

RELATIE PSYCHIATRISCH CENTRUM — PSYCHIATRISCHE AFDELING VAN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

door K. VISSER, zenuwarts *

INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In het kader van de herstructurering van de gezondheidszorg in ons land lijkt het nuttig op enige aspecten te wijzen van de (aarzelend) op gang komende samenwerking tussen het psychiatrische centrum en de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis (P.A.A.Z.).

Een gedachtenwisseling hierover lijkt daarom nuttig, omdat deze een bijdrage kan geven voor het praktisch functioneren van genoemde instellingen. Het afbakenen van grenzen voorkomt het overlappen, vermijdt onnodige arbeid en kosten en biedt — niet in de laatste plaats — duidelijkheid voor de hulpzoekende.

Op de echelonnering wordt in dit verband niet direkt ingegaan. Hierover bestaat immers, zoals Doeleman nog kortgeleden in het 'Medisch Contact' van 17 november 1972 uiteenzette, een vrij grote onduidelijkheid op grond van de diversiteit in de hantering van criteria binnen de zogenaamde echelons zelve.

Eén van de plaatsen waar heden ten dage psychiatrische zorg, zowel klinisch als poliklinisch, plaats kan vinden is de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Een situatie, die geleidelijk aan is ontstaan, die een eigen leven is gaan leiden in vele delen van het land en vooral in het laatste decennium in een versneld tempo is opgetreden.

Het lijkt zinvol zich af te vragen hoe en waarom deze situatie is ontstaan. Is een P.A.A.Z. — afgezien van de vigerende discussie over het medisch model — gerechtvaardigd of, anders gesteld, hoort psychiatrie in een algemeen ziekenhuis thuis als basisvak en zo ja, hoe dient deze te worden uitgeoefend (in klinische, poliklinische en/of in consulterende zin)? Wanneer men dit vraagstuk van de zijde van de psychiatrische centra benadert kan men zich afvragen of de bestaande voorzieningen in hun taak en doelstelling tekort zijn geschoten.

Welk beleid hebben zij gevoerd en is er relatie te leggen met het feit, dat er vrij snel P.A.A.Z. zijn ontstaan of bezig zijn te ontstaan? En tenslotte is er iets te zeggen over de toekomst van beide soorten van voorzieningen?

ENKELE HISTORISCHE ACHTERGRONDEN

Om een antwoord op deze vragen te vinden moet er met een enkel

* Geneesheer-direkteur van het Ned. Hervormd Psychiatrisch Centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' te Assen.

woord worden ingegaan op de ontstaanswijze van de klinische psychiatrie. De klinische psychiatrie heeft m.i. in dit verband twee relevante wortels. De ene, die zijn oorsprong vindt in het oude 'dolphuis' en via gesticht en inrichting naar het psychiatrische centrum evolueerde en de andere, welke voortkwam uit gedragsafwijkingen, ontstaan in aansluiting aan en/of voortvloeiend uit een min of meer lichamelijk lijden van patiënten verblijvende in een algemeen ziekenhuis.

De vertegenwoordigers van het hedendaagse psychiatrisch centrum dienen zich te realiseren, dat de psychiatrische inrichting aanvankelijk zich met opzet vrijwel uitsluitend tot de intramurale zorg beperkte en zelfs zo beperkt funktioneerde, dat het overgrote deel van de inrichtingen de voor- en nazorg voor patiënten niet ambieerde en afstootte of aan een zelfstandig funktionerende dienst toevertrouwde en daarbij onderbracht. De consequenties van dit beleid leidden er toe, dat deze voor- en nazorgdiensten zich tot de sociaal-psychiatrische diensten en sommige tot stichtingen voor de geestelijke volksgezondheid ontwikkelden. Daar deze diensten en stichtingen zowel met de psychiatrische centra als P.A.A.Z. kontakten onderhouden en daarnaast functies hebben welke in het verband van dit artikel niet direkt relevant lijken, blijven zij hier verder buiten beschouwing; zij het dat voor de wel relevante aspecten op te merken valt, dat de samenwerking er moet zijn, ook al door de maatschappelijke hulp en kontakten, die deze diensten en stichtingen met talloze instanties onderhouden. Hun werkgebied is echter zo uitgestrekt en gevarieerd, dat in het kader van het meer persoonlijke en direkte kontakt patiënt/cliënt-arts, waar het hierom gaat, het een afzonderlijke bespreking verdient.

