Tijdschrift voor psychiatrie 23, 1981/2

Het psychiatrisch centrum in de maalstroom van het overheidsbeleid

door C. Buis

In dit artikel heb ik mij gewaagd aan het plaatsen van enkele kritische kanttekeningen bij het verkleinings- en spreidingsbeleid dat de overheid met betrekking tot de psychiatrische centra voorstaat.

In de brief die de Staatssecretaris op 11 januari 1980 aan de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer van de Staten-Generaal geschreven heeft, komt een passage voor over de onzekerheid die ontstaan is in de ontwikkeling van ideeën omtrent de rol, de taken en de verantwoordelijkheden van de psychiatrische voorzieningen.
De onzekerheden in de ontwikkeling van ideeën betreffende de taken en de verantwoordelijkheden vind ik niet verontrustend voor zover het de psychiatrische centra aangaat. Dat al de opeenvolgende nieuwe ideeën nog niet tot eensluidende opvattingen hebben kunnen leiden, wijst m.i. op de rijk geschakeerde mogelijkheden die de intra-murale psychiatrische hulpverlening kent en op de inspanningen waarmede men deze hulpverlening verder tracht te brengen.
Gevaarlijker daarentegen vind ik de onzekerheid over de rol van de verschillende psychiatrische voorzieningen en dan met name die van de psychiatrische centra.
Als de Staatssecretaris zegt, dat de oorzaak van de door haar genoemde onzekerheden moeilijk te achterhalen is, ben ik het niet helemaal met haar eens. In dit artikel hoop ik duidelijk te maken, dat de onzekerheid m.b.t. de rol van de psychiatrische centra voor een belangrijk deel te wijten is aan het overheidsbeleid, dat op bepaalde punten met zichzelf in tegenspraak is en waarin geen duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen korte en lange termijnplanning. Die lange termijnplanning zou zelfs wel eens een zeer lange kunnen zijn gezien 's lands financiën.

Schrijver is geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum 'Schakenbosch' te Leidschendam. Deze bijdrage werd als voordracht gehouden in 'Wolfheze' op 21 oktober 1980.

Zo verwijst de Staatssecretaris in haar brief – en in deze verwijzing beluister ik een waarschuwing aan haarzelf gericht om het niet op dezelfde manier te doen – naar de ontwikkeling in andere landen, zoals in Groot Brittannië, waar men meende, dat de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de zogenaamde P.A.A.Z.'-en, samen met poliklinieken, dagziekenhuizen en de ambulante zorg ondergebracht in een 'comprehensive service', de psychiatrische hulpverlening in haar totaliteit zouden kunnen behartigen.
De chronische patiënten vallen buiten deze 'alles omvattende dienst'. Voor hen zou wel een onderdak in beschuttende woonvormen gevonden kunnen worden.
Volgens mij werd dit beleid in G.B. voornamelijk gepropageerd, omdat men na de tweede wereldoorlog geen geld meer had om de vele grote en verouderde gestichten die G.B. telde enigermate te moderniseren.
Naast het goede motief van de betere zorg die door de beoogde veranderingen mogelijk zou worden, was er altijd nog het ware motief van het drukken van de kosten van de gezondheidszorg. Met beide motieven van overheidswege zijn wij ook in ons land vertrouwd.
Onze Staatssecretaris onderkent gelukkig de gevaren van het bewandelen van een weg als waarvoor G.B. destijds gekozen heeft. Een ontwikkeling, zegt zij, waarbij de capaciteit van de psychiatrische centra – hoewel deze niet opgeruimd kunnen worden vanwege een bepaald chronisch bestand – wordt 'afgekalfd', zou leiden tot een versneld kwaliteitsverlies van wat er van de psychiatrische ziekenhuizen nog zou overblijven. Het plastische woord 'afkalven' ontleen ik aan de brief.
De zorg die psychiatrische ziekenhuizen verlenen moet er toch wel blijven, meent de Staatssecretaris. Dat heeft het lot van de chronische patiënten in G.B. haar wel geleerd. Hun dak- en thuisloosheid nam toe of zij kwamen in plaatsen terecht waar zij niet horen, zoals in gevangenissen. Ook uit Canada en de Verenigde Staten komen zulke berichten, aldus de brief.
Beschuttende woonvormen buiten de psychiatrische centra kunnen deze ellende blijkbaar niet voorkomen.

Onze huidige Staatssecretaris acht gelukkig de psychiatrische centra nog altijd van belang voor een goede hulpverlening aan psychiatrische patiënten. De gronden die zij noemt: 'Anders komen er patiënten in gevangenissen terecht' en: 'Anders zou de kwaliteit van de hulpverlening door psychiatrische ziekenhuizen achteruit gaan' zijn negatieve gronden. Het gaat er niet alleen om, om chronische patiënten een goed verblijf en een goede behandeling te geven, een behandeling die de mogelijkheden waarover zij nog beschikken, tot ontwikkeling brengt.
Ook vrijwel alle acute patiënten die opgenomen moeten worden zijn beter af in een psychiatrisch centrum dan in een P.A.A.Z. In een psychiatrisch centrum is een grotere differentiatie aan behan-

