

WIE EN WAT BEPALEN DE TOEKOMST VAN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN?*

door Dr. C. BUIS, geneeskundig plv. hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid

Ter beantwoording op deze conferentie is mij de vraag voorgelegd, hoe de inspectie de toekomst van de psychiatrische inrichtingen (P.I.'en) ziet. Bij zo'n vraag, gericht aan de inspectie — gemakshalve zal ik in mijn voordracht de elliptische uitdrukking 'inspectie' gebruiken — mag worden aangenomen, dat de vraagstellers een beschrijving verwachten van een toekomst, die mede bepaald wordt door maatregelen welke de inspectie denkt te nemen.

Zo'n verwachting berust op de mening, dat de inspectie maatregelen zal nemen welke naar haar goeddunken de lijn van de ontwikkeling, zoals deze getrokken wordt door het particulier initiatief, in belangrijke mate van richting zullen doen veranderen.

Reeds aan het begin van mijn voordracht moet ik u teleurstellen. Noch ik, noch andere leden van de inspectie kunnen de toekomst voorspellen. Wel kan ik u geruststellen wat betreft het nemen van maatregelen in de zin als hiervoor bedoeld. Zulke maatregelen wil en kan de inspectie niet nemen.

Omdat de inspectie dus noch de toekomst van de P.I.'en kent, noch deze door het nemen van maatregelen in handen heeft, zou ik met deze woorden mijn voordracht kunnen beëindigen, ware het niet, dat de inspectie op andere wijze toch wel betrokken is bij de toekomst van de P.I.'en. Ik zou daarom de vraagstelling anders willen formuleren en wel als volgt: 'Wie en wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen en welke rol speelt de inspectie hierbij?' Dan valt er genoeg te zeggen voor een voordracht.

Uitgaande van de feitelijk bestaande toestand, waarin een groot aantal problemen om een oplossing vraagt, bepaalt de wijze, waarop deze problemen door de P.I.'en worden opgelost, of niet worden opgelost, de toekomst van de P.I.'en. De inspectie heeft noch de bevoegdheid, noch de macht — en ook de lust niet — om in dit proces dirigerend op te treden. Wat zij wel kan en wil is het uitoefenen van invloed op de keuze van de wijze, waarop problemen worden opgelost. Dit kan de inspectie als één van de adviserende instanties: voor de minister inzake bouwplannen, voor de Ziekenfondsraad inzake verstrekkingen en erkenningen, en langs andere wegen, die voor haar open staan, met de opsomming waarvan ik u niet zal vermoeien.

* Voordracht gehouden op 26 november 1971 tijdens de Najaarsconferentie van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen.

De inspectie kan selecterend, afwijzend en instemmend te werk gaan met betrekking tot plannen, die het particulier initiatief ontwerpt om de problemen, die in het veld zijn onderkend, op te lossen. Maar ook het stimuleren van plannen gaat de inspectie ter harte. Zij wacht niet passief op de resultaten van de speurtocht van het particulier initiatief naar eventuele problemen. Zij acht het een van haar belangrijkste taken om zelf op zoek te gaan naar tekortkomingen in de zorg voor psychiatrische patiënten, deze te signaleren en vervolgens voorstellen te doen over de wijze, waarop deze tekortkomingen zouden kunnen worden opgeheven. Indien de ernst van de problemen dit noodzakelijk maakt, zal zij niet nalaten een dringend beroep te doen op het particulier initiatief om in de nood te voorzien. De invloed, die de inspectie kan uitoefenen, baseert zij uiteraard op een oordeel over wat haars inziens wenselijk of noodzakelijk is. Dat oordeel vormt zich echter niet binnenskamers door studie achter het bureau, maar door een levend contact met de werkers in het veld. En dit laatste weer niet door kennis te nemen van plaatselijke belangen van belanghebbenden, welke belangen door deze worden beschouwd als geldend voor het gehele land en voor alle P.I.'en in gelijke mate. Het inzicht van de inspectie ontwikkelt zich in een dialoog en wel in een dialoog met deskundigen uit alle streken en van alle belangengroepen van het land. Uiteraard ook met deskundigen, die niet aan een P.I. zijn verbonden, maar in het kader van mijn voordracht is dit niet ter zake dienend. Ik zal van dit streven blijk geven door voor de inhoud van mijn betoog te rade te gaan bij diegenen, die in de loop der jaren hun gedachten over problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de oplossing daarvan hebben uitgesproken. Mijn voordracht moet u dan ook zien als een voordracht met het karakter van een dialoog tussen u en de inspectie.

De vraagstelling 'wie en wat bepalen de toekomst van de P.I.'en' veronderstelt noch het voortbestaan, noch het overbodig worden van de P.I.'en. De vraag of de feiten, zoals zij nu liggen, en de ontwikkelingen, die gaande zijn, de conclusie rechtvaardigen, dat in de toekomst de P.I.'en in hun huidige of in gewijzigde vorm niet meer nodig zullen zijn, kan mijns inziens nog niet beantwoord worden. Ik wil het wel of niet voortbestaan van de P.I.'en in het algemeen — er kan een enkele verdwijnen, omdat zij niet met haar tijd mee kon komen — dan ook niet ter discussie stellen. Als uitgangspunt voor mijn voordracht neem ik aan, dat zij voorlopig nog wel een plaats onder de andere instituten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zullen blijven innemen. De dialoog, waarop ik zinspeelde, wil ik beperken tot de toekomstige functie en taken en de daarmee samenhangende structuur van de P.I.'en en tot hun plaats in de reeks van voorzieningen, die de zorg voor de psychiatrische patiënt behartigen. Zullen — om een voorbeeld te noemen — de P.I.'en de psychiatrie d'urgence tot hun werkterrein kunnen

blijven beschouwen of zullen andere instituten, nauw aan hen verwant, maar anders van opzet, deze taak overnemen?

