

# Aspecten van het klinisch functioneren van een PAAZ

door P. J. M. van Alphen

## Inleiding

Scheffer (1978) geeft in 'Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg' een resumé van taken en werkwijze van de PAAZ. Hij benadrukt dat de psychiatrische patiënt geen buitenbeentje mag zijn, maar de afdeling evenmin en dat somatische én psychiatrische behandeling tegelijkertijd mogelijk moeten zijn. Daar stellen wij tegenover dat een deviantieprobleem in de psychiatrie niet is te voorkomen, noch voor iemand in de patiëntenrol, noch voor iemand in de hulpverlenersrol, noch voor een afdeling waar psychiatrie wordt gepleegd.

Ondanks het aselechte opnamebeleid, de beperkte opnameduur en de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie zowel qua problematiek als qua leeftijd kunnen volgens Scheffer enkele principes (*welke?*) van een therapeutische gemeenschap op een PAAZ worden gehandhaafd. Er rijzen definitieproblemen als het gaat om 24-uurs crisisinterventie (*of opvang?*) voor alle psychosociale (*of psychiatrische?*) crisistoestanden en de zogenaamde partiële opname in plaats van (*voortgezette*) dagbehandeling. Scheffer toont zich, met name op economische gronden, een voorstander van regionaal-gecentraliseerde PAAZ-en. Er zijn, zo hebben wij eerder geschreven (Van Alphen en De Graaf, 1981), ook andere motieven voor centralisatie aan te voeren. Terzijde van de vraag of psychiatrie überhaupt als non profit organisation beschouwd mag worden. Uiteraard is bij centralisatie van voorzieningen een behoeftegerichte analyse van de voorziening noodzakelijk. Scheffer en Op den Velde (1980) trachten te verduidelijken dat de psychiatrische afdeling een deel en een onderdeel vormt van een algemeen ziekenhuis en als zodanig moet functioneren. Veelal is er volgens deze auteurs nog sprake van een behoedzaam gecamoufleerd wantrouwen ten opzichte van de psychiater en de huidige psychiatrie. Gelukt het niet een integratie tot stand te brengen, dan kan dit ertoe leiden dat de psychiater en zijn afdeling zich isoleren. Ook Koerselman (1981), werkzaam in hetzelfde Amsterdamse

ziekenhuis als bovengenoemde schrijvers, wijst op de noodzaak van volledige integratie van de psychiater met de andere specialisten. Hij laat zien dat het werkterrein van een psychiater in een algemeen ziekenhuis voor een belangrijk gedeelte bestaat uit de problematiek van de interactie tussen psychiatrische en somatische stoornissen. Helaas geeft Koerselman geen cijfers die deze tendens zichtbaar maken. De titel van het onderhavige verhaal houdt bewust beperkingen in. Algemene informatie over de PAAZ-Sittard in structurele en functionele zin is door schrijver dezes eerder geboden. Een artikel van Kraft (1979) kan als aanvullend worden beschouwd. Hij vestigt namelijk aandacht op een speciale, maar tegenwoordig niet onbelangrijke, categorie patiënten die lange tijd uit het arbeidsproces zijn.

Klinische behandeling op een PAAZ voor deze patiënten, die als het ware op de rand van een renteneurose balanceren, kan een vastgelopen probleemsituatie doorbreken. Hij noemt enkele voorwaarden waaraan voldaan moet worden om de psychosociale revalidatie zo goed mogelijk te doen slagen. Kern is het teruggeven van zelfvertrouwen en satisfactie, het opgeven van ziektegedrag en tenslotte de terugkeer naar het werk.

In dit artikel worden enkele PAAZ-modellen besproken en vervolgens wordt mede aan de hand van recente literatuur een poging ondernomen sociotherapie te concretiseren en een verband te leggen met psychohygiënische taken. Als een rode draad loopt door dit verhaal de vraag wat de PAAZ in dit verband kan betekenen voor een ziekenhuis. Moet elk ziekenhuis over een dergelijke afdeling beschikken? Tenslotte komt de organisatiestructuur aan bod, waarbij het hoofddaccent zal liggen op de keuze verzelfstandiging of niet.