delingsmogelijkheden en verblijfsmogelijkheden dan op een doorsnee P.A.A.Z. Ook laat zich in een psychiatrisch centrum het karakter van een algemeen ziekenhuis vermijden; op een P.A.A.Z. nauwelijks.
En dat kunnen vermijden van het karakter van een algemeen ziekenhuis in een psychiatrisch centrum is van wezenlijk belang.
Een psychiatrisch centrum mag geen ziekenhuis zijn, zoals een algemeen somatisch ziekenhuis dat is. Daarom vermijd ik de term psychiatrisch ziekenhuis en spreek ik liever over psychiatrisch centrum, hoewel ook deze term aanvechtbaar is.
In een algemeen ziekenhuis kàn men niet wonen en màg men niet wonen. Dat staat het karakter van een algemeen ziekenhuis niet toe. En juist de woonfunctie, die een psychiatrisch centrum biedt, zie ik voor psychiatrische patiënten als van wezenlijk belang. De problemen die met het wonen en met het weer leren wonen samenhangen, moeten geïntegreerd zijn in het behandelen, zoals behandelen thuis hoort op de plaats waar een patiënt in het centrum woont.
Een psychiatrische stoornis leidt er immers toe, dat het samenwonen met anderen, het werken met en voor anderen, het emotioneel op de juiste wijze ingebed zijn in een gemeenschap van mensen, verstoord is geraakt. Herstel van een psychotische toestand moet tevens een herstel van emotionele betrekkingen inhouden. En voor dat herstel van emotionele betrekkingen moet een psychiatrisch centrum het oefen- en behandelterrein zijn. Een P.A.A.Z. is zo'n terrein niet of nauwelijks.
Goed, psychiatrische centra behoeven dus niet te verkleinen terwille van een 'comprehensive service' of, meer in het bijzonder van psychiatrische afdelingen aan algemene ziekenhuizen.
Ook al heeft de Staatssecretaris vanuit een negatieve benadering van de betekenis van een psychiatrisch centrum een positieve uitspraak gedaan over het bestaansrecht van deze centra, toch ben ik blij met deze uitspraak waarin haar bezorgdheid voor een achteruitgang van de psychiatrische hulpverlening door een verkeerde ontwikkeling hoorbaar is.
Jammer, dat die bezorgdheid niet consequent in haar beleid doorklinkt.
Enerzijds dus een duidelijk besef van de gevaren die een afbreken van de capaciteit van de psychiatrische centra ten behoeve van de oprichting van P.A.A.Z.'en met zich meebrengt. Anderzijds staat lijnrecht daar tegenover, twee pagina's verder, het beleidsvoornemen: 'verkleining van de omvang van psychiatrische ziekenhuizen'.
Worden psychiatrische centra door verkleining niet afgekalfd? Of betekent 'afgekalfd worden' een vorm van verkleining door het overbrengen van de hulpverlening aan acute patiënten naar P.A.A.Z.'en?
Verkleining terwille van een spreiding betekent echter dat ook dan van de bestaande psychiatrische centra A-bedden (bedden voor

acute psychiatrie) worden verplaatst. Nu niet naar P.A.A.Z.'en, maar naar kleine nieuw te bouwen instituten. Zou dit niet tot kwaliteitsverlies leiden van het functioneren van het op deze wijze afgekalfde psychiatrische centrum?

Waarom moet de omvang van psychiatrische centra zonodig verminderd worden?
Wel, ten eerste om de stijging van de kosten van de gezondheidszorg af te remmen.
Om dit op rekenkundig verantwoorde wijze te doen, is men een norm gaan gebruiken die men naar willekeur kan verkleinen of verhogen. Een verhoging verwacht ik echter niet, zelfs niet als zou blijken dat, bijvoorbeeld, het toenemend aantal verslaafden of de slachtoffers van de huidige economische crisis meer plaatsen in psychiatrische centra zou verlangen.
De norm is immers een kostenbeperkende grootheid geworden. Hoewel er een tijd geweest is, dat hij de behoefte aan plaatsen weergaf, wordt hij nu onafhankelijk daarvan opgesteld.
Direct na de 2e wereldoorlog had de planning van ziekenhuizen tot doelstelling de verdeling van de bouwcapaciteit, die toen nog niet zo groot was. Al spoedig werd de behoefte aan bedden als norm genomen voor de bouw van ziekenhuizen. Dat was een medisch verantwoord uitgangspunt.
Vandaag wordt de norm gebruikt ter afremming van de steeds maar verder stijgende kosten van de gezondheidszorg. En dit gebruik is totaal vreemd aan een medisch verantwoord uitgangspunt.
De norm is 1,5‰, d.w.z., dat er per 1000 inwoners 1,5 bed of plaats in een psychiatrisch instituut mag zijn. Onder die norm vielen behalve de bedden in de psychiatrische centra ook nog de bedden van enkele andere voorzieningen, zoals die van psychiatrische hostels, een vorm van tussenvoorziening die nauw gelieerd is aan de psychiatrische centra.
Volgens de erkenningen in het kader van de AWBZ telt Nederland nu rond de 25.000 bedden in de psychiatrische centra. Dat is 1,7‰. Maar lang niet alle bedden zijn tegenwoordig meer bezet. Het totaal aan bezette bedden bedraagt ongeveer 22.000, dat i 1,5‰.
Nu die norm feitelijk bereikt is, is het nòg niet goed. Onder de norm van 1,5‰ zijn nu ook gebracht de bedden in de kinderpsychiatrische klinieken en de plaatsen in de dag-, avond- en nachtbehandeling. Als al deze bedden en plaatsen – die helemaal niet verwant zijn aan elkaar – bij elkaar worden opgeteld, wordt de norm die in feite reeds bereikt was – de norm van 1,5‰ – weer overschreden. Het zullen de psychiatrische centra zijn die door een daling van het aantal bedden deze overschrijding teniet moeten doen.
Terzijde wil ik opmerken, dat nu de kinderpsychiatrische klinieken ook onder de norm van de psychiatrische centra zijn gebracht, het aantal bedden in deze klinieken of het aantal klinieken, slechts uitgebreid kan worden als de psychiatrische centra daar bedden voor

