Waar nu de huisarts in toenemende mate in staat mag worden geacht relatiestoornissen in het gezin op het spoor te komen, zal hij anderzijds er steeds meer van moeten worden doordrongen dat de maatschappelijk werker in staat is hem bij de behandeling van deze relatiestoornissen ter zijde te staan. De Stichting pleit in dit verband ook voor een gezinsbegeleiding die zeer goed in handen kan worden gelegd van de maatschappelijk werker. In onze kring bestaat over deze samenwerking nog geen communis opinio. De arts moet bereid zijn tot samenwerking in teamverband met deskundigen uit andere disciplines, hij moet zijn verantwoordelijkheid kunnen delen met deze deskundigen.

Vooraf bij de benadering van de relatiestoornissen in het gezin zal de huisarts kunnen profiteren van de kennis en kunde van de maatschappelijke werker. Daarom kunnen wij volledig instemmen met de opvatting van de Stichting die ervoor pleit, dat alle aandacht wordt gericht op nieuwe vormen van de kennis en kunde van de maatschappelijk werker en sociaal medische zorg. Ook op dit gebied worden in N.H.G.-verband enkele onderzoeken verricht betreffende de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker. De gedachten van de Stichting gaan uit „naar regionale bureaus die in eerste instantie zodanig zijn ingericht en bemand, dat zij op een breed veld in de eerste opvang van de mens in nood voorzien en voorts zodanig zijn uitgerust, dat elk gezin en individu vandaar maatschappelijke begeleiding kan ontvangen. Huis- en zenuwartsen zouden op basis van nader vast te stellen voorwaarden bijstand in hun praktijkvoering van deze bureaus kunnen ontvangen. De bureaus dienen te beschikken over een multidisciplinair adviesteam.” Deze teams zouden beschikbaar kunnen worden gesteld door de sociaal-psychiatrische diensten.

De Stichting is van mening dat de geestelijke gezondheidszorg zich verder zal moeten ontwikkelen vanuit de regionaal ingestelde bureaus, de sociaal-psychiatrische diensten en de psychiatrische ziekenhuizen. De Stichting juicht de regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg toe, waarbij aan de samenwerking van deskundigen met ver-

schillende levensbeschouwing grote betekenis wordt toegekend.

Querido merkt op, dat men het op prijs moet stellen, dat de samenstellers van het rapport de moed hebben gehad het rapport in een vroeg stadium ter discussie te stellen. Hij wijst er tevens op dat de lichamelijke gezondheidszorg naar buiten ook nog geen duidelijk gezicht heeft in het maatschappelijk bestel. Het gezondheidscentrum is tot nu toe nergens van de grond gekomen, al lijkt er een kans te zijn dat het centrum in de nieuwe IJsselmeerpolder te Dronten kans van slagen heeft. Terecht vraagt Querido wie de hulpzoekende de weg zal wijzen naar het R.I.G.G. De huisarts is toch veelal nog de figuur in de eerste linie die de patiënt opvangt en zo nodig verwijst. Men kan moeilijk aannemen, dat de bevolking zo vertrouwd zal worden met het bestaan van het R.I.G.G. dat men zelf onmiddellijk hier naar toe gaat. In de huidige constellatie is de huisarts in Nederland nog steeds de man van het eerste echelon. Hij wil dat blijven indien zijn positie zo veel mogelijk wordt gesteund en hij de mogelijkheid krijgt de benodigde kennis te verwerven. Er werd reeds vermeld, dat in eigen kring hieraan hard wordt gewerkt. Dat de huisarts voorlichting van het R.I.G.G. zou kunnen en willen ontvangen staat vast. Veelal vervullen de streekziekenhuizen en specialistische poliklinieken reeds een dergelijke functie op het gebied van de lichamelijke gezondheidszorg.

In het artikel van Querido wordt opgemerkt, dat in het rapport het werk van de gemeentelijke geneeskundige diensten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, niet is genoemd. Ook Querido is van mening, dat de regionalisatie die in het rapport wordt voorgesteld valt toe te juichen. Het is inderdaad jammer dat de geneeskundige dienst niet is genoemd. Het is voor de huisarts vaak zeer moeilijk direct contact op te nemen met de klinieken voor de geestelijke gezondheidszorg. In de grote steden fungeert veelal de geneeskundige dienst als *trait d'union*, een schakel welke de huisarts niet kan missen.

Een andere stem die zich in het kader van het bovenstaande laat horen is die van *Van Meurs*, directeur van de Stichting Nederlands Instituut voor kinderstudie te 's-Gravenhage. Van Meurs heeft het medisch opvoedkundig beleid aan de orde gesteld en er op gewezen, dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van het potentieel van het M.O.B. Hij wil de gerichtheid van het M.O.B. op de individuele patiënt en zijn omgeving ombuigen en uitbreiden naar de potentiële patiënt en zijn omgeving. De zorg zou moeten worden uitgestrekt tot het gezonde kind dat gevaar loopt ziek te worden. Hierbij zou de huisarts veel meer dan nu geschied moeten worden ingeschakeld. Experimenten betreffende de samenwerking M.O.B.-huisarts zullen moeten worden opgezet met het doel de huisarts te laten profiteren van de verworvenheden

van het M.O.B. Deze samenwerking is een van de mogelijkheden voor het M.O.B. om tot een meer consultatieve opzet te komen. Van Meurs meent dat de gemeenschap uit een dergelijke samenwerking ook voordeel kan trekken in die zin, dat de hulpverlening via de huisarts beter bereikbaar wordt. Hij schrijft namelijk: „Wanneer huisartsen en het M.O.B. beide als schakels in de geestelijke gezondheidszorg fungeren, kan deze bereikbaarheid op eenvoudige wijze worden gerealiseerd door de voor iedereen herkenbare toegang tot de huisarts. Ondanks de uitholling van zijn functies heeft de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg ook op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg nog vele mogelijkheden!”