Overigens moet nog worden gesteld, dat de gescheidenheid in oorsprong ertoe heeft geleid, dat de behandelingen in een psychiatrisch centrum en in die van een P.A.A.Z. zich verschillend hebben ontwikkeld.

FUNKTIE-ONTWIKKELING PSYCHIATRISCHE CENTRA

In het kader van de ontwikkeling binnen de klinische psychiatrie zelf ontstonden in de inrichting meer uitvoerige en betere behandelingsmogelijkheden, die hun oorsprong vonden in de 'activerende' therapieën. Men denke aan de ontwikkelingen op het gebied van arbeidstherapie, bewegingstherapie en creatieve therapie, terwijl daar, naast medicamenteuze therapieën, gesprekstherapieën hun intrede deden: een ontwikkeling naar een socio-therapeutisch klimaat.

Er vormde zich bovendien een begin van differentiatie en specialisatie binnen de inrichtingen; verschillende min of meer gekategoriseerde afdelingen gingen ontstaan. Ik noem o.a. psycho-geriatrie, interne geneeskunde, verpleeg- en verzorgingsafdeling, dagbehandeling etc.

Belangrijk uitgangspunt is hierbij, dat een ziekte-proces in de meeste gevallen een continue zorg en behandeling vraagt en de daarbij beho-

rende sociale vaardigheden van de behandelaars. Dit is één van de redenen waarom er aan de psychiatrische instituten poliklinieken werden verbonden. Aldaar ontstond sterk de neiging om ook na het ontslag de patiënt te blijven begeleiden, voorzover dat nodig mocht zijn. Een eerder ontslag werd daardoor soms mogelijk, mede omdat de continuïteit in de behandeling dan verzekerd is. Evenzo was het door de poliklinische activiteiten mogelijk door (vroeg)tijdige behandeling opnemings te voorkomen.

De opgedane ervaring werd gesteund door het feit, dat op de poliklinieken al spoedig werd ondervonden, dat men de aldaar bestaande 'know-how' ook op meerdere wijzen preventief kon aanwenden. Zo werden van maatschappelijke en justitiële zijde vaak adviezen gevraagd en hulp ingeroepen, zoals advisering en deelneming aan abortus-teams, forensische psychiatrische rapportage, etc.

Naast het medegebruik van de klinische faciliteiten, die de polikliniek tal van voordelen gaf, leidde de wederzijdse beïnvloeding van kliniek en polikliniek tot gedachten betreffende gezamenlijke behandelingsmogelijkheden, zowel van ambulante als klinische patiënten.

Er zijn echter, zoals reeds eerder werd aangeduid, een aantal aspecten die vertragend op de geschilderde ontwikkeling van psychiatrische centra hebben gewerkt, waarvan wij nog eens noemen:

- het te lang geïsoleerd functioneren met als consequentie hiervan bevorderen van dit isolement;
- het te lang massaal verplegen van diverse groepen van patiënten (de gebouwenstructuur leende zich hier ook voor);
- het feit dat men onvoldoende inzag, dat men moest gaan categoriseren; in het bijzonder geldt dit voor het beleid inzake de oligofrenenproblematiek in de inrichtingen, de psycho-geriatrie en de revalidatie/resocialisatie van de patiënten met een langere verblijfsduur;
- het afsplitsen van de voor- en nazorg, waardoor vaak een verlies of onvoldoende ontwikkeling van sociale vaardigheden van behandelaars optrad; dit manifesteerde zich zowel naar binnen als naar buiten;
- het niet of onvoldoende participeren in of hebben van ambulante voorzieningen, zoals polikliniek, dagziekenhuis, alsmede mogelijkheden tot het tijdig scheppen van aangepaste dag- en nachtbehandeling en -verpleging voor de patiënt.

