DE EXTERNE RELATIES VAN HET PSYCHIATRISCH CENTRUM

door Dr. D. JACOBS (geneesheer-directeur van het Ned. Herv. Psychiatrisch Centrum 'Zon en Schild' en 'Hebron' te Amersfoort)

I INLEIDING
II DISCUSSIEPUNTEN
1 Er is kwalitatief en kwantitatief een nauwe samenhang tussen interne en externe relaties van het psychiatrisch centrum.
2 De relaties van het psychiatrisch centrum met de maatschappij dienen zo direct mogelijk te zijn.
3 De continuïteit in de bemoeienis met de patiënt dient zo goed mogelijk gewaarborgd te worden.
4 De ontwikkeling van het psychiatrisch centrum gaat in de richting van klinisch instituut, naar dienstverleningscentrum (Querido).
5 Voor goede voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg dienen de externe relaties van het psychiatrisch centrum met die van andere betrokken instituten te interfereren.
III CONCLUSIE EN SLOT

I INLEIDING

Ter voorbereiding van de discussie over de externe relaties van het psychiatrisch centrum en wat daarmee samenhangt is het goed enkele uitgangspunten duidelijk te maken.

Ik ga er van uit dat het psychiatrisch centrum één van de schakels is in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg. Het congres op 3 en 4 oktober van de Stichting het Nederlandse Ziekenhuiswezen heeft dit nog eens gestipuleerd. Voorts ben ik van mening dat het psychiatrisch centrum — mede op grond van het zeer grote aantal patiënten dat erbij betrokken is — mee dient te spreken op een groot aantal terreinen binnen het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om 26.000 patiënten in de inrichtingen en ± 10.000 opnemingen per jaar, benevens vele duizenden polikliniek-bezoekende patiënten.

Er ligt een schat van gegevens en van ervaring in het psychiatrisch centrum, die waarschijnlijk efficiënter dan tot nu toe kan worden ingezet voor de psychiatrisch hulpbehoevende medemens.

Verder lijkt het mij toe dat het psychiatrisch centrum iets zo 'eigens', iets zo specifieks heeft, dat dit op zichzelf al een bredere inzet van het psychiatrisch centrum op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wettigt. Dit 'eigene' geldt ook voor de externe betrekkingen. Het 'eigene' kan wel worden overgeplaatst, maar moeilijk worden overgedragen. Tenzij een langerdurende ervaring in het psychiatrisch centrum zelf hiertoe de gelegenheid schept. Het 'eigene' zou men kunnen omschrijven met het specifieke therapeutische klimaat. Vervolgens: Het therapeutisch hanteren van de externe betrekkingen van het psychiatrisch centrum ten behoeve van de patiënt is slechts mogelijk als het geschiedt in polariteit met allerlei instanties. Polariteit (volgens Sivadon op het Zieken-

huiscongres 1968) niet in de zin van tegenstellingen, maar in de zin van keuze-mogelijkheden. Als voorbeeld: De polariteit tussen nabehandeling vanuit het psychiatrisch centrum en nazorg door de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid of ontslag zonder verdere begeleiding en ontslag met intensieve nazorgbemoeienis. Polariteit tussen: Het in-het-instituut-zijn en het daarbuiten-zijn. De patiënt dient door middel van keuze tussen polaire mogelijkheden zijn evenwicht zelf te hervinden. De externe relaties van het psychiatrisch centrum dienen in deze polariteit betrokken te worden.
Op allerlei gebieden doen zich twee tendensen voor:
Ten eerste die tot schaalvergroting (vergelijk maatschappelijk werk, bedrijfsfusies) en
Ten tweede de tendens tot solitarisme, tot op zichzelf teruggeworpen worden, tot concentratie, tot in-de-diepte-werken. Op het transmurale gebied in en om het psychiatrisch centrum is hetzelfde aan de gang: Psychiatrische centra gaan samenwerken, onderling, en met allerlei instanties, maar ook trachten zij meer en meer een eigen karakter te verkrijgen. Ditzelfde geldt voor hulp door vrijgevestigde zenuwarts en Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid. Een evenwicht dient gevonden te worden. Het psychiatrisch centrum is menigmaal expansief, maar het moet tegelijkertijd intramurale verdieping en bezinning bevorderen. Tenslotte: Door preventieve geestelijke gezondheidszorg en door verbeterde ambulante behandelingsmethoden worden de patiënten die voor klinische behandeling in aanmerking komen bewerkelijker, moeilijker te benaderen, ingewikkelder. De vraag is door welke intra- en extramurale maatregelen de instanties die ermee te maken krijgen, hieraan het hoofd kunnen bieden. Gezamenlijke bezinning is nodig. Daartoe worden navolgende discussiepunten aangeboden.

