EXTRAMURALE ACTIVITEITEN VAN PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN EN ZIEKENHUIZEN IN HUN BETEKENIS VOOR DE ZELFSTANDIG WERKENDE ZENUWARTS

door A. C. REGENSBURG, zenuwarts te Rotterdam

In de Voordrachtenreeks van september 1968 (tiende jaargang, nr. 41) heeft collega Dr. A. C. Lit een artikel gepubliceerd, waarin hij een bijdrage levert in de diskussie tussen psychiatrisch ziekenhuis, sociaal psychiatrische dienst en vrij-gevestigde zenuwarts.
Dit artikel leent zich, mede door de heldere uiteenzetting van de gestelde problematiek, bij uitstek als leidraad voor de te bespreken problematiek van heden.
Collega Lit schildert de chaotische toestand, die er heerst in het maatschappelijk milieu van de psychiatrische patiënt ten aanzien van de medische verzorging door diverse instanties, die op de een of andere wijze zich met hem bemoeien. Het is een verheugend feit, dat een geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis denkbeelden naar voren brengt, die naar inhoud grotendeels overeenkomen met de voorstellingen, die de zelfstandig werkende zenuwarts over het te bespreken onderwerp heeft.
Collega Lit beschrijft de onoverzichtelijke situatie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en wijst tevens de weg hoe men uit de chaotische toestand kan geraken.
De status quo ziet hij als volgt:
1 — een behandeling van psychiatrische patiënten is in deze tijd zonder diepgaande sociale kennis en bemoeienis niet mogelijk.
2 — de huisarts, het eerste echelon, is onmisbaar, maar is in sociaal-psychiatrisch opzicht onderontwikkeld, d.w.z. niet geschoold en niet geoutilleerd;
3 — de vrij gevestigde psychiater, tweede echelon, is eveneens onmisbaar, maar is ook in sociaal-psychiatrisch opzicht ten eerste ongeschoold en ten tweede niet geoutilleerd;
4 — veel psychiatrische ziekenhuizen zijn, met uitzondering van de in aantal snel groeiende afdelingen van algemene ziekenhuizen, ordeloos over ons land verspreid;
5 — de sociaal-psychiater is onmisbaar en is op sociaal-psychiatrisch terrein ingewerkt en geoutilleerd (met B-nazorg-verplegenden). Zijn taak stelt hij zich echter zo breed, dat de voor- en nazorg van volwassen psychiatrische patiënten slechts een deel van zijn aandacht krijgt M.a.w. hij werkt niet als kategorale specialist, zoals de ziekenhuis-psychiater en veelal de vrije psychiater, maar heeft voor zich een breed terrein van sociale aktiviteiten (zie het opleidingsrapport van het Sociaal-Psychiatrisch-Studiegezelschap);
6 — de behandeling van de volwassen psychiatrische patiënt is niet kontinu, maar verknipt in fasen, die o.m. afhankelijk zijn van de ernst

van zijn ziekte en van zijn verblijfplaats;
7 — over al deze fasen bestaan dossiers met veelal moeilijk overdraagbare gegevens;
8 — aantal en lengte van de verbindingswegen tussen de behandelende instanties zijn ontoelaatbaar groot;
9 — huisarts en vrij gevestigde specialist hebben tot nu toe nauwelijks aan de diskussie deelgenomen.

De door collega Lit geschetste situatie betreffende de ongeordende en ongecoördineerde activiteiten en bemoeiingen met betrekking tot de volwassen psychiatrische patiënt schijnt thans in ongunstige zin te worden versterkt door enkele mij bekend geworden extramurale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen.

Als onjuiste extramurale activiteiten van psychiatrische ziekenhuizen kunnen worden genoemd:

1 het kopen van praktijken van zelfstandig werkende zenuwartsen om zodoende een poliklinisch opvangcentrum te creëren;
2 het openen van poliklinieken voor ziekenfondsverzekerden (niet te verwarren met B-nazorg-poliklinieken);
3 het niet tijdelijk, maar definitief aan de in dienstverband werkende zenuwartsen opdragen consultatief in Algemene Ziekenhuizen te werken, waardoor het toetreden van de zelfstandig werkende psychiater tot de medische staf van het algemeen ziekenhuis wordt geblokkeerd.

