

VERSLAG VAN DE DUTCH STUDY TOUR 1960

door de deelnemers aan de Dutch Study Tour

In het maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid van juni 1960 publiceerde Dr. A. Poslavsky een artikel waarin hij z'n indruk gaf van zijn bevindingen tijdens een bezoek aan een groot aantal instellingen, werkzaam op het terrein van de psychiatrie en geestelijke volksgezondheid in Engeland. Hij memoreerde hierin dat enkele jaren geleden een groep Engelse specialisten, leden van de Royal Medico-Psychological Association, een studiereis door ons land had gemaakt, die georganiseerd was door Dr. A. L. C. Palies, Inspecteur van het Staatstoezicht op de Geestelijke Volksgezondheid, in diens kwaliteit van corresponderend lid van deze vereniging.

Dit jaar volgde een uitnodiging tot een soortgelijk tegenbezoek, gedaan door Dr. E. Stern, die door Dr. Palies gaarne werd aanvaard. Na uitnodiging aan alle belangstellende psychiaters, kon tenslotte een groep van 30 leden van 31 mrt. tot en met 10 april 1960 een groot aantal instellingen in Engeland bezoeken.

Vooropgesteld kan worden dat onze Engelse gastheren ons niet alleen voortreffelijk ontvangen hebben maar ons ook van den beginne af de illusie ontnomen hebben dat we een vakantie-reis maakten. Er was een strak tijdrooster gemaakt waaraan stipt de hand werd gehouden. Collega Stern, die ons namens de Royal Medico-Psychological Association ontving en ons begeleidde van Liverpoolstreet-Station — bij aankomst — tot het vertrek van het zelfde station, ontwierp een programma dat voorzag in een bezoek aan vele van de belangrijkste psychiatrische ziekenhuizen in- en nabij Londen, aan de Zuidkust van Engeland en in- en om Oxford. Uiteraard hebben wij maar een deel van alle instellingen bezocht, zodat we nergens de pretentie zouden willen hebben te spreken van dé Engelse Inrichting of dé Engelse Psychiatrie; daar komt nog bij dat naar onze mening een bezoek van een halve of hele dag slechts een vluchtige oriëntering omtrent een inrichting mogelijk maakt en dat voor een goed inzicht in kracht en zwakheden van een inrichting een veel langer durend verblijf noodzakelijk is.

Getracht zal thans worden om een systematische beschrijving te geven van elke instelling die bezocht werd. De 30 leden van de Dutch Study Tour hebben allen hun bijdrage geleverd om dit verslag tot stand te brengen. Deze verslagen zijn vervolgens nog aan een interne discussie onderworpen, zodat het geheel kan gezien worden als een neerslag van de gehele groep.

Een korte indruk werd verkregen van het werk dat gaande was op de afdelingen neuro-endocrinologie, biochemie en een speciale afdeling van de psychiatrie. Tevens werd een globaal overzicht gegeven van de werkzaamheden van de out-patient afdeling. Prof. Harris een onderzoeker met wereldnaam gaf een uiteenzetting van de onderzoeken betreffende de relaties tussen hypothalamus, hypofyse-voorkwab en schildklier. Hij bleek op het standpunt te staan dat de hypothalamus via „portal vessels” de hypofyse-voorkwab stimuleert. Door middel van een stereotactische techniek worden diepte-electroden bij proefdieren — als regel konijnen — ingebracht en wordt gedurende langere tijd geprikkeld. Een viertal konijnen werd getoond dat thans een jaar lang iedere minuut gedurende een halve minuut wordt geprikkeld in het hypothalamusgebied door middel van een inductiestroom. De kooien van de dieren zijn permanent aanwezig in de ruimte waar deze stroom kan worden opgewekt en leven onder omstandigheden welke geheel vergelijkbaar zijn met de omstandigheden onder welke konijnen leven die niet in de proefopstelling zijn opgenomen. Prof. Harris tracht door deze langdurige prikkeling toestanden te verkrijgen welke vergelijkbaar zouden zijn met de situatie die ontstaat bij mensen die langere tijd onder zo hoge stress leven dat daar eveneens een chronische prikkeling van neuro-endocriene centra ontstaat. Het laboratorium van Prof. Harris houdt zich tevens bezig met een meettechniek voor de thyreotrope hormonen in het bloed, met het stimuleren van de produktie van luteïniseringshormonen, met het onderzoek naar pubertas praecox als gevolg van laesies in de hypothalamus. In dit verband besprak Prof. Harris het probleem dat bij hoger ontwikkelde organismen een sterker remming bestaat van allerlei nerveuse activiteit, zodat het aanbrengen van een laesie deze remming teniet doet en een „release effect” teweeg brengt. Wie de publicaties van Harris heeft gelezen staat versteld over de primitieve ruimte waarin dit belangrijke werk tot stand is gekomen. Zij waren verwonderd, maar hebben ook bewondering gekregen voor de prestaties bereikt met eenvoudige middelen.