II DISCUSSIEPUNTEN

1 — *Er is kwalitatief en kwantitatief een nauwe samenhang tussen interne en externe relaties van het psychiatrisch centrum.*
Men spreekt veel over de 'openheid' van het psychiatrisch centrum. Wat bedoelt men hiermee? Stelt men zich in het psychiatrisch centrum open voor elkaar? Voor de patiënt? Voor de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid, voor de vrij-gevestigde zenuwarts? Is er een openheid in bouw, in structuur? Is er een grote hoeveelheid goede externe relaties, zodat er een druk transmuraal verkeer is? Of staat het psychiatrisch centrum open voor de maatschappij? Openheid van de externe relaties betekent dat het psychiatrisch centrum midden in de maatschappij dient te staan. Het betekent ook dat het vele invloeden van de maatschappij ondergaat, maar tevens enige invloed op die maatschappij uitoefent. Het aantal externe relaties is een maatstaf voor de openheid van het psychiatrisch centrum.
De sociotherapeutische benadering van het totale klimaat van het psychiatrisch centrum doet de externe relaties van het psychiatrisch cen-

trum van binnenuit toenemen. Hoe kleinere groepen, des te meer contact, hoe méér vrijheid, hoe meer externe relaties de patiënten binnenbrengen. Het zou interessant zijn een onderzoek hiernaar in te stellen, tezamen met sociaal-psychiater en anderen.
Anders gezegd: Het aantal en de kwaliteit van de externe relaties is omgekeerd evenredig met de ernst van het hospitalisatie-syndroom. Zowel van patiënten als van verpleegkundigen als van artsen. Goede interne verhoudingen doen de externe toenemen. Externe relaties zijn van vitaal belang voor de patiënten die klinische behandeling behoeven. Bij de categorale en therapeutische differentiatie van het psychiatrisch centrum dienen de externe relaties in het beleid mede betrokken te worden.
Ik noem enkele van de belangrijkste externe relaties die met de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid of Sociaal-Psychiatrische Dienst, met de huisarts, met het maatschappelijk werk, met de vrijgevestigde zenuwarts, met wijkverpleging, met controlerend geneeskundigen, met revalidatieteams, met provinciale en stedelijke Raden voor de Volksgezondheid. Tot psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, tot inrichtingen voor zwakzinnigen, enzovoort. Voor elk van deze dient een vorm van functionele en organisatorische relatie gevonden te worden.
Het is duidelijk dat àl deze instanties, in samenwerking met het psychiatrisch centrum, de gelegenheid moeten hebben om hulp te bieden aan de patiënt. Door bepaalde organisatorische tekortkomingen, zowel binnen het psychiatrisch centrum als daarbuiten, is nog lang niet bereikt wat mogelijk zou zijn. Doordat men elkaar niet kent, doordat men niet op de hoogte is van elkaars werkwijze gaat kostbare energie verloren.
Vooral is er onbekendheid op het gebied van de interne gang van zaken in de verschillende psychiatrische centra. Mede door deze onbekendheid is er een schijnbaar gebrek aan plaatsen in de psychiatrische centra. Het is zeker dat de psychiatrische ziekenhuizen zelf er mede schuldig aan zijn, dat hun mogelijkheden niet ten volle gebruikt worden door de maatschappij. Te lang hebben zij invloeden van buiten afgeweerd.
De isolationistische en custodiale tendens werkt naar de buitenwereld nog jaren lang na.
Daardoor konden vaak geen goede externe relaties ontstaan. Daardoor werd het zicht op de interne relaties verduisterd.

2 — *De relaties van het psychiatrisch centrum met de maatschappij dienen zo direct mogelijk te zijn.*
In sommige kringen wordt de gedachte geopperd dat regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg een selectieve taak hebben ten aanzien van bepaalde patiënten. Ik zou mij kunnen indenken dat dit voor patiënten die met ambulante behandeling kunnen worden geholpen geen bezwaar oplevert. Maar toch zijn er bedenkingen: Elk contact met een hulpbiedende instantie geeft een zekere binding. Is het altijd heilzaam deze binding na selectie te moeten verbreken?
En in de psychiatrie is een multiconditionele benadering onontbeerlijk.

