

## Ger Brouns, Hans Philipson, Jos Diederiks en Piet Meertens

### *Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975: van achterstand tot voorsprong*

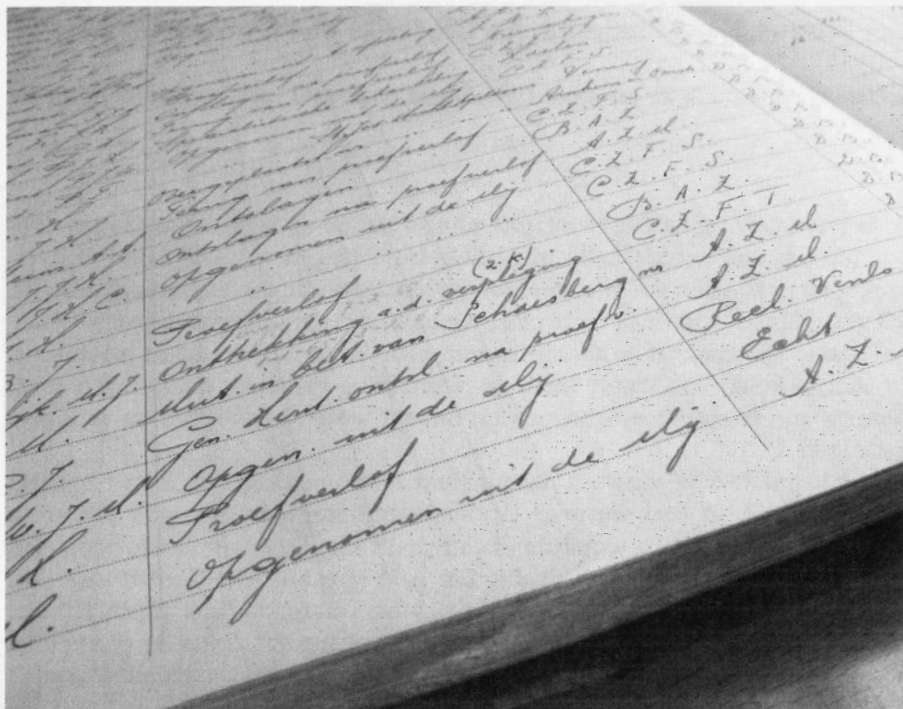
In de jaren twintig van de twintigste eeuw ontstaat in de Nederlandse psychiatrie, die zich dan hoofdzakelijk afspeelt in inrichtingen, aandacht voor zorgverlening na ontslag en voor het voorkomen van opnemingen en heropnemingen. Dit verschijnsel, waarmee de psychiatrie haar domein uitbreidt, wordt afwisselend samengevat onder de noemer nazorg, voor- en nazorg en sociale psychiatrie. De laatste benaming wordt vanaf de jaren zestig gemeengoed. In dat nieuwe domein zijn twee beroepsgroepen prominent actief: psychiaters en verpleegkundigen.

Het begin van de voor- en nazorg staat niet op zichzelf en is niet beperkt tot Nederland. In veel westerse landen, waaronder de Verenigde Staten en Duitsland, voltrekt zich vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw een proces van migratie en urbanisatie. Dat gaat gepaard met maatschappelijke onrust, concentratie van armoede en ziektes, waaronder ook psychiatrische ziektes. Ongeveer tegelijkertijd ontstaat de opvatting dat ziekte en gebrek niet zozeer aan het individu toe te schrijven zijn, maar aan sociale factoren. Dat geldt ook voor psychiatrische problemen. Zowel de samenleving als het individu zijn gebaat bij het voorkomen en oplossen ervan. Preventie wordt een belangrijk streven van de beweging van de psychohygiëne.

De inrichtingspsychiatrie is niet succesvol bij het oplossen van psychiatrische problemen. De omstandigheden voor patiënten zijn er slecht. Al in de tweede helft van de negentiende eeuw gaan er stemmen op voor het behandelen van patiënten dicht bij of in de leefomgeving. Nazorg, psychiatrische en maatschappelijke begeleiding buiten de inrichting, wordt daartoe noodzakelijk geacht. Voorzorg wordt geacht opnamebeperkend te werken. Een niet onbelangrijk bijkomend motief voor het tot stand komen van de voor- en nazorg is het financiële aspect: vroegtijdig ontslag uit en verblijf buiten de inrichting zullen naar verwachting kostenbesparend werken.

Inrichtingspsychiatrie, geestelijke hygiëne en volksgezondheid, en sociale psychiatrie zijn vanaf de jaren twintig de drie domeinen waar binnen de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zich lange tijd zal afspelen.

Dit artikel is een bewerking van een hoofdstuk uit een studie in uitvoering, die zich richt op de ontwikkeling van het beroep sociaal-psychiatrische verpleegkunde in Nederland. Het bevat een institutionele analyse van de sociale psychiatrie in de provincie Limburg tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in de sociale psychiatrie in Nederland. Bekeken wordt hoe ontstaan en ontwikkeling in Limburg verlopen, hoe ze kunnen worden verklaard, of er verschillen zijn met de gang van zaken elders in Nederland, en zo ja welke, en hoe die verschillen kunnen worden verklaard. Dat gebeurt aan de hand van



In de Venrayse tehuizen Sint-Anna en Sint-Servatius werd het komen en gaan van elke patiënt zorgvuldig genoteerd. Foto: Herman Wijenberg.

literatuur, van jaarverslagen en archiefstukken van het toenmalige Limburgse Groene Kruis en van de voormalige Venrayse inrichtingen Sint-Servatius en Sint-Anna. Op basis van een steekproef uit de statussen van patiënten uit beide inrichtingen uit de periode 1938-1973 wordt een analyse gemaakt van de contacten tussen de inrichtingen en instanties erbuiten.

Vooruitlopend op de conclusies, kan worden gezegd dat de ontwikkelingen in Limburg hun eigen dynamiek hebben en op onderdelen specifiek zijn. In grote lijnen komen ze echter overeen met wat zich elders in het land eerder en sneller voltrekt. Ze kunnen worden gezien als bevestiging van de ontwikkelingen in het grotere geheel van de Nederlandse sociale psychiatrie tot omstreeks 1975.

### Sociale psychiatrie in Nederland tot omstreeks 1975

De oprichting van een consultatiebureau voor psychiatrische patiënten door Meijers in 1916 in Amsterdam kan worden beschouwd als het begin van de sociale psychiatrie in Nederland. Het bureau biedt hulp aan uit inrichtingen ontslagen en niet opgenomen patiënten. In 1917 wordt er een verpleegkundige aan het bureau verbonden. De door Meijers in 1924 opgerichte Centrale Vereeniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken

stelt binnen enkele jaren twintig consultatiebureaus in.<sup>1</sup> De vereniging verzorgt cursussen psychiatrie voor wijkverpleegkundigen, zodat deze kunnen worden ingeschakeld bij de nazorg. Als in 1920 de inrichting 'Het Apeldoornse Bos' in Amsterdam een Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken begint, is dat het eerste bureau in Nederland dat uitgaat van een psychiatrische inrichting.<sup>2</sup> Aan de psychiatrische inrichting Maasoord te Rotterdam start Pameijer in 1926, naar Duits voorbeeld, een zogenaamde buitendienst.<sup>3</sup> Een psychiater en twee verpleegkundigen, afkomstig uit de inrichting, verzorgen deze dienst in de begintijd. Andere inrichtingen nemen dit initiatief over. In het begin van de jaren veertig hebben er veertien een buitendienst en wordt er op dertig plaatsen spreekuur gehouden.<sup>4</sup> Querido organiseert vanaf 1934 bij de Amsterdamse GG&GD nazorg voor ontslagen patiënten ter voorkoming van (her)opnemingen en een vorm van crisisinterventie. Ook hij schakelt verpleegkundigen in. Steden als Leiden, Den Haag en Haarlem volgen.