De biochemicus Heald gaf een kort overzicht van de vele en veelsoortige activiteiten die in het biochemisch laboratorium op het gebied der neuro-fysiologie worden ontplooid. Hij noemde o.a. het stofwisselingsonderzoek van hersenweefsel tijdens electrostimulatie, onderzoek van enzymen, stofwisselingsonderzoek bij psychopharmaca, meting van elektrische potentialen en onderzoek naar hypothalamus-hormonen. Door Rodnight werd een spe-

ciaal onderzoek van de „hartnup” ziekte besproken. In het bijzonder de uitscheiding van indolen werd onderzocht. Men gebruikt daarbij veelvuldig de papier-chromatografie. Door Russell werd een uiteenzetting gegeven van het stofwisselingsonderzoek bij een groep van zes patiënten, dat met grote nauwkeurigheid wordt uitgevoerd en waarbij wordt gezocht naar correlaties tussen bepaalde metabolische verschijnselen en de psychische toestand van de patiënt. De psychische toestand wordt geregistreerd op een speciale „behaviour chart” die dagelijks door de zorgvuldig geïnstrueerde verpleging moet worden ingevuld. Basis voor dit onderzoek naar mineraalstofwisseling en waterhuishouding is een zeer constant dieet. Vooral depressieve patiënten worden onderzocht, met speciale belangstelling voor de veranderingen in het praemenstruum en tijdens electroshocktherapie. Bij anorexia nervosa zouden geen speciale stofwisselingsstoornissen vastgesteld zijn. Deze patiënten gedragen zich bij adequate voeding als een uitgehongerd mens zonder stofwisselingsstoornis.

Tenslotte werd een indruk gegeven van de out-patient afdeling. Deze is eigenlijk te beschouwen als een gitantische psychiatrische polikliniek, waar individuele behandeling wordt gegeven, waar groepstherapieën plaatsvinden en waar ook kinderen behandeld kunnen worden. In totaal heeft deze afdeling 60-70 vaste medewerkers, van wie 38 zenuwartsen.

Na de lunch in het Maudsley hospital werd het *Bethlem Royal Hospital*, op een afstand van 9 mijl van het Maudsley hospital bezocht. Tot aan 1948, toen de National health service in Engeland werd ingevoerd, waren beide inrichtingen gescheiden, sinds die tijd samengevoegd (joint hospital). Bethlem werd in 1247 gesticht als klooster van de kerk van St. Mary of Bethlehem en vanaf 1377 gebruikt voor verpleging van krankzinnigen. Bij het begin van deze eeuw werd het erkend als centrum voor het onderwijs in de psychiatrie en werd het een universiteitskliniek. In 1930 door koningin Mary geopend. De inrichting heeft pl.m. 225 bedden, verdeeld over een 6-tal paviljoens. Er is een sterke wisselwerking tussen Maudsley en Bethlem, zowel wat de plaatsing van de patiënten als van de medische staf betreft; van de laatste zijn er in beide inrichtingen werkzaam. In Bethlem is de geriatische afd. en de insuline afd. ondergebracht, terwijl er ook een paviljoen is voor adolescenten.

Wij bezochten eerst het sinds korte tijd opgerichte day-hospital, dat 38 patiënten kan bevatten. Het is gelegen op een afstand van enkele honderden meters van het centrum v.h. gesticht en ondergebracht in een oud verbouwd cricketpaviljoen met bijge-

bouwtjes. Het geheel maakte een zeer sobere en wat vervallen indruk. Tijdens het bezoek waren 17 patiënten aanwezig, er zijn 2 doktoren en een 4-tal zusters aan verbonden. De patiënten komen uit Londen, uit een rayon van ongeveer een uur reizen, zij arriveren 's ochtends om 9 uur en blijven tot pl.m. 5 uur n.m., gedurende 5 dagen per week. Als de toestand verbeterd wordt het bezoek teruggebracht op 3 á 4 dagen per week. De doktoren bezoeken geen patiënten thuis, indien nodig, geschiedt dit door een psychiatr. sociale werkster. De behandeling in het day-hospital bestaat uit psychotherapie, (welke vorm van psychotherapie wordt gekozen, wordt geheel vrijgelaten) electroshock en modified insulintherapy, verder occupational therapy (arbeids-therapie) bestaande uit houtbewerking, raffia en pitrietvlechten, schilderen en tekenen (geen beeldende expressie).