### **Enkele PAAZ-modellen**

Vergelijking van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen met de ons omringende landen valt ongetwijfeld in het voordeel van Nederland uit. België staat met de erkenning van de zogenaamde A-diensten in algemene ziekenhuizen nog aan het begin van een ontwikkeling. Ook in Duitsland (BRD) is het nog betrekkelijk nieuw, hoewel er enkele afdelingen zijn en er ook over gepubliceerd is (Unterrichtung durch die Bundesregierung, 1975; Krüger, 1979).

Niet voorbijgegaan mag worden aan de plaats die de PAAZ-en in de Angelsaksische landen hebben verworven mede gezien tegen de achtergrond van de desinstitutionaliseringgedachte in deze landen. Over de geschiedenis, structuur, het functioneren en de plaats die deze afdelingen in de gehele geestelijke gezondheidszorg innemen in de Angelsaksische landen bestaat ook de nodige literatuur. Een waardevol artikel hieromtrent is bij voorbeeld van Greenhill (1979). Hij beschrijft onder andere dat de eerste psychiatrische afdeling in de Verenigde Staten zelfs al van 1902 dateert (The Albany, New York) en de tweede van 1923 in the Ford Hospital in

Detroit, terwijl in de 30er jaren deze afdelingen zich zeer snel verder beginnen te ontwikkelen. In 1952 bezaten 205 van de 1600 grotere ziekenhuizen in de Verenigde Staten (12%) een adequate psychiatrische afdeling met 15 of meer bedden, terwijl in 1971 reeds 750 van dergelijke afdelingen bestonden (27.500 bedden). In de 50er en 60er jaren heeft de desinstitutionalisering gedachte een geweldige stoot aan de ontwikkeling van de PAAZ-en in de Angelsaksische landen gegeven. In 1940 al is in de Verenigde Staten het eerste boek over dit onderwerp verschenen (Ebaugh).

Het meest recente uitgebreide overzicht van de psychiatrische afdelingen werd door de 'Joint Information Service' in 1974 gepubliceerd onder de titel 'Psychiatric Treatment in the Community'. Concluderend kan worden gesteld dat de PAAZ bepaald niet een uniek Nederlands verschijnsel is.

Dé PAAZ bestaat niet. De circa 75 al of niet aangewezen psychiatrische afdelingen in Nederland zullen niet gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Reincultures zijn waarschijnlijk zeldzaam. Lijstaanvoerder zal wel het gemengd neuro-psychiatrisch 'bedrijf' zijn, waar het medisch model nog centraal staat en dat betekent veelal voorschrijven van psychofarmaca, al of niet in grote hoeveelheden en al of niet in kleurige combinaties.

Hoewel minder goed aanwijsbaar in de literatuur blijken er bij mondelinge overlevering diverse PAAZ-en te zijn die hun eigen identiteit voornamelijk ontleen aan onderzoek en behandeling van organisch bepaalde problematiek en een min of meer specifieke gerichtheid op de biologisch-psychiatrische aspecten van gedragsstoornissen.

Er zijn ook PAAZ-en die op de een of andere manier psychotherapeutisch georiënteerd zijn. Onderscheid kan daarbij worden gemaakt tussen psychotherapeutische behandeling, die veelal voor een minderheid van de klinische patiënten in aanmerking komt, en psychotherapeutische attitude, die voor elke patiënt noodzakelijk is. Deze attitude wordt vooral bepaald door de wijze waarop de medewerkers met elkaar omgaan en samen een klimaat en informatienetwerk structureren.

Scheffer en Tonino (1978) geven een beschrijving van een psychotherapeutische attitude op een PAAZ. Zij gaan er vanuit dat het multidisciplinair behandelend team in de plaats is gekomen van de individuele psychiater en dat de stafgroep een persoonlijkheid bezit die net zo is gestructureerd als die van een individu (stafpersoonlijkheid). Zij stellen dat het super-ego van de stafpersoonlijkheid in belangrijke mate voor rekening van de psychiater komt. De ik-sterkte van de stafpersoonlijkheid zal fluctueren, afhankelijk van groepsdynamische factoren en de emotionele eisen die de patiënten stellen. Men moet streven het Es onder controle te houden door driftmatige uitingen te voorkomen binnen de werksituatie.