Eigenlijk is het probleem, zoals ik het nu heb geformuleerd, waarbij de P.I.'en centraal gesteld zijn, onze aandacht niet waard. In wezen gaat het er niet om of en hoe de P.I.'en of andere instituten zullen voortbestaan. Zinvol wordt de vraag eerst als zij gesteld wordt vanuit onze zorg om de toekomst van de psychiatrische patiënten, die aangewezen zullen blijven op de intra-murale zorg. De toekomst van al deze psychiatrische patiënten. De toekomst van elke inrichting afzonderlijk wordt bepaald door de mate, waarin zij tegemoet kan komen aan de eisen, die ten aanzien van deze patiënten gesteld mogen worden.

Onder u zijn er, die de laatste jaren uiting gegeven hebben aan hun bezorgdheid over het voortbestaan en de toekomstige plaats van de P.I. op het terrein van de zozeer in beweging zijnde geestelijke gezondheidszorg. Pessimisten vreesden, dat de taak van de P.I. zou worden uitgehold en teruggebracht tot die van opberginstituut of, iets minder ernstig, van een verpleeginrichting in elk geval tot die van een tweederangs instituut. Op de eerste rang zouden dan komen te zitten de psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (in het vervolg aangeduid met P.A.A.Z.) en het crisis-interventiecentrum. En dat aan dat uithollen en terugbrengen zou de inspectie actief medewerken, dachten sommigen.

Uitgeen ik hiervoor gezegd heb zult u begrijpen, dat dit allemaal niet zo belangrijk is. Instituten ontleen hun bestaansrecht aan de zorg, die zij psychiatrische patiënten kunnen bieden. Toch lijkt het mij zinvol de aanwezige bezorgdheid en vrees ernstig te nemen en er een enkel woord aan te wijden. SPEIJER (6) heeft in 1962 de neiging van enkele P.I.'en om alles bij het oude te laten en die van andere om op niet geheel verantwoorde wijze alles te willen doen, vergeleken met de 'Totstellreflex' en de 'Bewegungssturm' als primitieve reacties op de bedreiging van het bestaan. Het is maar een vergelijking, die natuurlijk mank gaat. Vrees kan echter, zonder dat men zich dat bewust is, tot leidsman genomen worden. Laat mij daarom een poging doen de vrees van degenen, die vrezen, weg te nemen.

Als iemand mij, op de man af de vraag zou stellen, of de taak van de P.I.'en zal worden uitgehold, zou ik hier met een andere vraag op antwoorden en wel met de vraag: 'Is de taak van de P.I.'en al voldoende opgevuld?' Opvulling is namelijk het enige, wat de inspectie interesseert, niet de uitholling van een bestaand instituut. Als BAAN, 14 jaar geleden, in 1957 (1), reeds dringend de wens uitsprak, dat de P.I.'en hun taak toch zo ruim mogelijk moesten opvatten en hun inspanning moesten verveelvoudigen om tot een oplossing te komen van de ontstellende problematiek, die braak lag op het terrein van de praktische psychiatrie, terwijl in al de jaren, die sindsdien verstreken zijn, de ernst van deze problematiek nauwelijks verminderd is, is dan de taak van de P.I.en nog

steeds niet ietwat hol? En nog lang niet integraal?

BAAN stelde bijvoorbeeld, dat de P.I.'en hun taak slechts zeer ten dele vervulden ten opzichte van psychiatrische patiënten, wanneer deze op de een of andere wijze met de justitie in aanraking waren gekomen. Doordat de P.I.'en faalden en bijna 1200 mensen in de steek lieten, kwam eerst de Psychiatrische Observatiekliniek tot stand, daarna de Dr. Van der Hoevenkliniek, de Pompe-kliniek en nog andere instituten, die zich expliciet ten doel stelden om psychisch gestoorde delinquenten te behandelen. Maar niet alleen op het gebied, dat men forensische psychiatrie pleegt te noemen, waardoor deze vorm van psychiatrie tot een buitenbeentje verklaard wordt, maar ook op andere gebieden zijn steeds weer instituten ontstaan, die taken overnamen, waarop de P.I.en zich niet ten volle konden toeleggen: verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden, crisis-interventie-centra, de sociaal-psychiatrische 'night clinic', abusievelijk vertaald met nachtkliniek, zijn hier voorbeelden van. Aan de inaugurele rede, die BAAN in 1957 hield, kunt u ontlezen, dat hij ook toen niet — evenmin als hij dat nu, als hoofdinspecteur doet — gedacht heeft aan een uitholling van de taak van de P.I.'en. Hij bepleitte juist een uitbreiding, intensivering en daarmee een opvulling van hun functie.

Onlangs nog, op 6 november 1971, bevestigde BAAN in een interview met een verslaggever van de Nieuwe Rotterdamse Courant zijn standpunt in deze. Naar aanleiding van de vraag van de journalist, of de P.I.'en verdwijnen moeten, antwoordde BAAN: 'Neen, uitgesloten. We hebben de psychiatrische ziekenhuizen hard nodig; voor wat het ziekenhuisgedeelte betreft (15 tot 20% van het bestand), waar goede diagnostiek — multi- en interdisciplinair — kan worden bedreven en waar de klinische behandeling kan worden ingezet'.