Laboratorium, psycholoog, enzovoort zijn daarbij nodig.
Voor patiënten die klinische verzorging nodig hebben is rechtstreeks contact van de verwijzende instantie met het psychiatrisch centrum onontbeerlijk. Tussenkomst van een andere instantie kan vertragend werken. Wèl kan advies of andere consultatieve hulp worden geboden door een instantie buiten het psychiatrisch centrum. Nog beter ware het wanneer door het psychiatrisch centrum zelf ter plaatse een onderzoek naar de behoefte aan opneming kon worden ingesteld. In een psychiatrisch onderontwikkeld gebied zal dit mogelijk zijn. In Nederland lijkt dit moeilijk te liggen.
Ik pleit voor persoonlijke, directe relatie tussen huisarts en behandelend arts in het psychiatrisch centrum. Met toenemende regionalisatie en met afsplitsing van regionale eenheden van supra-regionale instituten moet dit mogelijk zijn. Een herverkaveling van de werkgebieden van verschillende instanties op psychiatrisch terrein zal nodig zijn. De taak van de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid zal dan meer op preventief en organisatorisch gebied kunnen komen te liggen.
Bij verdergaande regionalisatie zullen de externe relaties van het psychiatrisch centrum omgekeerd evenredig met de verkleining van de regio toenemen.
Verder pleit voor een zo direct mogelijke relatie psychiatrisch centrum-maatschappij, de gedachte dat men het odium, dat nog steeds zeer ten nadele van de patiënt, aan het psychiatrisch centrum schijnt te kleven, niet vermindert door het psychiatrisch centrum zover mogelijk buiten de maatschappij te houden. Wegstoppen van het psychiatrisch centrum achter 'voorgeschakelde' instanties doet geheimzinigheid toenemen en het 'odium' vermeerderen. Er is toch al het feit dat het 'odium' voor een deel inhaerent is aan psychiatrische ziekten als zodanig. Laat de huisarts met de klinisch psychiater contact hebben, laat de wijkzuster de predikant of de maatschappelijk werker de patiënt veelvuldig bezoeken. In de hoop dat zij méé betrokken worden in de behandeling. In het team, intern in het psychiatrisch centrum, dienen ook leden van buiten betrokken te worden.
Als voorbeeld noem ik: Het deelnemen van artsen van het psychiatrisch centrum aan sociaal-psychiatrische werkzaamheden, zoals gelukkig al in veel instituten gebeurt. En verder: Het wederzijds detacheren van zusters voor maatschappelijk werk in psychiatrisch centrum en sociaal-psychiatrische dienst. Hoe meer wederzijdse beïnvloeding, hoe beter!
Uit het bovenstaande vloeit voort dat het psychiatrisch centrum niet gezien moet worden als een klinisch instituut in het tweede echelon. De gedachte dat pas wanneer de behandeling in het algemeen ziekenhuis niet meer voldoende is, tot opneming in een psychiatrisch centrum wordt overgegaan, is onjuist. Het psychiatrisch centrum is een specifiek, eigensoortig eerste klinisch echelon. Directe opneming vanuit de maatschappij is voor een behoorlijk aantal patiënten aangewezen. Het is de taak van het psychiatrisch centrum zich verder op het eigene toe te leggen. Vooral

ook in verband met de revalidatie. Evenzeer is het de taak om zich over samenwerkingsvormen — dus externe relaties! — met de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis gezamenlijk te bezinnen.
Ik moge hierbij herinneren aan het stuk van collega Lit in de Voordrachtenreeks van september 1968 (tiende jaargang, nr. 41) waarin hij aan de vrijgevestigde zenuwarts een meer centrale plaats in de geestelijke gezondheidszorg toekent, dan thans het geval is. Mijn bezwaar tegen zijn opvatting is dat de relatie psychiatrisch centrum-maatschappij niet direct en dus niet intensief genoeg wordt gezien. Het zou van weinig realisme getuigen als ik geen aandacht besteedde aan de excentrische ligging van vele psychiatrische centra. Daardoor is vaak een directe relatie met de maatschappij moeilijk. Echter: De bevolkingsdichtheid en de stedelijke agglomeraties nemen zo toe dat de afstanden in de stad qua tijd nauwelijks groter zijn dan de afstand van stad naar psychiatrisch centrum. Ook de transport-problemen van medewerkers van het psychiatrisch centrum, met hun specifieke kennis en ervaring zullen minder groot worden. Ik wijs erop dat vaak ook de keuze van hulpfiguren in de gezondheidszorg rondom de huisarts minder gebonden is aan afstand, dan aan vertrouwen en kennis in de persoon die het betreft.