Ongeveer tegelijkertijd ontstaan er ook provinciale initiatieven op het gebied van voor- en nazorg, die niet zijn gekoppeld aan inrichtingen. De verklaring daarvoor ligt in het feit dat die inrichtingen vaak decentraal liggen, waardoor het realiseren van goede nazorg niet mogelijk is. Provincies worden verdeeld in districten waarin psychiaters en verpleegkundigen werkzaam zijn. In Breda en omstreken bijvoorbeeld gebeurt dat in 1936.<sup>5</sup> Aan het eind van de jaren dertig zijn er in vijf provincies, waaronder Limburg, voor- en nazorgdiensten, die soms meer, soms minder los van de inrichtingen functioneren. In andere provincies, waaronder Utrecht, Drenthe, Groningen en Overijssel, zijn er plannen voor zulke diensten.<sup>6</sup>

In grote lijnen werken de voor- en nazorgdiensten gedurende die jaren hetzelfde. Psychiaters leiden de diensten, houden spreekuur en doen, in beperkte mate, huisbezoeken. Waar nodig verwijzen ze patiënten, bijvoorbeeld naar instellingen voor jeugdzorg of naar de huisarts voor medicijnen. Van de patiëntgroep maken vanaf het begin kinderen met leer- en gedragsproblemen deel uit.<sup>7</sup> Buiten de steden beperken de werkzaamheden van de psychiaters zich vooral tot de consultatiebureaus. Andere activiteiten zijn, alleen al gezien de afstanden en de beschikbare mankracht, praktisch onmogelijk. Verpleegkundigen

<sup>1</sup> T. E. D. van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleids-onderzoek* (Baarn 1987) 45.

<sup>2</sup> H. Oosterhuis, 'Between institutional psychiatry and mental health care: social psychiatry in the Netherlands, 1916-2000', *Medical History* 48 (2004) 413-428, aldaar 414.

<sup>3</sup> J. F. A. Overbosch, 'De nazorg van geesteszieken door het gesticht in het grootstedsmilieu', *Psychologische en Neurologische Bladen 1928 (met bijblad Neurotherapie)* 32 (1928) 17-25, aldaar 19.

<sup>4</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 49.

<sup>5</sup> C. Willemsen, *De belofte van het hiernumaals: zeventig jaar ambulante geestelijke gezondheidszorg in het gewest Breda 1929-1999* (Nijmegen 2001) 39.

<sup>6</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 56.

<sup>7</sup> P. H. Esser, *Sociale psychiatrie* (Kampen 1970) 12; C. Akkermans, *Aanspoelen aan de Achtergracht: maatschappelijke ontwikkelingen, clientëlevorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG&GD (1933-1988)* (Amsterdam (2006) 197. Volgens de laatste is in de jaren veertig vijftien procent van de patiënten van de nazorgzusters bij de Amsterdamse GG&GD jonger dan achttien jaar.

assisteren bij de spreekuren en leggen zeer grote aantallen huisbezoeken af.<sup>8</sup> Die bezoeken kunnen, alleen al gezien de aantallen, niet veel meer dan enkel een controlerende functie hebben. Verder bemiddelen de diensten bij het vinden van werk en huisvesting en bij het oplossen van financiële problemen.

Ook als er in de loop van de tijd meer psychiaters en verpleegkundigen komen, verandert aan de inhoud en de verdeling van de werkzaamheden weinig. Datzelfde is het geval met de achtergrond van de psychiaters en de verpleegkundigen. Ze zijn, op de wijkverpleegkundigen na, afkomstig uit de psychiatrische inrichtingen. Geen van allen is opgeleid voor de extramurale zorg aan mensen met psychiatrische problemen. Daaraan doet ook het tot stand komen van de opleiding 'B-nazorg' voor verpleegkundigen in 1937 niets af.<sup>9</sup>

Na een onderbreking tijdens de Tweede Wereldoorlog neemt de omvang van de voor- en nazorgdiensten gestaag toe. In 1952 zijn er in de elf provincies in totaal 31 nazorgdiensten actief met 84 consultatiebureaus. Op twee uitzonderingen na zijn deze diensten zelfstandig, niet meer verbonden aan inrichtingen. Er wordt op 126 plaatsen spreekuur gehouden. Amsterdam, Haarlem, Rotterdam, Den Haag en Leiden hebben samen negen nazorgdiensten, waarvan vier in Amsterdam, en bieden op twaalf adressen spreekuur.<sup>10</sup> Hoewel de nazorg praktisch helemaal is ontkoppeld van de inrichtingen, blijven op veel plaatsen inrichtingspsychiaters betrokken bij de voor- en nazorgdiensten.<sup>11</sup> Dat wil niet zeggen dat de samenwerking tussen voor- en nazorgdiensten en de inrichtingen altijd makkelijk verloopt. Uitgezonderd in de grote steden ontbreken bindende afspraken rond opnamepreventie en ontslagvoorbereiding en -begeleiding. De diensten zijn aangewezen op de goede wil van de inrichtingen.

Na de Tweede Wereldoorlog verandert niet enkel de omvang van de sociale psychiatrie, maar ook de inhoud van het werk. Er treedt een verschuiving op van nazorg naar voorzorg. In 1953 zijn er nog maar enkele diensten, waaronder die in Limburg, die meer aan nazorg dan aan voorzorg doen. Voorzorg is een verzamelterm voor activiteiten die erop zijn gericht om mensen die nog niet met de inrichting in aanraking zijn geweest, extramuraal te laten functioneren.<sup>12</sup>

Maar er zijn meer verschillen. De financiering van de diensten varieert sterk. Een stad als Rotterdam heeft in 1952 voor 700.000 inwoners met f 116.000 bijna vijf keer zo veel geld beschikbaar als een deel van de provincie Zuid-Holland met een vergelijkbaar aantal inwoners. Limburg heeft in hetzelfde jaar f 16.000 ter beschikking en is daarmee landelijk hekkensluiter.<sup>13</sup>

<sup>8</sup> J.H. Pameijer, 'Plaatsing in de maatschappij van geestelijk onvolwaardigen', *Verhandeling voor de Vereniging Inzake Arbeid voor Onvolwaardige Arbeidskrachten* 32 (1928) 3-15, aldaar 12; Th. Hart de Ruyter, 'De afdeling geestelijke hygiëne', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 29 (1950) 538-550, aldaar 542.

<sup>9</sup> Met de letter B wordt bedoeld psychiatrische verpleegkunde. De algemene, somatische verpleegkunde wordt aangegeven met de letter A.

<sup>10</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 173.

<sup>11</sup> C. J. B. J. Trimbos, 'De ontwikkeling der voor- en nazorgdiensten in het kader der geestelijke volksgezondheid', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 10 (1955) 53-62, aldaar 54.

<sup>12</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 184.

<sup>13</sup> Ibidem, 173.

Met de Rijkssubsidieregeling Sociaal-Psychiatrische Diensten uit 1961 wordt de scheefgroei voor een deel gecorrigeerd en kunnen de kleinere diensten hun personeelsbestand uitbreiden. Tot dan bestaat het personeel op een enkele uitzondering na uit psychiaters en verpleegkundigen. Beide groepen zijn niet speciaal opgeleid en werken op basis van verworven inzicht, ervaring en gezag. Een kennisgebied sociale psychiatrie bestaat nauwelijks.

De jaren zestig leiden tot nog meer veranderingen. Psychologen, later ook maatschappelijk werkenden, gaan bij de diensten werken waardoor de eenzijdige medisch-psychiatrische oriëntatie wordt doorbroken. Psychotherapeutische behandelmethoden vinden ingang en stijgen in aanzien. Dat gaat ten koste van wat wel het klussenwerk van de nazorgzuster wordt genoemd.<sup>14</sup> Verpleegkundigen beginnen zich bij te scholen; vooral naar gespreksttrainingen en gezinstherapie is vraag. Als vanaf 1971 de sociale psychiatrie wordt gefinancierd door de AWBZ is een belangrijke voorwaarde voor landelijke gelijkschakeling vervuld. De sociaal-psychiatrische diensten blijven groeien en richten zich in toenemende mate op nieuwe en gevarieerde cliëntgroepen met psychosociale en levensproblemen.