FUNCTIEONTWIKKELING VAN DE P.A.A.Z.

De psychiatrie in het algemene ziekenhuis ontwikkelde zich vanuit de vrije zenuwartsenpraktijk. De combinatie van neurologische en psychiatrische praktijk van de vrij-gevestigde zenuwarts leidde er nogal eens toe, dat de klinische werkzaamheden zich vrijwel tot de neurologie beperkten, en dat voor opnemings van de psychiatrische patiënt als (negatieve) indicatie gold, dat de gedragsafwijkingen niet (te) storend mocht-

ten zijn. De opvallende en langerdurende psychische stoornissen werden in het algemene ziekenhuis geweerd of snel afgevoerd naar de psychiatrische inrichting.

Daarnaast bestond er voor de vrij-gevestigde zenuwartsen nog het poliklinische en het konsultatieve deel van de psychiatrie en neurologie. Bovendien moest de vrij-gevestigde zenuwarts vanwege het bestaande honoreringssysteem een bepaald aantal patiënten behandelen om tot een aanvaardbare 'living' te komen.

In verband met het bovengenoemde is het van belang enkele voor- en nadelen in de ontwikkelingen van de P.A.A.Z. te vermelden. Bij een *positieve* ontwikkeling kunnen de volgende aspecten worden gesignaleerd:

- de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis heeft als voordeel, dat het in eerste instantie de binnen ons kultuurpatroon aanwezige stigmatisatie van psychiatrische-patiënt-te-zijn of geweest-te-zijn niet op uitgesproken wijze heeft, vrijwel zeker niet bij een eenmalige kortdurende opname, in dit geval moet men hen gelijk geven die stellen zich liever in een P.A.A.Z. dan in een psychiatrisch centrum te laten behandelen; in het bijzonder geldt dit voor bepaalde klassen uit de maatschappij;

- de P.A.A.Z. heeft bij een centraal en goed gevoerd selectief opnamebeleid de voordelen van de behandeling binnen de kleine groep met bovendien het behoud van de persoonlijke sfeer; het therapeutische klimaat zou hierdoor moeten kunnen worden bevorderd; de meeste psychiatrische centra beschikken helaas, alleen al door hun bouwwijze, over onvoldoende kleine afdelingen om aan een dergelijke setting te kunnen voldoen;

- niet door het verrichten van konsulten alleen, maar ook door het zichtbaar maken van psychiatrische problematiek op de somatische afdelingen, zowel bij verpleegkundigen als medici, wordt een bijdrage geleverd door de klinische psychiatrie aan de psycho-hygiëne in het algemene ziekenhuis;

- bepaalde spoedeisende behandelingen — als eerste hulp — waarvoor alleen een goed geoutilleerd algemeen ziekenhuis de mogelijkheden heeft (emergency care), kunnen beter in een P.A.A.Z. worden opgevangen.

Bij een *niet positieve* ontwikkeling:

- er vindt dikwijls een 'verkeerde' selectie plaats bij de opname met o.a. als gevolg dat er te weinig persoons- en groepsgericht gewerkt kan worden, terwijl daarnaast onvoldoende therapeutische mogelijkheden kunnen worden geboden in aktiverende en creatieve zin;

- de verwachtingspatronen van de patiënten komen er niet tot hun recht, omdat een adequate equipering van deskundig personeel en aangepaste mogelijkheden ontbreken;

- samenhangend met bovengenoemde factoren heeft de behandeling

in de P.A.A.Z. een toedekkend karakter; dit is te meer te betreuren, daar er overwegend patiënten worden opgenomen bij wie de psychische problematiek vrij recent is ontstaan en/of geluxeed en bij wie dus juist een ontdekkende benadering therapeutisch en prognostisch zeer zinvol zou kunnen zijn;

— de vrije vestiging kan in zich houden, dat financiële aspecten mede het beleid bepalen.