3 — *De continuïteit in de bemoeienis met de patiënt dient zo goed mogelijk gewaarborgd te worden.*
Tot voor kort leek het alsof de bemoeienis van het psychiatrisch centrum met de patiënt in tijdsduur beperkt was van het moment van opneming tot het moment van ontslag. Dit in tegenstelling tot de bemoeienis van bijvoorbeeld vrij-gevestigde zenuwartsen, die vóór - tijdens en nà opneming bemoeienis hebben. Voor sommige patiënten is het goed dat de relaties met het psychiatrisch centrum terstond verbroken worden. Voor anderen is het heilzaam als de relatie wordt voortgezet. Vooral als het psychiatrisch centrum de patiënt door een zeer moeilijke periode héén heeft geholpen. Het niet kunnen aangaan van externe relaties van de patiënt met het psychiatrisch centrum, nà klinische behandeling, versterkte de uitzonderlijk aandoende, 'odium'-bevorderende positie van het psychiatrisch centrum.
Het 'overdragen' van de patiënt van de ene vorm van zorg naar de andere, was niet bevorderlijk voor het totaal-beeld van de psychiatrie in de gemeenschap. Het leek op een systeem waarbij de patiënt, als die moeilijker te behandelen werd, naar een meer specialistisch ingestelde instelling of persoon werd door getransporteerd. Het laatste echelon werd daardoor het meeste belast. In en om dat laatste echelon vonden vaak nogal spectaculaire, negatief aandoende psychiatrische gebeurtenissen plaats (opneming tegen de wil van betrokkene, ernstige agressie, wegloopdrama's).
Daardoor kwamen èn het laatste instituut en de psychiatrie als zodanig in diskrediet. Een benadering in continuele zin had dit kunnen voorkomen. Daarom lijkt het mij aangewezen dat het psychiatrisch centrum

de gelegenheid krijgt zich te ontwikkelen tot een instituut dat op specifieke wijze een grote groep patiënten preklinisch, klinisch en postklinisch kan behandelen.
Maar ditzelfde geldt min of meer voor de sociaal-psychiatrische dienst. De sociaal-psychiatrische dienst dient ook een continuïteit van zorg te kunnen geven. In dit verband wijs ik op de machteloosheid die menigmaal bij de sociaal-psychiatrische dienst aanwezig is wanneer er een zogenaamde 'acute' patiënt moet worden opgenomen. Als men niet over zéér goede relaties met een psychiatrisch centrum beschikt (en dit geldt ook voor stedelijke gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten) dan komt men in de grootste moeilijkheden. Als het psychiatrisch centrum reeds relatie had met een patiënt, is de opneming vaak veel gemakkelijker.
De organisatorische terreinafbakening van het psychiatrisch centrum ten aanzien van extramurale zorg behoeft nog geen inperking te betekenen van de werkzaamheden van de klinisch-psychiater van het psychiatrisch centrum. Ik dacht dat het juist was om — ten behoeve van een goede, continue zorg voor de patiënt — de klinisch-psychiater zoveel mogelijk in te schakelen in poliklinische en extramurale activiteiten. Net zoals dat het geval is bij zijn vrijgevestigde collega. Ik herinner hier aan hetgeen Dr. Mc. Millan zei op het ziekenhuiscongres van 3 en 4 oktober j.l., over de huisbezoeken van de klinisch-psychiater met de maatschappelijk werkende om een opnemingsindicatie zo goed mogelijk te kunnen bevorderen.
Het lijkt mij trouwens toe dat de transmurale continuïteit niet beperkt behoeft te blijven tot de psychiaters. Ook maatschappelijk werkenden, psychologen en verpleegkundigen dienen, als het belang van de patiënt dit vereist, transmuraal te kunnen werken.
Dat betekent dat elk psychiatrisch centrum een polikliniek — met goed geoutilleerde medische en maatschappelijke voorzieningen — zal dienen te hebben. De externe relaties met de patiënt zullen niet in tijdsduur parallel lopen met de klinische situatie. Ik neem aan dat deze poliklinische activiteit financieel-technisch valt binnen het dienstverband van de klinische psychiater. Ik dacht ook dat het psychiatrisch centrum in deze para-klinische behandeling iets eigens — zo men wil sociotherapeutisch — zou kunnen leggen.
Daardoor richt deze zich op een specifieke groep patiënten. Hierdoor wordt een aanvulling verkregen van het arsenaal van behandelingsmethoden voor ambulante patiënten.
Het huidige financieringssysteem van verrichtingstarief voor de vrijgevestigde zenuwarts, 'all-in'-tarief voor de psychiater van het psychiatrisch centrum en 'subsidie' voor de Sociaal-Psychiatrische Dienst vormt voor de integratie en de interferentie van de behandelingsmogelijkheden van de patiënt een belemmering. Bij het ontwikkelen van extramurale activiteiten onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zou hier een wending ten goede kunnen ontstaan. Waakzaamheid ten aanzien van

de ontwikkeling van de nauwe band tussen intramurale en extramurale zorg blijft echter ten zeerste geboden.
Tenslotte meen ik dat de transmurale continuïteit van de zorg niet afhankelijk is van de maatschappelijke positie van degene die de zorg geeft. Hoewel de financiering anders is, staat de ambtelijke psychiater niet onder een andere verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn streven om continuïteit van de zorg voor zijn patiënt te waarborgen, dan de vrijgevestigde, niet-ambtelijke zenuwarts. Deze status behoeft een 'vrij verkeer', intra- en extramuraal van welke psychiatrische zorg dan ook niet te belemmeren.