In 1972 start de hogere beroepsopleiding Extramurale Maatschappelijke Gezondheidszorg/Geestelijke Gezondheidszorg, ofwel de opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het is een opleiding met een sterk sociaal-agogisch karakter.<sup>15</sup>

Bij de sociaal-psychiatrische diensten staan in 1972 naar schatting 75.000 patiënten ingeschreven. In 1975 werken er 491 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, 169 sociaal-psychiaters, 149 psychologen en 91 maatschappelijk werkenden.<sup>16</sup> Niet alle psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkenden hebben een voltijdse aanstelling. Ze zijn ook actief bij onder anderen Medisch Opvoedkundige Bureaus en Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

## Het begin van de psychiatrische nazorg in Limburg

De nazorg voor psychiatrische patiënten in de provincie Limburg ontstaat relatief laat en ontwikkelt zich aarzelend. In 1929 meldt de directie van de Venrayse inrichting Sint-Anna dat de nazorg nog niet van de grond komt. De directie van Sint-Anna staat op het standpunt dat de organisatie van de nazorg niet door de inrichting dient te worden georganiseerd, 'maar door een algemeener lichaam, zij het ook in overleg en met medewerking van de inrichting'.<sup>17</sup> Die medewerking kan worden gerealiseerd door het beschikbaar stellen van een psychiater als leider van het consultatiebureau en een verpleegkundige die hem als hulp

<sup>14</sup> F. Sorel, 'De nazorg nagelaten', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 37, 1295-1305, aldaar 1300.

<sup>15</sup> A.F.B.L. Palm, 'De opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige 1970-1995: een historisch onderzoek' (doctoraal scriptie gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting verplegingswetenschap Universiteit Maastricht 1997) 70.

<sup>16</sup> M. J. A. Romme (ed.), *Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg: een gids voor consument en hulpverlener* (Alphen aan den Rijn/Amsterdam 1978) 24.

<sup>17</sup> Verslag St.-Anna, in: *Achtste jaarboek der Vereniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen*, 1936, 26.



Voor vrijwel elke hulpvraag kon de Limburger terecht bij de consultatiebureaus van het Limburgse Groene Kruis. Op de foto het consultatiebureau in de Maastrichtse Antoon Lipkensstraat, circa 1938. Fotocollectie SHCL.

terzijde staat. Het 'algemeener lichaam' bestaat al in de vorm van de Rooms Katholieke Vereniging 'Het Limburgsche Groene Kruis'.<sup>18</sup>

Dat Groene Kruis ziet voor zichzelf, behalve op het gebied van somatiek, taken weggelegd op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en hygiëne. In 1935 heeft het, na drie jaar voorbereiding, de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid ingesteld waarin de twee Limburgse inrichtingen, Sint-Servatius voor mannen en Sint-Anna voor vrouwen, een belangrijke rol spelen.<sup>19</sup> De commissie komt tot stand in navolging van de in 1931 opgerichte Rooms Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. Deze vereniging, opgericht door de Brabantse psychiater Kortenhorst, is een koepelorganisatie van katholieke inrichtingen, organisaties en verenigingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en kan worden beschouwd als de katholieke tegenhanger van de in 1924 opgerichte Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid.<sup>20</sup> De taken van de commissie bestaan uit het

<sup>18</sup> Ibidem, 27.

<sup>19</sup> *Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis*, 1935, 153. De geneesheer-directeur van Sint-Anna is jaren voorzitter van de commissie.

<sup>20</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 83.

oprichten van consultatiebureaus, het organiseren van cursussen en het geven van bekendheid aan het werk van de Geestelijke Volksgezondheid. Aan het hoofd van de consultatiebureaus zal een psychiater staan die, naast het leiden van het bureau, tot taak heeft het geven van cursussen aan wijkverpleegkundigen en aan opvoeders in de voogdij, het geven van adviezen aan schoolartsen en kinderpolitie en het adviseren bij de nazorg van psychiatrische patiënten.<sup>21</sup> Het honorarium van de psychiater wordt vastgesteld op vijf gulden per zitting 'terwijl de beambte uit uw inrichting.... daarvoor een vergoeding van f 1- per dag zal genieten. Voor het door deze beambte te verrichten huisbezoek zal.... naast vergoeding voor reis- en verblijfskosten, f 1- per dag dat hij werkzaam is, betaald worden'.<sup>22</sup> De eerste beambte bij aanvang van de nazorg voor vrouwen én voor mannen is een vrouwelijke verpleegkundige in dienst van Sint-Anna.<sup>23</sup>

### De consultatiebureaus in Limburg

Op 5 mei 1936 wordt in Venray, onder de vlag van het Groene Kruis, het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid geopend. Voor nazorg kunnen patiënten terecht op een spreekuur, dat twee keer per maand plaatsvindt in het Sint-Elisabethziekenhuis; één keer voor mannen, één keer voor vrouwen. Het spreekuur voor mannen wordt gehouden door een psychiater van Sint-Servatius, dat voor vrouwen door een psychiater van Sint-Anna. De psychiaters worden tijdens het spreekuur geassisteerd door de verpleegkundige, die in voorkomende gevallen ook patiënten thuis bezoekt.

Het loopt aanvankelijk allerminst storm bij de spreekuren. In 1936 komen bij het bureau voor mannen onder anderen zes kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden.<sup>24</sup> Het bureau voor vrouwen wordt door zeventien patiënten, waaronder vijf kinderen, 34 keer bezocht. Twee verwijzingen gebeuren vanuit de inrichtingen.<sup>25</sup> De lage bezoekersaantallen voldoen niet aan de verwachtingen, zoals blijkt uit een brief van de geneesheer-directeur van Sint-Anna aan de secretaris van het Groene Kruis: 'Het lijkt me dat meer propaganda gemaakt moet worden, eventueel gemeentebesturen of huisartsen in Limburg in kennis gesteld van het bestaan van het bureau'.<sup>26</sup> Daarop wordt actie ondernomen. Patiënten die met ontslag gaan krijgen een kaart mee met gegevens van de bureaus en de aansporing de bureaus te bezoeken.<sup>27</sup> Naar de plaatselijke afdelingen van het Groene Kruis en alle gemeenten in de provincie Limburg gaat

<sup>21</sup> Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1934.

<sup>22</sup> SHCL, archief R. K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, map 120: brief d.d. 23-3-1936 van de secretaris van het Groene Kruis aan de directeur van St. Servatius.

<sup>23</sup> 'Geschiedenis St. Anna en St. Servatius en Paschalis' (Reader Vincent van Gogh Instituut Venray 2002). 10. Niet duidelijk is of het een religieuze of een lekenverpleegkundige is. In de gezinsverpleging van Sint-Anna zijn in die tijd zowel religieuze als lekenverpleegkundigen actief.

<sup>24</sup> Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1936.

<sup>25</sup> Ibidem, 151.

<sup>26</sup> SHCL, archief R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, map 120: brief d.d. 21 mei 1936.

<sup>27</sup> Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1936, 151.

in 1937 een brief over het bestaan van het consultatiebureau in Venray en het inmiddels in 1937 opgerichte bureau in Maastricht.<sup>28</sup> Het aantal patiënten dat de bureaus bezoekt blijft ook in de jaren 1937, 1938 en 1939 laag. Het aantal kinderen, veelal verstandelijk gehandicapt, blijft verhoudingsgewijs hoog. Omdat het bureau in Venray moeilijk bereikbaar is, wordt het op 1 juli 1940 gesloten. Ter vervanging worden vestigingen in Venlo en Roermond geopend. Ook in Heerlen wordt in 1940 een consultatiebureau opgericht. De drie plaatsen krijgen in dat jaar ook een bureau voor opvoedingsmoeilijkheden. In Maastricht bestaat dat al sinds 1937. Deze bureaus kampen vanaf het begin met personeelsproblemen, en functioneren na 1943 feitelijk niet meer.<sup>29</sup> Het zal tot in de tweede helft van de jaren vijftig duren eer daar verandering in komt.