RELATIE TUSSEN DE ONTWIKKELING VAN BEIDE INSTITUTEN

Binnen het algemene ziekenhuis ontstond het laatste decennium bij diverse specialismen een neiging tot stafvorming, welke gestalte kreeg in een kategorisering, d.w.z. binnen het ziekenhuis een indeling naar specialisme. Voor de vrij-gevestigde zenuwartsen had dit tot gevolg, dat zij zich voornamelijk richtten op de neurologie of op de psychiatrie, met als gevolg een eerste aanzet tot de ontwikkeling van de psychiatrische afdelingen.

De P.A.A.Z. toonde hierbij meer 'gelijkenis' met de overige (somatische) afdelingen dan dat deze op adequate wijze een eigengeaardheid en eigensoortigheid ontwikkelde. Zo is het (socio-)therapeutisch klimaat op de P.A.A.Z. niet of onvoldoende tot ontplooiing gekomen. De indruk ontstaat, dat de P.A.A.Z. op twee gedachten is gaan hinken: enerzijds een soort afspiegeling van een somatische afdeling van een algemeen ziekenhuis, waarbij het 'bedden probleem' centraal staat, anderzijds een soort imitatie van een psychiatrisch centrum. Deze 'imitatie' komt vooral tot uiting in de aanwezigheid van een arbeids- en creatieve therapie, waarbij deze therapieën door het geringe aantal patiënten zich sterke beperkingen moeten opleggen en dus niet over voldoende en voor de patiënten benodigde variatie kunnen beschikken. Men zou kunnen zeggen, dat de P.A.A.Z. hierdoor 'instrumenteel' zowel als personeels-technisch achter moest blijven. Tegen deze achtergrond is het dan ook onjuist om het opnamebeleid door de P.A.A.Z. op a-selectieve te laten benaderen, wanneer de ter beschikking staande therapeutische mogelijkheden daarop niet zijn ingesteld. De P.A.A.Z. moet zich bij zijn selectie voor opname bewust zijn van het feit, wat zijn mogelijkheden zijn. Het karakter van een P.A.A.Z. komt dan waarschijnlijk ook beter tot zijn recht daar een P.A.A.Z. bij een goede selectie vaak snel en doeltreffend hulp kan bieden.

Uit therapeutisch oogpunt is derhalve slechts een selectief opnamebeleid mogelijk.

De ontwikkeling van de klinische psychiatrie in de psychiatrische centra door het groter scala van mogelijkheden is veelal voorbij gegaan aan de algemene ziekenhuizen en de somatische geneeskunde.

Het psychiatrische centrum heeft als regel meer gebruik leren maken van de hulp der moderne middelen, die het algemene ziekenhuis ten

dienste staan, o.a. betreffende toepassing van nieuwere somatische-biologische inzichten en technieken, terwijl door de frequente contacten met de S.P.D. en S.G.V. o.m. sociale aspecten meer aandacht kregen. Terwijl de diensten daarnaast een bemiddelende rol bij opnemings en ontslagvoorbereidingen van patiënten speelden.

Opvallend is, dat de ontwikkeling van de P.A.A.Z. nog niet algemeen is in den lande, maar dat er wel een duidelijke tendens is in deze richting bij de algemene ziekenhuizen. Een tendens die door de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid heden ten dage wordt bevorderd. Aangezien de opnemings van psychiatrische patiënten aan wettelijke eisen is gebonden, vloeiden hieruit een (aantal) nota(s) voort met voorwaarden, waaraan een P.A.A.Z. moet voldoen. Voldoende duidelijkheid is hierover van overheidszijde nog niet verkregen.

BEANTWOORDING DER VRAGEN EN WENSELIJKE ONTWIKKELING

Komen wij nu terug op onze eerste vraag: is de klinische psychiatrie in het algemene ziekenhuis aanwezig, dan moet het antwoord bevestigend luiden. Op de tweede vraag, hoort deze daar thuis, is het antwoord ook bevestigend, althans zeker in ziekenhuizen, die een redelijk aantal bedden hebben. Hoewel het gevaarlijk is aantallen te noemen, zal dit aantal uit pragmatische overwegingen waarschijnlijk tussen de 300 en 400 bedden moeten liggen. Voor de kleinere algemene ziekenhuizen — waar een P.A.A.Z. niet mogelijk is — is een consulterend psychiater zeker noodzakelijk.