De klacht van BAAN in 1957 bleef voor enkelen ten onrechte naklinken als een bedreiging, zodat het niet te verwonderen was, dat de vraag naar het lot van de P.I.'en zich toespitste toen in 1969 VERAART als hoofdinspecteur werd opgevolgd door BAAN. De onzekerheid werd niet weggenomen, doordat bindende gedetailleerde voorschriften met betrekking tot een modernisering van de P.I.'en uitbleven. Ongetwijfeld zouden deze voorschriften de onzekerheid — voor zover zij bestond — hebben kunnen wegnemen en kunnen omzetten in afweer of voldoening.

De inspectie kan echter geen bindende voorschriften geven. Zij zou ook geen voorschriften willen geven, noch bindende, noch niet-bindende, omdat dit de ontwikkeling, die gaaande is, zou kunnen schaden. De voorschriften zouden bovendien niet voor alle P.I.'en gelijkkluidend kunnen zijn. Immers wél is het gehele gebied van de geestelijke gezondheidszorg in beweging, waarbij grenzen herzien worden en begrippen nieuwe inhoud verkrijgen, maar deze beweging kent lokale verschillen. Dat, wat voor de ene inrichting dienstig is ter bevordering van de zorg, die zij kan verlenen, zou de taak van een andere inrichting, die onder

geheel andere omstandigheden moet werken, kunnen bemoeilijken. Misschien komt de verklaring, dat u mondig bent en niet afhankelijk van wat de inspectie uit eigen initiatief met de P.I.'en wil doen, voor sommigen van u als een verrassing. Als dat zo is, valt ook de herkomst van de vrees, waarover ik sprak, te raden.

Als men de Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband uit vroeger jaren doorbladert, treft men over alle jaargangen verspreid, artikelen aan, geschreven door prominente Nederlanders, in welke artikelen problemen worden gesignaleerd, waarvoor — liefst in een nabije toekomst — een oplossing moet worden gevonden, en waarin getracht wordt een ontwikkeling te onderkennen, die bepalend zal zijn voor de toekomst van de P.I.'en. Door uit enkele van deze voordrachten te citeren en daarnaast nog anderen te laten spreken, zal ik u aantonen, dat jarenlang reeds uit de kring van inrichtingspsychiaters gewezen is op het bestaan van tekortkomingen en dat in aansluiting daaraan voorstellen tot opheffing hiervan zijn gedaan, waarbij het veelal is gebleven. Ik heb alleen artikelen gekozen van Nederlandse psychiaters en over Nederlandse situaties. Er zal geen woord Engels bij zijn.

Zo las ik de publicatie van een voordracht, die R. ZIJLSTRA (7) in 1960 heeft gehouden. ZIJLSTRA was toen nog geen lid van de inspectie. Hij sprak in dat jaar zijn vrees uit over het achterop geraken van wat hij 'de gewone psychiatrische inrichtingen' noemde. Als oorzaken van dit achterop geraken zag hij de volgende tekortkomingen van de P.I.'en:

- 1 de persoonlijkheid van de verpleegde komt niet voldoende tot zijn recht; er is te veel massaficatie;
- 2 de nadruk valt teveel op de socialisatie van de verpleegde in de inrichting terwijl de sociale aanpassing naar buiten te weinig gekend en nagestreefd wordt;
- 3 de onvoldoende ontwikkeling van functionele relaties tussen de onderscheiden instituten, werkzaam op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Op het tekort schieten van de P.I., zoals geformuleerd in punt 1, gaat ZIJLSTRA niet nader in. Een wijziging ten goede, voor zover het betreft de punten 2 en 3, zag ZIJLSTRA eerst mogelijk worden als de inrichtingen een meer actieve positie in de maatschappij zouden gaan innemen. Dit laatste klemde temeer, omdat in het grensgebied van de P.I.'en en S.P.D. een toenemend aantal problemen ontstond, doordat het aantal hulpzoekenden met psychische en maatschappelijke moeilijkheden relatief sterker toenam dan het aantal inrichtings-behoevenden, aldus ZIJLSTRA. Het voorstel van ZIJLSTRA was om te komen tot dépendances, gelegen in de dichte bevolkingscentra, met als onderdelen:

- 1 een polikliniek, met spreekuren, zowel te houden vanwege de inrichting als vanwege de S.P.D.;

- 2 een psychiatrische Eerste Hulp Dienst;
- 3 een verpleeginrichting van 20 à 30 bedden voor een zeer kortdurende selectie-observatie of behandeling;
- 4 een psychiatrisch dagziekenhuis;
- 5 eventueel uitsluitend slaapgelegenheid voor psychisch hulpbehoevend.

Augustus 1971, elf jaar na deze woorden van ZIJLSTRA, werd in Den Haag een centrum geopend, dat vier van deze vijf punten omvat. Dit centrum staat onder beheer van de Stichting Dr. Schroeder Van der Kolk en was het initiatief van de sociaal-psychiater VAN LONDEN. Hiermee wil beslist niet gezegd zijn, dat niet reeds eerder een aantal P.I.'en een loffelijke poging hebben ondernomen — en daarin ook geslaagd zijn — om hulp te bieden aan het 'grensgebied'. Bij voorbeeld door de stichting van poliklinieken en van neuroseklinieken. Ik constateer slechts dat het crisis-interventie-centrum in Den Haag het ideaal van ZIJLSTRA het dichtst benadert en dat het een initiatief was van een sociaal-psychiater. In zijn voordracht signaleert ZIJLSTRA gebreken binnen de P.I., waar hij niet nader op ingaat, en tekortkomingen van hun taak ten aanzien van de extra-murale dienstverlening. Voor laatstgenoemde tekortkomingen gaf hij een oplossing, die — naar de toekomst leerde — te verwerkelijken viel. De ernstige extra-murale problemen, waar hij géén aandacht aan schonk waren die, welke veroorzaakt werden en nog steeds worden, doordat patiënten, die niet tot een grensgebied behoorden, maar in een inrichting een plaats hadden moeten hebben, deze plaats niet kregen. Deze leemte in zijn betoog, dat overigens zo verdienstelijk op tekortkomingen en de mogelijkheden tot opheffing daarvan wees, valt te betreuren.