De nazorgdiensten zijn er niet voor behandeling, voor dat wat in later jaren gedragsverandering zal worden genoemd. De directie van Sint-Anna formuleert in 1940 als functies van de dienst: het voorbereiden van proefverlof en ontslag; het, al dan niet via de wijkverpleegkundige, controleren van de patiënt zodat die geen gevaar voor zijn omgeving is; het geven van omgangsadviezen aan naasten van de patiënt; het geven van informatie aan de psychiaters; het treffen van sociale voorzieningen zoals het regelen van financiële steun, huisvesting, huishoudelijk hulp en passend werk.<sup>30</sup> Indien er medicijnen worden voorgeschreven gebeurt dat door de huisarts of een andere medicus, in elk geval niet door de nazorgpsychiater. Hoewel de aantallen bezoeken niet overweldigend zijn, wordt er door nazorgpsychiaters toch behoefte gevoeld aan uitbreiding van de diensten.

### De komst van de nazorgzuster in Limburg

Een belangrijke gebeurtenis is de indiensttreding van een verpleegkundige bij het Groene Kruis op 1 juni 1940.<sup>31</sup> Het belang van de komst van de verpleegkundige, aanvankelijk provinciaal huisbezoekster, later nazorgzuster genoemd, blijkt uit de grote aantallen huisbezoeken die door haar worden afgelegd. In 1940 zijn dat er 339. Daarna stijgt het aantal tot 1604 in 1943, waarna, waarschijnlijk als gevolg van de oorlog, een daling inzet tot 473 in 1945. Met de komst van een tweede nazorgzuster in 1946 stijgt het aantal bezoeken tot 1915 in dat jaar en tot 2135 in 1947.<sup>32</sup>

<sup>28</sup> SHCL, archief R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, map 121.

<sup>29</sup> J.F.R. Philips, *50 Jaar sociale gezondheidszorg in Limburg: de R.K. vereniging 'Het Limburgse Groene Kruis' in het goud, 1910-1960* (Sittard 1960) 208.

<sup>30</sup> Verslag St. Anna in: *Twaalfde Jaarboek der Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen, 1940*, 33.

<sup>31</sup> SHCL, archief R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, map 123. Uit de advertentietekst waarmee voor de functie wordt geworven, blijkt dat de kandidate de diploma's A (somatische verpleging), B (psychiatrische verpleging) en de wijkaantekening moet hebben. Ter voorbereiding loopt de verpleegkundige twee weken stage bij het consultatiebureau in Rotterdam.

<sup>32</sup> De cijfers zijn samengesteld aan de hand van de jaarverslagen van de R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis over de betreffende jaren.



De verhouding tussen voor- en nazorghuisbezoeken begint meteen aanzienlijk te verschuiven richting nazorg. Bij bezoeken aan de consultatiebureaus is het aantal voorzorgcontacten iets groter dan het aantal nazorgcontacten. De hoeveelheid activiteiten ten behoeve van kinderen, zowel de bezoeken aan de bureaus als de huisbezoeken, daalt. Het wel erg grote aantal huisbezoeken gebeurt tot 1946 per fiets, bus en trein. Vanaf dan is er de beschikking over een auto.<sup>33</sup>

Naast toezicht en controle op ontslagen patiënten zijn de huisbezoeken, zij het in kleinere omvang, ook bedoeld als voorbereiding op proefverlof en ontslag. Er wordt zogenoemd milieuonderzoek verricht om te bekijken of de voorwaarden voor terugkeer van de patiënt gunstig zijn.<sup>34</sup> Over proefverlof, ontslag en eventuele heropname wordt overlegd tijdens de maandelijkse nazorgbijeenkomsten in de inrichtingen. De nazorgdiensten worden vertegenwoordigd door de psychiaters en de verpleegkundigen. De inrichtingen vinden na verloop van tijd de weg naar de nazorg, ook al is dat niet altijd om behandel-inhoudelijke overwegingen, maar bijvoorbeeld door plaatsgebrek. In 1954 worden door Sint-Servatius 104 patiënten verwezen.<sup>35</sup> In 1958 gaat het om 137 verwijzingen, waarvan er negentien weer teruggaan naar de inrichting.<sup>36</sup>

Er is overigens sprake van een discrepantie tussen dat wat als wenselijk wordt beschouwd en de werkelijkheid van alledag. Het komt regelmatig voor dat er patiënten worden ontslagen zonder dat de nazorgdiensten daarvan tijdig op de hoogte zijn. Ook gebeurt het dat heropnames, noodzakelijk volgens de nazorgdienst, niet worden gerealiseerd.<sup>37</sup>

Anno 1959 zijn er in Limburg zes nazorgverpleegkundigen actief, ook districtszusters geheten, die meer dan 6200 huisbezoeken afleggen. In 1960 wordt er een psychiater aangesteld als hoofd van de provinciale voor- en nazorgdienst bij het Groene Kruis.<sup>38</sup> Aan de hand van informatie uit de regio Maastricht kan een indruk worden gegeven van het vervolg van de ontwikkelingen.

<sup>33</sup> De aantallen huisbezoeken die door de verpleegkundigen worden afgelegd, zijn niet kenmerkend voor Limburg. Ook in Rotterdam en Amsterdam is dat het geval, zij het dat het daar gaat om een beduidend kleiner verzorgingsgebied. Aantallen sociale bezoeken, ook wel bezoeken voor propagandistische doeleinden genoemd, zijn niet meegenomen omdat nadere informatie niet is gevonden.

<sup>34</sup> Verslag St.-Servatius, in: *Dertiende Jaarboek der Vereniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen*, 1946, 12.

<sup>35</sup> Verslag St.-Servatius, in: *Zeventiende Jaarboek van de Vereniging van R. K. Gestichten en Inrichtingen*, 1954, 16.

<sup>36</sup> Verslag St.-Servatius, in: *Jaarboek van de Katholieke Vereniging voor Behandeling en Verpleging van Geestelijk Gestoorden*, 1958.

<sup>37</sup> Deze informatie is afkomstig uit het statusonderzoek, waarover verderop in deze tekst wordt bericht, en uit interviews, gehouden met in die tijd actieve nazorgverpleegkundigen. Over deze interviews wordt elders bericht.

<sup>38</sup> Philips, *50 Jaar sociale gezondheidszorg in Limburg*, 220.

## Sociale psychiatrie in de regio Maastricht

Op 29 mei 1956 komt de Stichting Centrum Maastricht en omgeving voor Geestelijke Gezondheidszorg, later de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Maastricht en omgeving, tot stand. Ze stelt zich ten doel

de behartiging en bevordering van de geestelijke volksgezondheid in haar werkgebied, overeenkomstig de katholieke beginselen en ten bate van iedereen, zonder onderscheid om godsdienstige, maatschappelijke of politieke instelling; voor niet katholieken naar vermogen aangepast aan eigen levensbeschouwing en met bijstand van zielzorgers en deskundigen van eigen richting.<sup>39</sup>

In de stichting zijn ondergebracht het Medisch-Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Huwelijksaangelegenheden ook wel Bureau voor Leven(s)- en Gezin(smoeilijkheden) genoemd en de Sociaal-Psychiatrische Dienst. De laatste is de voortzetting van de voor- en nazorgdienst.

In 1956 en 1957 worden er respectievelijk 1498 en 1473 huisbezoeken afgelegd. Er wordt bemiddeld bij het vinden en het behouden van werk, bij het vinden van nieuw en vervangend onderdak en er wordt geholpen bij het regelen van financiële hulp. Er worden contacten onderhouden met wijkverpleegkundigen en het plaatselijke charitatieve centrum: 'Al deze contacten vragen echter veel tijd, waardoor het huisbezoek weer in het gedrang komt'.<sup>40</sup> De Sociaal Psychiatrische Dienst is betrokken bij vijftien (her)opnames. Bij verschillende opgenomen patiënten wordt milieuonderzoek gedaan ter voorbereiding op proefverlof en ontslag.