Als beleidsuitgangspunt diene hierbij, dat een toekomstige ontwikkeling van de psychiatrie ermee gebaat is, dat zowel het psychiatrische centrum als de P.A.A.Z. zich samen met één gewicht in de regio presenteren. Dit kan gebeuren vanuit één centrale polikliniek en met een centraal gecoördineerde verwijzende en behandelende functie; zo nodig voort te zetten in semi-klinische en klinische behandelingsmethoden die passen bij dit beleid. Het beleid werkt hierdoor zowel preventief en daardoor opname-rekkend alsook waar nodig opname-bevorderend. Helaas is het nu nog vaak zo, dat vele opnemingen niet direkt op de juiste plaats terecht komen of dat opnemingen (te) laat plaatsvinden. De psychiaters en overige stafleden van het psychiatrische centrum en de P.A.A.Z. moeten in deze visie over en weer deel kunnen uitmaken van elkaars staf, of beter nog één staf vormen, met een koppeling aan de staf van een algemeen ziekenhuis. Een bestuurlijke integratie ware hier ook wenselijk. Het goed functioneren kan dan ook tot uiting komen in het dienstdoen voor elkaar, vervanging bij vakanties, etc.

Een soortgelijke participatie — eventueel deel-participatie — met de S.P.D. of S.G.V. zou eveneens wenselijk zijn. Hier is echter door de verzelfstandiging van deze diensten een eigensoortigheid met eigen

beleid ontstaan, dat ook andere terreinen omvat. Uit praktische overwegingen is het wellicht beter eerst de klinische en poliklinische voorzieningen van het psychiatrische centrum en de P.A.A.Z. onder één noemer te brengen en daarna overleg met de S.P.D. of S.G.V. te openen, hoewel natuurlijk — afhankelijk van bepaalde regionale situaties en ontwikkelingen — ook andere oplossingen denkbaar zijn, zoals een directe integratie van het psychiatrisch centrum, de P.A.A.Z. en de S.G.V. (S.P.D.) of een samengaan van P.A.A.Z. en S.G.V. De functie van de vrijgevestigde psychiater zal in deze conceptie waarschijnlijk steeds moeilijker worden. Mogelijk zal er een taak zijn of blijven als zelfstandig functionerend psychotherapeut, als consulent-psychiater verbonden aan een P.A.A.Z. of als psychiatrisch consulent aan meerdere kleine ziekenhuizen in de regio die geen eigen P.A.A.Z. hebben.

Belangrijk is nog te vermelden, dat er ten opzichte van de patiënten en de buitenwacht duidelijkheid dient te zijn. Een duidelijkheid in presentatie, welke geldt zowel voor het psychiatrische centrum als voor de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis, zo ook voor hun gemeenschappelijk functioneren. Te vaak wordt men nog getroffen door het feit, dat de functie van het psychiatrische centrum appelleert aan vreemde en onduidelijke fantasieën. Een goede en open vorm van informatie is daarom in deze tijd meer dan noodzakelijk. De drempelvrees kan daardoor worden verlaagd en de toegankelijkheid voor behandeling wordt vergemakkelijkt.

Een aparte vermelding verdient in het geheel van psychiatrische voorzieningen de zgn. crisisinterventie. Deze crisisinterventie kenmerkt zich voornamelijk door zijn verscheidenheid in verwijzers, zijn korte 'behandelingsduur' en zijn pluriformiteit in gedragsanomalieën. Deze laatste zijn waarschijnlijk niet allen bij de psychiatrie onder te brengen.

Een deel is zeker discutabel en valt beter te omschrijven als conflictuologie. Te overwegen valt daarom dan ook of de psychiater hier niet beter als consulent dan als teamleider kan functioneren.

