

Voordrachtenreeks 10, 1968

## De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling

door Dr. C.J.B.J. Trimbos

(A) Alhoewel het steeds meer gebruikelijk wordt om het totaal aan klinische en ambulante zorg, behandeling, verpleging en resocialisatie van psychiatrische patiënten onder de verzamelnaam 'geestelijke gezondheidszorg' aan te duiden, wil ik mij in de volgende beschouwing voornamelijk beperken tot het werkgebied dat mij het meest vertrouwd is: de *extramurale, ambulante of sociale geestelijke gezondheidszorg*.

Het is een wat merkwaardig beeld, dat deze zorg thans biedt. Enerzijds is het duidelijk dat in afgelopen decennien het nodige tot ontwikkeling is gebracht. Daarnaast dient vastgesteld te worden – en allerlei geluiden uit de laatste jaren laten daarover geen misverstanden bestaan – dat de ontwikkelde constructies op belangrijke en vitale terreinen nog onaf zijn gebleven, zowel wat de kwantiteit als de kwaliteit betreft. Uitbreiding en differentiatie zullen nog lange tijd nodig zijn. Daarenboven wordt het steeds duidelijker dat de constructies ernstige defecten gaan vertonen, die aan vernieuwing of vervanging toe zijn. Deze defecten liggen zowel op methodisch als organisatorisch terrein, terwijl ook op de professionele training van psychiaters, psychologen, verpleegsters en maatschappelijke werkers het nodige aan te merken valt.

Dit alles wil echter niet zeggen dat de geestelijke gezondheidszorg in ons land een soort ruïne aan het worden is. Integendeel, het huidige beeld wordt gekenmerkt door een aantal activiteiten, die met reconstructie samenhangen. Het geheel staat in de steigers en geeft het beeld van een bedrijvige bouwplaats, zonder dat overigens reeds eenstemmigheid bestaat over de blauwdrukken.

Nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, zoals de groepstherapie, de gezinstherapie, het counseling, de methodische consultatie, de sensitivity training en organisatorisch: de bundelingspogingen, die in talrijke rapporten bepleit worden, wijzen op de heersende bedrijvigheid.

Dit beeld in de steigers wil ik graag wat nader schetsen. Na eerst nog even in herinnering te brengen wat de geestelijke gezondheidszorg voor nieuws bracht (de positiva dus) wil ik ook een aantal negatieve aspecten noemen: waar faalde in feite de geestelijke gezondheidszorg? Van hieruit wordt het dan mogelijk de huidige ontwikkelingstendenzen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg te beoordelen.

**(B) Wat bracht de geestelijke gezondheidszorg voor nieuws?**

Slechts een uitvoerig historisch overzicht kan op een dergelijke vraag afdoende antwoord geven. Ik moet me echter beperken tot een paar punten.

(1) De psychiatrie heeft zich o.i.v. de op de maatschappij gerichte g.g.z. geëvolueerd van een sterk somatisch (intern en neurologisch) ingestelde zorg voor geesteszieken naar een meer omvattende, meer integrale psychiatrie.

(2) De g.g.z. heeft niet alleen het subspecialisme kinderpsychiatrie sterk beïnvloed maar ook een eigen subspecialisme, de sociale psychiatrie tot ontwikkeling gebracht.

(3) Niet minder belangrijk was het stimulerend effect op de z.g. 'allied professions' b.v. op de verpleegkunde, het maatschappelijk werk, het social casework, de psychologie in haar vele vormen en ook op de sociologie en culturele antropologie (M. Mead).

Het interprofessionele teamwork is naar mijn mening een belangrijke aanwinst, die vooral in de g.g.z. tot ontwikkeling is kunnen komen en van daaruit andere zorggebieden (geneeskunde, maatschappelijk werk) heeft bevrucht.

(4) De sociale betrokkenheid der g.g.z. gaf de aandacht voor preventie nieuwe impulsen. Daar de g.g.z. zich steeds nauw verwant gevoeld heeft aan de sociale gezondheidszorg, nam zij een daar al eerder bestaande instelling over, nl. dat preventie veeleer betrokken is op maatschappelijke processen dan op klinische processen.

(5) De ontwikkeling van de psychische hygiëne, de geestelijke gezondheidsleer, is - zij het ook uiterst moeizaam - op gang aan het komen. De behoefte aan een wetenschappelijk fundament voor het handelen in de geestelijke gezondheidszorg is thans onmiskenbaar.