Daarna werden een 3-tal paviljoens bezocht op de inrichting, 1e een vrouwenpaviljoen, 2e een gemengd, vnl. voor bejaarde vrouwen en mannen, die gezamenlijk de maaltijden gebruiken en in de recreatieruimten familie ontvangen enz., 3e een paviljoen voor adolescenten, meisjes. De patiënten hebben ieder een eigen kamer, netjes gemeubileerd, het geheel maakt een goed onderhouden indruk. Familieleden bezoeken de patiënten regelmatig, het behouden van de familieband en andere sociale relaties wordt in Engeland sterk gestimuleerd. Bij de psychotherapie voor de adolescenten werd gebruik gemaakt van een bandrecorder, er werd verder gedaan aan tekenen, schilderen, kleiwerk e.d. Overal televisie op de afdelingen. Men maakte wel bezwaren voor jongere patiënten daar de activering in het gedrang komt en soms ook bezwaren tegen bepaalde programma's. Voor de oudere patiënten werd de aanwezigheid ervan toegejuicht. In een gesprek met enkele Nederlandse verpleegsters die hier werken kwam naar voren, dat er een meer persoonlijke verhouding zou bestaan tussen de patiënten en de verpleegsters dan in Nederland het geval is. Verder zouden er meer verpleeghulpen (ook gehuwde) in de verpleging ingeschakeld zijn.

In de morgen van de 1 april bezochten wij het St-Thomas Hospital te Londen, waar wij allereerst het out-patient department in de kelder van het ziekenhuis (zonder ramen, ventilatie door air-conditioning) te zien kregen. Een groot aantal patiënten werd te bed behandeld. Therapieën met behulp van grote doses pharmacapoliclinische electroshock en insuline coma behandelingen speelden een zeer belangrijke rol. Melding werd o.m. gemaakt van de toepassing van methedrine voor dwangneurotische syndromen. Op zeer vlotte wijze werd over alles uitleg gegeven

aan de bedden, waarbij de patiënten zeker elkaars ziektegeschiedenissen zouden kunnen horen. Hierna volgde een rondgang door 't St. Thomas Hospital, 'n geweldig groot ziekenhuis met 'n lange geschiedenis. Het is prachtig gelegen aan de Theems, uitziend op The Hous of Parliament met de Big Ben..Het is ook het ziekenhuis van Florence Nightingale, wier standbeeld in een tuin staat opgesteld. De verpleegsters in het ziekenhuis heten „Nightingales”. Dit ziekenhuis confronteerde ons reeds direct met de worsteling, die psychiatrie ook in Engeland heeft moeten doormaken om als specialisme met eigen afdelingen en eigen outillage in het algemeen ziekenhuis opgenomen te worden.

Tenslotte werd de klinische afdeling van Dr. Sargant bezocht in Waterloo Hospital. Het gaat hier om een afdeling van 20 bedden, mannen en vrouwen, bestaande uit kamers voor een of twee personen, terwijl er één zaaltje van vier bedden is. De verplegende staf bestaat uit: 1 eerste verpleegster, 2 gediplomeerde verpleegsters en 9 leerlingen. Er worden geen agressieve patiënten opgenomen. Ook hier een uitermate „actieve” aanpak. Door Dr. Sargant werd tijdens het bezoek aan deze afdeling in het bijzonder de nadruk gelegd op het probleem van de leucotomie, die zijns inziens in ons land te weinig en bovendien onjuiste toepassing vindt. Leucotomie dient vlg. Dr. Sargant nl. niet in hopeloze gevallen te worden toegepast, daar er dan ook weinig van te verwachten is. Juist bij goede patiënten, in het bijzonder bij patiënten met „tension” in „compulsive” toestanden zijn resultaten te behalen, al is het maar dat de patiënten na leucotomie beter toegankelijk zijn voor largactil(!) Aan de techniek van de operatie werd beslissende betekenis toegekend: kleine operatie in de mediale velden zou hoegenaamd geen deterioratie doen ontstaan. Enkele patiënten werden gedemonstreerd:

- 1) medische secretaresse, dwangsyndroom, over-consciousness. Na operatie waren de verschijnselen veel minder hinderlijk geworden en kon zij haar werk weer doen. Maakte intacte indruk.
- 2) portier, diefstallen. Na operatie geen recidieven. Lichte ontremmingsverschijnselen. Maakte geen intacte indruk.
- 3) patiënt die resectie had ondergaan wegens colitis ulcerosa, echter met onvoldoende resultaat. Na de operatie geen aanvallen meer, maakte echter geen intacte indruk.
- 4) depressieve patiënt, die gedemonstreerd werd als voorbeeld van een patiënt bij wie de operatie niet geïndiceerd was. Bij depressies werden goede resultaten bereikt met tophranyl en E.S. of marsilid en E.S. Bij schizofrene en paranoïde toestanden zag men resultaten van leucotomie, gecombineerd met largactil.