Hoogduin (1981) heeft een voorkeur voor de acute opnamefunctie van de PAAZ. Hij schetst een directieve benadering, waarbij de opname wordt gezien als een kortdurende onderbreking van een

poliklinische behandeling of wordt gebruikt om een poliklinische behandeling te starten. Hij noemt een aantal gevolgen voor de afdeling (onder andere geen wachtlijst, wisselende bedbezetting, selectief opnamebeleid, relatief korte opnameduur en hoge eisen aan de personeelsformatie). Vervolgens beschrijft hij de toepassing van de principes van directieve therapie: de therapeut geeft praktische richtlijnen, de opnameduur is kort, de behandeling is pragmatisch in een zo positief mogelijke context en tenslotte heerst er een sfeer van permissiviteit op de afdeling. Het werken volgens de principes van een Therapeutische Gemeenschap (TG) op een kleine PAAZ acht Hoogduin niet eenvoudig, zo niet onmogelijk en weinig zinvol. Volgens hem zijn hiervoor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken meer geschikt. Dat niet iedereen het met hem eens is, moge blijken uit de literatuur. In 1977 wordt vanuit de PAAZ-Overvecht (wellicht wel de originator) gepubliceerd (Portier) over de realisering van de therapeutische gemeenschap. Uit een nota van de PAAZ-Overvecht (1980) blijkt dat de medewerkers zich weliswaar allerminst als representatief beschouwen voor een PAAZ, maar dat zij op basis van hun specifieke keuze voor het begrip *cliënt*-systeem, voor de methodiek van de therapeutische gemeenschap en voor een daarmee overeenstemmende sociale organisatie van de hulpverlening effectievere behandelingsresultaten claimen dan op andere PAAZ-en het geval lijkt (onder andere minder gedwongen behandelingen, minder psychofarmaca, meer kortdurende en intensieve behandelingen).

Van der Linden (1979) onderscheidt drie hoofdtypen van therapeutische gemeenschappen naar het type psychotherapie dat wordt toegepast: de reconstructieve, de reëducatieve en de ondersteunende therapeutische gemeenschap. Als doelstelling voor laatstgenoemde staat voorop: de verlichting van symptomen, het tot rust komen na een chaotische crisissituatie en het weer in staat worden gesteld aan het dagelijks leven in gezin en werk deel te gaan nemen. Het lijkt erop, zo schrijft Van der Linden, dat dit ondersteunende model van de therapeutische gemeenschap in ons land vooral gerealiseerd wordt binnen de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Ter completering wordt hier Schaap (1981) nog genoemd, die een uiteenzetting geeft over de hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap.

De PAAZ-Sittard heeft gekozen voor de combinatie van acute psychiatrie (psychiatrie d'urgence) en klinische behandeling in groepsverband (uitgangspunt is daarbij het systeem-denken). De therapeutische implicaties van deze keuze zijn dat de PAAZ zich bedient van diverse vormen van psychotherapie onderscheiden naar methodisch referentiekader (met name communicatietheoretisch) en naar organisatie in setting (individueel, natuurlijk systeem, groep). Het psychotherapeutisch proces wordt ondersteund door sociotherapeutische principes van de therapeutische gemeenschap met mogelijkheden op het gebied van de activiteitensector. Eveneens is er aandacht voor de biologische (met name de

biochemische en neurofysiologische) aspecten van gedragsstoornissen. Als geïntegreerd onderdeel van een algemeen ziekenhuis heeft de PAAZ verbindingslijnen met de andere specialismen.

### **Sociotherapie en psychohygiëne**

Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep patiënten gericht op behandeldoelen van deze groep – met inachtnaam van de behandeldoelen van de individuele patiënt – binnen een functionele eenheid van intra- of semimurale behandel-situaties (Van der Spek, 1981). Volgens Oosterlee (1981) ligt de nadruk op het bewerken van de wisselwerking van leefklimaat en behandeling. Een overzicht van de Nederlandstalige literatuur over dit thema wordt gegeven door Eykman (1981).