(6) Een belangrijke aanwinst vormen ook de gegroeide opvattingen over de sociogenetische aspecten van het psychische disfunctioneren. Al missen we nog een genie als Freud, die de zo vruchtbare psychogenetische denkwijze in de psychiatrie introduceerde, toch zijn er de nodige aanwijzingen dat ook de sociogenetische benadering reeds van groot belang is. Het besef dat sociale en culturele factoren de geestelijke gezondheid en ongezondheid op beslissende wijze conditioneren is gemeengoed aan het worden, al ontbreken nog vele details.

(7) Hiermede verwant is het besef dat ernstige sociaal pathologische verschijnselen (als b.v. criminaliteit, ongehuwd moederschap, prostitutie, onmaatschappelijkheid e.d.) niet langer tot het domein van politie of justitie behoren, maar evenzeer als individueel pathologische verschijnselen binnen de geestelijke gezondheidszorg tot oplossing moeten komen.

(8) Tenslotte is als aanwinst te noemen het inzicht dat een goede structuring van onze maatschappij in overgang niet langer mogelijk is zonder inbreng van de ervaringen en gegevens uit de geestelijke gezondheidszorg. Woningbouw, recreatie, onderwijs, sociale wetgeving (om slechts enkele onderwerpen te noemen) dienen rekening te houden met psycho-hygiënische principes.

Dit zijn slechts enkele aanwinsten die bij alle werkers op dit terrein grote

verwachtingen gewekt hebben. Verwachtingen die wegens het moeilijkzaam realiseren ervan nogal wat onbehagen hebben opgeroepen. Maar anderzijds inspireren tot nieuwe en verdere ontwikkelingen.

### *(C) Waar faalde de geestelijke gezondheidszorg?*

Hierover moet ik met het oog op de tijd nog korter zijn.

(1) Het organisatiepatroon en daarmee de adequaatheid van de vele afzonderlijke diensten als MOB's, SPD's, jeugdpsychiatrische afdelingen, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, sociaal pedagogische diensten, sluisinternaten, psychotherapeutische instituten, alcoholistenbureaus, dagziekenhuizen etc. funktioneert – landelijk gezien – niet effectief. De lappendeken met vele gaten is het vaak gehanteerde beeld om dit resultaat van een planloze historische groei, her en der in de samenleving, aan te duiden.

(2) De aansluiting van soms zeer gespecialiseerde en gedifferentieerde voorzieningen op de actuele noden en vooral de (on)mogelijkheden van de betreffende bevolking verloopt niet altijd goed. (Men kan b.v. geen sophisticated MOB werk toepassen op een eenvoudige plattelandsbevolking).

(3) De toegepaste methodieken zijn vaak o.a. door tijdrovende teambesprekingen, onnodige reizen, overlapping van werk, starre onderzoeks- en behandelingsprocedures niet erg efficiënt.

(4) De overmaat aan praktisch werk, de grote case-load dus, geeft vrijwel geen mogelijkheden tot theoretische bezinning en wetenschappelijk werk (met name evaluatie van wat men de gehele dag aan het doen is). Te veel onbewezen hypothesen – veelal uit buitenlandse publikaties overgenomen – bepalen het praktisch handelen en de ingrijpende beslissingen die daarmee samenhangen (kinderbescherming, huwelijksadviezen etc.).

(5) Het aantal professionele werkers is veel te klein om de bestaande en gewekte behoeften aan g.g.z. op te vangen en zal ook te klein blijven als we aan uitbreiding denken volgens het thans bestaande patroon.

(6) Wat men over vele zaken in ons land kan zeggen, nl. dat er geen toekomstvisie is, aangepast aan de snelle sociale evolutie geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Daarom is een krachtig en positief beleid op dit terrein van welzijnszorg helaas nog illusoir.

(7) Als de nieuwe Wet op de zwaar geneeskundige risico's binnenkort gaat funktionseren, betekent dit een reuze stap vooruit voor de klinische zorg van psychisch gestoorde. Maar het totaal ontbreken van de ambulante zorg in deze volksverzekering accentueert nog eens des te meer de achterstand en miskennis van de ambulante g.g.z.

Zo kan men nog enige tijd doorgaan. Het gaat ons echter niet zozeer om deze kritiek, als wel om een achtergrond te hebben voor de thans bestaande ontwikkelingen in doen en denken. Van deze nieuwe ideeën, inzichten en plannen wil ik in de resterende tijd er een aantal noemen.

