

Kanttekeningen bij het rapport van de NZR-commissie 'Normering Paaz'

door P. J. M. van Alphen, P. M. J. Engels en J. Th. M. Dewez

Inleiding

Begin 1974 werd door het bestuur van de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad een commissie ingesteld welke tot opdracht kreeg, een beschrijving te geven van aard en functie van een paaz, en van daaruit normen/criteria/richtlijnen te formuleren ten aanzien van de gewenste omvang, ruimtelijke voorzieningen, personeel en situering van een paaz. Een en ander diende te geschieden tegen de achtergrond van enerzijds de functie van een algemeen ziekenhuis, anderzijds de functie van overige voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Begin 1978 bracht de commissie haar rapport 'Voorstel tot normering van de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)' uit aan het bestuur van de Sectie Ziekenhuizen, welk bestuur in maart 1978 het rapport goedkeurde, daarin gevolgd in april 1978 door het bestuur van de Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad. Nu het rapport recent is vrijgekomen voor publicatie willen wij vanuit het veld en vanuit het gevoel zeer rechtstreeks betrokken te zijn bij de onderhavige materie, enkele kanttekeningen plaatsen bij de inhoud ervan. Wij volgen daarbij de indeling van het rapport op de voet, zonder overigens volledigheid te willen nastreven.

Ontwikkeling van de psychiatrie in het algemene ziekenhuis

Het rapport als zodanig roept waardering op door de wijze waarop getracht wordt de actuele en toekomstige ontwikkelingen der paazen méér dan in het verleden te sturen (beperking wildgroei) middels een verantwoorde planning en normering, uitgaande van een visie op de eigen functie en taken van een paaz als geïntegreerd onderdeel van het algemene ziekenhuis enerzijds en als geïntegreerd onderdeel van de overige voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de regio anderzijds. De relaties met het geheel aan regionale voorzieningen worden, terecht, sterk

benadrukt en ook gedifferentieerd uitgewerkt.

Gegeven de grote diversiteit die thans functionerende paaz-en te zien geven in opnamebeleid, wijze van behandeling, grootte, personele voorzieningen, situeringen en outillage, regionale samenwerking e.d. is zorgvuldige beleidsplanning inderdaad aangewezen.

Het siert de commissie dat zij via een schriftelijke enquête begin 1975 de aansluiting heeft trachten te vinden bij de werkers in het veld, hun opvattingen, zienswijzen en vooral ook desiderata. Te betreuren valt echter, dat in de breed samengestelde commissie van dertien slechts één paaz-psychiater zitting heeft, terwijl psycholoog, maatschappelijk werkende en psychiatrisch verpleegkundige volledig afwezig zijn, wat weinig in overeenstemming is met multidisciplinair teamwork dat eigen is aan moderne psychiatrie.

De commissie, in 1974 ingesteld, komt in 1978 met een aantal belangrijke concrete voorstellen, waarbij zij voortbouwt op het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, inzake psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, nu weer 10 jaar geleden, waarin een aantal aanbevelingen gedaan worden (bijvoorbeeld met betrekking tot de stafbezetting) die, horribele dictu, nimmer gerealiseerd werden. Het is te hopen dat de adviezen van het voorliggend rapport geen zelfde lot beschoren is. De aanwezigheid van een waarnemer van het COZ in de commissie en de goedkeuring van het rapport door het bestuur van de sectie Ziekenhuizen alsmede door het bestuur van de sectie Psychiatrische Instituten van de NZR roepen de hoop op dat de voorgestelde adviezen deze keer op korte termijn gerealiseerd kunnen worden, ten dienste van een noodzakelijke en dringende verbetering van de kwaliteit van de zorg.