afstaan. Wat niet zo gauw zal gebeuren, omdat deze toch al kleiner moeten worden.
De norm is verlaagd, omdat de stijging van de kosten van de gezondheidszorg afgeremd moet worden. Daar is niets tegen, als de kwaliteit van de zorg maar niet zal dalen. Dat wordt ons verzekerd, maar overtuigend klinkt dat niet.
Hoè wil men het aantal bedden in de psychiatrische centra doen dalen? Door instituten te sluiten en patiënten naar huis te sturen? Door nieuwbouw van verouderde paviljoenen niet toe te staan in de onuitgesproken verwachting dat zij onbewoonbaar zullen worden? Daarom is het ook zo verkeerd, dat de vernieuwing van de huisvesting gekoppeld is aan een lange termijnplanning. Het is goed, dat er een lange termijnplanning gekomen is, maar er zijn in deze planning nog teveel onzekerheden en onmogelijkheden dan dat datgene wat tot de korte termijnplanning moet behoren in afwachting van meer zekerheden en mogelijkheden op de lange baan geschoven zou mogen worden.
Er is nog een andere oorzaak te noemen die tot gevolg zou kunnen hebben, dat de psychiatrische hulpverlening in de psychiatrische centra achteruit gaat; nog zonder dat ook maar één instituut verplaatst is.
Dat zijn de vele aankondigingen van beleidsvoornemens over spreiding en verkleining van de zijde van de overheid die via de pers het gehele Nederlandse volk bereiken en natuurlijk ook de werkers in de psychiatrische centra.
Aankondigingen die waarschijnlijk de eerste decennia door het tekort aan financiële middelen niet verwerkelijkt kunnen worden, maar die toch begrepen worden als korte termijnplanning.
Een gevolg daarvan is het ontstaan van onrust onder het personeel, van angst voor een vermindering van werkgelegenheid. Deze onrust is hier en daar gekomen doordat lange termijnplanning wordt begrepen als korte termijnplanning omdat de overheid hierin niet duidelijk is.
Er zijn instituten waar deze symptomen zich al manifesteren, tot schade van de patiënten.
Vermindering van bedden in de psychiatrische centra is alleen op verantwoorde wijze te bereiken door ontwikkelingen in de psychiatrische hulpverlening.
Ik denk aan de invoering van de depot-preparaten, van de gezins- en relatietherapieën. Kortom, het zal een intensievere behandeling en verpleging door goed opgeleid personeel moeten zijn die de verpleegduur verkort, chroniciteit waar mogelijk voorkomt en daardoor het aantal bedden doet dalen.
Als men ziet, hoeveel korter de verpleegduur van nieuw opgenomen patiënten de laatste jaren is geworden en in welke mate het aantal chronische patiënten in die tijd is gedaald, dan moet zelfs de meest onwelwillende toegeven, dat de resultaten van deze ontwikkeling duidelijk merkbaar zijn.

Als men de psychiatrische centra kunstmatig wil verkleinen, bijvoorbeeld door hen onbewoonbaar te maken, dan zal niet alleen de pers, maar ook de overheid zelf de psychiatrische centra verwijten dat deze hun plicht niet doen en niet alle aangeboden patiënten opnemen.
Want dàt zal – en dat wil ik met nadruk zeggen – het kwaliteitsverlies zijn, waarvoor de Staatssecretaris in haar brief aan de Tweede Kamer zo bevreesd is.
De kwaliteit van de behandeling van opgenomen patiënten zal niet verminderen, daar hoeft zij zich geen zorgen om te maken, maar patiënten zullen moeten wachten tot zij opgenomen kunnen worden. In vele gevallen zal dat tot een verergering van hun toestand leiden. Als zij dan nog aan opneming toekomen, zal dat misschien met een wettelijke dwangmaatregel moeten geschieden. Dat zal dan de psychiatrie weer verweten worden, ten onrechte.
Behalve de vermindering van bedden door de ontwikkelingen in de psychiatrische hulpverlening heeft een verantwoorde verkleining plaatsgehad doordat in de psychiatrische centra de hulpverlening in de loop der jaren werd toegespitst op een steeds scherper omschreven groep van patiënten, die psychiatrische patiënten zijn. Volgens mij is de grens van dit selectieve opnemingsbeleid bereikt. De psychiatrische centra hebben in de loop van de laatste decennia alle functies afgestoten, die niet tot de strikt psychiatrische hulpverlening behoren. Vroeger, vooral heel vroeger, deed een psychiatrisch centrum veel meer. Het was een instituut voor zwakzinnigen, voor maatschappelijk devianten, enz. Zwakzinnigen zonder een psychiatrische complicatie horen volgens de gangbare opvattingen niet in een psychiatrisch centrum te worden opgenomen; mèt zo'n complicatie daarentegen zeer wel. En dan denk ik voornamelijk aan debiliteitspsychosen, aan schizofrene ontwikkelingen bij debielen. Er zijn nog wel andere psychiatrische stoornissen, die niet alleen voorkomen bij niet-zwakzinnigen, maar ook bij zwakzinnigen en die opneming in een psychiatrisch centrum rechtvaardigen.
Ook psycho-geriatrische patiënten zijn psychiatrische patiënten, die, zeker zolang de diagnose nog niet is gesteld of zolang een specialistische behandeling nodig is, in een psychiatrisch centrum op hun plaats zijn.