### *(D) Gezondheidszorg, geneeskundige zorg en gemeenschap*

In de huidige bezinning op de taak van de gezondheidszorg en speciaal

ook van de geestelijke gezondheidszorg treft men steeds meer het inzicht aan, dat geneeskundige zorg en gezondheidszorg twee afzonderlijke aktieterreinen aanduiden. Ongetwijfeld is de gezondheidszorg voortgekomen uit de medische zorg, die aanvankelijk dan ook vrij identiek waren. Gezondheidszorg is echter naar huidige opvatting meer en anders dan medische zorg. Of anders gezegd: medische zorg is slechts één der aspecten (een heel belangrijk aspect) van het totaal der gezondheidszorg. Zo zijn ook psychiatrie, sociale psychiatrie, kinderpsychiatrie, psychotherapie etc. slechts deelaspecten van het totaal der geestelijke gezondheidszorg.

Het medisch handelen berust op een curatieve en preventieve toepassing van wat wetenschap en ervaring te bieden hebben. En wel een toepassing op een zeer specifieke en unieke basis: n.l. de relatie die tussen arts en patiënt bestaat. Welnu, deze typisch medische instelling: het aktie voeren op grond van een bepaalde individuele relatie met als ethisch principe: het welzijn van de individuele patiënt, is onvoldoende om de basis te zijn waarop gezondheidszorg bedreven kan worden.

Waar geneeskundige zorg een zaak is die primair de arts, de patiënt en diens naaste relaties betreft, is de gezondheidszorg eerst en vooral een zaak van de gemeenschap. Sedert de geestelijke gezondheidszorg zich steeds meer emancipeert uit haar beginfase (d.w.z. individu gerichte zorg, uitgevoerd in teamverband door diverse professies, zoals op het MOB) en zich meer wil richten op de geestelijke gezondheidsbelangen van de gemeenschap in haar totaal, zijn ook nieuwe ideeën over taak, werkwijze en organisatie aan het groeien. Een der moeilijkheden hierbij is dat vooral de medische medewerkers in deze sector van zorg telkens weer laten zien hoe het bloed kruipt waar het niet gaan kan en niet van harte kunnen instemmen met de opvatting dat gezondheidszorg primair een gemeenschapsgerichte en pas secundair een individu gerichte vorm van zorg is. Om misverstand te voorkomen wil ik uitdrukkelijk stellen dat de z.g. medische, individu-gerichte instelling van het grootste belang blijft, ja de absolute voorwaarde is voor een goede geneeskundige zorg. Maar dat neemt niet weg dat dit een handicap kan betekenen voor gezondheidszorgactiviteiten.

Door het zoeken naar wegen om de geestelijke ongezondheid in het totaal van een gemeenschap te reduceren, treedt onvermijdelijk de noodzaak op tot hechte samenwerking met andere vormen van welzijnszorg zoals reclassering, maatschappelijk werk, pastorale zorg e.d. De geestelijke gezondheidszorg zal dan ook volgens deze opvattingen steeds meer haar vanuit de medische traditie overgenomen exclusiviteit en isolement moeten opgeven ten gunste van een integratie in het totaal van de welzijnszorg. Een welzijnszorg die op haar beurt niet meer denkbaar is zonder moderne geestelijke gezondheidszorg.

#### *(E) Twee modellen van aktie in de geestelijke gezondheidszorg*

Op grond van deze en soortgelijke overwegingen is het begrijpelijk dat een g.g.z., die werkelijk gericht is op het totaal van een gemeenschap en meer wil zijn dan thans meestal het geval is (n.l. zorg en behandeling van de individuele patiënten en hun gezinnen, die min of meer toevallig in het

netwerk der voorzieningen en behandelcentra terechtkomen), dat een dergelijke gezondheidszorg werkzaam moet zijn op twee onderscheiden gebieden van actie, ieder met eigen onderscheiden methodieken en vaak ook organisaties.

Het eerste model kan men met Caplan<sup>1</sup> aanduiden als *interpersoonlijke actie* of met Sanford<sup>2</sup> als doelgerichte *interventie in individuele processen*. Hiermede worden alle professionele vormen van directe behandeling, zorg, begeleiding en preventie ten opzichte van individuele mensen aangeduid. Dit model van zorg streeft naar een zo gedifferentieerd mogelijk netwerk van voorzieningen dat voor ieder toegankelijk is. Deze voorzieningen zijn er voor acute en chronische problemen, stoornissen, crises, ziektes, moeilijkheden van patiënten en cliënten. Onze huidige diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn vrijwel geheel ingesteld op deze vorm van hulpverlening, dus op interpersoonlijke actie.