Deze extramurale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen, die door besturen en directies van deze inrichtingen en ziekenhuizen worden uitgevoerd, kunnen de ontwikkeling tot integratie zowel klinisch als poliklinisch van alle medische specialismen in de Algemene Ziekenhuizen doorkruisen, vertragen en zelfs onmogelijk maken. Tevens kan men een vertraagde en onjuiste maatschappelijke ontwikkeling van alle facetten van de psychiatrie er door verwachten.

Waarom deze gang van zaken door mij als ongewenst wordt gezien, zal ik trachten te schetsen.

In de praktijk van alle dag wendt de patiënt zich met zijn klachten het eerst tot de huisarts. Deze laatste zal trachten de klachten, ook die van psychische aard, ten gunste te bestrijden. Heeft de huisarts geen, dan wel onvoldoende resultaat, dan wordt met de patiënt een verwijzing naar een zelfstandig werkende specialist besproken en zal deze verwijzing naar de zenuwarts ook meestal plaats vinden.

Afhankelijk van de ernst van het ziektegeval en van de aard van de multiconditionele factoren die het ziektebeeld opbouwen, zal de zenuwarts in de algemene praktijk overwegen of hij de patiënt zelf zal behandelen, hetzij poliklinisch dan wel klinisch, dan wel dat hij de Sociaal-Psychiatrische Dienst zal moeten inschakelen gezien de sterk op de voorgrond tredende sociaal psychiatrische aspecten van het ziektegeval, of dat hij de patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis zal moeten laten verplegen en behandelen, mede door het feit, dat patiënt maatschappelijk niet te handhaven is.

In de algemeen geneeskundige praktijk wordt de patiënt door bemiddeling van zijn huisarts en op diens advies naar een zelfstandig werkende zenuwarts verwezen.
Het verwijzen van een patiënt door de huisarts naar een sociaal psychiatrische dienst, dan wel rechtstreeks naar een psychiatrisch ziekenhuis, is geen regel maar uitzondering.
De eventuele verwijzing naar boven vermelde instellingen dient aan het oordeel en inzicht van de zelfstandig werkende psychiater te worden overgelaten, die via de huisarts het eerste contact met patiënt legt.
Het is aan een ieder die werkt op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg reeds geruime tijd duidelijk, dat er ernstige leemten bestaan in de hedendaagse mogelijkheden om een psychiatrische patiënt het optimum aan hulp te bieden.
Collega Lit wil in zijn uiteenzetting uitgaan van de belangrijkste eisen, waaraan de behandeling van volwassen psychiatrische patiënten moet voldoen en wel:

1 vrije keuze van arts;
2 gespecialiseerde deskundigheid en ervaring van de arts, die zich dus uitsluitend bezighoudt met volwassen psychiatrische patiënten;
3 bekendheid mét en dus mogelijkheid ván beïnvloeding van het milieu (gezin, wijk, werk);
4 continuïteit van de persoonlijke therapeutische verantwoordelijkheid van arts t.o.v. zijn patiënt.

Aan de hand van deze punten laat hij zien, dat noch de huisarts, noch de zelfstandig werkende psychiater, noch het psychiatrische ziekenhuis en de sociaal-psychiatrische dienst aan de gestelde eisen kunnen voldoen.
Een probleem dat collega Lit niet aanroert, maar dat in het kader van deze bespreking stellig van betekenis is, is de noodzakelijke aanwezigheid van de zenuwarts te midden van de vertegenwoordigers van de andere medische disciplines in de Algemene Ziekenhuizen.
Deze zenuwarts oefent in het merendeel der gevallen nog volledig de beide onderdelen van zijn specialisme uit en hij is degene, die het contact met vertegenwoordigers van andere specialismen onderhoudt en de collegae van de niet-bloedige en bloedige specialismen bekend maakt met de problematiek van de psychosomatiek en de neurotische ziektebeelden.
In het Algemene Ziekenhuis zijn deze consultaties en adviezen van groot belang bij de beoordeling van de ziekmakende factoren en bij het stellen van de juiste diagnose. Dat niet alleen de huisarts, maar ook de zelfstandig werkende zenuwarts de psychiatrische patiënt in het Algemeen Ziekenhuis voor ongewenste artificiële mutilaties moet behoeden, is een ervaringsfeit. (Ik heb dit o.a. beschreven in het tijdschrift 'Huisarts en Wetenschap' II, 8, 1959 in een artikel genaamd: 'Psychiatrisch-Psychologische aspecten van rugpijn'.)
Het gebrek aan coördinatie en coöperatie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de andere medische specialismen dreigt te worden versterkt door de gewijzigde opleiding tot zenuw-