Ik zal nu een aantal jaren overslaan en in uw herinnering terugroepen, hetgeen DE SMET in 1966 (5) heeft gezegd. Hij begon zijn voordracht met enkele kritische opmerkingen te maken aan het adres van de P.I.'en: over het te zeer eigenstandig functioneren en over het niet dulden van kritiek als men zich bedreigd voelt. DE SMET zag het als een eis, dat men bij de concretisering van de hulpverlening zich allereerst diende te richten op de medische noden en behoeften van de patiënten, inplaats van de patiënt zich te laten aanpassen aan het medisch verstrekkingspakket, dat hem werd aangeboden en waarbij andere belangen dan die van de patiënt mede in het geding waren. Als men dit leest denkt men direct: 'Aha, collega DE SMET dacht, toen hij dat schreef, aan de pagina's 10 en 11 uit de rede van BAAN (1), waar deze zegt: 'Niet alleen die patiënten moeten kunnen worden opgenomen, die passen in de inrichting, maar de inrichting moet zó veranderen, dat elke patiënt er in past.' Maar collega DE SMET blijkt, als men verder leest, deze pagina's niet op het oog te hebben. Hij bedoelde met verstrekkingspakket het totaal van alle psychiatrische hulpverlenende instituten. Deze zouden in een bepaald organisatorisch verband moeten samenwerken.

Zijn voorstellen doen ultra-modern aan en waren het waard geweest dat, in hetzelfde jaar dat DE SMET deze woorden had gesproken, met de uitvoering ervan een begin was gemaakt. Het betreft de volgende punten:

- 1 het vinden van een coördinatie en coöperatie tussen de verschillende instellingen binnen een regionale structuur;
- 2 het 'plannen' van nieuwe voorzieningen in een gezamenlijk verband;
- 3 een positieve taakbepaling van elke instelling, betrokken bij het geheel.

De functies van de P.I. werden door DE SMET ingedeeld in twee groepen:

- 1 de specifieke eigen functies, te weten de klinische, de revalidatie- en de verzorgende functies;
- 2 de schakelfunctie.

Ik zal mij beperken tot een weergave van wat DE SMET naar aanleiding van de revalidatiefunctie heeft gezegd. Onder revalideren wilde DE SMET verstaan een poging om onze langdurig verpleegden dermate te beïnvloeden, dat zij weer in staat zijn in de gemeenschap terug te keren, hetzij geheel zelfstandig, hetzij in een andere — beschuttende — omstandigheid. DE SMET, die nooit aan de inspectie verbonden is geweest, heeft harde woorden gezegd over het inkapselen van patiënten in onze zorg, die werd opgehangen aan een veelheid van therapieën, tot de vis-therapie toe, over het beschadigen van verpleegden door enkel in te spelen op hun patiënt zijn, door hen in te spinnen in hun situatie van volledige afhankelijkheid en het proces van dehumanisatie op hen te laten uitwerken. De verstopping van de doorstroming vindt in deze attitude voor een deel haar oorsprong, aldus DE SMET in 1966.

Revalidatie behoorde volgens DE SMET binnen de inrichting plaats te hebben, maar ook buiten de inrichtingen, in tussen-voorzieningen, even intensief voortgezet te worden. DE SMET zag de inrichting omringd door een sociale werkplaats, door één of meer sluisinternaten, beschuttende tehuizen, terwijl ook de gezinsverpleging een taak zou kunnen vervullen. Dit werd in 1966 reeds opgemerkt! De schakelfunctie, die DE SMET onderscheidt, kan als de extra-murale taak van de P.I.'en worden opgevat. De P.I., aldus DE SMET, beschikt over een staf van deskundigen, getraind in het teamwork, die geschikt is voor dienstverlening in de ambulante zorg, met dien verstande, dat de verantwoordelijkheid voor de ambulante zorg berust bij de gemeenschap en niet behoort te worden opgezet door de P.I.

Tot zover DE SMET. Nooit heeft iemand — bij mijn weten — gezegd, dat zijn visie niet te verwerkelijken viel. De inspectie mag dus hopen, dat veel van wat DE SMET gezegd heeft, eens verwerkelijkt zal zijn.

Volgens JACOBS (2), in zijn dissertatie 'Het psychiatrisch centrum', is de toekomst van de psychiatrische centra gewaarborgd als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Slechts enkele, die in verband staan met mijn

voordracht, noem ik u, wat niet wil zeggen, dat de andere geen vermelding waard zouden zijn. Die ik aanhaal zijn de volgende:

- 1 er zullen niet meer psychiatrische centra moeten worden gecreëerd;
- 2 er moeten meer 'achtergeschakelde voorzieningen', sluisinternaten en dergelijke komen;
- 3 er moet een taakafbakening en een verdere specialisatie met betrekking tot de taakverdeling van de psychiatrische centra onderling komen;
- 4 het beleid van het psychiatrisch centrum zal er in de toekomst op gericht moeten zijn ingewikkelde, moeilijke patiënten, mogelijk in grotere getale, te kunnen behandelen;
- 5 de functies van het psychiatrisch centrum zullen bijzondere aandacht moeten hebben, de functies, die JACOBS onderscheidt, zijn: de ziekenhuis-, de revalidatie-, de tehuis-, de beschermings-, de opleidings- en de wetenschapsfunctie.