De huidige situatie

Een kwantitatief beeld van de huidige situatie van de paaz-en en neurologisch-psychiatrische afdelingen oude stijl is op basis van de thans beschikbare cijfers slechts zeer gebrekkig te verkrijgen. Deugdelijke cijfers ontbreken, hetgeen het inzicht in het lopend proces en daarmee de mogelijkheden tot (bij)sturen sterk inperkt. Zo bijvoorbeeld geschiedt de registratie van ontslagdiagnoses op uiteenlopende wijze en berust deze bij verschillende instanties. De commissie constateert, doet echter geen suggesties of aanbevelingen. Getallen verschaffen informatie, kunnen trends zichtbaar maken, maar roepen ook vragen op. Wat bijvoorbeeld te denken van het grote aantal patiënten in algemene ziekenhuizen die met een psychiatrische hoofddiagnose ontslagen zijn, maar die niet op een paaz zijn behandeld? Zouden er behalve de genoemde factoren zoals de neuro-psychiatrische afdeling oude stijl en consultatie nog andere mechanismen een rol spelen?

Tabel 4 van het rapport laat zien dat 7,9% van de leeftijdsgroep 0-14 jaar met een psychiatrische hoofddiagnose uit de algemene ziekenhuizen wordt ontslagen. Het rapport stelt, dat waarschijnlijk

het merendeel van deze kinderen niet op de paaz-en, maar de pediatrische afdelingen van de ziekenhuizen wordt opgenomen. De meeste paaz-en zullen, zeker voor klinische behandeling, een minimum leeftijdsgrens kennen, omdat het afdelingsklimaat niet geschikt is voor de jeugdige en de zeer jeugdige patiënten. De therapie voor deze leeftijdscategorie stelt bovendien aparte eisen ten aanzien van personeelsformatie en outillage. Het rapport gaat niet verder in op een eventuele behoefte aan kinderpsychiatrie in algemene ziekenhuizen, al of niet in samenwerkingsverband met de ambulante en intramurale diensten voor de geestelijke gezondheidszorg.

Visie op de functie van een paaz

Met betrekking tot de aard van patiënten (doelgroep) die op een paaz worden opgenomen, neemt de commissie als uitgangspunt een *a-select opnamebeleid* en een *select klinisch behandelingsbeleid*. Gesteld wordt dat een a-select opnamebeleid (dat zijn rechtvaardiging vindt met name in de crisisinterventiefunctie die een paaz moet kunnen vervullen) inhoudt, dat in principe elke patiënt, voor wie vanwege acute psychiatrische stoornissen een opname-indicatie bestaat, in de paaz moet kunnen worden opgenomen. De commissie expliciteert:

- Het opnamebeleid mag in principe niet beperkt worden door de specifieke voorkeur en gerichtheid van de aan de afdeling verbonden hulpverleners. In zijn algemeenheid: accoord.
 - Er moeten ook mogelijkheden zijn voor kortdurende onvrijwillige verpleging (liever: klinische behandeling): accoord.
 - Het opnamebeleid moet zoveel mogelijk aansluiten op het plaatselijk aanbod van patiënten. Het is niet duidelijk wat hier precies bedoeld wordt. Wij maken de restrictie: ja, indien een positieve indicatie tot opname op een paaz aanwezig is. Immers, is een paaz geroepen om (tijdelijk of stelselmatig) taken die eigenlijk elders liggen, over te nemen? De opmerking in het rapport op bladzijde 13: 'Of en in hoeverre het in principe a-selecte opnamebeleid en select klinische behandelingsbeleid van een paaz ten volle zullen worden uitgevoerd, hangt ook weer af van de regionaal gezien meest wenselijke c.q. reeds aanwezige situatie op dat punt. Regionaal overleg zal hier tot het daadwerkelijk te voeren opnamebeleid en behandelingsbeleid moeten leiden' helpt ons hier niet veel verder.
 - Het opnamebeleid, zo wordt gesteld, mag in principe ook niet beperkt worden door de opvangmogelijkheden van de paaz. In principe mag dit niet, maar de facto zal het wel moeten! Men mag ons inziens van een paaz niet verwachten dat zij bereid en in staat is, om te beginnen de deur wijd open te zetten voor alle vormen van acute psychiatrische stoornissen waarvoor hoe dan ook een indicatie tot opname bestaat, al is het ook 'slechts voor korte duur, in afwachting van een geschikte opname elders'.
- Even schijnt het alsof het rigoreus aandoend a-select opnamebeleid enigszins gerelativeerd wordt, waar opgemerkt wordt dat de