Het tweede model kan men aanduiden als *sociale actie* of als doelgerichte *interventie in sociale processen*. Dit model der geestelijke gezondheidszorg is vrijwel geheel preventief ingesteld en – nog meer zelfs – gericht op een positieve bevordering der geestelijke gezondheid, op een optimale ontplooiing van de sociale, psychische en somatische mogelijkheden. Sociale actie is het totaal aan activiteiten die zich richten op een zodanige inrichting van de gemeenschap en haar substructuren, dat aan de voorwaarden van een echte geestelijke *volksgezondheid* wordt voldaan. Hier betreden we dus de veel bredere aktieterreinen van opvoeding, onderwijs, voorlichting, wetgeving, ruimtelijke ordening, recreatie, sociaal beleid etc. Sociale actie op gebied der geestelijke gezondheid richt zich op een optimale voorziening voor zoveel mogelijk leden van een gemeenschap in de fysieke, psychosociale en socioculturele grondbehoeften, die de voorwaarden zijn voor een geestelijk gezond bestaan. Een grote handicap hierbij is dat we nog over bitter weinig wetenschappelijke gegevens beschikken over de samenhangen tussen sociale systemen en structuren en vooral hun veranderingen enerzijds en de hierdoor geconditioneerde persoonlijkheidsaanpassing en -dynamiek anderzijds. Van het totaal aan inspanningen ten behoeve van de geestelijke gezondheid zal dit tweede model in de toekomst meer uitgebouwd dienen te worden, zelfs ten koste van de ontwikkelingen in het eerste model. En wel omdat voorkomen altijd beter is dan genezen en omdat het praktisch onmogelijk is om de geestelijke gezondheid van populaties als geheel werkelijk te behartigen met alleen individugerichte, curatieve en preventieve middelen. Dit geldt des te meer omdat de snelle sociale evolutie de complexiteit van het leefklimaat vergroot heeft en de harmonische en adequate voorziening van de fysieke, sociale en culturele grondbehoeften van een geestelijk gezond funktioneren bedreigt.

Van beide modellen wil ik tenslotte een drietal actuele aspecten nader toelichten. In de interpersoonlijk gerichte vormen van g.g.z. zijn thans o.m. aan de orde de zogenaamde regionalisatie, de uitbreiding van het

<sup>1</sup>) Caplan, G.: *Principles of preventive psychiatry*, London 1966.

<sup>2</sup>) Sanford, N.: *Self en Society*. Social change and individual development, New York 1966.

hulpgevende kader en de methodiek der consultatie. In de sociale aktievorm zijn o.m. actueel: de preventie, het wetenschappelijk onderzoek en de programmering of planning.

### (F) *Interpersoonlijke Actie*

(1) *Regionalisatie* – Als de interpersoonlijke vormen van actie van de geestelijke gezondheidszorg werkelijk gemeenschapsgericht willen zijn, dient deze zorg alomvattend, 'comprehensive', te zijn. Dat wil niet alleen zeggen dat ambulante klinische, curatieve, conserverende of preventieve gezondheidszorg hier tot één groot samenwerkend geheel moeten komen, maar veel meer nog dat deze vormen van hulp voor iedereen toegankelijk moeten zijn; daarenboven dienen ze voor iedereen zo goed mogelijk te zijn, dus gedifferentieerd naar de behoeften van de betreffende gemeenschap en tenslotte moeten ze optimaal functioneren gezien vanuit de hulpzoekenden en het leefmilieu, waarin zij zich bevinden. Hoe vreemd dit ook klinkt, men zou deze nog nauwelijks gerealiseerde eisen kunnen betitelen als een noodzakelijke 'socialisatie' van de geestelijke gezondheidszorg.

Dit impliceert dan ook een nieuwe structurering, een nieuwe integratie, een herverkaveling van datgene wat bestaat. Dit inzicht heeft geleid tot een reeks voorstellen, waarvan de meest bekende op het ogenblik wel de *regionalisatiegedachte* is. U weet dat vanuit het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg enige jaren geleden dit idee gelanceerd is en dat sindsdien een lawine van commentaren, rapporten en voorstellen verschenen is. Daar de meesten van u op de hoogte zijn van deze discussie of daar zelf aan deelnemen, behoef ik daarop thans niet verder in te gaan en kan ik mij beperken tot een paar opmerkingen. Het grondidee is om de lappendeken, de inefficiënte en 'losse' vormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg te vervangen door een geïntegreerd netwerk.