Het geheel wekte sterke reacties op bij ons gezelschap. De opvattingen, dat de hele test-psychologie overbodig en de gehele sociotherapie onnut zijn vonden uiteraard geen waardering. Wanneer al een sterk „medische” inslag in de werkwijze geapprecieerd zou kunnen worden, dan wordt deze appreciatie toch wel sterk getemperd door het eenzijdig (en verouderde) mechanistisch karakter van dit medisch denken.

Een aantal punten blijft echter zeker het overdenken waard:

1) het principe van opschieten: ook de tijd van de psychiatrische patiënt is kostbaar!

2) het consequent voorkómen van „hospitalisation” door:

a) opneming wanneer enigszins mogelijk te vermijden

b) noodzakelijke opneming te beperken tot de werkelijk volstrekt noodzakelijke tijd.

3) de wijze waarop het beloop van de aandoening van de patiënten en de resultaten van de behandelingen worden gewaardeerd. Onze indruk was dat van een „klinische” beoordeling niet veel was overgebleven: alles, wat neigt tot herhaling bv. hysterische, psychosomatische, psychopatische, psychastenische syndromen, de „caractère scrupuleux inquiet”, dwangneurosen, gaan allemaal in een „vergaarbak” compulsive states. Hiermee in overeenstemming is dat voor de beoordeling van het beloop „sociale resultaten” in de zin van oppervlakkige beoordeling van het meest uiterlijke facet van de maatschappelijke aanpassing in de plaats treedt van onze „klinische” beoordeling. Dit houden wij voor een stap terug. Maar na het bezoek aan Dr. Sargant is voor ons opnieuw de vraag verlevendigd of wij ons wellicht te zeer uitsluitend door „klinische” bevindingen laten leiden, met als gevolg, dat wij in ons praktisch handelen geremd worden door een „ivoren toren” psychiatrie.

In de namiddag van de 1e april brachten wij een bezoek aan *LONDON COUNTY COUNCIL*.

Londen bestaat uit vele gemeenten met elk een burgemeester en gemeenteraad, die tezamen een soort van stedelijke provincie vormen met als bestuur: de London County Council. Deze is gehuisvest in een groot gebouw naast de Westminsterbridge, waar aan de andere kant de Big Ben van The Hous of Parliament staat.

De Council heeft o.a. de zorg voor het onderwijs, de woningen en de volksgezondheid. Voor dit laatste is verantwoordelijk de Health Commitee van de Council. Hieronder vallen tuberculosebestrijding, immunisatie, moederschapszorg, kinderhygiëne, e.d. Er zijn o.a. 2100 homehelps en 500 homenurses. Voor ons is van

belang de afdeling geestelijke gezondheidszorg, waarvan Dr. J. A. Scott de algemene leiding heeft.

Welkomstwoorden werden gesproken door een lid van de Council en van de leiding waarna 2 voordrachten volgden over local authority mental health services. Eén over de huidige zwakzinnigenzorg en één speciaal over de betekenis van de nieuwe mental health act voor hun dienst. Vooral deze laatste uiteenzetting van Dr. J. Allan Herd was interessant. Hij begon er op te wijzen dat de local authorities verantwoordelijk zijn voor de Community care en dat het een groot verschil maakt of men in een grote stad dan wel op het platteland zoals Nottingham werkzaam is.

De dienst werkt samen met voornamelijk 9 mental hospitals, die in een straal van 20 km. rond Londen liggen. Deze vallen onder 4 Regional Hospital Boards. De Teaching Hospitals „Universiteitsklinieken” vallen buiten deze verantwoordelijkheid. Voorts is er samenwerking met 5 observationts-wards in General Hospitals, 2 day-hospitals, waarvan de stof door een mental hospital wordt geleverd, 14 out-patients-clinics en de Family Welfare Organisations met hun psychiatrisch sociale werkers, die nazorg uitoefenen. De dienst beschikt over 50 psychiaters om huisbezoek te doen. Spreker hoopte in de toekomst op betere samenwerking en meer financiën. Nodig zijn tehuizen, maar hoeveel? Het bouwen kost 1000 pond per bed; hoeveel werkplaatsen zijn er nodig? Ook half-way-hostels kent men. Dit zou men bij ons sluisinternaten noemen. Er wordt onderscheid gemaakt in rehabilitation-centres waar men $\frac{1}{2}$ —1 jaar verblijft om dan werk in het normale bedrijfsleven te verrichten en occupation-center waar men langer blijft. Er zijn 2 tehuizen voor geestelijk gestoorde ouden van dagen. De social worker in community-care moet nog een betere in service training krijgen of betere assistentie. Naast de mental health officer heeft men behoefte aan niet medische personen voor de vele contacten. Een additional training in social work wordt gewenst. De dienst behandelt een 6000 emergency gevallen per jaar. In de toekomst hoopt men door de nieuwe wet elke patiënt voor opname te zien.