4 — *De ontwikkeling van het psychiatrisch centrum gaat in de richting van klinisch instituut naar dienstverleningscentrum.*
Het psychiatrisch centrum kan zich niet onttrekken aan de algemene tendens van elk ziekenhuis om zich te ontwikkelen tot behandelingsinstituut. Querido vermeldde deze tendens bij het algemeen ziekenhuis in de Universitaire leergang Symposion Ziekenhuisorganisatie te Groningen in 1966. Dat betekent: Meer transmuraal in- en uitgaand verkeer, meer externe relaties, meer specifieke, op ambulante behandeling gerichte outillage. Dienstverlening (bijvoorbeeld op sociotherapeutisch, pharmacotherapeutisch en creatief-expressief therapeutisch terrein), aan ambulante patiënten zal tot de reële mogelijkheden gaan behoren.
Het psychiatrisch centrum dient zich te ontwikkelen tot een 'all-round' instituut, met een polyvalente vorm van dienstverlening voor een grote groep patiënten. Ik duid dit slecht aan. Verdere studie hierover zal nodig zijn.

5 — *Voor goede voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg dienen de externe relaties van het psychiatrisch centrum met die van andere betrokken instituten te interfereren.*
Ik noemde al het 'vrije verkeer' transmuraal van degenen die bemoeienis hebben met psychiatrische patiënten. Ter adstructie van dit punt van uitgang geef ik een schets van een mogelijkheid, zoals die zich in een bepaalde regio (bijvoorbeeld de provincie Utrecht) zou kunnen ontwikkelen. Ter oplossing van de continue bereikbaarheid van zoveel mogelijk psychiatrische hulpbronnen in de regio is een zeer grote interferentie van werkers nodig. Dat betekent dat bijvoorbeeld de psychiaters van psychiatrisch centrum, sociaal-psychiatrische dienst en de vrijgevestigde psychiaters onderling, tot op zekere hoogte 'uitwisselbaar' zijn. Er zou een continue 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbare hoeveelheid psychiatrische (en eventueel maatschappelijke) hulp aanwezig moeten zijn. Benevens een aantal opnemingsmogelijkheden, waardoor in de totale behoefte van een regio voorzien zou kunnen worden. Gedurende de dag-uren is iedere instelling voor eigen verantwoordelijkheid werkzaam (overigens met goede onderlinge afspraken!). En voor avond-, nacht- en weekeinde-dienst heeft een der betrokken instanties 'dienst'.

Als er 'alarm' is in de regio wordt de dienstdoende instantie gewaarschuwd. In de roulering van deze dienst doen psychiater van psychiatrisch centrum, van sociaal-psychiatrische dienst en algemeen ziekenhuis mee. Men zou eventueel in elkaars instituut kunnen opnemen of men zou bijvoorbeeld, waar dan ook in de regio, de huisarts van advies kunnen dienen.
Zelfs moet het mogelijk zijn om in bepaalde gevallen ter plaatse de situatie in ogenschouw te nemen. Een centraal beschikbare mobilofoon-installatie kan hierbij onschatbare diensten bewijzen. Verder zouden er goede onderlinge afspraken moeten zijn omtrent overneming van patiënten.
Ook zouden eventueel op deze wijze wachtdiensten kunnen worden georganiseerd door zusters voor maatschappelijk werk van het psychiatrisch centrum en van de sociaal-psychiatrische dienst.
Het transmurale begrip zou door zo een organisatie-vorm zeer verbeterd worden. En de schaars beschikbare psychiatrische en psychiatrisch-verpleegkundige mankracht zouden meer efficiënt kunnen worden ingezet. Vermoedelijk kan in stads-regio's een dergelijke regeling met de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst getroffen worden. Ik noem dit als één van de voorbeelden van interferentie van extramurale activiteiten van het psychiatrisch centrum. En zijn er zeker meer te geven.