Onder psychohygiëne wordt door ons verstaan het bevorderen van psychische gezondheid. Uitgangspunten zijn daarbij het positief beïnvloeden van de integrale gezondheidszorg en gezonde intermenselijke verhoudingen. Het gaat dan om de houding van de hulpverleners ten opzichte van de patiënt, de onderlinge communicatie (die bepalend is voor de sfeer in de kliniek), de organisatie, waaraan de belangen van de patiënt niet ondergeschikt worden gemaakt (bij voorbeeld een zorgvuldig afsprakensysteem), goede voorlichting vooraf en goede opvang achteraf (eventueel met behulp van audiovisuele middelen; zie Meuwissen en Van der Beek, 1981) bij het proces van verwerking (onderzoek, operatie) en het tijdig verschaffen van informatie aan de verwijzer (Wolters, 1976). De PAAZ kan een positieve invloed hebben op de psychohygiëne in het gehele ziekenhuis. De aanwezigheid van de PAAZ vermindert een te sterke scheiding tussen lichamelijk en psychisch 'ziek-zijn'. De toenemende medisch-technische zorg en de ontpersoonlijking van de patiënt kan de PAAZ gunstig beïnvloeden door zijn specifieke benadering van de patiënt als persoon en door zijn multidisciplinaire benadering van de problematiek (Rapport Commissie 'Psychiatrie', 1976).

Meer gerichte sociotherapeutische momenten liggen voor een PAAZ uiteraard in de kliniek en eventueel in de dagbehandeling, terwijl een psychohygiënische betrokkenheid (sociotherapie in de breedte?) zich bovendien aandient bij poliklinische en consultatieve werkzaamheden.

Er bestaan o.i. duidelijke parallellen tussen sociotherapie en psychohygiëne zodat ze hier beide onder een noemer worden belicht en geconcretiseerd aan de hand van de afgeleide basisprincipes van Maxwell Jones (Groenewold, 1975):

1. *Democratische principes.* Het resultaat van een zo veel mogelijk afgeplatte structuur (tweerichtingsverkeer met respect voor deskundigheid) kan een betere basis tot communicatie met ruimere mogelijkheden voor interpersoonlijke feedback en modeling (leren door imiteren) zijn. Een doelgerichte organisatie kan nooit een volledige democratiseringsstructuur hebben. Voor een slagvaardig beleid, dit geldt met name in crisissituaties, is een competente

leider noodzakelijk. Democratie gaat ook het beste voor zover er een competente leider aanwezig is die ruimte schept voor dit proces. Er dient dan altijd te worden gerekend met de meertijd die dit kost. Verhulst (1972) verdedigt de stelling dat het verdere leven van een patiënt vaak helemaal niet afhangt van zijn zogenaamde ziekte of van factoren die intrinsiek in zijn lichaam, zijn psychisme, zijn levensgeschiedenis of zijn milieu vastliggen. Of hij zich verder als een zware zieke gaat gedragen of als een gezonde zal functioneren, zal in de eerste plaats afhangen van wat zich tussen hem en zijn dokter afspeelt, van de relatie die daar ontstaat. In de relatievorming van arts en patiënt krijgt de wederzijdse definiëring een centrale plaats (zie ook de territoriumtheorie van Bakker en Bakker, 1976). Ten aanzien van de psychohygiëne lijken in deze algemene gesprekstechnische vaardigheden van belang zoals luisteren en observeren; duidelijk formuleren en reproduceren.

2. *Non-directieve principe*. De verantwoordelijkheid wordt niet zonder meer helemaal van de ander overgenomen. De hulpverlener zal steeds de draagkracht en de draaglast optimaal op elkaar dienen af te stemmen. De patiënt draagt met andere woorden mede verantwoordelijkheid voor zijn eigen behandeling. Indien de patiënt die niet accepteert, kan van een groeiproces geen sprake zijn. Het dragen van, opklimmende, verantwoordelijkheid schept tevens kansen om te experimenteren met nieuwe, meer bevredigende gedragspatronen. Een psychosociale vraag kan nooit adequaat beantwoord worden op een gereduceerde medische wijze. Medisch-specialisten, die na onderzoek op hun gebied geen afwijkingen hebben gevonden, zullen moeten worden overtuigd van het belang en de noodzaak de verantwoordelijkheid weer terug te geven ('Er is wellicht wel iets aan de hand, maar ik kan het met de mij ter beschikking staande middelen niet vinden'.) aan huisarts en patiënt in plaats van een eindeloos durende controle. Iatrogenie ligt hier immers op de loer. Overigens betekent het niet vinden van een organische oorzaak nog niet dat een klacht psychogeen is.