Door de mental health act van 1948, die alle gevallen van mental disorder omvat en met name mental illness, psychopathics en subnormal persons, is de mental deficiency act verdwenen. Voor de zwakzinnigen blijft nog wel de educational act van kracht. De local authority is verantwoordelijk gesteld voor de zorg van de zwakzinnigen in de maatschappij. Daartoe is Londen in 9 districten verdeeld, die elk een diagnostische kliniek voor kinderen hebben en psychiatrische werkers voor het contact met de ouders.

Het werk van de dienst voor zwakzinnigenzorg bestaat uit hospital-care, guardianship (insistance-act van 1948) en de community-care. Dit laatste bemoeit zich met zwakzinnigen in pleeggezinnen, occupation-center en trainingscenter. Er zijn 21 centres, doch er zouden er wel 40 nodig zijn.

Men kent ook de kleine industriële unit waarbij onderscheid gemaakt wordt in junior centres en senior centres. Daarnaast mag nog de girls domestic class genoemd worden. Een thee in een lokaal waar o.a. geschenken van vorstelijke bezoekers geëtaleerd stonden, besloot het bezoek.

Op 2 april 1960 werd 's morgens een bezoek gebracht aan *de Portman Clinic*.

Dit instituut werd gesticht in 1933, door de I.S.T.D. (Institute for Study and Treatment of Delinquency).

Het is een polikliniek voor „delinquent gedrag”. Qua attitude en werkwijze zijn er veel overeenkomsten met onze M.O.B.'s. Grondslag is een uitgebreid medisch, en psychologisch en sociaal onderzoek — anders gezegd grondslag is een goed psychiatrisch onderzoek.

De verwijzende instanties zijn grotendeels vanwege justitie, overigens van zeer diverse aard.

Het resultaat van het onderzoek wordt neergelegd in een rapport met advies, waarin de Portman Clinic zelf een groot aandeel neemt (psychotherapie; casework met ouders; coaching van reclasserings instantie; school e.d.; leiding geven bij beroepskeuze en verdere beroepsontwikkeling).

Van de uiteenzettingen welke werden gegeven door Dr. William Patterson Brown, later nog gesecondeerd door Dr. Rubinstein, (die wij later wederom ontmoetten als een der oudere medewerkers van het Cassel Hospital), waren de volgende punten van betekenis ter lezing en overweging.

1) De attitude der sprekers, welke treffend waren door hun fijnzinnigheid en zorgzaamheid, hun voorzichtigheid zonder spoor van defaitisme.

Er is hier een treffende combinatie van besef omtrent de zwaarte der pathologie en van therapeutische vastberadenheid — een instelling welke bij de stichting reeds vaardig moet zijn geweest bij de oprichters (waaronder de bekende pscho-analyticus E. Glover) en eigenlijk al in de naamgeving: „Psychopatic Clinic” zich presenteert.

2) De redenen van aanmelding bij de jongeren (beneden 17 jaar) is voor meer dan de helft diefstal e.d. — bij de young adults (boven 17 jaar) sexuele gedragsstoornissen. Van groot belang is, dat de Portman Clinic een zodanige naam heeft gekregen,

dat ook vrijwillige aanmelding om hulp geen zeldzaamheid is.

3) Van de research activiteiten moge de interessante mededeling worden genoemd inzake gunstige ervaringen van groeps-therapie met exhibitionisten.

4) Sinds de overname van deze instelling door de National Health Service is de mogelijkheid van een eigen financiële bijdrage in de behandeling door de betrokkene niet meer mogelijk. Men had het gevoel, dat het bezwaar hiervan werd opgeheven door de aanzienlijk moeite welke de patiënt door vrij nemen van werk en lange reistijd door Londen, zich voor deze behandeling moest getroosten.

In de voormiddag werd door enkelen van ons een bezoek gebracht aan High Wick; hospitaal voor schizofrene kinderen. (Directeur Dr. Stroh).