outillage van een paaz als regel niet toereikend is voor een uitzonderlijke categorie acute psychiatrische patiënten, zoals voor zwakzinnigen met een opwindingstoestand en uiterst agressieve patiënten. Echter, zo vervolgt het rapport, dergelijke patiënten 'kunnen slechts voor korte duur in afwachting van een geschikte opname elders, op een paaz verblijven'. Dus om te beginnen onvoorwaardelijk opnemen, pas daarna bezien of overplaatsing aangewezen is?! Hetzelfde lijkt *mutatis mutandis* te gelden voor patiënten, bij wie in hoofdzaak een langdurige en revaliderende behandeling en correctie van psychiatrische stoornissen is geïndiceerd alsmede voor patiënten, die niet meer voor een revaliderende behandeling in aanmerking komen. Voor deze categorie wordt – terecht, gezien het select behandelingsbeleid op een paaz – een verblijf op een paaz niet aangewezen geacht. Ook hier lijkt het uitgangspunt: om te beginnen, zeker in acute situaties, opname op de paaz en pas daarna bezien of overplaatsing aangewezen is. De teneur van het betoog gaat naar onze smaak te zeer in de richting van een – middels een vlot opnamebeleid – zo snel mogelijk tegemoetkomen aan de nood van een patiënt (en van de verwijzer!), zonder het kritisch hanteren van enigerlei drempels, laat staan van een gesloten deur.

Wat wij missen in het rapport is – met handhaving van de crisisinterventiefunctie die een paaz inderdaad dient te vervullen – een pleidooi voor een kritisch – zo men wil selectief – opnamebeleid zowel met betrekking tot acute als tot niet acute opnamen.* De ervaring leert, dat, wil men de specifieke doelstelling en functie van een paaz zuiver houden, men elk opnameverzoek *alvorens* tot opname over te gaan, kritisch moet bezien, uitgaande van positieve opname-indicaties en het hanteren van reële opnamedrempels. Dit geldt overigens voor het gehele opnamebeleid in een algemeen ziekenhuis. Snel opnemen en snel soulaas bieden betekent op zichzelf genomen nog lang niet altijd adequaat hulp verlenen. Wanneer reeds bij aanmelding duidelijk wordt dat een positieve indicatie aanwezig is voor een andere vorm van intramurale, semimurale of ambulante hulpverlening, dient in principe vooral niet opgenomen, maar doorverwezen te worden. Een actieve samenwerking met de verwijzer is hierbij uiteraard wel geboden. Dit geldt met name niet alleen met betrekking tot 'zwakzinnigen met opwindingstoestand en uiterst agressieve onberekenbare patiënten', maar ons inziens ook voor onder andere kinderen beneden 16 jaar, geestelijk gestoorde bejaarden, niet of slechts door langdurige behandeling revalideerbare of resocialiseerbare patiënten en andere patiënten waarvan bij de verwijzing duidelijk is dat of de behandeling langdurig zal moeten zijn of zeer speciale eisen zal stellen (drugaddictie, alcoholisme). Genoemde categorieën komen ons inziens niet dan bij hoge uitzondering voor opname op een paaz in aanmerking. Dit nog afgezien van het feit dat in de praktijk van alle dag de paaz

* Het rapport Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1976 spreekt zich uit voor een selectief opnamebeleid. Het hoeft geen betoog dat dit laatste kan leiden tot terminologische en begripsmatige verwarring.

ervoor moet waken dat gebrek aan onderdak, dronkenschap, crimineel gedrag en dergelijke aanleiding vormen tot opname c.q. de paaz mede een tussenstation wordt voor komende en gaande reizigers, waarmee het gewenste sociotherapeutische klimaat van een paaz bepaald niet is gediend. Een paaz zal zich inderdaad verre van kieskeurig dienen op te stellen in zijn opnamebeleid. Maar van de andere kant moet voorkomen worden dat een paaz verwordt tot een vergaarbak.