In september 1958 wordt een tweede verpleegkundige aangesteld, die zich speciaal richt op de zorg voor patiënten van Calvariënberg, meer in het bijzonder met het opzetten van de gezinsverpleging. In 1961 treedt zij in dienst bij Calvariënberg.<sup>41</sup> De psychiater van de Sociaal Psychiatrische Dienst werkt nog steeds parttime. De verpleegkundigen houden vanaf 1960 voor het eerst zelfstandig spreekuur, en dan meteen een aanzienlijk aantal: 485. In 1961 zijn het er 419. Ze leggen in die jaren respectievelijk 993 en 1270 huisbezoeken en 296 en 530 sociale bezoeken af.<sup>42</sup>

Even ziet het ernaar uit dat er een nieuwe beroepsgroep bij de sociale psychiatrie betrokken gaat worden. In 1962 wordt een maatschappelijk werkster aangesteld. Deze blijft echter maar anderhalf jaar. Blijkbaar heeft het ontbroken aan voorbereiding 'waarbij een behoorlijke taakomschrijving werd geformeerd waarmede én het bestaande team én de betreffende nieuwe kracht zich konden verenigen'.<sup>43</sup>

<sup>39</sup> Jaarverslag 1956 Stichting Centrum Maastricht en omgeving voor de Geestelijke Gezondheidszorg, in: *Jaarverslag R. K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis 1955*, 1.

<sup>40</sup> *Ibidem* 1956, 20.

<sup>41</sup> Persoonlijke mededeling P. Booren-Scholtes, maart 2002.

<sup>42</sup> *Jaarverslag Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Maastricht e.o.*, 1960-1961, 14.

<sup>43</sup> *Ibidem*, 1962-1963, 5.



*Vóór het vertrek uit de psychiatrische inrichting volgt nog een laatste gesprek in het kantoor van de nazorgpsychiater, 1959. Bron: J.F.R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg.*

In het tekort aan psychiaters wordt gedeeltelijk voorzien door de al genoemde leider van de provinciale nazorgdienst en door twee interim-psychiaters, gedetacheerd vanuit Calvariënberg.<sup>44</sup> Pas in 1965 zal er een fulltime psychiater in dienst komen. Naast het verrichten van direct patiëntgebonden activiteiten is de Sociaal Psychiatrische Dienst op de een of andere manier betrokken bij de Stichting Bijzondere Sociale Zorg, de kindbescherming, de BLO-nazorg, de reclassering en het jongensinternaat in Heer. De dienst werkt ook mee aan de totstandkoming van een LOM-school. De Stichting GGZ Maastricht en omgeving heeft in 1967 een fulltime psychiater en drie verpleegkundigen in dienst.

Met de groei van het aantal personeelsleden neemt het aantal patiënten in voorzorg toe en groeit in die groep het aantal adolescenten, jong volwassenen en mensen met minder ernstige psychopathologie. Maar ook de nazorgpopulatie is aan het veranderen. Onder meer door de beschikbaarheid van effectievere medicijnen zijn langdurig opnames steeds minder noodzakelijk. Een groot deel

<sup>44</sup> Ibidem, 10.

van ontslagen patiënten is laaggeschoold en werkloos; arbeidsbemiddeling en het vinden van huisvesting verlopen moeizaam.<sup>45</sup> Deze groep wordt ook wel aangeduid met de term draaideurpatiënten. Er ontstaat behoefte aan bijzondere woonvormen, beschutte pensions genaamd. Samenwerking met een goed geoutilleerde psychiatrische polikliniek, waar een begin kan worden gemaakt met resocialisatie, wordt gemist.

In 1972 zijn in de regio Maastricht zes sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam, twee sociaal-psychiaters en twee psychologen, voor zover bekend allen fulltime.<sup>46</sup> Met de komst van de psychologen komt er ook hier een einde aan het monopolie van de verpleegkundigen en de psychiaters en wordt er, net zoals elders in het land, een begin gemaakt met een actievare, meer psychotherapeutisch georiënteerde werkwijze van de sociaal-psychiatrische diensten.

Inmiddels zijn in 1960 regionale Stichtingen voor Geestelijke Gezondheidszorg in Heerlen, Sittard, Roermond, Venlo en Weert opgericht. De functie van provinciaal nazorgpsychiater is overbodig geworden en vervalt in 1965. Met de regionalisering wordt in Limburg vooruitgelopen op de vorming van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Riagg's, die in 1982 landelijk wordt geëffectueerd.

### Aard en ontwikkeling van de extramurale contacten

Voor zover bekend bestaan er geen patiëntstatussen van de voor- en nazorgdiensten. Om de aard en de ontwikkeling van de extramurale contacten te onderzoeken is daarom gebruik gemaakt van de statussen van inrichtingspatiënten van de voormalige inrichtingen Sint-Servatius en Sint-Anna te Venray. Met dit statussonderzoek wordt beoogd inzicht te krijgen in de contacten tussen de inrichting enerzijds en personen en instanties extramuraal anderzijds: wat is de omvang? om welke personen en instanties gaat het en wat is de inhoud van die contacten? Onderzocht is ook of dit in de loop van de jaren verandert en met name of en in hoeverre ontwikkelingen in de nazorg daarbij een rol spelen. Het hierna gepresenteerde materiaal is dus beperkt tot wat er in de inrichtingsstatussen is gevonden. Er zijn statussen getrokken uit de jaren 1938, 1943, 1948, 1953, 1958, 1963, 1968 en 1973. De jaartallen geven het jaar aan waarin (her)opname is gerealiseerd. Daar het onderzoek is gericht op nazorg, zijn alleen statussen van patiënten die binnen drie jaar vanaf (her)opnamedatum met proefverlof of ontslag zijn gegaan, onderzocht.<sup>47</sup> Van de genoemde jaren zijn

<sup>45</sup> Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1964/1967, 35.

<sup>46</sup> Jaarverslag R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1968/1972, 66-67.

<sup>47</sup> Als gevolg van de toegepaste werkwijze is informatie over patiënten die langer dan drie jaar ononderbroken zijn opgenomen, niet meegenomen. Van onderzoek naar statussen van de voormalige inrichting Calvariënberg, ondergebracht in het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht, is afgezien vanwege de beperkte toegankelijkheid ervan. De archieven, met daarin patiëntstatussen van Sint-Servatius en Sint-Anna, zijn ondergebracht in het Sociaal Historisch Centrum voor Limburg in Maastricht en daar toegankelijk mits de privacy van de betrokken personen wordt gerespecteerd. Statussen van recenter datum dan 1973 zijn niet naar het SHCL overgebracht.

in een eerste trekking statussen opgehaald van tien vrijwillig en tien onvrijwillig opgenomen mannen en van tien vrijwillig en tien onvrijwillig opgenomen vrouwen, in totaal veertig per jaar. Van het jaar 1943 zijn er in de categorie 'vrouwen vrijwillig' slechts acht statussen gevonden, vallende binnen het gestelde criterium van ontslag binnen drie jaar na (her)opname. Het aantal statussen komt daarmee op 318.

Tabel 1 geeft een overzicht in procenten van statussen waarin informatie is gevonden over contacten buiten de inrichtingen. Opvallend is de sterke stijging in het totale aantal contacten vanaf 1958. Over de hele periode is het aantal contacten bij vrouwen iets groter dan bij mannen en in de categorie onvrijwillig opgenomen groter dan in de categorie vrijwillig opgenomen.