Het is wel wenselijk in het geschetste patroon goede verbindingslijnen te leggen van de crisisinterventie naar de centrale polikliniek en de S.P.D. of S.G.V., alsmede naar het maatschappelijk werk in zijn diverse verschijningsvormen. De plaats van vestiging van een crisiscentrum blijft om al deze redenen voornamelijk ter discussie.

Resumerend zou men de functie van het psychiatrische centrum en van de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis zo kunnen zien:

gemeenschappelijk:

een centrale polikliniek, mogelijk uitgroeiend naar een ambulatorium, en van daaruit duidelijke verwijzingslijnen naar de diverse behandelingsmogelijkheden, voorzover deze niet op de polikliniek zelf kunnen plaatsvinden;

psychiatrisch centrum:

- de algemene psychiatrische afdeling voor observatie en kortdurende behandeling (maximaal 3 à 4 maanden);
- de categorale afdeling, hierbij zij opgemerkt, dat een dergelijke afdeling afhankelijk van de aard vaak een eigen regio-bereik heeft (het bereik van categorale afdelingen behoeft elkaar niet beslist te dekken, maar kan afhankelijk van de categorie groter of kleiner zijn);
- semi-klinische hulp: het dagziekenhuis, sluisinternaat;
- ondersteuning door sociaal-psychiatrische begeleiding — in het bijzonder voor de geheel of gedeeltelijk opgenomen patiënten — en verder ook voor de continuïteit in de behandeling en maatschappelijke preventie;
- samenwerking met en adequate verwijzing naar een P.A.A.Z.;

P.A.A.Z.:

- de consultatieve praktijk, die attitude-aanpassing en zonodig wijziging bij het somatisch ingesteld personeel dient te bevorderen en psychiatrische problematiek bloot kan leggen; een problematiek, die zich anders in vaak lichamelijke klachten manifesteert; de poliklinische behandeling dient hierbij zoveel mogelijk te worden bevorderd om 'inbedden' van de psychiatrische patiënt op de somatische afdeling tegen te gaan;
- kortdurende en selectieve behandeling, aangepast aan de mogelijkheden van de afdeling;
- emergency care;
- samenwerking met en adequate verwijzing naar het psychiatrische centrum.

SAMENVATTING

De psychiatrie is alleen al als basiswetenschap niet meer weg te denken uit het algemene ziekenhuis. Men diene hieruit tijdig conclusies te trekken en het beleid hierop in te stellen.

Na het bepalen van regiones, zoveel mogelijk afgestemd op de te onderscheiden behandelingsmogelijkheden, dient men binnen een regio te komen tot vergaande functie-afspraken, die samenwerking en zo nodig uitwisseling van personeel mogelijk maken en daardoor mede de toegankelijkheid van de psychiatrie voor alle soorten patiënten bevorderen. Op deze wijze kan men bereiken, dat de motivatie zal toenemen om zich daar te laten behandelen waar dit wenselijk en het meest geëigend is. Te realiseren zou dit zijn door een centraal te voeren poliklinisch beleid en daarop afgestemde klinische en semi-klinische voorzieningen. De sociale aspecten van de psychiatrie dienen hierin vanzelfsprekend geïntegreerd te zijn. Ook al ter vermindering van kostbare doublures in tijd en personeel.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN A MENTAL HOSPITAL AND A
PSYCHIATRIC WARD OF A GENERAL HOSPITAL

In this paper we have stressed the point that psychiatry as basic science cannot be ignored any longer in the whole of medical sciences represented in a general hospital. It is now time therefore to draw practical conclusions from this by mapping out a policy that takes psychiatry into its account.

First of all it is necessary to decide on regions whereby the main aim is to get a clear picture of the various and different treatment possibilities, then within these regions far-reaching function agreements must be made in order to create and facilitate cooperation and exchange of staff by which the approachability of psychiatry for all kinds of patients can be fostered. In this way one can achieve an increase in the people's motivation to get treatment in those places where this is most desirable and most suitable. In order to realize this a centrally conducted out-patient treatment policy is needed with the clinical and semi-clinical provisions required for that. It speaks for itself that herein the social aspects of psychiatry need to be integrated, this also to avoid costly overlapping of time and staff.