Overigens treffen wij een opmerkelijke uitspraak aan, waar de commissie als haar mening geeft, dat, gegeven de situering van de paaz in het algemeen ziekenhuis, behandeling op een paaz bijzonder aangewezen is voor patiënten met lichamelijke aandoeningen, die vanwege psychiatrische stoornissen beter niet op een somatische afdeling kunnen worden verpleegd. Men denkt hier onder meer aan psychiatrische patiënten met ernstige infecties, ongevalsletsels, symptomatische psychosen, zwangerschapscomplicaties en nierdialysepatiënten (tussen de dialyses in). Hiermee wordt de deur van de somatiek naar de paaz ons inziens wel wat ver opengezet. Een somatisch-verpleegkundige behandelingswijze kan storen interfereren met een psycho-sociotherapeutische. Wanneer een somatisch zieke ten gevolge van ernstige gedragsstoornissen op een somatische afdeling volstrekt niet handhaafbaar en verpleegbaar is, is overplaatsing naar de paaz een duidelijke zaak. Men realiseer zich echter dat het gevaar bestaat, dat te licht te veel somatiek de paaz kan binnenkomen, en dat lastige of gedragsmatig moeilijk hanteerbare patiënten te gemakkelijk uit 'de wereld der normalen' verwijderd en geïsoleerd worden. Een goed functionerende consultatieve psychiatrie vanuit de paaz naar somatische afdelingen toe, waarin men niet alleen de individuele patiënt maar ook de verpleegkundigen en de aanvragend specialist in zijn advies betreft, kan hier ons inziens nuttig werk doen.

Taakomschrijving van de paaz en toegedachte personeelsbezetting

Er worden een aantal taken opgenoemd die de paaz in principe zou kunnen vervullen. Daarbij wordt de diplomatieke voetnoot geplaatst, dat het van de regionale situatie zal afhangen, of al deze taken ook door de paaz integraal dienen te worden vervuld. Moet een paaz taken opnemen, alleen omdat men er elders in de regio niet of te weinig aan toekomt? Moet een paaz bepaalde functies laten liggen, omdat anderen in de regio er een claim op leggen?

Het aanzetten van een fundamentele discussie over deze functies lijkt ons erg zinvol. De regionale situatie immers mag er niet in resulteren dat een paaz oneigenlijke taken toebedeeld krijgt of dat ze ervan weerhouden wordt specifieke taken te vervullen.

Ad 1: Poliklinische functie – Het streven dient zoveel mogelijk gericht te zijn op het voorkomen van onnodige opnamen (preventie). Anders gesteld zou men kunnen zeggen dat wordt gepoogd het accent te verschuiven van intramurale naar de ambulante behandeling. Bij de realisering hiervan denkt men aan een paaz van 24 bed-

den waar per jaar 3500 à 4500 poliklinische consulten zouden moeten worden gedaan, hetgeen overeenkomt met een full-time psychiater! Circa 4000 consulten per jaar met 46 werkbare weken geven 87 consulten per week, die dan zeker geen 3/4 uur zullen mogen duren maar hoogstens de helft, zeker wanneer men de communicatie rondom zo'n consult au sérieux neemt. Zou men toch met één oog naar de visie van hoofdstuk I willen blijven kijken en met het andere oog naar de verrichtingentarieven?

De geschetste en overigens toe te juichen veranderingen in attitude ten opzichte van de psychiatrische patiënt (zie hoofdstuk I) kosten erg veel tijd, dus mankracht. Helemaal in overeenstemming hiermee is dat men de louter psychofarmacologische spreekuren wil vervangen door meer deskundige behandeling. De vraag rijst dan heel vanzelfsprekend: wat zou nu typisch thuishoren in het poliklinisch pakket van de paaz en wat zou beter elders kunnen gebeuren? Uiteraard is hierover regionaal overleg mogelijk, maar we missen de visie van de commissie wel.