Dit hospitaal herbergt 18 psychotische kinderen en, uitgezonderd de doktoren, 12 stafleden.

Behoudens de directeur-psychiater werkt er een psychiater, die regelmatig contact houdt met de ouders. De ouders bezoeken de kinderen indien dat nuttig en nodig wordt geacht.

De kinderen worden verwezen door algemene artsen en door psychiatrische klinieken. De leeftijd der kinderen omvat de periode der kleuterleeftijd en der latente periode tot ongeveer 12 jaar. Puberteitsproblemen worden strikt vermeden. Uitgesproken achterlijke kinderen (oligofrenen) in engere zin worden niet opgenomen. De verpleegduur is in de meeste gevallen minstens een jaar. Het hospitaal is een middelgroot landhuis omgeven door een fraai en ruim park. Er is o.a. een zaal waar meer gecoördineerde activiteit wordt nagestreefd. Deze zaal was rondom versierd met bonte taferelen in plakkaatverf. Aan projectieve verf-analyse en aan spel-analyse wordt daar veel gedaan. Tevens is er een bord waarop de intellectuele vorderingen der kinderen regelmatig worden aangetekend (herkennen van vormen, van kleuren, benoemen van dingen etc.).

De sfeer leek in het algemeen tamelijk ongedwongen. Men volgt het gedrag der kinderen, tracht in contact met hen te komen om van daaruit het gedrag verder te ontwikkelen. De aanpak wordt er één van „common sense” genoemd. Bepaalde vooropgezette theoriën zijn er niet. De instelling is modern behaviouristisch, analytisch en sociaal. Aan sport en spel wordt niets gedaan, althans niet in groepsverband. Dit zou met deze kinderen niet mogelijk zijn. De invloed van muziek en ritmiek ligt evenmin binnen de therapeutische gezichtskring. Er zijn regelmatig stafbesprekingen.

Op deze besprekingen brengen de werksters hun ervaringen met de kinderen naar voren. Aan het verbaliseren dezer ervaringen wordt minder waarde gehecht dan aan het „doen” met de kinderen, waarin instinctieve, intuïtieve en gevoelsmatige factoren een grote rol spelen, die nu eenmaal niet gemakkelijk te verbaliseren zijn.

De kinderen leken zeker niet allen schizofreen gestoord. Er waren waarschijnlijk zwaar neurotische en organisch defecte kinderen bij. Sommige kinderen waren zeer diep gestoord en contact leek uiterst moeilijk (schizofreen? autisme).

Velen maakten somatisch een povere indruk (slechte voedings-toestand, vasomotoren stoornissen, opvallende bleekheid, etc.).

Men kreeg niet de indruk, dat een uitgebreid biologisch onderzoek bij de kinderen werd gedaan (met name elektro-encephalografisch, neurologisch, intern biochemisch onderzoek). Er lagen géén kinderen te bed.

Wat betreft de aard van de moeder — kind relatie bij schizofreenen werd geïnformeerd naar de indruk, die men daaromtrent had. Men wist geen antwoord. Van de bekende onderzoeken van Lidz (Amerika) en van anderen had men nooit gehoord. Wel had men inzicht in affectieve verwaarlozing en neurotiserende factoren bij de ouders. In sommige gevallen was men de mening toegedaan, dat het wenselijk zou zijn geweest de kinderen direct na de geboorte van de moeder te scheiden.

In het algemeen was men over de prognose weinig optimistisch.

In het kader van de private hospitality bezochten op deze namiddag enkelen onzer twee ziekenhuizen. Allereerst „Haperbury” een „country hospital” zo vertelde men ons. Het dient als opvang-ziekenhuis voor het district Londen.

Gelegen in een prachtig landschap troffen wij een modern uitziende inrichting, laag gebouwd, paviljoen systeem. Op luchtfoto's konden wij ons oriënteren omtrent de grootte.

In deze inrichting worden pl.m. 1700 „mental insufficients” verpleegd. Naar wij meenden was deze inrichting een „eindstation.” Dit bleek later onjuist. Beide ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om patiënten over te plaatsen. Dat zijn dan de patiënten die de grote vrijheid niet aankunnen of storend werken op de sociale orde bv. door agressief gedrag.

Het lag niet in de eerste plaats in de bedoeling, dat wij deze inrichting zouden bezoeken. Na de lunch bezochten wij dan ook Romeinse opgravingen. Wij verdiepten ons grondig in de schoonheid van het opgegraven materiaal en keerden toen terug naar „Haperbury” voor de thee. Tijdens gesprekken hoorden we nog het volgende.