Het is te overwegen, dat naar aanleiding van

## HUISARTS EN LITERATUUR\* (2)

### *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk*

Het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk bestrijkt de volgende gebieden: 1 Organisatie, terreinen en methoden van maatschappelijk werk. Daaronder vallen: individueel maatschappelijk werk ten behoeve van personen met moeilijkheden in het vlak der sociale relaties; gezinsmaatschappelijk werk; maatschappelijk werk in bepaalde kaders, zoals het bedrijf, de school, instellingen voor intramurale gezondheidszorg, inrichtingen voor kindbescherming, penitentiaire inrichtingen enzovoort; sociaal groepswork, dat wil zeggen die vorm van methodisch werken met een groep die de sociale ontwikkeling van de groep respectievelijk van haar leden beoogt, en andere vormen van groepswork; maatschappelijk opbouwwork. 2 Sociaal onderzoek en sociale planning, vooral in verband met het maatschappelijk werk. 3 Psychologie, psychiatrie en sociale wetenschappen, speciaal met het oog op hun toepassing op de verschillende terreinen van maatschappelijk werk. 4 Terreinen waarmee het maatschappelijk werk uit hoofde van zijn functie herhaaldelijk te maken heeft, zoals personeelswork, cultureel work, geestelijke volksgezondheid, jeugdzorg, enzovoort. 5 Wetgeving op sociaal terrein en rechtspraak.

Het belang van het tijdschrift voor huisartsen is gelegen in: de behandeling van sociale problematiek, waarmee ook de huisarts in de praktijk regelmatig wordt geconfronteerd, zowel ten aanzien van individuele gevallen als ten aanzien van maatschappelijke gesteldheden, die hun invloed doen gelden

\* Zie (1966) huisarts en wetenschap 9, 27

het rapport van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, in de N.H.G.-centra inleidingen worden georganiseerd, zodat het rapport een grotere bekendheid in de kring van de huisartsen krijgt. Dit laatste is noodzakelijk indien wij onze positie in de eerste linie willen handhaven voor zover het de geestelijke gezondheid van onze patiënten betreft.

Geestelijke Gezondheidszorg; Structuur en Organisatie (1964). Rapport samengesteld in opdracht van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht.

Jaarverslag 1964 van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Querido, A. (1965) T. Soc. Geneesk. 43, 244.

Van Meurs A. F. W. Jaarverslag 1964 van het Eerste Medisch Paedagogisch Bureau 's-Gravenhage.

Van Meurs A. F. W. (1965) Medisch Opvoedkundig Beleid. Behandelen of voorkomen? Utrecht.

op de uitoefening van de praktijk; de behandeling van vraagstukken in verband met de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker; artikelen over beroep, functie- en rolvulling van de maatschappelijk werker.

De redactie is samengesteld uit deskundigen op de verschillende hierboven genoemde terreinen. Voorzover niet in de redactie vertegenwoordigd worden de terreinen behartigd door vaste medewerkers. Leden van de redactie zijn Dr. H. P. Cloeck, voorzitter; Mr. N. L. J. Bruinsma; Mr. J. F. Hornstra; Mej. M. Kamphuis; Mej. Mr. Dr. E. C. Lekkerkerker; Mevr. B. M. van Oort-Wegelin; Prof. Dr. N. Perquin s.j.; Mej. Mr. P. G. Prins; Drs. H. P. A. van Roosmalen; C. M. Swiebel, penningmeester; Mej. Mr. M. Tjeenk Willink; A. Treurniet; C. J. F. van Veen; Drs. C. F. Wieringa; Mr. W. A. van Woerkom en Mevr. J. Beekman-Eggink, secretaresse.

Het aantal pagina's van een gewoon nummer bedraagt 18, een speciaal nummer bevat meestal meer pagina's. Er zijn 22 nummers in een jaargang; de abonnementsprijs bedraagt f 16,50 per jaar. Studie-abonnement voor studenten aan universiteiten en sociale academies f 12,25 per jaar. Proefabonnement voor drie maanden f 4,25. Losse nummers zijn verkrijgbaar voor f 0,90 per stuk. De prijs voor een band van een jaargang is f 2,90, met inbinden f 11,90. Uitgever N. Samsom n.v., Alphen aan den Rijn. Adres van de redactie: Sportlaan 922, 's-Gravenhage, telefoon 321818.

Mevr. J. Beekman-Eggink,  
redactiesecretaresse