Om de steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg te drukken, moet het aantal verpleegdagen in de intra-murale zorg naar beneden, ook dat in de psychiatrische centra, hoewel daar de verpleegdagen in het afgelopen decennium al behoorlijk gedaald zijn.
Ik vraag mij af, of een verdere daling van het aantal verpleegdagen in psychiatrische centra nu nog zoveel bij zal dragen tot een drukken van de kosten. Zonder de kosten van de specialisten mee te rekenen maken de kosten van gezondheidszorg in de algemene ziekenhuizen ongeveer 33% van het totale budget uit. De kosten van de gezondheidszorg in de psychiatrische centra daarentegen en dan inclusief de kosten van de specialisten – die zijn in de psychia-

trische centra immers in dienstverband – ongeveer 6%. Een kleine fractie dus van de totale kosten van de gezondheidszorg. Maar, zal de overheid zeggen, alles wat kan bijdragen tot daling van de kosten, al is het nog zo weinig, moet aangegrepen worden. Hoe ik in dit beleid de kosten moet plaatsen van een spreiding van psychiatrische centra, kosten die zoveel hoger liggen dan die van de herbouw van paviljoenen daar waar zij nu liggen, ontgaat mij.
De dure intra-murale zorg, zowel de hele dure in de algemene ziekenhuizen als de veel goedkopere in de psychiatrische centra, moet omgezet worden in de nog veel goedkopere van de extra-murale zorg. Een patiënt moet langer buiten de muren van een ziekenhuis blijven of er helemaal niet komen.
Misschien is dat heel goed mogelijk wat de somatische zorg betreft, dat kan ik niet beoordelen. Ik ben echter bang, dat als men in de somatische gezondheidszorg iets mogelijk acht, men voetstoots aanneemt, dat dat dan in de geestelijke gezondheidszorg eveneens het geval zal zijn. Dergelijke denkfouten in het beleid komt men ten aanzien van de psychiatrische hulpverlening vaker tegen. Alsof er niet sprake is van twee gebieden, die ondanks hun verwantschap ieder hun eigen karakteristiek hebben.
Kan men de huisartsen meer belangstelling voor de psychiatrische problematiek van hun patiënten bijbrengen door het aantal bedden in psychiatrische centra te verminderen? Er zullen patiënten zijn, die als zij niet kunnen worden opgenomen, dag en nacht een verpleegster bij zich thuis zullen moeten hebben op grond van hun gedragsgestoordheid.
Met goed recht mag men zich afvragen, of een ontwikkeling van de extra-murale zorg wel zoveel zal bijdragen aan een geringere behoefte aan intra-murale zorg als ervan verwacht wordt. Is er wel sprake van vervanging van zorg op de ene plaats door het bieden van gelijkwaardige zorg op een andere plaats? Betekent het niet veel meer, dat er niet alleen een extra mogelijkheid voor hulp bijkomt voor degenen die nu nog geen hulp kunnen krijgen, wier behoefte aan hulp nog niet gesignaleerd is, maar ook dat het hulpaanbod anders zal zijn? Meer hulp en een andere vorm van hulp.
Onderzoekingen naar het functioneren van poliklinieken binnen de somatische zorg hebben de geloofwaardigheid ontnomen aan het substitutie-element. Substitutie is het overnemen van een functie van de ene dienst door een andere zonder uitbreiding met functies die die ene dienst niet kende. Gebeurt dat wel, dan is er een complementaire functie bijgekomen. Iets dergelijks zien wij, als een zelfstandig dagziekenhuis wordt opgericht. Dat dagziekenhuis gaat voor een belangrijk deel hulp verlenen aan mensen die anders nooit in een psychiatrisch centrum zouden zijn opgenomen en aan wie de poliklinieken en de sociaal-psychiatrische diensten onvoldoende hulp kunnen bieden.
In de jaren dertig, de jaren van de vorige economische crisis, werden de zogeheten buitendiensten opgericht met het doel om 'dure' opnemingen in psychiatrische centra te voorkomen, hoewel duur

toen nog lang niet zo duur was als nu. Door een intensieve voorzorg die toen mogelijk werd zal ongetwijfeld menig patiënt buiten de psychiatrische centra zijn gehouden. Toch breidde in die jaren het aantal bedden in de psychiatrische centra en in de inrichtingen voor zwakzinnigen zich uit, in vele gevallen tot ver boven de capaciteit waarvoor zij gebouwd waren, waarschijnlijk doordat toen patiënten opgemerkt werden die daarvoor van hulp verstoken waren. Het tegen elkaar afwegen van deze beide factoren, de intensieve voorzorg en het ontdekken van tot dan verborgen behoeften, factoren die in verschillende richtingen werken, is te gecompli-

Indeling in gezondheidsregio's

1. Groningen-Drente
2. Friesland
3. Zwolle
4. Twente
5. Stedendriehoek
6. Arnhem
7. Nijmegen
8. Amersfoort
9. Utrecht
10. Het Gooi/Flevoland
11. Alkmaar
12. Kennemerland
13. Amsterdam
14. Leiden
15. 's-Gravenhage
16. Gouda
17. Rijnmond
18. Dordrecht
19. Zeeland
20. Breda
21. Tilburg
22. 's-Hertogenbosch
23. Eindhoven
24. Noord-Limburg
25. Zuid-Limburg

ceerd dan dat men maar zo simpelweg kan zeggen: 'Versterk de extra-murale zorg en de intra-murale zorg zal afnemen'. Dat is een wensdroom die nog altijd niet nauwgezet en gewetensvol op zijn juistheid is getoetst.