III CONCLUSIE

Het is duidelijk dat de extramurale activiteiten van het psychiatrisch centrum bij de ontwikkeling van deze instelling tot behandelings- en dienstverleningsinstituut ten nauwste betrokken dienen te worden. Zij zullen meer in het totale beleid voor de geestelijke volksgezondheid dienen te worden geïncorporeerd.
In dit verband wijs ik nog op enkele aspecten die hierbij in het oog moeten worden gehouden:
(1) Teneinde verantwoord deze ontwikkeling van het psychiatrisch centrum in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg te kunnen betrekken is wetenschappelijk onderzoek naar het 'patiëntschap' in de transmurale situatie en naar het 'dienstschap' van het psychiatrisch centrum in de transmurale situatie noodzakelijk.
(2) Dringend nodig is een grondig — wederom wetenschappelijk verantwoord! — onderzoek naar de coördinatie van de ontwikkeling van de intramurale zorg in het psychiatrisch centrum met het extramurale beleid in de geestelijke gezondheidszorg.
Ik denk hierbij aan specialisatie van instituten, taakverdeling tussen de verschillende instituten, afstemming ontwikkeling op behoefte, planning, enzovoort. Als er geen afstemming op elkaars beleid komt, lijdt de patiënt onherstelbare schade hiervan.
(3) De vraag naar de betekenis van uiteengroeien van de psychiatrie in subspecialismen die intramuraal en sub-specialismen die extramuraal

gericht zijn is klemmend in verband met de ontwikkeling van de éénheid binnen de psychiatrie.
(4) Het betrekken van de vrijgevestigde zenuwarts in het geheel van het beleid ten aanzien van geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder in verband met de externe relaties van het psychiatrisch centrum kan slechts geschieden als deze arts daarvoor de financiële mogelijkheden verkrijgt.
Als voorbeeld ware te denken aan de registratie van patiënten in psychiatrische inrichtingen, zoals die door de geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke gezondheid wordt gevoerd. De vrijgevestigde zenuwarts heeft voor deze ingewikkelde procedure nauwelijks tijd. Hij doet, soms mee aan een andere registratie (Stichting Medische Registratie). Daardoor kan het beeld van de geestelijke gezondheidszorg vertekend worden.
(5) De ontwikkeling van de externe relaties van het psychiatrisch centrum kan niet los gezien worden van de ontwikkeling van de externe relaties van het algemeen ziekenhuis. Het gevaar is trouwens niet denkbeeldig dat ambulante, klinische en maatschappelijke zorg op het gebied van de geestelijke gezondheid en lichamelijke gezondheid, organisatorisch zo uiteen gaan groeien, dat de patiënt als socio-psychosomatische eenheid opgedeeld wordt. Zo ontstaat een beeld van een patiënt als een nimmer het geheel omvattende som van sociale, psychische en somatische delen.

SLOT

Tenslotte moge ik als conclusie van de beschouwing over de externe relaties stellen dat een nieuwe ontwikkeling gaande is.
Werd voorheen nogal eens het instituut als zodanig primair gezien, thans is dat meestal niet meer zo. Er zal veel georganiseerd moeten worden, om verwarring, overlapping en verspilling van mankracht te voorkomen. Daarom is er noodzakelijk een tendens die zich concentreert op organisatie, met name van de externe betrekkingen van het psychiatrisch centrum met zijn vele contactpunten.
Doch steeds meer komt men tot de slotsom dat de grondslag van deze organisatie het belang van de individuele patiënt moet zijn. De juiste weg is dat de organisatie — en dus het netwerk van externe betrekkingen van het psychiatrisch centrum — zich heeft aan te passen aan datgene wat de patiënt vraagt, en niet andersom.

SUMMARY

The author describes some aspects of the external relations of the psychiatric institution (centre).
He states:
1. There is a qualitative and quantitative direct communication between the internal and external relations of the psychiatric centre.

2. *The external relations of the psychiatric centre with the community must be as direct as possible.*
3. *Continuity of care for psychiatric patients must be guaranteed.*
4. *The psychiatric centre has a tendency to develop in the direction of service-centre, more than in the direction of clinical institution.*
5. *There must be an integration of relations of the psychiatric centre with other institutions in the field of mental health.*

The author concludes by stating that the needs of the patients must be the base of the organisational activities, not the organisations themselves.

BEANTWOORDING VAN IN DE DISCUSSIE GESTELDE VRAGEN (DR. D. JACOBS)

Vraag 1. Collega De Heer van de Sociaal Psychiatrische Dienst te Eindhoven heeft in het betoog van Dr. Jacobs het gewone ziekenhuis gemist. Hij vraagt of de therapeutische continuïteit en de transmurale samenwerking met derden niet een zekere ambivalentie van de posities met zich brengt.
De inleider geeft hierop als antwoord, dat hem is gevraagd te discussiëren vanuit het psychiatrisch centrum. Hij heeft vanuit dit gezichtspunt de continuïteit in de behandeling van de patiënt getracht te belichten.
Er zal altijd een zekere ambivalentie blijven ten aanzien van de taken.