3. *Realiteitsprincipe*. De nadruk ligt op het actualiseren van de conflictstof in het hier-en-nu en voortdurende realiteitsconfrontatie. De argumentatie zou bij voorbeeld kunnen zijn dat het verleden actief blijft in het heden en dat gedrag neigt tot herhaling. Dit vergt van medewerkers een duidelijke consequente en accepterende opstelling (zie ook Bleeker en Van Hensbergen, 1979 en Rozendal, 1981). Werkelijkheid is dat de dokter niet voor alles een (medisch) antwoord behoeft te hebben, maar ook dat de dokter niet in dienst is voor directe behoeftenbevrediging van de patiënt. Twee bijzondere facetten mogen in dit verband wel genoemd worden. De eerste is dat adviseren moeilijker is naarmate men meer weet van een patiënt (meestal zal het echter beter zijn om te counsellen). De tweede is dat aandacht geven nog geen behandeling is, zoals praten nog geen psychotherapie is.

4. *Eenvormigheidsprincipe*. Dit uitgangspunt, dezelfde therapeutische methode voor alle patiënten (veelal een groepsbehandeling, die na probleemverheldering tracht op systematische wijze tot

probleemoplossing te komen) levert in de praktijk toch wel de meeste problemen op. Het eenvormigheidsprincipe is in strijd met personificatie. Meestal zal therapie op vele niveaus moeten plaatsvinden. Sociotherapie is een van die niveaus en dit kan tot op zekere hoogte eenvormig zijn voor patiënten, doch daarbinnen zijn vele toevoegingen aan het therapeutisch pakket mogelijk. Voordeel is duidelijkheid (weten waar je aan toe bent), nadeel is dat 'selectie' onvermijdelijk is. Voorkomen moet worden dat een instituut wordt opgericht dat dan de geschikte patiënten uitzoekt in plaats van dat men onderzoekt welke behoefte er is en daar het instituut op afstemt.

5. *Prospectieve principe.* De aandacht is ook gericht op de toekomst, waarbij met name wordt beoogd dat patiënt straks in staat zal zijn de problemen zelfstandig op te lossen (groeiproces). Niet alleen hier, maar hier wel in het bijzonder dienen zich ethische aspecten aan met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek, euthanasie, etc. Kijken naar de toekomst impliceert de werkelijkheid onder ogen zien en deze met de ander bespreekbaar maken.

Het zal duidelijk zijn dat vanuit een visie op psychische stoornissen een bepaalde wijze van werken, het model, wordt bepaald. De uitkomst heeft niet alleen consequenties voor de psychiatrische afdeling, maar ook voor de wijze waarop wordt ingegaan op de benadering en werkwijze van de medisch-specialisten, verpleegkundigen, etc. op de andere afdelingen van het ziekenhuis. Op deze plaats nog een enkel woord over het beleid van de ziekenhuisdirectie. Wordt conform de normering van het COZ de personeelsformatie bepaald of laat men in deze ook andere factoren dan het aantal verpleegdagen meespelen? Als het gaat om een kostenbaten analyse kunnen een kritisch opnamebeleid, een streven naar regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg en het integratieniveau binnen het ziekenhuis knelpunten blijken te worden.

Een zorgvuldige, integrale, arbeidsintensieve intake van een nieuwe patiënt is ons inziens noodzakelijk om tot een goede diagnose te komen en van daaruit tot een behandelingsindicatie. Dit betekent echter nog niet dat er tevens sprake is van financieel rendement voor het ziekenhuis. Heel wat activiteiten worden immers niet gehonoreerd en bovendien is niet altijd psychiatrische zorg aangewezen. De verantwoordelijkheid dient dan weer te worden teruggegeven aan de patiënt en verwijzer. Vaak is het ook onjuist een elders aangevangen behandeling over te nemen, niet alleen om doublures tegen te gaan en daarmee een bijdrage te leveren tot kostenbeheersing, maar ook omdat de 'therapeutische spanning' hoe dan ook wordt beïnvloed. Kritisch en psychohygiënisch met elkaar omgaan, regionale afspraken respecteren, zorgvuldig documenteren, corresponderen, etc. zijn zaken die eerder vermijdingsgedrag oproepen dan economisch voordeel.

### **Organisatiestructuur**

De organisatie van de PAAZ kan niet los gezien worden van het

bovengenoemde.