Het hier en daar reeds enigszins gerealiseerde idee van het Regionaal Instituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg is gegrond op het idee van de wijkgezondheidszorg als het daarvoor liggend, direct bij de leefwereld aansluitend gebied van gezondheidszorg. Een aantal wijken vormen dan tezamen een regio, die een dergelijk regionaal instituut voor geestelijke gezondheidszorg dient te bezitten. Op dit regionale vlak werken ook het ziekenhuis met specialistische behandeling, het psychiatrisch ziekenhuis, het psychiatrisch dagverblijf en de gespecialiseerde vormen van behandeling en verpleging. In deze bundelingsidee worden betrokken de MOB's, sociaal-psychiatrische diensten, de bureaus voor huwelijksaangelegenheden, de sociaal-pedagogische diensten voor zwakzinnigen, de instituten voor psychotherapie etc. Deze diensten leiden thans over het algemeen nog naast elkaar hun moeizame bestaan. Hoe de integratie en herstructurering van deze vaak zo verschillend werkzame diensten tot stand moeten komen en hoe zij het best met andere voorzieningen kunnen samenwerken is een vraag op zichzelf. Binnenkort zal hierover een publikatie van het Katholiek Nationaal Bureau verschijnen, waarin de verdere uitwerking van deze gedachten ter discussie gesteld wordt.

Van groot belang is het om in de naaste toekomst tot een duidelijke beleidslijn te komen over hoe deze regionalisatie zich zal kunnen voltrekken. Om kort te zijn luidt de vraag: *dient het psychiatrisch ziekenhuis-moderne-stijl de focus te zijn waaromheen alle voorzieningen zich gaan ontwikkelen (het z.g. engelse model) of dient men veeleer uit te gaan van de thans in de bevolkingscentra bestaande ambulante voorzieningen, die zich dan per regio gaan groeperen.* Een overeenstemming en duidelijke beleidsuitspraak over de meest gewenste vorm zal de toekomstige ontwikkeling hiervan zeker bespoedigen. En daarenboven voorkómen dat weer her en der, schots en scheef naast elkaar, organisatorische lijnen gaan verlopen. De voorstellen in het Interim-rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over herstructurering lijken alszins de moeite waard om verder bestudeerd en uitgewerkt te worden.

(2) *Sleutelfiguren* – Niet minder belangrijk is een soort (welhaast revolutionaire) doorbraak van het inzicht, dat niet alleen hoog gekwalificeerde professionele werkers als psychiaters en psychologen in de geestelijke gezondheidszorg degenen zijn aan wie deze zorg exclusief moet blijven toebedeeld. Als men de geestelijke gezondheidszorg wil richten op het totaal van een populatie, kan niet worden volstaan met het huidige kader, dat enerzijds te gering in omvang is en anderzijds vaak te ver van de hulpzoekenden afstaat. Nieuwe samenwerkingsvormen met andere reeds bestaande vormen van zorg of andere professies, die dichter bij de patiënt staan, zijn dan ook noodzakelijk. Een goede psycho-hygiënische inbreng in de voorzieningen van b.v. maatschappelijk werk, onderwijs, algemene gezondheidszorg, pastoraat, huisartsengeneeskunde enz. kan de mogelijkheden van een goede geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk vergroten, zonder het eigen apparaat enorm te behoeven uit te breiden.

Het idee om grotere aandacht te besteden aan de z.g. *sleutelfiguren* in de samenleving lijkt daarom zeer vruchtbaar. Verpleegsters, sociale werkers, personeelschefs, artsen, geestelijken, leraren, politiefunctionarissen etc. staan immers dicht bij de mensen en genieten vaak hun vertrouwen. Zij kunnen veelal in een vroeg stadium met eenvoudige middelen goed helpen.

Het inschakelen van sleutelfiguren in de hulpverlening ligt ten grondslag o.a. aan het idee van de consultatie, die sedert enige jaren ook in ons land steeds meer belangstelling krijgt. Het uitgangspunt daarvan is eigenlijk dat de bestaande vormen van algemene welzijnszorg in psycho-hygiënisch opzicht een kwaliteitsverbetering dienen en kunnen ondergaan.

Geestelijke gezondheidszorg, ook in dit interpersoonlijke vlak, is dan niet langer exclusief professie- of dienstgebonden, maar een zaak voor allen die te maken hebben met de zorgverlening aan hun medemensen. Deze instelling berust op een groot vertrouwen op de niet-specifiek deskundige en betekent in feite een doorbreken van het traditionele zich isoleren van de gespecialiseerde, alles zelf opknappende teams der geestelijke gezondheidszorg.