De patiënten in „Haperbury” verpleegd, zijn allen gestoord in

hun verstandelijke vermogens. De oorzaak van deze stoornissen is o.h.a. organisch. Er zijn derhalve veel lichamelijk gehandicapten, zoals ziekten van Little, geboortetraumata, traumatische epilepsien, etc. etc. Voor het lichamelijk welzijn wordt gezorgd door een staf van specialisten, physiotherapeuten onder leiding van een orthopaedisch chirurg.

Men toonde ons in deze moderne inrichting (gereed gekomen in 1940) verschillende installaties voor de lichamelijke verzorging, welke er voortreffelijk uitzagen.

Aan „research” wordt veel gedaan. De biochemisch ingestelden onder ons, geraakten in levendige discussies over suikerstofwisselingen, de vitaminen en andere biochemische onderwerpen. Directeur Shapiro en de begeleidende stafleden leken goed op de hoogte van al deze problemen.

Wat de medische staf betreft beschikte men over twee leiding gevende afdelingsgeneesheren („consultants”), die de dagelijkse leiding superviseerden van een viertal jonge psychiaters en (als wij het goed hebben begrepen) twee assistenten, in opleiding.

Wat de verpleging betreft lag de situatie ook daar moeilijk. Men beschikte over pl.m. 200 verpleegsters, deels alleen voor de verpleging, deels arbeidstherapeutisch geschoold. Men sprak van een tekort. Concrete opname- en ontslagcijfers kon men ons niet geven. Het jaarlijks verloop aan patiënten werd geschat op 200 per jaar.

Na „Haperbury” wandelden wij in 20 minuten naar „Cell Barnes”. Beide inrichtingen waren voorheen een stichting, na 1948 bij de wet gelieerd aan de staat.

In deze inrichting worden pl.m. 2100 patiënten verpleegd. Wegens gebrek aan verpleging zouden pl.m. 100 bedden leeg staan. Naar wat wij later zagen zouden wij willen zeggen, dat hier middelmatig zieke mensen worden verpleegd. Het verloop werd geschat op pl.m. 700 patiënten per jaar. Er zouden ook chronische zieken worden verpleegd.

Van deze inrichting zagen wij alleen het hoofdgebouw. Alles wat wij zagen was rijk betimmerd, goed onderhouden. Het diner met de staf en hun dames was meer dan voortreffelijk.

De directeur coll. Fitzgerald gaf gezien het late uur slechts weinig inlichtingen. De aan hem gerichte vragen waren ook niet groot in aantal. De medische staf bestaat uit 4 „consultants” en per consultant 5 psychiaters. (Mogelijk z.g. streefgetallen). Daar dit ziekenhuis sinds korte tijd was ingeschakeld bij de opleiding tot zenuwarts, beschikte men ook over assistenten. „We have a lot of them.”

Naar men ons verzekerde was de verpleging op moderne leest geschoeid. Er werd veel aandacht aan de arbeidstherapie besteed. Medicamenten was er niets nieuws onder de zon. Er werd veel geshockt en er waren uitgebreide groepstherapieën.

Op maandag 4 april bezochten wij „Het Cassel Hospital”, Ham Common Richmond, 10 mijl buiten Londen.

Het Cassel Hospital is een neurosen-hospitaal voor ongeveer 60 patiënten. Vroeger bedroeg dit aantal 100, doch sinds de opening van de polikliniek is het aantal teruggebracht tot 60.

Aan het Hoofd van het hospitaal staat Dr. Main.

Het hospitaal werd op een andere plaats in Engeland geopend in 1921, waarbij toen aan het hoofd kwam te staan een huisarts met bijzondere belangstelling voor neurosen, nl. Dr. T. A. Ross. Pas in 1936 kwam dr. Scott als 1e psycho-analyticus in dienst. Tijdens de oorlog moest het hospitaal worden ontruimd en werd na de oorlog op de huidige plaats heropend.