Eerst aandacht voor het dienstverband van de PAAZ-psychiater, waarvoor de Geneeskundige (Hoofd)inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg de volgende argumenten aanvoert (1978): de PAAZ-psychiater moet veel contacten hebben met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg; zijn aandacht niet slechts richten op de individuele patiënt, maar ook op diens omgeving; zijn therapeutische activiteiten vaak ontplooiën ten opzichte van patiëntengroepen met wisselende samenstelling en tenslotte veel aandacht aan consultatie en liaisonpsychiatrie besteden. In dit verband dienen twee elementen bijzonder te worden genoemd. De honorering van de activiteiten van de psychiater is momenteel nog zo, dat voor een aantal belangrijke en onmisbare taken geen financiering bestaat. Van de andere kant is het voor de relatie van de psychiater met andere medische specialisten in het ziekenhuis van belang dat een uitzonderingspositie binnen de medische staf moet worden voorkomen.

De organisatieprincipes spelen niet alleen binnen de afdeling en binnen het ziekenhuis, maar ook binnen het regionale netwerk van zorgsystemen. De betrekkelijke stilte na het verschijnen van het rapport 'Normering PAAZ' zou voor een deel kunnen berusten op het feit dat men op elkaars competentiegebied komt. Toch zullen binnen afzienbare tijd minimumeisen moeten worden geformuleerd voor een RIGG, dat globaal te omschrijven is als een regionale samenbundeling van de geestelijke gezondheidszorg met als doelstelling het in gezamenlijke verantwoordelijkheid bevorderen en in stand houden van een op de behoefte van de bevolking afgestemd, samenhangend en doelmatig functionerend stelsel van voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling de werkgebieden van de RIGG's af te stemmen op de gehele gezondheidszorg, rekening houdend met welzijnszorg en bestuurlijke eenheden. Aanpassing van de werkgebieden op elkaar vergemakkelijkt het organiseren van de daadwerkelijke hulpverlening, het maken van concrete afspraken met de andere sectoren en bevordert een evenwichtige planning. Voor de basisinstellingen (APZ, PAAZ en SGGZ) betekent dat onder andere het opgeven van een stuk autonomie ten behoeve van de centrale RIGG-organisatie en een herverdeling van functies. Herbezinning is ook daarom aangewezen om straks slagvaardig te kunnen optreden. Visie op de organisatorische inbedding van de multidisciplinair samengestelde personeelsformatie van een PAAZ: centralisatie of decentralisatie van het beleid binnen één ziekenhuis? Organisatietechnisch gaat het om de vraag een diensten- of een sectororganisatie. Voor een multidisciplinair, zoveel mogelijk democratisch samenwerkend team lijkt een sectororganisatie, decentralisatie, voorwaarde.

Beleidspsychiatrische motieven voor decentralisatie:

– De personeelsformatie van een PAAZ wordt mede gekenmerkt door pluriformiteit. Het is daarom van groot belang te komen tot één functionele en organisatorische eenheid. De PAAZ kiest pri-



mair voor psychiatrische zorg. Gewaakt moet worden voor een verdere vervaging van de grens tussen het medisch specialisme psychiatrie enerzijds en psychosociale hulpverlening en welzijnszorg anderzijds. De identiteit van de psychiater op een PAAZ dient dan ook duidelijk uit te komen. Als all-rounder hoort hij aan de poort (de intake) te staan. Daarna als er een goede diagnose en behandelingsindicatie is, zijn er ruimere mogelijkheden.

– Binnen het algemeen ziekenhuis wordt de PAAZ vaker gezien als een vreemde eend in de bijt. Het werken in één duidelijke organisatie geeft naar binnen meer samenhang, wij-gevoel en identificatie; naar buiten duidelijke communicatiemogelijkheden.

– De eigen aard en benaderingswijze en de specifieke rol die de PAAZ vervult binnen het regionaal circuit van voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg pleiten voor een relatieve autonomie, waarbij het multidisciplinair team voor voldoende interne toetsing zorgt en de eindverantwoordelijkheid berust bij één van de psychiaters als hoofd van de PAAZ (geen twee kapiteins op één schip).

Centralisatie is in deze een onjuist uitgangspunt. Voor de PAAZ zou dit immers betekenen een verzameling van gedetacheerden, die 'twee meesters dienen' en dat impliceert eigenlijk al een afgezwakte fulltime detachering.