arts. De differentiëring in de opleiding tot specialist in het specialisme zenuw- en zielsziekten, zoals dit specialisme officieel wordt aangeduid, moet in de loop van enkele jaren onvermijdelijk leiden tot een scheiding van bevoegdheden. Of deze scheiding van bevoegdheden tevens zal leiden tot het uiteenvallen van het specialisme, in twee nieuwe specialismen, is van factoren en omstandigheden afhankelijk, waarop niet nader zal worden ingegaan. Wel betekent een te verwachten scheiding van bevoegdheden, dat de geheel zelfstandig werkende neuroloog-psychiater snel in aantal zal afnemen en plaats zal maken voor die collegae, die hetzij zich uitsluitend op de neurologie, dan wel op de psychiatrie zullen toeleggen.
Door het wegvallen van de neuroloog-psychiater dreigt de integrale geneeskunde in de Algemene Ziekenhuizen te verschralen en onvoldoende tot ontplooiing te komen. De besturen en directies van Algemene Ziekenhuizen hebben neiging om aan de medische staf van het ziekenhuis een neuroloog met aantekening E.E.G. toe te voegen en de meer psychiatrisch georiënteerde zenuwarts buiten het ziekenhuis te houden, tenzij het Algemene Ziekenhuis over een psychiatrische afdeling beschikt. Slechts als consulent maakt men graag van de diensten van een psychiater gebruik, om een onrustige, wat moeilijk in het ziekenhuis te handhaven patiënt naar elders te kunnen laten verplaatsen.
Men zal moeten voorkomen, dat vertegenwoordigers van het specialisme zenuw- en zielsziekten, die hoofdzakelijk de psychiatrie als arbeidsterrein hebben gekozen, uit de algemene praktijk en uit het Algemene Ziekenhuis verdwijnen, opdat de orgaanspecialisten tijdens de stafbesprekingen voortdurend met de psychosomatische problematiek geconfronteerd blijven. Deze taak kan nimmer worden overgenomen door psychiaters in dienstverband, die in Psychiatrische Ziekenhuizen werken en als consulenten aan Algemene Ziekenhuizen zijn verbonden. De maatschappelijke structuur van het specialisme Psychiatrie en Neurologie mag niet het beeld gaan vertonen, dat de zelfstandig werkende psychiaters als vrijgevestigde artsen uit het maatschappelijk leven zouden verdwijnen en opgenomen worden in het corps van psychiaters, die in dienstverband werkzaam zijn bij de sociaal psychiatrische diensten en in de psychiatrische inrichtingen en instituten.
Dit zou een beperking en verarming betekenen van de mogelijkheden tot acute hulp voor de patiënt in nood. De maatschappelijke ontwikkeling mag niet tot gevolg hebben dat de in hoofdzaak psychiatrisch werkende zenuwarts wordt geïnstitutionaliseerd en van de integrale geneeskunde wordt geïsoleerd.
Vandaar dat bepaalde vormen van extramurale activiteiten van enkele psychiatrische ziekenhuizen naar het mij voorkomt ongewenst zijn. Deze activiteiten vervreemden de psychiatrie van de orgaanspecialist, terwijl het principe van de vrije artsenkeus in geding komt.
Een juistere gang van zaken lijkt mij de bevordering van het omgekeerde proces.