Ad 2: *Crisisinterventiefunctie* – Men verwijst hier naar de omschrijving in het 'Advies inzake de intra- en semimurale voorzieningen voor psychiatrische patiënten' van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: hulpverlening in crisistoestanden met psychiatrisch accent in gezin en samenleving door kortdurende opname of poliklinische behandeling en begeleiding. Hierbij staat het rapport integratie in de eerste hulpafdeling van het ziekenhuis voor. Dit lijkt ons niet gewenst, omdat deze afdeling nauwelijks is uitgerust voor onbloedige zaken, doch meer is ingericht voor acuut medisch-technisch handelen. Bovendien heeft deze afdeling niet of onvoldoende de beschikking over AB-verpleegkundigen. Acute psychische crisistoestanden dienen bij voorkeur niet te worden beantwoord vanuit een somato-technisch model.

Ad 3: *Preventieve functie* – 'De paaz heeft ook een preventieve taak welke zich uitstrekt tot buiten de muren van het ziekenhuis'. De opsomming, die vervolgens wordt gegeven is enerzijds niet uitputtend (wij kunnen ons voorstellen, dat men zich in dit kader ook beraadt over de problematiek van de onvrijwillige opnamen) en anderzijds is het ook de vraag of dit wel allemaal thuishoort bij de paaz.

Ad 4: *Consultatieve functie* – 'Consultatie richt zich in eerste instantie op hulpverlening aan de individuele patiënt'. Echter consultatie is meer (Rooymans, 1972; Van Ravenzwaay, 1977, enz.).

Hoe groot is de vraag naar consultatie? (Daarvoor kan men terecht in het artikel van Abraham en Gunning, 1976). De commissie beantwoordt deze vraag niet, maar meent op bladzijde 29 dat voor consulten en medebehandeling minimaal 420 uur per jaar beschikbaar dient te zijn, hetgeen overeenkomt met 1/5 psychiater (omgerekend komt dat neer op een psychiater, die óf geen vakantie krijgt óf er geen behoefte aan heeft!). In het eerder genoemde advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1969) berekent men voor psychiatrische consultatie ten minste een halve psychiater (20 manuren per week).

Ad 5: *Klinische opname- en behandelingsfunctie* – Het rapport

spreekt zich uit voor de therapeutische gemeenschapsgedachte in de ruimste zin van het woord. Eveneens wordt erop gewezen, dat althans een aantal van de totaalgroep van patiënten op verschillende manieren onderverdeeld dient te worden in kleinere sub-groepen in verband met mogelijkheden tot differentiatie in therapeutische aanpak, ook in de activiteiten-, bezigheids- en creatieve sector. Niet duidelijk wordt of nu wordt bedoeld groepsbehandeling van patiënten in een sociotherapeutische gemeenschap of in leefunits. Zijn leefunits al dan niet geschikt voor een paaz met zijn relatief grote doorstroming en de zeer heterogene patiëntenpopulatie? Leefunits, indien men er op een paaz al voor zou kiezen, zouden in elk geval dan ook architectonisch zichtbaar gemaakt moeten worden.

Ad 6: Dagbehandelfunctie – Merkwaardig is, dat de commissie van mening is dat de COZ normen welke gehanteerd worden voor dagbehandeling (d.d. januari 1976, dus bijna weer 3 jaar oud) voorsnog geen aanpassing behoeven.

Ad 7: Facultatieve functies – Op een aantal paaz-en lopen co-assistenten hun stage psychiatrie en enkele paaz-en hebben B-opleiding psychiatrie. Hierop wordt verder niet ingegaan. Arts-assistenten vinden we (in tegenstelling tot het Advies Centrale Raad 1969) zelfs helemaal niet meer terug bij de personeelsbezetting.

Het rapport benadrukt de kwaliteit van de zorg. In dit verband wordt ook een duidelijke voorkeur uitgesproken voor het functioneren van de psychiater in dienstverband (wat, zij het met een wat andere argumentatie, natuurlijk even goed opgaat voor andere specialisten in het algemeen ziekenhuis). De poliklinische en consultatieve werkzaamheden ontvangen terecht een belangrijk accent.