Over het punt: 'Er zullen niet meer psychiatrische centra moeten worden gecreëerd' wil ik opmerken, dat als de huidige P.I.'en ook in de toekomst niet de ingewikkelde, moeilijke patiënten in grotere getale kunnen behandelen, er dan toch wel ten behoeve van deze patiënten een instituut moet komen waarin dat wel kan, zelfs al zou — naar JACOBS meent — zo'n initiatief de toekomst van de huidige P.I.'en kunnen ondermijnen. Ingewikkelde en moeilijke patiënten zijn ook die patiënten die veelal, maar dan te weinig genuanceerd, met 'debiele psychopaten' worden aangeduid en ook de psychiatrische patiënten die met de justitie in aanraking zijn gekomen. Ook ten aanzien van laatstgenoemde categorie wordt te weinig genuanceerd gedacht.

De 'justitiepatiënten' zijn al eerder in mijn voordracht ter sprake gekomen. De belangrijkheid van het probleem rechtvaardigt, dat ik naar aanleiding van het noemen door JACOBS van de ingewikkelde, moeilijke patiënten bij deze categorie even stil blijf staan.

De indeling volgens het etiket 'justitiepatiënt' kan een geheel willekeurige zijn. Een psychiatrische patiënt, die niet toekomt aan het delict dat hij uit hoofde van zijn geestesgestoordheid zou kunnen plegen, blijft psychiatrische patiënt. Pleegt hij het delict wel, dan is niet meer de Krankzinnigenwet, maar de Strafwet op hem van toepassing. Een opnemings- en behandeling in die inrichtingen, die voor een behandeling het best geoutilleerd zijn, wordt dan in sterke mate bemoeilijkt, omdat hij 'justitiepatiënt' geworden is. Van de patiënten met dit etiket zijn het niet in de eerste plaats de delinquenten met een t.b.r., voor wie ik pleit. Voor deze bestaan nu een aantal categorale Rijks- en particuliere inrichtingen. De kwantitatieve behoefte aan plaatsen voor t.b.r.-gestelden is door deze inrichtingen nog wel niet ten volle gedekt, maar het tekort is niet groot meer. Wél echter het tekort aan *goede* behandelingsplaatsen. Waar ik voornamelijk op doel zijn de psychiatrische patiënten, die eerst na het

plegen van een in de Strafwet omschreven delict als geestesgestoord worden onderkend of veroordeelden in gevangenissen of nog-niet-veroordeelden in Huizen van Bewaring, die acuut psychotisch worden. Het lukt meestal wel deze in de algemene psychiatrische inrichtingen opgenomen te krijgen, maar meestal eerst maanden na het uitbreken van de psychose. Ik behoef u de nadelen en ellende, die dit voor de patiënt meebrengt, niet te schilderen. Groot is ook hun aantal niet, maar elk geval is een calamiteit.

Ik ben er van overtuigd, dat er ten aanzien van dit probleem reeds veel gewonnen zou zijn, als de P.I.'en een kleine wijziging zouden aanbrengen in het standpunt, dat het wel of niet opnemen van deze patiënten bepaalt. De 'neen-tenzij'-houding zou moeten veranderen in een 'ja-tenzij'-houding. Alle psychiatrische patiënten, ook diegenen, met wie de justitie bemoeienis heeft, moeten kunnen worden opgenomen, tenzij zij in justitiële zin 'vlucht- en gemeengevaarlijk' zijn en daardoor die verscherpte bewakingsmaatregelen zouden vereisen, die vreemd zijn aan de huidige inzichten omtrent de wijze, waarop psychiatrische patiënten in een inrichting moeten worden bejegend. Voor de patiënten, waarvoor het 'ja' geldt, blijft toch altijd nog de Minister van Justitie verantwoordelijk, als hij een patiënt bij beschikking in een P.I. laat opnemen. Maar, zult u zeggen, wij hebben al een tekort aan plaatsen voor die patiënten, die uiterst dringend behandeling behoeven. Moeten justitiepatiënten dan voorgaan? Het beleid van de P.I.'en moet veranderen, zegt JACOBS. Maar hoe? Dat is u al gezegd: sticht 'intensive-care'-afdelingen in of buiten uw inrichtingen.

Bij een beperkt aantal psychiatrische ziekenhuizen en verspreid over het land zouden kleine afdelingen opgericht moeten worden, die geschikt zijn voor de opnemng van die categorieën psychiatrische patiënten, die aanvankelijk een behandeling in een meer gesloten milieu nodig hebben. De afdelingen zouden dan ook de daarvoor in aanmerking komende justitie-patiënten moeten kunnen opnemen. Er zijn al voorbeelden van deze afdelingen, zoals in 'Coudewater'. Deze suggestie sluit aan bij het voorstel van JACOBS over de taakafbakening en een verdere specialisatie met betrekking tot de taakverdeling van de P.I.'en onderling. Aan alle P.I.'en, zonder onderscheid, zou ik in dit verband willen vragen — een vraag, die aansluit bij wat ik van anderen heb opgevangen —: 'Vergroot op de observatie-afdelingen het aantal goede, psychiatrische isoleerkamers'. In het verleden zijn er vele, als gevolg van een oprecht, maar misplaatst idealisme, opgeheven. Met de kleine, specifieke afdelingen (gesloten, maar desondanks toch met een 'tehuis'-karakter) en met een groter aantal isoleerkamers (wat weer niet betekenen mag, dat een patiënt te zeer van de gemeenschap wordt geïsoleerd) kunt u uw beleid op een bredere basis gronden en wellicht is er dan plaats voor alle ingewikkelde en moeilijke psychiatrische patiënten, ongeacht het etiket dat zij bovendien nog dragen. Uit wat ik nu gezegd heb moet u niet af-