Voor een juiste en verantwoorde communicatie dient te worden bevorderd, dat de zelfstandig werkende zenuwarts een part-time functie ambieert bij een sociaal-psychiatrische dienst, dan wel in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij is immers de aangewezen schakel tussen de huisarts en de bovenaangegeven instellingen en onderhoudt tevens het contact met de overige medische specialismen in de Algemene Ziekenhuizen.
Door de voortdurende veranderende inzichten in de psychiatrie en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke realisering van deze inzichten, zijn afbakening van en samenwerking op diverse arbeidsterreinen nog onvoldoende bestudeerd en nauwelijks tot ontwikkeling gebracht. Door de drie-DELING ten aanzien van sociale activiteiten op psychiatrisch gebied (psychiatrisch ziekenhuis, sociaal psychiatrisch dienst, zelfstandig werkende psychiater) is van een drie-EENHEID nog weinig sprake.
Het betreden van elkaars arbeidsveld benadeelt de ontplooiing van het specialisme psychiatrie en kan de patiënt om wiens welzijn het uiteindelijk gaat, niet ten goede komen.
Er zijn evenwel ook aanwijzingen, dat men de waarde van een drieeenheid, ten aanzien van het gehele werkgebied van de psychiatrie als noodzakelijke voorwaarde voor de ontwikkeling van de psychiatrie, inziet en er naar streeft dit zo volledig mogelijk te verwerkelijken. Voor een juist functioneren van de psychiatrische gezondheidszorg, is een goed uitgebalanceerde driehoeksverhouding tussen de genoemde categorieën nodig en noodzakelijk. Een intensivering van de interactie tussen de diverse sociaal bestaande psychiatrische disciplines is hiertoe een eerste voorwaarde en vereiste.
Collega Lit wijst hiertoe de weg met de opvatting, dat de geestelijke gezondheidszorg uit eenvoudige en levendige structuren met overzichtelijke verbindingslijnen bestaat.
Zijn voorstel luidt als volgt:
1 basis eenheid bestaande uit:
   a huisarts en wijkverpleegster,
   b psychiater en B-nazorgzuster;
2 klinisch instituut, dat door de werker van de basis-eenheid wordt gekozen voor de klinische behandeling.
Persoonlijk zou ik de basis-eenheid onder 1b willen verruimen door toevoeging van een psycholoog en sociaal werkster. In de praktijk heeft de zelfstandig werkende zenuwarts meer behoefte aan deze medewerkers, dan aan een B-nazorgzuster alleen.
Ten aanzien van de sociaal-psychiatrische dienst stelt collega Lit, dat deze dienst geen overbodig instituut is geworden, maar gezien haar brede scala van bemoeiingen geen directe verantwoordelijkheid draagt en kan dragen bij de behandeling van de volwassen psychiatrische patiënt Deze gedachtengang kan ik, gezien vanuit mijn praktijkervaring, volledig onderschrijven.
De voordelen van het door collega Lit opgestelde systeem vind ik zo

belangrijk, dat ik de belangrijkste punten nog eens laat volgen:

1 de verantwoordelijkheid voor het welzijn van een volwassen psychiatrische patiënt berust in principe en zo lang mogelijk bij een deskundige in zijn direkte omgeving en niet bij een 'dienst' of vergelegen centrum;

2 de verbindingswegen tussen de om één patiënt geschaarde instanties verminderen drastisch in aantal, en worden zowel kort als overzichtelijk en vanzelfsprekend;

3 de vrij gevestigde psychiater wordt uit het isolement van spreekkamer en polikliniek gehaald en kan de patiënt in en met zijn totale situatie zien, onderzoeken en beïnvloeden. Een eind komt aan de onzinnige situatie, dat de psychiater pillen voorschrijft en de sociaal-psychiater sociale maatregelen;

4 de sociaal-psychiatrische dienst verliest zijn tweeslachtigheid door het afstoten van de verantwoordelijkheid voor een behandeling, die zonder de mogelijkheid van voorschrijven van geneesmiddelen, zonder het hanteren van somatische onderzoek-methoden en zonder psychotherapie toch nooit het ideaal van een integrale behandeling zal bereiken. De sociaal-psychiatrische dienst kan zich meer dan tot nu toe mogelijk is gebleken, toeleggen op de taken van bemiddelen, adviseren, voorlichten en konsulteren. En verder de uitermate belangrijke taak van scholen, adviseren en coachen van de sociaal-psychiatrische werkers in de basis-eenheid.
Een interessant aspekt van deze regeling is het dubieuzer worden van de noodzaak voor een sociaal-psychiatrische dienst zich te stellen op een levensbeschouwelijke basis;

5 het schrikbeeld van massale Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg verdwijnt;

6 perifeer gelegen psychiatrische ziekenhuizen lopen niet het gevaar te degraderen tot tweederangs-instituten, als zij zich door hun ligging niet tot een centrum kunnen ontwikkelen;

7 in feite houdt de voorgestelde regeling in, dat de huidige bemoeienissen van de psychiater en van de sociaal-psychiater, met volwassen ambulante psychiatrische patiënten in één hand worden gelegd.

De in het begin van deze mededeling genoemde extramurale activiteiten, die door enkele psychiatrische ziekenhuizen zijn gerealiseerd, bevorderen en versterken deze door velen als ongunstig geachte ontwikkeling en leveren geen enkele bijdrage tot het wijzigen en verbeteren van de thans bestaande struktuur van geestelijke gezondheidszorg en tot het bundelen van alle beschikbare krachten, die op het terrein van deze gezondheidssector werkzaam zijn.