Wanneer bij de toegedachte personeelsbezetting dan uitkomt bij een norm van 12 bedden per *psychiater* (wiens taak uiteraard slechts ten dele uit klinische werkzaamheden bestaat), lijkt dit een aanzienlijke verruiming van de bestaande COZ-normering, waarmee tegemoet gekomen wordt aan belangrijke kwaliteitseisen die het werk nu eenmaal stelt. Bij nader toezien blijkt echter, dat bijvoorbeeld de tijdsduur niet alleen van poliklinische gesprekken (zie boven) maar ook van individuele klinische gesprekken bijna onverantwoord laag gehouden is (voor dit laatste berekent men 15 minuten, weliswaar bij een frequentie van 3 x per week). Waar het rapport een nadere omschrijving geeft van de klinische werkzaamheden van de psychiater (blz. 28) wordt deze weliswaar globaal en niet-normatief genoemd in die zin dat verschuivingen binnen de activiteiten en de tijdsaanduiding mogelijk moeten zijn op grond van individuele taakopvattingen. Dit neemt niet weg dat zulk een omschrijving verregaande consequenties kan hebben voor het aantal uren. Zo wordt berekend dat, wanneer aan een paaz met 24 bedden meerdere psychiaters zowel klinisch als poliklinisch werkzaam zijn, er nog negen uren (is gelijk aan 1/5 psychiater) aan de reeds becijferde 44 uur toegevoegd moet worden. – Een eenvoudige optelsom leert dat in dit geval een paaz met 24 bedden minimaal de beschik-

king moet hebben over 1 (poliklinisch) + 1 (klinisch) + 1/5 (consultatie) + 1/5 = 2 2/5 psychiater, die elk 45-50 uur per week werken, exclusief een aantal pro memories zoals bijscholing, vergaderingen, beschikbaarheid/bereikbaarheid, diensten, acute opnamen buiten normale werktijd, etc. – Het overzicht personeelsformatie (blz. 35) dat bij een paaz van 24 resp. 36 bedden vervolgens gewag maakt van 2 resp. 2 à 3 psychiaters komt dan wel zeer vreemd en laconiek over.

Ook de taken van de psycholoog worden nader aangeduid, uitgaande van een paaz van 24 bedden. Om onduidelijke redenen worden zijn werkzaamheden deels in dagen (3½), deels in uren (plus 12) uitgedrukt. Consultatie, die eerder (blz. 18) beschreven wordt als mede tot zijn taak te behoren, wordt op blz. 31 niet meer genoemd. Poliklinische consulten, -groepstherapie en -gedragstherapie etc., alsmede gesprekken met de omgeving van patiënten, worden tot de pro memories gerekend. Administratie, overleg extramurale diensten, psychohygiëne en preventie in het ziekenhuis, opleiding verpleegkundigen, stafwerkzaamheden en beleidsvoorbereidend werk schijnen geen deel uit te maken van zijn takenpakket. Voor bijscholing, vergaderingen, beschikbaarheid/bereikbaarheid buiten normale werktijd, etc., is zelfs onder de pro memories geen plaats.

Waarom de (klinisch) psycholoog vooralsnog deel zal uitmaken van de psychologische dienst van het ziekenhuis, wordt niet duidelijk. Ligt gezien zijn functie-omschrijving niet eerder een psycholoog-psychotherapeut in de lijn der verwachtingen?

De taken van de *maatschappelijk werkende* staan in nette maar vage zinnen beschreven. In een nadere taakaanduiding begeeft men zich niet.

Het keurslijf waarin de vele taken van de multi-disciplinaire staf geperst worden, knelt aan alle kanten en staat voortdurend op springen. Het zijn overigens niet alleen de aangehaakte pro memories (wat betekenen deze eigenlijk?) die duidelijk maken dat bij de toegedachte personeelsformatie inderdaad sprake is van absolute minima, die een aanslag blijven plegen op de kwaliteit van de zorg en die een grote psychische druk leggen op de hulpverleners.