– Literatuurgegevens\* bieden nog allerm minst duidelijkheid over de organieke plaats van de diverse PAAZ-medewerkers. Evidentiegevoelens en persoonlijke mededelingen van anderen doen dit wel (Van Borssum Waalkes, 1980; Nijdam, 1980; Zwanikken, 1980; Op den Velde, 1980 en Kabela, 1981): de PAAZ heeft een gestructureerde leiding, de medewerkers dienen binnen het organisatorisch verband van de afdeling te functioneren (met bij voorbeeld een functionele lijn naar de eigen discipline). Een samenwerkingsmodel mag niet leiden tot nivellering van competenties en vervaging van taken en functies van de diverse disciplines. Wellicht nog meer dan in de somatische geneeskunde is hier enerzijds profilering van de verschillende functies geboden en anderzijds coördinatie en planning. Een alternatief voor de organisatiestructuur binnen het algemeen ziekenhuis zou een functionele relatie kunnen zijn met Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis en Stichting Geestelijke Gezondheidszorg (satelliet-model). Na ruim vijf jaar functioneren als eerder beschreven, heeft de directie van het Sittardse ziekenhuis gekozen voor centralisatie van diensten. De toekomst zal leren of dit een goede keuze is geweest.

---

\* Weinman e.a. (1979) geven een verslag van een onderzoek naar het verband tussen organisatiestructuur en effectiviteit in 33 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De resultaten van het onderzoek geven aan dat rol-specialisatie, centralisatie, standaardisatie en de wijze waarop conflicten worden opgelost de belangrijkste voorspellende factoren zijn van effectiviteit. In Nieuws en mededelingen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1981) wordt gewezen op de noodzaak dat de psycholoog is verbonden aan de PAAZ om op deze wijze de functionele en organisatorische eenheid te garanderen.

Samenvattend gaat het niet alleen om een personeelsformatie, voldoende in kwantitatief en kwalitatief opzicht, maar ook om de organisatorische inbedding. Decentralisatie is in onze optiek gewenst, maar wellicht is het zinvol dit model te toetsen en te vergelijken met anderen.

### Discussie

De PAAZ dient zich zowel bezig te houden met diverse vormen van psychotherapie en sociotherapie (geen poging wordt hier ondernomen om dit begrip te differentiëren van leefklimaat en therapeutische gemeenschap), als met de biologisch-psychiatrische aspecten van gedragsstoornissen, inclusief de psychosomatische aandoeningen. Dit laatste vindt zijn rechtvaardiging in de crisisinterventiefunctie van de PAAZ en haar plaats in het algemeen ziekenhuis. Het behoud van de psychiatrie en de betekenis van de psychiatrie blijven gefundeerd in de medische grondslag en juist in het werk binnen het ziekenhuis zelf vindt deze fundering wellicht een van zijn belangrijkste rechten van bestaan (Nijdam, 1980).

Gezien de Nederlandse situatie (ruim de helft van de algemene ziekenhuizen heeft geen psychiatrische afdeling), rekening houdend met het concept ex art. 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen (het aantal bedden van de aangewezen PAAZ-en zou ongeveer voldoende zijn) en gelet op de argumenten die aangevoerd kunnen worden voor regionaal gecentraliseerde PAAZ-en, zal niet ieder ziekenhuis over een eigen PAAZ kunnen beschikken. Het idee van Baan (1972), ieder algemeen ziekenhuis een PAAZ, is heden ten dage nauwelijks meer realiseerbaar. Een goed alternatief voor dit gemis lijkt de vorming van een gedecentraliseerd psychosociaal team, waarbinnen diverse disciplines worden geïntegreerd en ook de consulent-psychiater is opgenomen. Een en ander mag niet los gezien worden van de RIGG-ontwikkeling, welke integratie beoogt van onafhankelijk van elkaar gegroeide zorgsystemen (Richardt, 1981). Daarbij gaat het onder andere om een meer bindende vorm van samenwerking en een eventuele taakverdeling op het gebied van bij voorbeeld patiëntencategorieën, dagbehandeling en opleiding. De organisatiestructuur lijkt veel invloed te hebben op de vitaliteit. Voorkomen moet worden dat er door te ver doorgevoerde centralisatie monopolieposities worden gecreëerd met gevaar voor wildgroei en solistisch functioneren.