leiden, dat ik in de mening verkeer, dat in geen enkele P.I. ook maar één justitie-patiënt ooit is opgenomen. Ik weet uit eigen ervaring wel beter. Ik wilde er slechts op wijzen, dat ook dit probleem er één onder de vele is, die u niet uit het oog moogt verliezen, en dat ten volle uw aandacht verdient in verband met de toekomstige functie en structuur van de huidige P.I.'en.

Zoals er inrichtingspsychiaters zijn, die over sociaal psychiatrische diensten hebben geschreven, zo zijn er sociaal-psychiaters, die over P.I.'en hun gedachten hebben laten gaan. Zo deed ROMME in 1970 (4) in zijn artikel 'Organisatie gezondheidszorg en langer durende psychiatrische opnemingsmogelijkheid' een aantal uitspraken, in verband staande met de doorstroming in psychiatrische inrichtingen. Van deze uitspraken citeer ik de volgende: 'De onvoldoende mogelijkheid om nieuwe patiënten op te nemen vindt zijn oorzaak in het grote aantal langdurig psychiatrisch verpleegden' en: '50% van de bedden in P.I.'en wordt bezet door patiënten, die langer dan 10 jaar worden verpleegd. Dit wil zeggen, dat ongeveer 13.424 bedden geblokkeerd zijn, gezien vanuit het standpunt van opnamemogelijkheid voor nieuwe patiënten'. Aldus ROMME.

ROMME weet uit bittere ervaring, dat er een tekort is aan opnemingsmogelijkheden voor psychiatrische patiënten, vooral voor bepaalde categorieën. Bij zijn analyse van de causaliteit van het probleem gaat hij evenwel voorbij aan de mogelijkheid, dat er ook nog andere oorzaken kunnen zijn dan alleen 'het grote aantal langdurig psychiatrisch verpleegden' en dat met het bevorderen van de doorstromingssnelheid van die groep door ontslag naar huis of door overplaatsing naar tussenvoorzieningen het probleem nog lang niet opgelost zal zijn. ROMME gaat voorbij aan het feit, dat ook binnen de inrichting zelf een doorstroming plaats moet hebben, wil men niet voor een aantal patiënten van buiten af de opnemingsmogelijkheid belemmeren. Uit hetgeen hij zegt over de wenselijkheid van een differentiatie binnen het psychiatrisch ziekenhuis in een behandelings-instituut en een hotelsysteem blijkt wel, dat hij niet alle bedden over één kam scheert.

Er kunnen zich echter situaties voordoen, waarbij in het 'hotel-systeem' een aantal bedden leeg staan, zonder dat dit een mogelijkheid biedt het behandelingsstelsel te ontlasten. Dit betekent een blokkering van de doorstroming binnen het ziekenhuis en daarmee een blokkering van de opnemingsmogelijkheid op de behandelafdeling van buiten af, voor zover deze opnemingsmogelijkheid afhankelijk is van de interne doorstroming.

Het probleem van het niet kunnen opnemen van patiënten is nauwer gerelateerd aan de doorstroming op een opname-afdeling dan aan die op een revalidatie- of verpleegafdeling. Als er bij een maximale verkorting van de opnemingsduur op de observatieafdeling — die net niet ten nadele is van de behandeling van de psychiatrische patiënt — nog een opnemingsprobleem bestaat, dan moeten er meer plaatsen komen op de

bestaande opname-afdelingen of moeten er nieuwe instituten opgericht worden voor de opnemng van patiënten vanuit de maatschappij buiten de inrichting. Oprichting van sluisinternaten en 'hostels' is daartoe niet de eerst aangewezen weg. ROMME ziet als voorwaarden voor het kunnen bereiken van een grotere doorstroming op de behandelingsafdeling in de eerste plaats een differentiatie in de verpleegprijs. Verder acht hij een grote behandelingsstaf per patiënt en een uitgebreid 'family care programm' van belang. Ook zullen de inrichtingen kleiner moeten worden, omdat kleinere inrichtingen een grotere doorstroming hebben dan grote inrichtingen.

Als deze voorwaarden inderdaad de betekenis hebben, die ROMME eraan toekent — mijns inziens is dat wel zo — dan zal er naar gestreefd dienen te worden deze voorwaarden in de P.I. van de toekomst waar te maken; uiteraard ook andere voorwaarden, die een onnodige verlenging van de verblijfsduur van een patiënt in een inrichting kunnen voorkomen.

Welke zijn nu, het voorgaande overziende, volgens de door mij geciteerde sprekers, die toch wel als representatief beschouwd mogen worden, de meest op de voorgrond tredende lacunes in de taak van de P.I.-en? De leemten bleken zowel extra- en intra-muraal te liggen.