Ik kom nu bij een heel ander beleidsvoornemen uit de brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer, namelijk het voornemen tot de verbetering van de spreiding van de psychiatrische centra over het land. En dat is dan tevens de tweede aanleiding tot verkleining van de psychiatrische centra.
Nederland is op papier ingedeeld in 25 gezondheidsregio's, waarvan de grenzen niet overal samenvallen met de huidige provinciegrenzen. Verwacht wordt, dat in zo'n regio de gezondheidszorg beter overzichtelijk, beter reguleerbaar en daardoor ook beter beheersbaar zal zijn.
U zult zich afvragen wat wij daaraan zullen hebben, als door andere maatregelen de gezondheidszorg er inhoudelijk op achteruit zou gaan. Als men een supermarkt vergelijkt met een aantal kleinere winkels, dan is een supermarkt beter overzichtelijk, beter reguleerbaar en beter beheersbaar, maar het is een grote vraag of de waar die er verkocht wordt nu zoveel beter zal zijn, dan in de kleinere, op zichzelf staande winkels, waarin niet van alles verkocht wordt.
De verwachting is, dat in zo'n gezondheidsregio de beschikbare mogelijkheden door een betere afstemming op elkaar en vermijdingen van overlappingen een meer efficiënte en meer continue hulpverlening zullen bieden.
Een voorbeeld daarvan, dat in de brief genoemd wordt, is het door de intra- en de extra-murale zorg gemeenschappelijk realiseren van de 24-uurs bereikbaarheid. Dat ene punt roept echter al zoveel problemen op, waaronder financiële, dat het tot de planning op lange termijn gerekend moet worden.

Hoe het ook zij, de centrale overheid zal al deze stelsels natuurlijk niet kunnen overzien, reguleren en beheersen. Daarom zal de decentralisatie die vandaag de dag reeds een zekere graad bereikt heeft in de toekomst voortgezet worden. De provinciale besturen krijgen daardoor steeds meer te zeggen. Nu nog als adviseurs van de centrale overheid, straks – als de wet Voorzieningen Gezondheidszorg van kracht geworden is – zullen de provinciale besturen zelf hun plannen mogen vaststellen. Natuurlijk binnen de financiële mogelijkheden zoals de centrale overheid die aangeeft en binnen nog andere centrale richtlijnen.
De plannen die nu bij de provinciale besturen in de maak zijn houden zich al aan de grenzen van de 25 gezondheidsregio's. Van deze 25 hebben er negen geen psychiatrisch centrum, terwijl er bij mijn weten zeker één sterk aan bedden onderbezette regio is. Het kunnen er meer zijn en daarheen zal dan zeker ook gespreid moeten worden.

Het overheidsbeleid is, dat in elk van de negen lege regio's een psychiatrisch centrum komt en dat in de onderbezette regio of regio's ook nog een instituut gebouwd wordt. Dan is de spreiding voltooid, maar de psychiatrische hulpverlening aanmerkelijk verzwakt.
Oorspronkelijk – volgens de structuurnota van Staatssecretaris Hendriks – was het spreidingsbeleid een landelijk beleid. De werkelijk te grote psychiatrische centra, waarvan ons land er maar een enkele kent, zouden bedden moeten inleveren, opdat het totaal aan psychiatrische bedden in ons land niet toeneemt als er nieuwe instituten gebouwd zullen worden. Het is zinvol om bepaalde gebieden waartoe Twente, Zeeland en de regio Dordrecht behoren, aan een volwaardig psychiatrisch centrum daar ter plaatse te helpen.
Maar moet in elke regio waar nog geen psychiatrisch centrum is er een komen? Moet het spreidingsplan altijd en overal prevaleren boven alle andere argumenten? Een spreiding puur terwille van de spreiding dus, zonder afweging van de voor- en nadelen daarvan?
Er is een provincie waarin zich nu juist geen psychiatrisch centrum bevindt, dat tot de grotere behoort, maar waarin wel een aantal lege regio's ligt. Bij een strak doorgevoerd provinciaal beleid moeten de lang niet te grote psychiatrische centra in deze provincie kleiner worden, terwijl de elders gelegen werkelijk grote psychiatrische centra die toevallig liggen in een provincie waarin geen lege regio is, buiten schot zullen blijven, terwijl er in het geval van maar één lege regio in een provincie die een aantal grote psychiatrische centra telt deze centra zich nauwelijks zullen behoeven te verkleinen. Een nieuw psychiatrisch centrum zal namelijk maar 300 bedden mogen tellen en dat aantal is spoedig gevonden.
Bij een strak doorgevoerd provinciaal beleid rijzen er nog andere problemen. Hoe, bijvoorbeeld, te handelen met psychiatrische centra die, zoals 'Vogelenzang' te Bennebroek precies op de grens van twee regio's liggen? Moet zo'n psychiatrisch centrum worden afgebroken om enkele km's verder te worden opgebouwd in een van beide regio's?
Alleen al vanwege de kosten zal in zo'n geval geen star beleid gevolgd mogen worden.
Natuurlijk heeft het zijn voordelen, als door regionalisatie de psychiatrische hulpverlening kan geschieden in de buurt van het oorspronkelijke milieu. Gezinstherapieën, bijvoorbeeld, zullen minder reistijd van de betrokkenen vergen. Het contact met de verwijzers zal intensiever worden. Dat laatste kan echter weer tot gevolg hebben, dat het aantal opnemingen groter wordt en de verkleining van de instituten wordt afgeremd. Behalve dit vergemakkelijken van opnemingen heeft het dicht bij huis zijn van psychiatrische centra en het daardoor dicht bij huis worden opgenomen ook zijn bezwaren. Er zijn verscheidene psychiatrische patiënten die liever niet zo dicht bij hun buren en hun werk opgenomen willen worden.
Een belangrijker bezwaar tegen een maximale spreiding is echter wel, dat als alle bedden die gespreid moeten worden gespreid zijn,