(3) *Mental health consultation* – Deze uitbreiding van het 'verzorgers-

assortiment' in de geestelijke gezondheidszorg – een uitbreiding in de breedte en niet zozeer in de diepte – wordt zowel in theoretische als methodisch-praktische zin mogelijk door toepassing van de z.g. 'mental health consultation', waarvan vooral Caplan de promotor is. Een gezondheidszorg, die preventief wil werken, zal zich in principe met niet-psychiatrisch te diagnosticeren 'patiënten' bezig houden. De gebruikelijke psychopathologische categorieën en de psychiatrische diagnostiek zijn daarbij niet bruikbaar (hetgeen overigens al een oude ervaring is in de MOB's). Een interessante poging om een ander psychopathologisch referentiekader te creëren is de *crisistheorie*, zoals oorspronkelijk meer dan 20 jaar geleden door Lindeman opgesteld. Op deze voor de geestelijke gezondheidszorg vele perspectieven openende (en overigens ook dubia opropende) theorie en interessante methodiek kan hier niet uitvoerig worden ingegaan.

De methodische consultatie berust op het principe dat vroegtijdige hulp aan mensen in een crisistoestand (die als zodanig duidelijke diagnostische eigenschappen bezit) het tot stand komen van ziekten en psychische stoornissen kan voorkomen. Dit uitgangspunt voert naar de opvatting dat hulp in crisistoestanden *primaire preventie* van de allerbeste soort is. Deze conclusie gevoegd bij de eerder getrokken conclusie, dat sleutelfiguren in de samenleving de geschikteste pionnen zijn om crisissituaties te helpen oplossen, levert – kort samengevat – het stramien voor de mental health consultation: professionele interactie tussen de 'mental health consultant' en de 'consultee', die een professionele werker is op een ander zorggebied (geneeskunde, verpleging, maatschappelijk werk, bedrijfsleven, kindbescherming etc.). De consultation beoogt de beroepsvaardigheid van de consultee in psychisch hygiënische zin uit te breiden, speciaal met het oog op het oplossen van crisissituaties.

Wil echter consultation een rol in onze toekomstige geestelijke gezondheidszorg gaan spelen – wat ik van harte hoop – dan dient een aantal *voorwaarden* vervuld te worden (de meeste noemde ik al): Met name de noodzaak van een consequente en overtuigende preventieve attitude; een essentiële en blijvende gerichtheid op de gemeenschap met al haar individuen en niet alleen op de min of meer toevallig aankloppende patiënt; de hantering van de crisistheorie als uitgangspunt voor de hulp aan (nog) niet psychisch gestoorde mensen met problemen; het afzien van de eigen exclusieve beroepsdeskundigheid en het doorbreken van het hierbij behorende institutionele isolement der voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg; de bereidheid om niet-beroepswerkers serieus te nemen in hun pogen bij psychische crisistoestanden te helpen; het actief naar buiten treden om 'sleutelfiguren' de noodzaak van het betrekken van geestelijke gezondheidszorgfacetten binnen hun eigen setting duidelijk te maken; de bereidheid om het werk 'aan het front' aan deze sleutelfiguren over te laten zonder daarbij zelf directe verantwoordelijkheid te nemen; een bereidheid ook bij de 'sleutelfiguren' om consult te vragen over psychisch-hygiënische problemen waar zij zelf moeilijk of niet uit komen en tenslotte een juist begrip en een positieve instelling bij de leidende figuren in de organisaties van de geestelijke gezondheidszorg en de organisaties die zij met hun consultatief werk ten dienste willen staan. M.a.w. er zal nog wel wat aan mentaliteitsverandering en



organisatie gedaan moeten worden wil dit stuk ontwikkeling tot effect komen.

### (G) *Sociale Actie*

Ter afronding nog een drietal aspecten van de als model 2, als sociale actie, aangeduide vorm van geestelijke gezondheidszorg. Ik moet hierover helaas kort zijn al gaat het hier om een zeer boeiend stuk werk.

(1) *Preventie* – De groeiende populariteit van de preventie in de laatste jaren is in Nederland niet steeds evenredig geweest met de ontwikkeling van werkelijk effectieve preventieve activiteiten. Men heeft preventie te los gezien van de meer directe zorg en telkens kunnen horen dat deze, alle tijd en energie opeisende, curatieve zorg geen ruimte liet om ook nog aan preventie te doen. Alsof dit heel iets anders zou zijn. Welnu de boven geschetste conceptie van geestelijke gezondheidszorg houdt in dat *alle* zorg, die deze naam verdient eerst en vooral preventief gericht zal moeten zijn. Dit in tegenstelling tot b.v. psychiatrie, psychotherapie, sociale psychiatrie, counseling of andere vormen van individu en professie-centered zorg, die ik eerder aangeduid heb onder de verzamelnaam interpersoonlijke zorg.