A — Geconstateerd werd, dat in de maatschappij buiten de inrichting psychiatrische hulp nodig was voor een toenemend aantal personen, die deze hulp behoefden. Suggesties werden gedaan hoe daaraan tegemoet te komen door een extra-murale inzet van inrichtingspsychiaters.

LIT (3) heb ik niet geciteerd, omdat hij de oplossing zag los van de P.I.'en, waarover mijn voordracht handelt. Hij stelde als oplossing van de extra-murale problematiek voor: het tot stand brengen van een samenwerking binnen een team, enerzijds bestaande uit een aantal huisartsen met wijkverpleegsters en anderzijds uit een psychiater met een s.p.v. Deze oplossing zou volgens hem een wijziging van beleid en structuur van P.I.'en, voor zover het dit probleem betrof, overbodig maken. Hetgeen LIT zegt heeft betrekking op een bepaalde sector van de extra-murale dienstverlening. In andere sectoren, waartoe o.a. behoren het crisis interventiecentrum, de poliklinieken, de alcoholistenklinieken en -bureaus, zou de inrichtingspsychiater toch wel ingeschakeld kunnen worden, voor zover hij dit niet reeds is. Extra-muraal veel doen of niets doen zijn — zo gezien — geen aan elkaar tegengestelde opvattingen. De variatie in de extra-murale dienstverlening is dermate uitgebreid, dat zowel de vrij gevestigde zenuwarts met zijn P.A.A.Z. — eventueel met een team, als LIT voorstelt — als de sociaal-psychiater en ook de inrichtingspsychiater zich hier verdienen kunnen maken zonder zich te begeven op het specifieke deelgebied, waarop de anderen werkzaam zijn. Het verdient, om maar iets te noemen, geen aanbeveling dat elke P.I. zijn eigen sociaal-psychiatrische dienst opricht, of dat in-

richtingspsychiaters bij voorkeur naast hun werk in de inrichting nog een eigen praktijk gaan opbouwen. Dit laatste kan maar al te gemakkelijk leiden tot het eten van twee walletjes, waarbij aan één der walletjes — en dat zal dan al gauw de inrichting zijn — niet meer aandacht wordt geschonken dan nodig is om er van te eten. De toekomst van de P.I.'en zou door een dergelijke ontwikkeling ernstig geschaad worden. Ook bij de P.A.A.Z. leidt het tot misstanden als de vrij gevestigde zenuwarts nauwelijks tijd over heeft voor de afdeling, waar hij zijn patiënten laat opnemen. Eerder nog zou men zich dan wensen dat de inrichtingsarts, als hij buiten de inrichting wil werken, zich een entree verwerft in de P.A.A.Z. en de vrij gevestigde zenuwarts zich terugtrekt van de behandeling van de patiënten die hij heeft laten opnemen. Overnemen en terugtrekken is een verplaatsing van grensvlakken. Wat de inspectie voor ogen staat is een overschrijden van grensvlakken en het over de grenzen heen vinden van elkaar in regionale of gewestelijke samenwerkingsverbanden.

B — Een tweede extra-muraal probleem, dat van ernstige aard is, maar desondanks minder aandacht heeft gekregen dan het voorgaande, ontstaat doordat de P.I.'en een belangrijke taak nog altijd niet volledig waar kunnen maken. Een groot aantal patiënten is zeer moeilijk plaatsbaar in een inrichting. Een ander aantal kan wel geplaatst worden, maar niet tijdig genoeg. De uitslag van het onderzoek, dat in oktober 1970 in een aantal provincies werd verricht, laat — vooralsnog met de nodige voorzichtigheid gezegd — een relatie zien tussen bepaalde categorieën van patiënten en de korte, lange of zeer lange tijd, die verstreek, voordat deze na een aanvraag tot opneming konden worden opgenomen, als zij werden opgenomen. Te zijner tijd zult u hierover van professor GIEL meer vernemen. Juist dit probleem, dat extra-muraal tot zeer veel leed en ernstige moeilijkheden en spanningen aanleiding geeft, zowel voor de desbetreffende patiënten als voor hun omgeving, lijkt intra-muraal nog steeds niet overal in voldoende mate begrepen te worden als een probleem dat opgelost móet worden. BAAN heeft de zorg voor de psychiatrische patiënten, die geen of moeilijk een plaats in een P.I. kunnen vinden tot de kern van zijn beleid ten aanzien van de P.I.'en gemaakt. Als er iets is, dat de toekomst van de P.I.'en bepaalt, dan is het wel de oplossing van dit probleem.

C — Een intra-muraal verschijnsel, waar inrichtingspsychiaters al veel aandacht aan hebben geschonken, maar waaraan nog lang niet genoeg kon worden gedaan, is het hospitalisatie-syndroom. Wat ZIJLSTRA en DE SMET, om er twee uit vele anderen te noemen, hierover hebben gezegd, komt neer op het volgende: De persoonlijkheid van de verpleegde dreigt niet voldoende tot zijn recht te komen, of komt niet tot zijn recht, door de massificatie binnen de inrichting. De patiënt raakt door het verschil in structuur van de maatschappij binnen en buiten de inrichting vervreemd van de maatschappij buiten de inrichting. Zijn

vrijheid van handelen wordt soms meer beperkt dan zijn ziekte nodig zou maken. Hij verliest de contacten met zijn vroegere milieu. Hij infantiliseert en verliest zijn verantwoordelijkheidsgevoel.

Over de verwantschap van dit hospitalisatie-syndroom met de typische wijze, waarop psychiatrische patiënten behandeld worden, wil ik heel in het kort iets zeggen.