er een groot aantal onvolwaardige psychiatrische centra ontstaan zijn. Enerzijds doordat de lang niet te grote psychiatrische centra eveneens aangesproken zullen worden om bedden in te leveren voor de spreiding en anderzijds doordat de nieuw te bouwen instituten bij voorkeur maar 300 bedden zullen mogen tellen. Onvolwaardig zullen zij zijn, omdat hun mogelijkheden wat betreft de opneming van alle categorieën van patiënten sterk beknot zal zijn en omdat zij in hun functioneren afhankelijk zullen zijn – binnen enige vorm van samenwerking – van de nog resterende niet of weinig afgekalfde psychiatrische centra.
Men kan het principe van alles onderbrengen in een regio toch niet strak doorvoeren. Er zullen supra-regionale instituten blijven bestaan, zoals kinderpsychiatrische klinieken, verslavingsklinieken, neuroseklinieken. Naast de regionale zullen deze instituten een bestaansrecht hebben en op landelijk niveau gepland moeten worden. De samenhang tussen deze voorzieningen en de regionale zal ook zijn bijzondere regels behoeven.

Waarom, en nou komt de strekking van mijn betoog, waarom niet voor bepaalde psychiatrische centra twee regio's samennemen? Blijvend, niet totdat ook zij voor een spreiding geheel of gedeeltelijk in aanmerking komen. Waarom deze centra niet beschouwen als supra-regionale instituten en hen ordenen niet volgens gezondheidsregio's, maar volgens 'landsdelen', een geografisch begrip dat voor revalidatiecentra reeds gehanteerd wordt? Geen ten koste van alles strak doorgevoerd spreidingsbeleid dus, hoe goed het principe daarvan ook zijn mag, maar ook andere principes laten gelden als die belangrijker zijn.
Dit is niet in strijd met wat in de brief aan de Tweede Kamer staat. Als ik op pag. 11 lees over het realiseren van de organisatie van crisisinterventie en acute psychiatrie per verzorgingsgebied, dan kan ik dat niet anders begrijpen dan dat er gebieden zullen zijn, waarin volstaan zal moeten worden met de acute psychiatrische hulpverlening. M.a.w. er zal vanuit de psychiatrische centra een spreiding van functies plaats kunnen hebben naar daar waar dat nodig is.
Zou met supra-regionale centra een overzichtelijke samenwerking niet op te bouwen zijn? In de huidige situatie werkt een psychiatrisch centrum doorgaans reeds samen met twee of drie sociaalpsychiatrische diensten en met verpleegtehuizen en het onderhoudt contacten met de supra-regionale verslavingsklinieken en met nog zoveel andere voorzieningen.
Het ligt niet op mijn weg om over de kosten van een strak doorgevoerd spreidingsplan te spreken. Deskundigen schatten die kosten op een miljard gulden. Zelfs over 25 jaar uitgespreid is dat per jaar nog een bedrag dat alle bezuinigingen op de intra-murale psychiatrie wel eens in belangrijke mate zou kunnen overtreffen.
Renovatie van de huisvesting van patiënten in de psychiatrische centra daar waar zij nu liggen zal ook geld kosten, maar toch niet

zoveel als de bouw van volledig nieuwe instituten op terreinen die men niet voor een appel en een ei zal kunnen verwerven.

Men kan geen kanttekeningen maken bij het beleidsvoornemen om psychiatrische centra te verkleinen als men niet ook iets zegt over de gewenste grootte van zo'n centrum. Wat is nu eigenlijk de gewenste grootte, de meest verantwoorde grootte? Wanneer is een psychiatrisch centrum te groot en wanneer te klein?
Exact kan men dat niet aangeven. Te groot is een psychiatrisch centrum, zou men kunnen zeggen, als door de grootte de communicatie binnen het instituut bemoeilijkt wordt, als het minder gemakkelijk als een organisatorische eenheid kan functioneren in al zijn geledingen, als het centrum zich opdeelt in onderafdelingen of subcentra die in hun structurele opbouw weinig of niet van elkaar verschillen. 'Te groot' wil hier niet meer zeggen dan dat het instituut zonder het bezwaar van een verlies aan kwaliteit van de hulpverlening kleiner kan worden. Bij instituten van 800 bedden en meer ziet men naar mijn ervaring zo'n opdeling plaats hebben. Van deze centra zou men mogen zeggen, dat zij voor verkleining in aanmerking komen, los van het kostenaspect en de spreidingsproblematiek.
Duidelijker kan men zeggen, waarom een psychiatrisch centrum niet te klein mag zijn. Er zijn factoren, waarmede men rekening moet houden wil een psychiatrisch centrum niet duurder en slechter gaan functioneren.
In de brief aan de Tweede Kamer worden een aantal overwegingen genoemd, die aangevoerd kunnen worden voor de vaststelling van de minimumomvang van een APZ, een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, zoals een psychiatrisch centrum in de brief genoemd wordt.
De overweging zijn de volgende:

a. de gewenste differentiatie van de behandeling vereist de vorming van een aantal gespecialiseerde afdelingen met elk een zekere omvang;
b. elk APZ dient te beschikken over het basispakket, waaronder een voorziening voor patiënten die langdurende behandeling behoeven;
c. bij een te klein APZ kunnen door het beperkte aantal stafmedewerkers de continuïteit en kwaliteit van de behandeling onvoldoende worden gewaarborgd;
d. bepaalde voorzieningen leiden voor een te klein APZ tot een onaanvaardbare stijging van de exploitatiekosten per verpleegdag.

Helaas blijft het bij het noemen van deze overwegingen. Men gaat niet na of een aantal van 300 bedden, dat bij de planning van nieuwe instituten het voorkeursaantal is voor een psychiatrisch centrum juist uit hoofde van de aangevoerde factoren niet te klein is.
Over elk van de genoemde overwegingen wil ik in het kort iets zeggen.

Ten eerste is er de gewenste differentiatie van de behandeling. Het kunnen differentiëren naar categorieën van patiënten bepaalt het wel of niet goed kunnen functioneren van een psychiatrisch centrum.
In het algemeen somatisch ziekenhuis differentieert men naar specialismen. Sommige buitenstaanders denken, dat de psychiatrie in zijn totaliteit simpelweg te vergelijken is met één zo'n specialisme uit de somatische geneeskunde als het om het aantal bedden gaat.
Ze worden in die gedachte versterkt, doordat P.A.A.Z.'en aan algemene ziekenhuizen verbonden zijn net zoals chirurgische en andere afdelingen. Op deze P.A.A.Z.'en wordt het specialisme psychiatrie echter niet in zijn volle omvang uitgeoefend. Patiënten die met een R.M. moeten worden opgenomen treft men er niet aan. Zelden blijven er – evenmin als op de somatische afdelingen – patiënten langer dan een jaar.
De leeftijd, de mate van gedragsstoornis, de mogelijkheden tot interactie met andere patiënten en met personeel, de behoefte aan somatische zorg, enz. vereisen gespecialiseerde groepen en soms zelfs afdelingen met een eigen specifiek karakter.
Een groep waarin een bepaalde categorie patiënten geplaatst wordt mag niet te klein zijn, omdat de personele bezetting dan naar verhouding te ongunstig wordt.
Dat elk psychiatrisch centrum een voorziening moet hebben voor patiënten die langdurige behandeling behoeven, de tweede overweging uit de brief, zegt eigenlijk slechts, dat een psychiatrisch centrum geen P.A.A.Z. is.
Over de minimum grootte van een psychiatrisch centrum zegt het niets als niet ook de differentiatie binnen deze groep in aanmerking wordt genomen.
Het derde punt, het niet kunnen waarborgen van de continuïteit en de kwaliteit van de behandeling door het beperkte aantal stafmedewerkers in een te klein psychiatrisch centrum, is mij uit het hart gegrepen.
Maar zoals het er staat zegt het niets over de minimum grootte van een instituut. Het is zeer wel mogelijk, dat in een psychiatrisch centrum van 300 bedden ziekte van stafleden, vakanties, vacatures hoe kort ook, die een waarneming verlangen ook voor de wachtdiensten 's avonds, 's nachts en in de weekenden, herhaaldelijk tot problemen zal leiden die de continuïteit en kwaliteit van de behandeling in gevaar dreigen te brengen. Overigens kan zoiets opgevangen worden door de norm voor het personeelsbudget te verruimen.
Naast de kwetsbaarheid op personeelsgebied is er in een te klein instituut ook de financiële kwetsbaarheid. Eenzelfde onderbezetting betekent voor een klein instituut een grotere schadepost dan voor een groot. Per bed is de verpleegprijs hoger en de inkomsten van dat ene bed vormen een hoger percentage van het totaal aan verpleeggelden dan bij een groot instituut.
Dan de onaanvaardbare stijging van de exploitatiekosten per ver-