Geestelijke gezondheidszorg omvat dan het geheel aan theoretische en praktische beroepskennis ten dienste van planning en uitvoering van voorzieningen, die a) het vóórkomen van allerlei soorten psychische stoornissen tot een minimum wil reduceren (*primaire preventie* of psychische hygiëne); b) de duur en ernst van zoveel mogelijk psychische stoornissen door vroege opsporing, diagnose en behandeling zo kort mogelijk wil maken (*secundaire preventie*); en c) de ongeschiktheid die het al of niet blijvend gevolg van deze stoornissen kan zijn, wil voorkomen of zo gering mogelijk trachten te maken, bijv. door snelle resocialisatie of het consequent tegengaan van hospitalisatie (*tertiaire preventie*).

Een goed program van geestelijke gezondheidszorg richt zich eerst en vooral op de primaire preventie, d.w.z. dat vooral actie moet worden ondernomen ten aanzien van leden in een gemeenschap die niet of nog niet gestoord zijn. En wel van uit de overweging, dat hun risico om ooit psychisch gestoord te raken met adequate middelen dient te worden gereduceerd. Indien deze actie gelukt, zal de behoefte aan en omvang van de secundaire en tertiaire preventieve activiteiten afnemen.

In dit verband dient de aandacht gevestigd te worden op het moderne terrein der *voorlichting* op psychohygiënisch gebied. Steeds meer psychiaters en psychologen bewegen zich op dit terrein via cursussen, lessen, voordrachten, groepsvoorlichting, publikaties e.d. Ook via radio en t.v. is deze specifieke vorm van gezondheidszorg - die overigens methodisch veelal nog miskend wordt en inderdaad nog onvoldoende uitgewerkt is - steeds meer van belang geworden. De ontwikkeling van de G.V.O. (de gezondheidsvoorlichting en opvoeding) kreeg een belangrijke impuls door de oprichting van het Nationale Instituut voor G.V.O., dat na enige kinderziektes binnenkort de zo nodige wetenschappelijke en methodische aanpak der voorlichting ter harte zal nemen.

(2) *Wetenschappelijk onderzoek* – In Nederland bestaan vele kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over allerlei soorten psychische en sociale stoornissen (afwijkingen, ziekten). Het is echter tot op heden niet gelukt een apparaat te scheppen, dat een inzicht weet te geven in de mate van geestelijke gezondheid en ongezondheid van onze bevolking. Onze indices voor wat geestelijk gezond is of niet, zijn nog zeer gebrekkig. Nog minder is het mogelijk gebleken bepaalde ontwikkelingstendenzen bij een aantal vormen van geestelijke stoornissen aan te geven. De hoofdinspectie o.l.v. collega Veraert is sedert vorig jaar bezig het klinisch patiëntenmateriaal te verzamelen om zo ook tot epidemiologisch onderzoek te kunnen komen. Wil men een preventief psychohygiënisch beleid voeren, dan is systematische verzameling, analyse en duiding van de gewenste gegevens nodig. Evenals de bestrijding van de besmettelijke ziekten een centraal overzicht nodig maakt, behoeft de preventie van psychische afwijkingen een gedifferentieerde registratie, hoe moeilijk dit ook te realiseren zal zijn. Regelmatig bijhouden en analyseren van de ontwikkeling in de indices van geestelijke ongezondheid kan slechts door een goed geëquipeerd nationaal instituut voor geestelijke gezondheid tot stand gebracht worden. ('Peil- en bewakingsstation voor de geestelijke volksgezondheid'). En daar komt nog wat bij.

In het totaal van de 'public planning', in het kader van regerings- en bestuursactiviteiten is in onze tijd van een groeiende evenwichtsverstoring sprake. De nationale inspanning ten behoeve van de welvaart, industrialisatie, recreatie, technologische vooruitgang, woningbouw, ruimtelijke ordening, water- en bodemhygiëne etc. etc. heeft een uitgesproken economisch en veelal materialistisch hoofdaccent. De zorg voor het geestelijk welzijn en de geestelijke gezondheid van ons volk moge dan bij genoemde planning hier en daar met de mond beleden worden, in feite wordt er nauwelijks rekening mee gehouden. Er kan ook veelal nog geen rekening mee gehouden worden omdat vanuit de sector der geestelijke gezondheidszorg nog vrijwel geen deskundigheid op het terrein der publieke actie ter beschikking gesteld kan worden en omdat – ook al heeft men er belangstelling voor – er veel te weinig concrete wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn. Aan deze toenemende behoefte is slechts te voldoen door het planmatig 'kweken' van de *benodigde deskundigheid* en het stimuleren van psycho-hygiënisch onderzoek ten behoeve van het te voeren algemene overheidsbeleid.