Vraag 2. Collega Esser heeft de aansluiting aan de praktijk gemist. Hij zegt dat hij zich verzet tegen het uitlenen van de zenuwarts van de ene instantie aan de andere. Hij heeft bezwaren tegen het spreekuur houden vanuit het psychiatrisch centrum in de provincie. Hij meent dat het uitbreiden van het arbeidsveld van het psychiatrisch centrum een gevaar inhoudt dat allerlei extramurale bemoeienissen langs de bestaande instanties heen werken. Voorts heeft hij gemist het feit dat in de samenwerking van vrij-gevestigde zenuwartsen en sociaal-psychiatrische diensten, hoe prettig ook, geen teamvorming plaats kan vinden, omdat de financiële realiteit zich hiertegen verzet.
Dr. Jacobs antwoordt voor zijn gedeelte hierop, dat de sociaal-psychiatrische dienst niet goed geoutilleerd is om alle patiënten hulp te bieden. Een volledige outillage, dus zowel psychologisch, biologisch als sociaal, dient achter diegenen te staan, die de patiënt hulp bieden.
Voorts meent hij dat de extramurale activiteiten van de psychiatrische ziekenhuizen via goede afspraken en organisatorische en functionele bindingen in goede banen kunnen worden geleid. De inleider is, zoals hij reeds gezegd heeft, een groot voorstander van de werkzaamheden van intramuraal werkende zenuwartsen bij sociaal-psychiatrische diensten. Als voorbeeld noemt hij dat het bestuur van de Protestants-Christelijke Sociaal-Psychiatrische Dienst in de provincie Utrecht, alsmede het bestuur van het Ned. Herv. Psychiatrisch Centrum 'Zon en Schild' en 'Hebron' uit dezelfde personen bestaat. De bestuursvergaderingen van beide instanties vallen samen. De leider van de dienst en de geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum kunnen door middel van afspraken en door middel van regelmatige onderlinge contacten de moeilijkheden, die zouden rijzen bij een uitbreiding die te zeer voorbij gaat aan de bestaande organisatorische opzet, vermijden. De inleider wijst er voorts op, dat krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziekte-kosten, er in de toekomst waarschijnlijk meer extramurale activiteiten aan de orde gesteld kunnen worden. Hij acht het van groot belang dat de verhouding intramurale-extramurale zorg in dit geheel betrokken wordt.

Vraag 3. Collega Van der Burg stelt dat de patiënt vaak de kans loopt tussen wal en schip te raken. Hij vraagt zich dan ook af, wie de wal en wie het schip is. Hij zegt dat voor een 24-uurs bereikbaarheid van de sociaal-psychiatrische dienst het een voorwaarde is dat deze sociaal-psychiatrische dienst behandelt.
Hij wijst voorts op het gevaar voor de continuïteit in de behandeling, wanneer een patiënt wordt opgenomen in een psychiatrisch centrum en in een ontslagbrief zon-

der overleg met de verwijzende zenuwarts de nabehandeling wordt overgenomen door het psychiatrisch centrum i.c. door de polikliniek van het psychiatrisch centrum of door de sociaal-psychiatrische dienst. Hij meent dat het in strijd met een goede communicatie is, dat de verwijzende specialist vergeten wordt. Hij meent voorts dat een team rondom de vrij-gevestigde zenuwarts gerealiseerd zal moeten worden. Hij vraagt zich af hoe het met het maatschappelijk werk in dezen moet om de patiënt zo goed mogelijk te leren kennen. Dr. Jacobs antwoordt als eerste hierop dat zich in de aktiviteiten van de verschillende instanties die zich met de psychiatrische patiënt bemoeien, een convergentie van taken gaat aftekenen. De vrij-gevestigde zenuwarts krijgt meer behoefte aan sociale begeleiding, de psychiater in het psychiatrisch centrum krijgt eveneens deze behoefte en heeft ook meer behoefte aan specialistische hulp van andere specialismen, waaronder ook niet-medische en de sociaal-psychiater tenslotte kan niet zonder het gehele arsenaal van de behandelingsmethoden van de moderne psychiatrie. Men zou kunnen zeggen, dat zich een de-specialisatie van taken begint af te tekenen. Dr. Jacobs wijst ook nog op de dreigende verbrokkeling van de psychiatrie. Hij acht het van groot belang dat welke psychiater het dan ook mag zijn, de patiënt een voortdurende begeleidingsfiguur blijft houden. Dit geldt zowel intern als extramuraal. Wanneer men, zoals collega Van der Burg zegt een wezenlijk onderscheid ziet tussen de aktiviteiten van de drie groeperingen, dan is de spreker het daarmee niet eens. Hij is van mening dat de psychiatrie integraal beoefend moet kunnen blijven.