Tabel 1. Percentages contacten buiten de inrichting in statussen van 318 patiënten, 1938-1973, 40 per jaar, uitgezonderd 38 in 1943, naar geslacht en juridische status van opname

jaar	man	vrouw	onvrijwillig	vrijwillig	totaal
1938	70	55	70	55	62
1943	60	39	60	39	50
1948	65	45	65	45	55
1953	35	85	65	25	45
1958	45	65	45	65	55
1963	85	85	90	80	85
1968	90	75	80	80	83
1973	70	75	80	65	72
<b>totaal</b>	<b>65</b>	<b>69</b>	<b>70</b>	<b>57</b>	<b>64</b>

In tabel 2 zijn de aanwijzingen voor contacten uitgesplitst naar soorten, te weten: familie, huisarts, zenuwarts, maatschappelijk werk, nazorginstantie, autoriteiten (wereldlijk en kerkelijk) en overigen. In alle gevallen is er sprake van contacten in meer dan één categorie. Dat verklaart waarom de percentages in de kolom 'totaal' groter zijn dan 100. In 1938 gaat het in 84 procent van de gevallen waarbij contacten buiten de inrichting zijn gevonden om familie. Dat aantal daalt daarna gestaag, met een uitschieter naar boven in 1953. Aantallen contacten in andere categorieën, met uitzondering van de verzamelcategorie overigen, zijn met praktisch één op tien of met nul beduidend lager. Vanaf 1958 stijgt het aantal contacten in meer dan één categorie sterk. Dat is vooral toe te schrijven aan de stijging in de categorieën nazorg, huisarts en, in mindere mate, in de categorie zenuwarts. Contacten met maatschappelijk werk zijn er over de hele periode weinig tot niet, met uitzondering van 1953 en 1973. Absoluut komt dat, afgerond naar boven, neer op twee respectievelijk vijf gevallen.

Tabel 2. Percentages contacten naar soort contact voor alle patiënten met contacten naar jaar, 318 patiënten.

jaar	fam	ha	za	mw	nazorg	aut	ov	totaal
1938	84	8	0	0	0	12	16	120
1943	74	16	0	5	21	0	11	126
1948	59	5	14	5	9	8	9	109
1953	89	17	0	11	6	0	6	128
1958	45	36	0	0	45	0	9	136
1963	24	56	18	6	100	0	9	212
1968	27	67	12	6	82	6	21	221
1973	17	55	21	14	86	0	10	203
1938/73	48	37	9	6	51	3	12	165
1938/53	65	11	4	5	8	6	11	120
1958/73	27	55	14	7	85	2	13	198

fam=familie, ha=huisarts, za=zenuwarts, mw=maatschappelijk werk, aut=autoriteiten (wereldlijk en kerkelijk), ov=overige

Voor de stijging in de categorie nazorg kunnen twee verklaringen worden gegeven. De eerste is dat de nazorg regulier deel begint uit te maken van de zorg. Dat kan worden opgemaakt uit de al vermelde toename van het aantal verpleegkundigen tot zes in 1959. De tweede verklaring zou de komst van de provinciale nazorgpsychiater in 1960 kunnen zijn.

Om die hypothese te toetsen is een tweede trekking uitgevoerd. Er zijn van de jaren 1954 tot en met 1957 en van 1959 tot en met 1962 telkens acht statussen getrokken, twee voor vrijwillig en twee voor onvrijwillig (her)opgenomen mannen en vrouwen, samengevoegd tot zestien per twee jaar. Daaruit wordt duidelijk dat de grote stijging in het aantal contacten met de nazorg inderdaad begint na de komst van de provinciale nazorgpsychiater in 1960. Het percentage vermelde contacten met de nazorg stijgt van 56 in 1959/1960 tot 100 in 1963. De inrichtingspsychiaters hebben in de persoon van de nazorgpsychiater blijkbaar een instantie waaraan ze hun berichten kunnen adresseren.

Het percentage contacten algemeen neemt toe van 75 tot 85. Ook het aantal contacten per contactgeval stijgt: van 1,4 tot 2,1. Met deze toenames voltrekt zich een daling in het percentage contacten met familie, en wel van 56 in 1959/1960 tot 24 in 1963. De conclusie kan worden getrokken dat met de komst van de nazorgpsychiater de rol van de familie als contactinstantie van de inrichtingspsychiaters afneemt, en dat de frequentie van de contacten in de overige categorieën toeneemt. Het is de vraag of de komst van de nazorgpsychiater en de afname van de contacten tussen inrichtingspsychiater en familie verband met elkaar houden en of de hypothese voor de hand ligt dat de nazorg die contacten overneemt.



*Een ex-patiënt wordt uitgeleide gedaan bij zijn vertrek uit de inrichting Sint-Servatius. Een verpleegkundige van de nazorgdienst staat klaar om hem naar huis te brengen, 1959. Bron: J.F.R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg.*

De contacten tussen inrichtingspsychiaters en familie zijn van velerlei aard. De psychiaters vragen aan de familieleden om informatie over de patiënt en zijn leef-, woon- en werkomstandigheden. Omgekeerd worden er ook vragen gesteld aan de psychiater, onder meer over de toestand van de patiënt, hoe lang de opname nog zal duren, of er verlof kan worden geregeld, dat de familie alles in het werk wil stellen om de patiënt weer thuis te kunnen hebben, dat er zal worden gezorgd voor bezigheden of dat de werkgever de patiënt weer een werkplek wil bieden. De vragen getuigen niet altijd van evenveel welwillendheid ten opzichte van de patiënt, zoals blijkt uit verschillende brieven van een vrouw die de behandelaar onder meer vraagt om haar man 'maar eens goed onder handen te nemen, b.v. met spuiten.... Rusten alleen zal wel niet helpen'.<sup>48</sup>

Een enkele keer beklaat de familie zich over de gang van zaken in de inrichting, bijvoorbeeld dat de patiënt als proefkonijn wordt gebruikt of dat het verplegend personeel niet deskundig is. Dankzeggingen aan de psychiater voor de goede behandeling van het familielid, waarin soms ook het verplegend personeel wordt betrokken, komen vaker voor.

Een paar keer is een bedankje gevonden van ontslagen patiënten. Soms schrijven patiënten hoe het hun na het ontslag is vergaan. Een patiënt schrijft tijdens het proefverlof dat hij verkering heeft en vraagt naar de mening van de psychiater over zijn trouwplannen. De psychiater meent dat het verstandiger is

<sup>48</sup> SHCL, archief St.-Servatius, 1958, status 1066.

'even af te wachten of uw toestand goed blijft. Daarom is het beter dat u met verkering en trouwen minstens een aantal jaren wacht'.<sup>49</sup>

Een overste van een klooster vraagt per brief aan de geneesheer-directeur van Sint-Anna of het verantwoord is om de dochter van de vrouw die onder behandeling is, in de orde te laten intreden. De reactie luidt dat moeder en grootmoeder bekend zijn met psychiatrische verschijnselen en een tante van moederszijde met krankzinnigheid. 'Het enige wat het voorgaande mij in casu zegt, is dat bijzondere voorzichtigheid in acht moet worden genomen.... Deze voorzichtigheid vraagt m.i. niet zonder meer afwijzen, wel nader onderzoek door een psychiater'.<sup>50</sup>

In de brief van een psychiater aan de huwelijkskandidaat van een patiënte wordt vastgesteld dat 'een samentrekking van twee gezinnen met elf en vijf kinderen objectief onmogelijk is'. De psychiater verzoekt de man, namens patiënte, niet meer op bezoek te komen. In een brief wordt dat toegezegd.<sup>51</sup>

Van geheel andere, zakelijke aard, zijn de ontslagbrieven en aankondigingen van proefverlof, gericht aan de nazorgdienst c.q. de sociaal psychiater. De brieven gaan ook naar huisartsen en, in mindere mate, naar zenuwartsen. Het gaat bijna altijd om zenuwartsen verbonden aan ziekenhuizen, zelden om vrijgevestigde. De inhoud van de ontslagbrieven is min of meer standaard: reden voor opname, verloop van de opname, soms een psychiatrische diagnose, soms een mededeling omtrent gebruikte medicatie en het advies om deze voort te zetten. Zelden tot nooit wordt er geadviseerd over verdere behandeling. Indien dat wel gebeurt gaat het niet veel verder dan de opmerking dat nazorg dringend is geïndiceerd of dat toezicht door de verpleegkundige bij de inname van medicijnen door een alcoholist gewenst is.

Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor samenwerking tussen inrichting en nazorgdienst, anders dan het voorbereiden van proefverlof en ontslag. Een uitzondering is de vraag van een inrichtingspsychiater aan een verpleegkundige om eens poolshoogte te nemen tijdens een verlof, (niet te verwarren met het proefverlof van een patiënt die met machtiging is opgenomen), om informatie te verstrekken over de leefomstandigheden van de patiënt in kwestie. 'Gaarne zie ik dus aan het eind van de tweede week uw bericht tegemoet'.<sup>52</sup>

Concrete activiteiten van de verpleegkundigen komen bijna zonder uitzondering neer op toezicht en controle, informatie verzamelen ten behoeve van de inrichtings- en de sociaal psychiater, het regelen van ontslagvoorwaarden zoals huisvesting en het informeren en instrueren van de omgeving van de patiënt. De berichtgeving van de verpleegkundigen doet er blijkbaar toe. Gunstige berichten over de patiënt en diens omgeving kunnen leiden tot proefverlof of ontslag.<sup>53</sup> De verpleegkundigen schrijven, zeker in latere jaren, regelmatig

<sup>49</sup> Ibidem, 1943, status 4755.

<sup>50</sup> SHCL, archief St.-Anna, 1953, status 1425.

<sup>51</sup> Ibidem, 1968, status 6367.

<sup>52</sup> Ibidem, 1963, status 2271.

<sup>53</sup> Ibidem, status 6108; 1968, status 6373.



sociale rapporten. Daarin komen veel en verscheiden aspecten van het leven van de patiënt en diens omgeving aan de orde. Uit aantekeningen van een inrichtingspsychiater blijkt dat een zeer gedetailleerd rapport van een verpleegkundige over onder meer het seksuele gedrag van een patiënte bijna integraal in de medische status wordt overgenomen.<sup>54</sup> Uit 1973 stammen brieven waarin verpleegkundigen om opname van patiënten verzoeken en over de condities waaronder, dat wil zeggen met of zonder Rechterlijke Machtiging.<sup>55</sup> Uit het schrijven van dit soort brieven kan worden opgemaakt dat er iets aan het veranderen is in de rol die de verpleegkundigen hebben, zowel ten opzichte van de inrichtingspsychiaters als binnen de sociaal-psychiatrische diensten.

### Conclusies en discussie

Rond 1920 ontstaat in Nederland de sociale psychiatrie die zich richt op nazorg aan uit de inrichting ontslagen patiënten en, vanaf begin jaren vijftig, ook op voorzorg. Psychiaters, maar vooral verpleegkundigen bieden een basale vorm van maatschappelijke ondersteuning, die met name bestaat uit controlerende huisbezoeken, het bemiddelen bij huisvesting en werk en het regelen van financiële voorzieningen. De omvang van de activiteiten groeit, maar de manier van werken blijft tot de jaren zestig praktisch ongewijzigd. Dat heeft ongetwijfeld te maken met de professionele achtergrond van de hoofdrolspelers. De nazorgverpleegkundigen zijn weliswaar breed opgeleid, maar in feite niet speciaal gericht op het werken met en voor psychiatrische patiënten buiten de inrichting. Pas halverwege de jaren zeventig zal er uitstroom ontstaan uit de tweejarige opleiding op HBO-niveau.<sup>56</sup> Voor de zenuwartsen en andere artsen werkzaam in de inrichtingen bestaat er geen opleiding sociale psychiatrie. Het zal duren tot het begin van de jaren tachtig voordat er in de opleiding tot psychiater een verplichte keuzeperiode sociale psychiatrie wordt ingevoerd.<sup>57</sup> De verpleegkundigen lopen op dit professionaliseringskenmerk voor op de psychiaters.

In de jaren zestig vinden, onder meer als gevolg van de komst van psychologen, psychotherapeutische werkwijzen ingang. Vanaf 1971 wordt de sociale psychiatrie gefinancierd volgens de AWBZ. De al eerder ingezette groei gaat door. De sociale psychiatrie richt zich toenemend op cliënten met psychosociale en levensproblemen. Nazorg gaat een steeds kleiner deel uitmaken van de verrichte activiteiten.

In de provincie Limburg ontstaat in de tweede helft van de jaren dertig van de twintigste eeuw aarzelend het domein van de sociale psychiatrie. Aanvankelijk

<sup>54</sup> Ibidem, status 6367.

<sup>55</sup> Ibidem, 1973, status 6573, status 6575, status 10. 2985.

<sup>56</sup> Er is weliswaar sprake van een opleiding B-nazorg, maar die wordt door veel verpleegkundigen niet hoog aangeslagen, zoals blijkt uit de interviews waarnaar in voetnoot 37 wordt verwezen.

<sup>57</sup> Harry Oosterhuis en Saskia Walters, 'The changing professional identity of the Dutch psychiatrist 1960-1997', in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of psychiatry and mental health care in post-war Britain and the Netherlands* (Amsterdam 1998) 208.



*Eén van de taken van de nazorgverpleegkundige is het begeleiden van de ex-patiënt naar een geschikte werkplek, 1959. Bron: J.F.R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg.*

maken met name kinderen en kleinere aantallen volwassen niet-inrichtingspatiënten er gebruik van. Nazorg is nauwelijks aan de orde. Psychiaters houden spreekuur, een verpleegkundige assisteert en legt incidenteel huisbezoeken af.

Vanaf 1940 zet de groei in. Die hangt samen met de komst van een fulltime provinciale huisbezoekster. De grote aantallen huisbezoeken van de verpleegkundige zijn met name gericht op (ex)-inrichtingspatiënten en daarmee op nazorg. Met de komst van meer verpleegkundigen na de Tweede Wereldoorlog zet de groei door. Het aantal psychiaters blijft tot de tweede helft van de jaren zestig laag. Hun activiteiten beperken zich voornamelijk tot het houden van spreekuren.

Aan het eind van de jaren vijftig ontstaat er een duidelijke toename van het aantal contacten tussen inrichting enerzijds en de nazorg anderzijds. Die toename hangt samen met de komst van de provinciale nazorgpsychiater in 1960 en kan voor een beduidend deel worden toegeschreven aan brieven met aankondiging van proefverlof en ontslag. Tegelijk met voornoemde groei daalt de hoeveelheid contacten van inrichtingspsychiaters met familie van de patiënten.

De positie van de inrichtingspsychiater blijft door de jaren van gewicht. De echte psychiatrie speelt zich af in de inrichting; de sociale psychiatrie blijft lange tijd een afgeleide van de inrichtingspsychiatrie. Sociale psychiatrie berust in hoge mate op ervaring en inzicht en is in wezen een vorm van maatschappelijke dienstverlening.

De rol van de nazorgverpleegkundigen is zeer belangrijk. Zij zijn het die de patiënten bezoeken en controleren en die patiënten zien en informatie verstrekken aan de psychiaters. Die informatie speelt een doorslaggevende rol bij de besluitvorming rond proefverlof, ontslag en heropname. De verpleegkundigen zijn van belang voor het functioneren van de nazorg. Zonder verpleegkundigen is er van nazorg en sociale psychiatrie geen sprake.

Met de regionalisering vanaf 1956 wordt de extramurale geestelijke gezondheidszorg grondig gereorganiseerd. Limburg loopt daarmee vooruit op de Riaggvorming die in 1982 landelijk wordt geëffectueerd.

Aan het eind van de jaren zestig dient zich het einde aan van een betrekkelijk stabiel tijdperk. In de nazorgpopulatie groeit de groep die kan worden omschreven als jonge chronici. Het zijn patiënten die intensieve begeleiding behoeven. Het aantal voorzorgcontacten neemt toe en daarmee dient zich een nieuw type patiënt aan met andere problemen en vragen. Met de komst van psychologen maakt ook in Limburg een nieuwe beroepsgroep zijn opwachting, die duidelijk anders is opgeleid en georiënteerd dan de verpleegkundigen en de psychiaters. De nazorg in Limburg, goed dertig jaar oud, heeft in haar bekende vorm de langste tijd gehad.