Steeds meer stemmen gaan dan ook op om het nog beslist insufficiënte wetenschappelijke werk in de psychische hygiëne te stimuleren. Naar mijn mening kan alleen een *Nationaal wetenschappelijk Instituut voor de geestelijke Volksgezondheid* aan deze urgente behoefte tegemoet komen. Parlement en overheid dienen overtuigd te worden dat het daarbij om een uiterst belangrijke zaak voor ons volkswelzijn gaat, want zonder krachtige overheidssteun kan dit wetenschappelijk werk niet van de grond komen. Gelukkig zijn er aanwijzingen dat de huidige bewindsman voor volksgezondheid dezè mening deelt en het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein krachtig wil steunen. De hoop is dan ook gewettigd dat de realisatie van een nationaal instituut voor geestelijke volksgezondheid eerlang tot de mogelijkheden zal gaan behoren.

(3) *Planning en programmering* – De huidige ontwikkelingen waarvan u in het voorgaande enige voorbeelden gegeven heb, tenderen alle naar een of andere vorm van *planning, structurering* en *programmering*. Geestelijke gezondheidszorg in een levende, zich ontwikkelende, veranderende samenleving zoals de onze dient in haar planning dan ook primair het oog gericht te houden op deze maatschappelijke veranderingen, speciaal in hun relatie tot de volksgezondheid. Een futuristische gerichtheid – hoe moeilijk ook – is daarbij voortdurend vereist.

Gezien de verwachtingen t.a.v. de wereld van morgen (en de snelheid waarmee deze veranderingen zich voltrekken) is reeds nu een bewust gerichte psychisch hygiënische voorbereiding van mens en gemeenschap op de biologische, economische, sociale en andere toekomstige verschuivingen noodzakelijk. Dit biedt tevens de mogelijkheid om de veranderingen te voorzien, te beïnvloeden en mede de gewenste vorm te geven. Dat is immers het ambitieuze doel waarop de sociale actie der geestelijke gezondheidszorg zich richt.

Onze evoluerende samenleving is bezig een op essentiële punten nieuwe samenlevingsstructuur voort te brengen en een nieuw menstype te creëren. Deze z.g. 'social change', heeft – historisch gezien – twee nieuwe kenmerken: nl. de *intensiteit* en de *snelheid* waarmee de veranderingen optreden. Een reeks verschijnselen, die in de naaste toekomst steeds meer problematisch worden (recreatie, bevolkingsgroei, automatisatie, urbanisatie, beroepsvorming, zelfmanipulatie etc. etc.) en die direct voortvloeien uit de nieuwe samenlevingsvormen, zullen een uitdaging en bedreiging vormen voor de geestelijke gezondheid van velen.

Aansluitend bij het vorige punt – wetenschappelijk werk – menen sommige werkers in dit veld dan ook dat de inhoud en aard der planning, dus het afwegen van wat het belangrijkste is, voortdurend afgestemd zal moeten zijn op de reeds onderkende of nog te onderzoeken aspecten van de sociale evolutie, dus op een prospectieve wetenschappelijke arbeid en visie.

Een nationale bundeling van de wetenschappelijke inspanning ten behoeve van de geestelijke volksgezondheid en een bij voortdoring op de toekomst gericht zijn, worden, meen ik, in de zeer nabije toekomst urgent: om de steeds groter worden kloof tussen enerzijds de biologisch-medisch-somatische vooruitgang (gevoegd bij de technische en economische welvaartsstuwung) en anderzijds de veel minder snelle ontwikkeling van de psychologische en sociale wetenschappen te overbruggen. De geestelijke gezondheidszorg van morgen zal – wil zij haar hoge ideaal waardig zijn, maar vooral wil zij überhaupt nog zin hebben – zich diepgaand rekenschap moeten geven van haar grondslagen, haar waarden, haar doelstellingen. Van haar acties, studie en bezinning zal het in niet geringe mate afhangen of de mens van morgen een gezondere mens in een leefbaarden wereld zal zijn.