In de psychiatrie treft men nog herhaaldelijk aan — vroeger was het zelfs gebruikelijk — dat ter behandeling van de eigenlijke psychiatrische ziekte een andere stoornis of ziekte wordt opgeroepen, die dan behandeld wordt in de verwachting, dat daarmee de eigenlijke stoornis verholpen wordt. Niet dat men zich er bewust rekenschap van geeft dat de patiënt er een ziekte bij krijgt. Men beschouwt het als een begeleidend verschijnsel van de behandeling. Maar een feit is, dat de patiënt er een korter of langer durende ziekte bij krijgt. Ik roep in uw herinnering op: de malariakuur, de kunstmatige epilepsie door de e.s.-behandeling, het diabetisch coma bij de insulinekuur, de overdrachtsneurose bij een psycho-therapeutische behandeling en tenslotte het hospitalisatie-syndroom. Het verhaal doet denken aan de tovenaars en medicijnman, die zijn medemensen zowel ziek kan maken als kan genezen. JACOBS omschreef in zijn dissertatie de 'tehuiskarakter' als: het toepassen in het psychiatrisch centrum van het 'tehuiskarakter' als behandelingsmiddel. Zoals men bij de e.s.-kuur de insulten kan mitigeren of het optreden ervan geheel kan voorkomen, zo zal bij de toepassing van het 'tehuiskarakter' als behandelingsmiddel het ontstaan van het hospitalisatie-syndroom tegengegaan moeten worden. Over het 'therapeutisch milieu' als middel ter voorkoming van dit syndroom zijn de meningen nog verdeeld.

D — Een vierde lacune in de taak van de P.I.'en blijkt te liggen op het gebied van de samenwerking met andere instituten, die werkzaam zijn op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en die voor zo'n samenwerking in aanmerking komen. De door mij geciteerde sprekers hebben suggesties gegeven met betrekking tot het invoegen in een organisatorisch verband van de P.I.'en. In de ogen van de inspectie wordt het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden met andere instituten, niet in de laatste plaats met de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, een belangrijke voorwaarde geacht om de taak van de P.I.'en te verbreden en efficiënter te maken.

Behalve de vier hiervoor genoemde punten, betrekking hebbende op de extra-murale activiteiten van de inrichtingspsychiater, op de opname van moeilijk plaatsbare patiënten, op de revalidatie en re-socialisatie van de chronische patiënt en op het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden tussen verschillende instituten, zijn er nog een aantal — nauw met de nu genoemde samenhangend — die de inspectie zou willen inbrengen in haar dialoog met u. Ik zal over deze punten, die u overigens niet vreemd meer zijn, niet uitweiden om niet toch nog in een

monoloog te vervallen. Het zijn de volgende:

E — Hoe psychiatrische patiënten, zo lang als mogelijk en toelaatbaar is, buiten de P.I. te houden en hoe hen zo snel mogelijk weer te ontslaan als zij eenmaal zijn opgenomen.

F — Patiënten eerst dan opnemen, als de noodzaak daartoe door een grondig poliklinisch onderzoek gebleken is. Noodsituaties uitgezonderd.

G — De behandeling van een patiënt zo dicht mogelijk bij zijn milieu, zo nodig met inschakeling van een P.A.A.Z., als dit voor de patiënt van voordeel is. Een regionalisatie van de dienstverlening hangt hiermede samen.

H — De uitsplitsing binnen de P.I.'en van ziekenhuisfunctie, revalidatie en verzorging om elk van hen meer tot zijn recht te laten komen.

Dames en heren, ik ben aan het einde van mijn voordracht gekomen. Ik hoop, dat, wat ik vanmorgen gezegd heb, beschouwd kan worden als een stukje van de opwaarts gerichte spiraalgang van informatie en uitvoering in het veld, waarin u en de inspectie elkaar ontmoeten.

SUMMARY

The answer to the question: 'by whom and by which factors is the future of the mental hospitals determined' is that the mental hospitals themselves are largely responsible for determining their future. The Government Authorities do not aim at discontinuing the mental hospitals, but they aim at reducing the size of those hospitals which are considered to be too large. The extent to which each hospital is able to satisfy the standards which have currently been laid down with regard to the admission and treatment of mental patients determines the future of these hospitals.

By means of quotations from scientific publications it is shown how psychiatrists attached to mental hospitals have for many years severely criticized their work and the position of their institutions in the whole system of mental health care, without sufficiently resulting in an adequate solution to the problems concerned. The necessity of providing intramural care for all mental patients in need of it has not yet been met.

Some of the factors which are conducive to determining the future of the mental hospitals are a reduction of the number of chronic patients in the hospital by establishing half-way hostels, a clear delimitation of the duties assigned to the psychiatrist both inside and outside the institution, a multi-disciplinary team approach and co-operation with other services in the field of mental health care. On account of the way in which the question was formulated the author had to confine himself to the functioning of mental hospitals.

LITERATUUR

- 1 Baan, *Psychiatrie in de Maatschappij*. Inaugurele rede, 1957.
- 2 Jacobs, *'Het Psychiatrisch Centrum'*. Dissertatie.
- 3 Lit, *Voordrachtenreeks P.i.D.V.* 1968, nr. 41, pag. 133.
- 4 Romme, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1970, blz. 402.
- 5 De Smet, *Voordrachtenreeks P.i.D.V.* 1966, nr. 30, pag. 225.
- 6 Speyer, *Voordrachtenreeks P.i.D.V.* 1962, nr. 11.
- 7 Zijlstra, *Voordrachtenreeks P.i.D.V.* 1961, nr. 8.