Vraag 4. Collega Rosenburg vindt dat het denken te veel uitgaat van de bestaande instituten. Het denkkader is te traditioneel. Zij meent dat ook in de toekomst men meer op elkaar ingesteld zal raken. Een juiste interactie tussen de verschillende instanties is nodig.
Dr. Jacobs antwoordt hierop dat de patiënt altijd het centrale thema moet zijn waarop de organisaties zijn gebouwd. Het is dan ook zijn mening dat juist het psychiatrisch centrum op de juiste wijze aan de interactie meewerkt door mee te doen aan een totale integrale zorg voor bepaalde categorieën patiënten. Overigens is hij het geheel eens met de vraagstelster. Hij meent dat wij wat de psychiatrie betreft inderdaad veel te traditioneel denken en dat ergens de moed opgebracht moet worden om vanuit een geheel nieuw denkpatroon te gaan denken.

Vraag 5. Collega Meyering zegt dat de algemene gedachte gaat over een organisatie, waarbij de intra- en extramurale zorg nauw verweven zijn. Het zou zo kunnen zijn, dat deze volledig in één hand zouden komen. Hij meent dat de organisatie van de geestelijke volksgezondheidszorg nog te veel gestoeld is op de organisatie in de somatische geneeskunde. Dr. Jacobs antwoordt hierop, dat hij het in grote trekken met collega Meyering eens is. Hij wil graag hierover met hem bij een inspectiebezoek nog weer een discussie hebben. Hij wijst er alleen op dat het gevaar bestaat, dat de organisatorische uitbouw van de geestelijke volksgezondheid zó gaat verschillen van die van de lichamelijke volksgezondheid dat de mens als socio-psycho-somatische eenheid uiteen valt in een aantal delen, die nimmer het geheel van de mens kunnen vormen.

Op vraag 6 van collega Ferguson over de spanningsvelden die men in elk veld in de tegenwoordige tijd waarneemt, antwoordt Dr. Jacobs dat de ontwikkeling individueel en toch regionaal bezien moet worden en dat de ontwikkeling van de zorg enerzijds gaat in een verbreding van samenwerkingsverbanden en anderzijds in een intensivering van de bemoeienis ten aanzien van de individuele psychiatrische patiënt.
Bij de slotbeantwoording van de vragen stelt Dr. Jacobs, het geheel van de discussie en de lezingen nog eens overziende, dat alle drie de inleiders, zij het van verschillend standpunt, duidelijk het belang van de patiënt centraal gesteld hebben. Hij heeft dat ook gemerkt bij de vragen die er kwamen. Uitgaande van dat belang van de patiënt kunnen wij er weliswaar verschillend over denken, maar zullen in

de toekomst de verschillen over de benadering van de individuele patiënt steeds meer vervagen.
Hij acht een verder gesprek over de integratie van de verschillende instanties die zich met de psychiatrische patiënt bemoeien van eminent belang. Hij zou graag zien dat de discussie wellicht in regionaal verband en in ieder geval over een aantal jaren nog eens in groter verband in dezelfde geest wordt voortgezet als die in deze vergadering heeft plaats gevonden.

VERANTWOORDING

Ten vervolge van de trio-vergadering op 5 maart 1966 in Amsterdam werd op 2 november 1968 een tweede trio-vergadering gehouden, ook dit keer in samengang van de Afdeling Psychiatrie (van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie) en de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband maar nu in het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam. De in het onderhavige nummer gebundelde voordrachten van de collegae D. Jacobs, F. W. Frets en A. C. Regensburg zijn gecompleteerd met de afzonderlijke discussiebijdragen van genoemde inleiders. Het is niet mogelijk gebleken de gehele discussie op de band vast te leggen om reden dat een onnaspeurlijk defect in de technische apparatuur zulks belemmerde. De redactie verzoekt de sprekers wier spontane opmerkingen niet of gehavend in druk verschenen deze incorrecte weergave te willen verontschuldigen. Wezenlijke verdraaiingen van hun bedoelingen alsmede nieuwe ideeën zouden aanleidingen kunnen zijn de gedachtenwisseling over de onderscheiden standpunten voort te zetten op het niveau van dit Tijdschrift.