Aanbevelingen ten aanzien van omvang, situering en benodigde ruimten

Wat betreft de situering pleit men op nogal halfslachtige wijze voor een paaz met een eigen karakter en met een eigen gezicht, hetgeen ook in de ruimtelijke situering tot uitdrukking moet komen. Een bouwkundige blauwdruk van een paaz, weliswaar verbonden met het ziekenhuis, maar qua ligging en ruimte-indeling een geheel eigen identiteit, zou in het rapport goed op zijn plaats geweest zijn. De paaz moet ons inziens wel op het terrein van het ziekenhuis liggen (dagbehandeling mag gerust ook elders). De ligging van de paaz is echter slechts één factor die de integratie en de verbondenheid met het grote ziekenhuis bepaalt. De psychologische afstand tussen paaz en ziekenhuis over en weer is belangrijker dan de geo-

grafische afstand.

Helaas gaat het rapport niet verder in op de benodigde ruimten voor de andere paaz-functies, zoals polikliniek en eventueel dagbehandeling. Een zichtbare organisatorische, functionele en dus architectonische eenheid met goede communicatiemogelijkheden streeft men inzake de situering van een paaz blijkbaar niet na. (Voor een verdere uitwerking van deze materie kan verwezen worden naar een nog te publiceren artikel van P. J. M. van Alphen: 'Enkele gedachten over de bouwkundige vormgeving van een paaz').

Slotopmerkingen

De verdienste van het rapport van de NZR-commissie normering PAAZ is vooral gelegen in het onderstrepen van de bestaanszin van paaz-en, wier feitelijke ontwikkeling echter in vele opzichten nog in de kinderschoenen blijkt te staan en voor bijsturing vatbaar is. De commissie heeft terecht een aantal goede voorstellen gedaan ten aanzien van de personeelsformatie en benodigde ruimten. Voor een optimaal psychiatrische patiëntenzorg is immers een verruiming van de huidige normen absoluut noodzakelijk. Deel I, waarin een ideële visie gegeven wordt op de (vele) functies en taken van een paaz, klinkt als muziek in de oren en torent hoog uit boven de praktische invulling en uitvoering zoals die in het tweede deel wordt gegeven. Een aanvankelijk welluidende symfonische aanhef wordt in toenemende mate verstoord door valse tonen bij de nadere uitvoering van de compositie.

In aanmerking genomen de vele taken en functies die de paaz worden toegedacht, en gegeven de voortdurende roep om de kwaliteit van de zorg, is er wel heel heel pover gedacht over personeel en accommodatie. Wanneer al deze strikte minima door het COZ als maxima gehanteerd zouden worden, dan zal in een regio waarin andere diensten ook nog pover bezet zijn en de samenwerking nog gebrekkig is, de ontwikkeling minimaal blijven en de paaz nauwelijks een wezenlijke schakel zijn, want er is niet eens een ketting! Men krijgt dan al spoedig een bekend verschijnsel (bekend in gezondheidszorg en welzijnszorg): de ene deprivatie roept de ander op (overbelasting, personeelsverloop en geen tijd voor reële inbreng aan de beleidstafels). Duidelijke uitspraken worden niet gedaan als het gaat om de situering van de paaz al dan niet in het ziekenhuis, over de eventuele wenselijkheid van leefunits, etc. Ook blijft het rapport vaag inzake de motivering van het a-select opnamebeleid en de crisisinterventiefunctie van de paaz.

In de uitwerking van praktische voorstellen bemerkt men als het ware de heterogeniteit in opvattingen en visie van de commissie. Het rapport straalt dan in dit aspect een sterk compromis karakter uit!

Literatuur

- Advies inzake de intra- en semimurale voorzieningen voor psychiatrische patiënten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1976).
- Abraham, R. E., Gunning, W. B. (1976), 'De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis'. *Medisch Contact* 31, 513.
- Ravenzwaay, J. F. van (1977), 'Psychiatrisch consult of consultatie'. *Medisch jaar*.
- Rooymans, H. G. M. (1972), 'Consultatieve psychiatrie'. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 14.
- Voorstel tot normering van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), Rapport van de NZR-commissie normering PAAZ (1978).