pleegdag door bepaalde voorzieningen in een te klein psychiatrisch centrum, de laatste overweging die de brief noemt.
Zonder bijkomende factoren kan men zeggen, dat een klein instituut een hogere verpleegprijs moet hebben, omdat de kosten die door elk instituut gemaakt moeten worden ten laste komen van minder bedden. Elk instituut heeft een technische dienst, een huishoudelijke dienst, enz. met gebouwen en een staf.
Dat die kleine instituten neigen naar een hogere verpleegprijs blijkt uit de cijfers die ik u kan noemen.
In 1977 was de verpleegprijs van de zes kleinste instituten – die onder de 350 bedden – gemiddeld 209 gulden. Van deze zes instituten hadden de twee nieuwste uiteraard de hoogste verpleegprijs. De goedkoopste van de resterende vier had altijd nog een verpleegprijs van 172 gulden per dag.
Van alle instituten die groter waren dan 350 bedden, had de goedkoopste een verpleegprijs van 115 gulden en geen van deze instituten kwam met zijn verpleegprijs boven de 165 gulden uit. Integendeel een kwart lag met zijn verpleegprijs onder de 140 gulden. De goedkoopste van de kleine instituten had dus een verpleegprijs van 172 gulden en de duurste van de grotere een van 165 gulden. Nieuwbouw drijft de verpleegprijs omhoog. Als die nieuwe tevens kleine psychiatrische centra zijn, dan zullen de kosten van de gezondheidszorg aanmerkelijk stijgen.

Tenslotte kan men bij de vaststelling van de gewenste grootte van een psychiatrisch centrum naast de overwegingen die in de brief genoemd worden ook psychologische argumenten aanvoeren. Hoe groter een psychiatrisch centrum is, zegt men, des te geringer zal de psychologische integratie in de omringende maatschappij zijn. De ervaring van vreemdheid, die de psychiatrie bij buitenstaanders oproept zou een versterking ondergaan door een groot aantal psychiatrische patiënten bij elkaar op een terrein te brengen.
Is dat nu wel waar, komt een olifant vreemder bij ons over dan een spin? Wie zich paviljoen III in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam herinnert en de roep die het genoot, weet dat ook een klein beetje psychiatrie bij elkaar en veilig ingebed in een algemeen ziekenhuis, huiveringen opwekt bij de goe-gemeente. Ik zou u andere voorbeelden ter illustratie kunnen noemen.
Ik kan mij voorstellen, dat een enorm instituut van zegge 2000 bedden een extra dimensie van vreemdheid oproept, maar meer misschien nog van angst, angst verloren te raken in dat uitgestrekte gebied. Zulke psychiatrische centra kennen wij in Nederland niet. Even over onze grenzen liggen er enkele en die oefenen blijkbaar ook op de gevoelens en het denken van onze overheden een invloed uit. Wij zijn nu eenmaal sterk op het buitenland gericht, omdat wij als klein land erg veel buitenland hebben.
En dus is het begrijpelijk, dat in het overheidsbeleid het de buitenlandse psychiatrische inrichtingen zijn die de gedachten over de Nederlandse psychiatrie en de Nederlandse psychiatrische centra

bepalen. Ginds wordt verkleind, dus hier moet dat ook.
Kortom, volgens mij zijn er niet zulke steekhoudende psychologische argumenten aan te voeren met betrekking tot Nederlandse psychiatrische centra dat uit hoofde daarvan Nederlandse inrichtingen verkleind zouden moeten worden.
Prof. Stolte heeft er al eens op gewezen, dat gewoonlijk de bezwaren tegen grote psychiatrische inrichtingen, zoals massaliteit en bureaucratisering, met meer nadruk worden genoemd dan de bezwaren die aan kleine inrichtingen hechten, zoals de beperkte opnamemogelijkheid door het gebrek aan differentiatie-mogelijkheden en andere bezwaren. Voor de Nederlandse omstandigheden, zegt professor Stolte, waarin het zeer grote, duizenden patiënten tellende psychiatrische centrum niet voorkomt, zou juist de nadruk gelegd moeten worden op de nadelen van kleine inrichtingen.
Naar mijn mening en ook die van anderen, zou een psychiatrisch centrum toch zeker zo'n 500 bedden of daaromtrent moeten tellen om te kunnen functioneren als een volwaardig algemeen psychiatrisch centrum dat aan al zijn verplichtingen tegenover de maatschappij en de patiënten kan voldoen.

Het psychiatrisch centrum in de maalstroom van het overheidsbeleid heb ik mijn bijdrage genoemd. Ondanks de uitspraak van de Staatssecretaris over het gevaar van het afkalven van psychiatrische centra ten behoeve van P.A.A.Z.'en en beschuttende woonvormen dreigen de psychiatrische centra toch in een maalstroom, een draaikolk terecht te komen. Verkleinen ten behoeve van P.A.A.Z.'en en beschuttende woonvormen zou tot kwaliteitsverlies leiden, aldus de Staatssecretaris.
Zal dan een verkleinen van de psychiatrische centra, omdat men meent, dat deze te groot zijn en omdat er gespreid moet worden en omdat men de stijging van de kosten van de gezondheidszorg wil afremmen, niet leiden tot een kwaliteitsverlies van de totale psychiatrische hulpverlening in den lande doordat een van de belangrijke schakels in de keten van psychiatrische voorzieningen wordt verzwakt?

Documentatie

Van de vele beleidsnota's zijn het voornamelijk de onderstaande die tot het schrijven van dit artikel geïnspireerd hebben:

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Leidschendam, 11 januari 1980, pag. 5, 7, 11 en van bijlage II pag. 23, 27 en 28.

Handleiding bij de toepassing van artikel 29, eerste lid, Wet ziekenhuisvoorzieningen. Augustus 1979. Hoofdstuk 4.

Overzicht gegevens van Psychiatrische instellingen in Nederland, 1977. Gepubliceerd in *Verslagen-Adviezen-Rapporten-1979*, Uitgave Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, pag. 72.

Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage 1974, pag. 10 en 52.