Met deze conclusie leg ik de door mij aangesneden problematiek aan de vergadering ter discussie voor.

SAMENVATTING

In deze mededeling wordt een lans gebroken voor een betere organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland, waardoor een overlapping van activiteiten van psychiaters, die in diverse maatschappelijke structuren en organisaties werkzaam zijn, kan worden voorkomen. Alleen op deze wijze kan een doelmatiger benadering van de psychiatrische patiënt worden bereikt.
De spreker is van oordeel, dat de voorstellingen die enkel Psychiatrische Ziekenhuizen ten aanzien van dit probleem hebben, geen bijdrage leveren in een pogen om tot een optimale samenwerking te geraken.
(Deze opvatting wordt in de discussie, die op deze mededeling is gevolgd, nader uitgewerkt.)

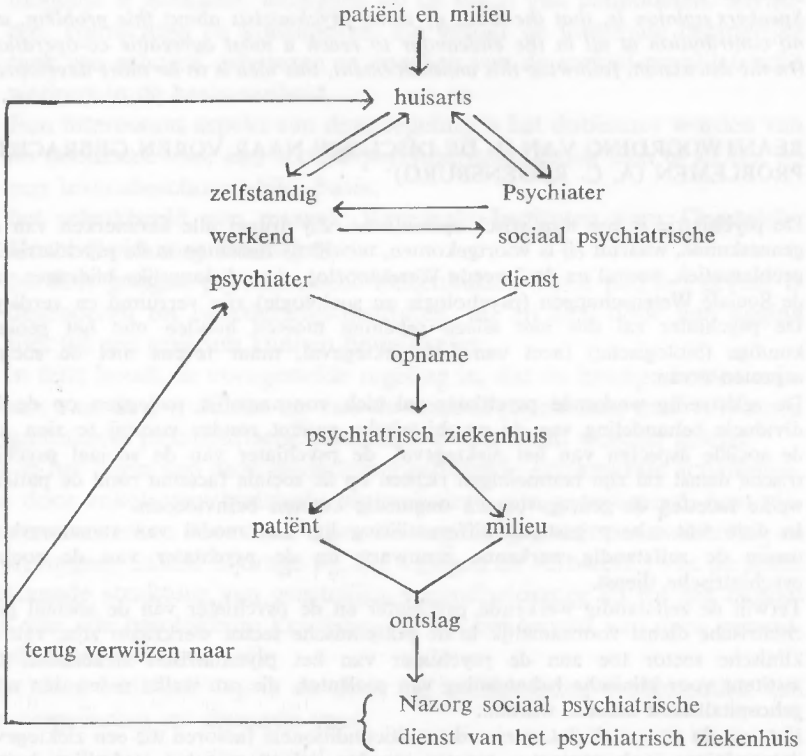
SUMMARY

In this announcement we are breaking a lance for a better organization of the Mental Health Service in the Netherlands, through which an overlap of activities of psychiatrists, who are working in all kinds of social structures and organizations, can be prevented.
Just in this way a more efficient approach of the psychiatric patient can be reached.
Speakers opinion is, that the ideas of some psychiatrists about this problem, are no contribution at all in the endeavour to reach a most agreeable co-operation. (In the discussion, following this announcement, this idea is to be more developed).

BEANTWOORDING VAN IN DE DISCUSSIE NAAR VOREN GEBRACHTE PROBLEMEN (A. C. REGENSBURG)