Verder onderzoek is aangewezen naar de factoren die bepalend zijn voor de verschillen tussen de PAAZ-en in Nederland. Er wordt verondersteld dat personeelsformatie, werkwijze van het multidisciplinaire team, beleid van de ziekenhuisdirectie, regionale inbedding, concurrerende situaties en bouwkundige vormgeving in deze de belangrijkste factoren en tevens knelpunten zijn. Theoretische beschouwingen kunnen de proloog zijn voor methodisch onderzoek naar de ideaal-PAAZ.

## Literatuur

- Van Alphen, P. J. M., de Graaf, A. C. 'Psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen geenqueteerd'. Verslag van een over het jaar 1979 gehouden enquête met betrekking tot psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. *Medisch Contact*, nr. 24, 12 juni onder de titel 'De functie van de PAAZ'.
- Baan, P. (1972) 'Psychiatrie in het ziekenhuis'. *Het Ziekenhuis*, jaargang 2, nr. 13 (extra nummer).
- Bakker, C. B., (1976); Bakker-Rabdau, M. K. 'Verbodentoeegang'. De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen/Amsterdam.
- Bleeker, J. A. C. en Hensbergen, B. van (1979) 'Klinisch groepswork door psychiatrisch verpleegkundigen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 21.
- Eijkman, J. C. B. (1981) 'Nederlandstalige literatuur over sociotherapie'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 5.
- Groenewold, R. V. (1975) 'Klinische behandeling met behulp van 'patiëntenunits' op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 9.
- Hoogduin, C. A. L. (1981) 'Directieve Therapie en de PAAZ'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 4.
- Jaarverslag Geneeskundige (Hoofd)inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg (1978)*.
- Koerselman, G. F. (1981) 'Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 125, nr. 37.
- Kraft, Th. B. (1979) 'De PAAZ als observatie- en behandelingsplaats voor psychosociale revalidatie'. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 13.
- Krüger, H. (1979) 'Versorgungskonzept der Psychiatrischen Abteilung am Städt. Krankenhaus Emden'. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, nummer 14.
- Linden, P. T. H. M. van der (1979) 'Verschillende modellen van therapeutische gemeenschappen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21.
- Meuwissen, J. H. J. M., Beek, J. L. M. van der (1981) 'Audiovisuele hulp bij patiënteninformatie'. *Medisch Contact* 36, 403.
- Nota betreffende de PAAZ-Overvecht*, juni 1980.
- Nijdam, S. J. (1980) Persoonlijke mededeling.
- Oosterlee, M. (1981) 'Sociotherapie in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis: thema en variaties'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 5.
- Rapport* Commissie 'Psychiatrie' van de 'werkgroep psychologen in algemene ziekenhuizen', 1976.
- Richartz, M. M. W. (1981) 'Segregatie of integratie?' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 6.
- Portier, L. G. (1977) 'Cliëntensysteembenadering en therapeutische gemeenschap'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 19, 4.
- Rozendal, H. (1981) 'Van broeder tot sociotherapeut: ontwikkelingen in en rond de verpleegkunde'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 5.
- Scheffer, S. L. Z. (1978) 'Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)'. *Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Romme (red.)/Samsom.
- Scheffer, S. L. Z., Velde, W. op den (1980) 'De PAAZ, een afdeling van een algemeen ziekenhuis'. *Medisch Contact* no. 23.
- Scheffer, S. L. Z., Tonino, J. F. (1978) 'De psychotherapeutische attitude in de psychiatrische kliniek'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 20, 5.
- Spek, P. A. F. van der (1981) 'Wat is sociotherapie'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 5.
- Unterrichtung durch die Bundesregierung*. Drucksache 7/4200; Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 1975.
- Verhulst, J. (1972) 'Pokerspel geneeskunde'. De Nederlandse Boekhandel Antwerpen/Utrecht.

Wolters, W. H. G. (1976) 'Ontwikkeling van psychosociale zorg in Ziekenhuizen'  
Bosch & Keuning NV, Baarn.

*Aanvullende literatuur*

*Nieuws en mededelingen* Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, november 1981/  
6/21.

Schaap, G. E. (1981) 'De hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11.

Weinman, M. L., Grimes, R. M., Hsi, P. B., a.o. (1979) 'Organizational structure and effectiveness in general hospital psychiatry departments'. *Adm. Ment. Health*. 7, 1 (Fall) 32-42.

Met dank aan dr. G. J. Zwanikken (Vught) en dr. W. Op den Velde (Amsterdam) voor hun commentaar.