In hoeverre komen de ontwikkelingen in Limburg overeen of wijken ze af van de ontwikkelingen elders in Nederland?

Vooropgesteld moet worden dat het in dit verband moeilijk is om te spreken van 'elders in Nederland'. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen steden en provincies, en er zijn weer verschillen tussen steden onderling en tussen provincies onderling.

Dat gezegd hebbende kan worden geconcludeerd dat de ontwikkelingen in de sociale psychiatrie in Limburg in grote lijnen niet verschillen van de ontwikkelingen elders, behalve dat ze later beginnen en lange tijd langzamer verlopen. Daarvoor kunnen verschillende verklaringen worden gegeven.

Aan het begin van deze bijdrage is verwezen naar maatschappelijke ontwikkelingen in veel westerse landen. Met name in de snel groeiende steden zijn de daarmee samenhangende problemen omvangrijk en zichtbaar. Dat maakt het nemen van initiatieven op het gebied van de geestelijke hygiëne en van de voor- en de nazorg vooral daar urgent. Met een beduidend homogener bevolkingsopbouw en veelal op religieuze grondslag functionerende maatschappelijke verbanden is de problematiek in Limburg in die tijd minder actueel.

De steden hebben een stevige regiefunctie die bijdraagt aan de succesvolle start van de sociale psychiatrie. Rotterdam heeft met zijn 'stadsinrichting' Maasoord maar één partner waarmee zaken moeten worden gedaan. In Amsterdam wordt elke patiënt bij wie opname wordt overwogen, bij de GG&GD aangemeld en gescreend. Waar mogelijk worden opnamevoorkomende maatregelen genomen. In Limburg, en ook in andere provincies, is dat nauwelijks het geval. Er is geen instantie die een vuist kan maken.

Ook hebben de grote steden een direct merkbaar financieel belang bij opname-

preventie en -verkorting. Amsterdam bijvoorbeeld bekostigt aan het begin van de jaren dertig de opname van zo'n 3.000 burgers en is gebaat bij kostenreductie. Voor de relatief kleine gemeentes in de provincie is dat belang minder groot. Als gevolg daarvan draagt niemand de kosten die gepaard gaan met een goed opgezette voor- en nazorg. Het Groene Kruis is daartoe in Limburg niet in staat. De provincie draagt in 1939 een onbekend bedrag bij, waardoor waarschijnlijk de verpleegkundige in 1940 kan worden aangesteld en de psychiaters van de verschillende consultatiebureaus kunnen worden betaald. In Noord-Brabant daarentegen subsidieert de provincie al in 1936 de Provinciale Dienst voor Geestelijke Volksgezondheid met een bedrag van f 16.000, gekort op de subsidie aan instellingen.<sup>58</sup> Het Limburgse Groene Kruis draagt uit de contributiegelden vanaf 1954 f 0,85, vanaf 1957 f 1,50 per lid per jaar bij aan de kosten van de psychiatrische voor- en nazorg. In 1957 besluit het provinciebestuur een toeslag op de verpleegprijs van opgenomen patiënten van f 0,30 per verpleegdag te heffen, die ten goede komt aan de voor- en nazorg. In 1960 wordt de zogenaamde '30 cent-bijdrage' vervangen door een nieuwe provinciale subsidie.<sup>59</sup> De financiering vormt jaren een belemmering voor de ontwikkeling van de sociale psychiatrie in Limburg. Dat is elders buiten de grote steden ook het geval.<sup>60</sup> Voor een deel komt daarin verandering met de rijkssubsidieregeling van 1961 maar vooral in 1971 als de financiering wordt geregeld via de AWBZ.

Samenhangend met de financiën kan het voortdurende tekort aan psychiatrische mankracht als een volgende oorzaak van de trage ontwikkeling in Limburg worden gezien. Deels kan dat tekort echter ook worden verklaard uit de lage status die de sociale psychiatrie heeft, waardoor het moeilijk is om psychiaters aan te trekken, deels uit het algemene tekort aan psychiaters, al dan niet met een katholieke achtergrond. In Sint-Servatius komt pas in 1957 de eerste zenuwarts in dienst. Tot dan toe werken er artsen met psychiatrische ervaring.<sup>61</sup>

De houding van de inrichtingen is een belangrijke verklaring voor de relatief late start van de nazorg. Gebleken is dat de directie van Sint-Anna de nazorg vanuit de inrichtingen niet bepaald heeft gestimuleerd. Van de directie van Sint-Servatius wordt in de beginperiode niets gehoord. De nazorg wordt in handen van het Groene Kruis gegeven. Bij de voorbereidingen in de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid spelen de beide inrichtingen een belangrijke rol. De niet voor de nazorg geporteerde geneesheer-directeur van Sint-Anna is jarenlang voorzitter van de commissie. Ook het gegeven dat er aanvankelijk vanuit de inrichtingen zo weinig patiënten naar de nazorg worden verwezen kan worden gezien als uiting van een weinig enthousiaste opstelling. Die opstelling verklaart mogelijk ook waarom er in Limburg geen 'sterke figuren' zijn opge-

<sup>58</sup> H. Westhoff, *Geestelijke bevrijders: Nederlandse katholieken en hun beweging voor geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw* (Nijmegen 1996) 71.

<sup>59</sup> Phillips, *50 Jaar sociale gezondheidszorg in Limburg*, 213. Hoe hoog die subsidie is, is in de bron niet vermeld.

<sup>60</sup> Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 174.

<sup>61</sup> A. J. Billekens et al., *100 Jaar psychiatrie in Venray: geschiedenis van de psychiatrische instellingen Sint-Anna en Sint-Servatius* (Zutphen 2005) 136.

staan, hetgeen elders met personen zoals Meijers en Querido in Amsterdam, Pameyer in Rotterdam en Kortenhorst in Noord-Brabant wel het geval is.

Er kan een vraag worden gesteld naar de invloed van de Rooms Katholieke Kerk, die in Limburg in die tijd groot is. De geestelijkheid heeft een rol in het bestuur van het Provinciale Groene Kruis en maakt zich daar herhaaldelijk sterk voor de geestelijke gezondheid in de provincie.<sup>62</sup> Niet duidelijk is of er rechtstreekse invloed van de kerk is op de ontwikkeling van de sociale psychiatrie in Limburg en zo ja, of die verband houdt met de relatief late start en de trage ontwikkeling ervan. In Noord-Brabant, waar de kerk ook een sterke rol heeft, is dat laatste, zoals uit het voorbeeld van Breda en omstreken laat zien, blijkbaar niet het geval.

Een bijzondere ontwikkeling in Limburg is de regionalisering die al in 1960 haar beslag krijgt met de oprichting van stichtingen voor geestelijke gezondheidszorg in Venlo, Roermond, Weert, Sittard en Heerlen. Vanaf het begin van de jaren vijftig zijn de katholieke activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg landelijk gebundeld in het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg. Dat bureau beijvert zich voor katholieke organisatorische verbanden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In het betrekkelijk homogene Limburg, waarin geen dominante gemeentes zijn, en waarin twee katholieke inrichtingen en het katholieke Groene Kruis een grote rol spelen, vindt dat streven navolging. Er komt in de institutionele leegte, ofschoon niet zonder slag of stoot, relatief gemakkelijk een moderne infrastructuur voor extramurale geestelijke gezondheidszorg tot stand. Als daarna het proces van secularisatie op gang komt en de rol van kerk en religie minder prominent wordt, blijft de regionale infrastructuur overeind. De extramurale geestelijke gezondheidszorg in Limburg loopt vanaf dan jarenlang vooruit op de ontwikkelingen elders in Nederland.

<sup>62</sup> Philips, 50 *Jaar sociale gezondheidszorg in Limburg*, 208.