De psychiatrie is een dualistisch specialisme. Zij draagt alle kenmerken van de geneeskunde, waaruit zij is voortgekomen, terwijl de inzichten in de psychiatrische problematiek, vooral na de Tweede Wereldoorlog, door belangrijke bijdragen van de Sociale Wetenschappen (psychologie en sociologie) zijn verruimd en verdiept. De psychiater zal dus niet alleen rekening moeten houden met het geneeskundige (biologische) facet van het ziektegeval, maar tevens met de sociale aspecten ervan.
De zelfstandig werkende psychiater zal zich voornamelijk toeleggen op de individuele behandeling van de psychiatrische patiënt zonder voorbij te zien aan de sociale aspecten van het ziektegeval, de psychiater van de sociaal psychiatrische dienst zal zijn bemoeiingen richten op de sociale facetten rond de patiënt, welke facetten de gedragsvormen ongunstig kunnen beïnvloeden.
In deze wat scherp gestelde differentiëring ligt het model van samenwerking tussen de zelfstandig werkende zenuwarts en de psychiater van de sociaal psychiatrische dienst.
Terwijl de zelfstandig werkende psychiater en de psychiater van de sociaal psychiatrische dienst voornamelijk in de poliklinische sector werkzaam zijn, valt de klinische sector toe aan de psychiater van het psychiatrisch ziekenhuis, het instituut voor klinische behandeling van patiënten, die om welke reden dan ook, gehospitaliseerd moeten worden.
Het spreekt voor zich dat, gezien de multiconditionele factoren die een ziektegeval determineren, ook contacten moeten worden gelegd met het leefmilieu buiten het psychiatrisch ziekenhuis. De sociaal psychiatrische dienst van het psychiatrisch ziekenhuis heeft in deze een eigen taak en plaats.

Dat na het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis de patiënt en ook het milieu door de werkers aan de sociaal psychiatrische dienst van het psychiatrisch ziekenhuis verbonden worden begeleid, spreekt voor zich, waarbij tevens de zelfstandig werkende zenuwarts, die de patiënt heeft laten opnemen, al dan niet in deze begeleiding kan worden betrokken.
Veel verder strekt de taak van het psychiatrisch ziekenhuis, naar het mij voorkomt, zich niet uit. Het moet niet als een octopus zijn vangarmen uitspreiden over het gehele arsenaal van psychiatrische bemoeiingen. Een dergelijke organisatie organisatie zou topzwaar worden en de psychiatrische gezondheidszorg bouwen op een te smalle basis.
Het is mijns inziens een onjuiste opvatting, dat de gehele sociaal psychiatrische dienst (niet te verwarren met de eigen sociaal psychiatrische dienst van het psychiatrisch ziekenhuis) aan de activiteiten van het psychiatrisch ziekenhuis moet worden toegevoegd en in de organisatie van dit ziekenhuis moet worden geïncorporeerd.
Binnen het onderwerp van deze trio-vergadering is de klemtoon uitsluitend gelegd op de psychiatrie van de volwassen patiënt. Indien men het aangesneden probleem wil verruimen, dan kan bij een nieuwe opzet tevens de psychiatrische hulpverlening t.a.v. kinderen erbij betrokken worden.
Hoewel ieder schema het gevaar in zich draagt de voorstelling van de organisatie en de daarmede samenhangende problemen wat te simplistisch te schilderen, meen ik toch in een schema de organisatievorm van de psychiatrische gezondheidszorg, zoals dit mij voor ogen staat, tot uitdrukking te kunnen brengen:



De psychiatrische gezondheidszorg is een belangrijk onderdeel van de totale geestelijke gezondheidszorg en kan allleen door psychiaters worden gestruc-

tureerd. De psychiatrie openbaart zich in alle levensvormen van een bevolking en het is dan ook niet te verwonderen dat vier departementen op de één of andere wijze bij de geestelijke gezondheidszorg geïnteresseerd zijn en er bemoeiingen mee hebben, te weten de departementen van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Justitie, Onderwijs en Wetenschappen, Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.
De psychiaters kunnen alleen dan een optimale inspraak hebben in de problematiek die de geestelijke gezondheidszorg stelt, indien de psychiatrische gezondheidszorg aan de gestelde eisen voor een goede organisatievorm voldoet.

MEDEDELING

In de vergadering van de Sectie psychiatrische instituten van de nationale ziekenhuisraad van 17 oktober 1967 werd besloten tot de instelling van een 'Coördinatiecommissie biochemisch onderzoek'.
Deze commissie ving haar werkzaamheden aan in het begin van 1968. Dit heeft geleid o.a. tot de uitgave van een *'Bulletin'* ten behoeve van de stafleden van alle bij de V.P.I.N. en K.V.I. aangesloten psychiatrische ziekenhuizen en instituten voor de verpleging van zwakzinnigen.
Voor belangstellenden, die geen staflid van bovengenoemde ziekenhuizen zijn, wordt het 'Bulletin' tegen vergoeding van *f* 7,50 per jaar beschikbaar gesteld. Het redactieadres is: J. H. H. Verbeek, 'Coudewater', Rosmalen, tel. 04192-2951.