In het ziekenhuis worden zowel mannen als vrouwen verpleegd, terwijl moeders worden aangeraden hun kleine kinderen mee te brengen. Het hospitaal is verdeeld in 3 afdelingen van 20 bedden, waar aan het hoofd staat een senior staflid, die in het algemeen zelf niet behandelt, alsmede 2 tot 3 psycho-analytici, die de patiënten individueel psychotherapeutisch behandelen. Het senior staflid is geheel alleen verantwoordelijk voor de gang van zaken op de afdeling. Al het personeel is aan hem verantwoording schuldig. De directie bemoeit zich alleen via stafbesprekingen met mogelijke conflicts-situaties op de afdeling en onderlinge spanningen. De directie grijpt nooit in in de gang van zaken. Als tegenhanger van de vele psycho-analytici is één niet-psycho-analyticus georiënteerd arts aan het ziekenhuis verbonden. Patiënten worden opgenomen via huisarts, specialisten en eigen polikliniek. Zij kiezen zelf hun kamer. Er is een volkomen non-autoritair regime. De patiënten houden elkaar wederzijds in evenwicht. Zij kiezen een patiëntenbestuur en dat bestuur stelt allerlei regels vast. Houden de patiënten zich niet aan de regels, dan raken zij in botsing met hun eigen medepatiënten. Het verplegend personeel blijft volkomen passief. Dit is één van de grootste problemen en via zeer vele stafbesprekingen worden de hierdoor ontstane spanningen weggewerkt. Ook alle gevoelens, die bij het verplegend personeel ten opzichte van de patiënten naar boven komen, worden in onderlinge groepsbesprekingen nauwkeurig geanalyseerd. Door dit non-directive systeem wordt de verantwoordelijkheid van ieder lid van het personeel bijzonder groot. Zij moeten zelfstandig hun houding ten

opzichte van de patiënten zoeken en bepalen. Het is zeer moeilijk om geschikt personeel te vinden dat deze verantwoordelijkheid aan kan. Op iedere afdeling van 20 patiënten werken overdag 4 tot 5 verpleegsters, die in feite niets anders doen dan observeren, met de patiënten spreken en aan groepsbesprekingen van de staf deelnemen. Om 5 uur gaan de verpleegsters naar huis en blijft voor het gehele ziekenhuis één nachtverpleegster over.

De patiënten zijn geheel vrij om te werken, eventueel ook buiten het ziekenhuis of om niets te doen. De week-ends kunnen zij naar huis gaan of hun echtgeno(o)ten(s) kunnen in het ziekenhuis blijven logeren. Het schoonhouden van de afdelingen wordt onderling zelf door de patiënten geregeld en valt geheel buiten de competentie van de staf. Het ontbijt en de lunch worden centraal klaargemaakt, doch het diner maken de patiënten zelf klaar. Ook hierin worden zij vrij gelaten; alleen de tijden van de maaltijden staan vast.

De psychotherapie wordt verricht op analytische basis met een vrij directieve inslag. Reeds bij aankomst in het hospitaal wordt het ontslag al besproken. Na een korte observatie tijd van ongeveer 2 weken wordt de patiënt in de staf besproken en worden hun therapeutische mogelijkheden gezien.

De zg. hopeloze gevallen worden „rücksichtlos” geconfronteerd met hun hopeloosheid. De ontslagdatum wordt vastgesteld en er wordt op geen enkele wijze van afgeweken. De patiënten met therapeutische mogelijkheden blijven gemiddeld 6 tot 12 maanden in het ziekenhuis.

Grote aandacht wordt besteed aan de ziekte-winst van deze patiënten, alsook hun vlucht uit de maatschappij naar het ziekenhuis.

De therapeutische zittingen worden meestal 2 à 3 maal per week gehouden. Aan groepstherapie wordt weinig gedaan en was volgens Dr. Main meer geschikt voor psychopatische dan voor neurotische patiënten.

De ontspanningsavonden worden geheel door patiënten geregeld. Vóór de opname wordt door een van de zusters een bezoek gebracht bij de patiënt thuis en een milieu-rapport wordt samengesteld. Voor moeders die een puerperale break-down vertonen, is de staf van mening, dat het zeer nodig is om moeder en kind bij elkaar te houden om te voorkomen, dat de scheiding van moeder en kind te veel de angst, schuldgevoelens en andere spanningen ten opzichte van het kind zal wegnemen, waardoor de therapie bemoeilijkt wordt.

In tegenstelling tot deze zienswijze was men juist in de kliniek

Highwick (zie boven) van mening, dat scheiding van moeder en kind noodzakelijk zou zijn om ernstige stoornissen bij het kind later te voorkomen.

Overigens had men in het Cassel hospitaal ook al ingezien, dat een speltherapie voor deze kinderen, die toch allemaal in de relatie moeder en kind stoornissen vertoonden, moet worden doorgevoerd.

Een van de bedenkingen die tegen het Cassel hospitaal kan worden ingebracht ligt in de moeilijkheid, dat de therapeut ergens toch een autoriteitsfiguur moet zijn. Men zou zich kunnen afvragen of het niet beter zou zijn de directeur van het ziekenhuis als niet-behandelend psychiater, als autoriteit te laten fungeren, zoals ook in het Northfield Hospital en in het Militair Neurosen Hospitaal te Austerlitz geschiedde.

Over de resultaten van de behandeling kon men ons weinig definitiefs mededelen, alhoewel de indruk toch zeker gunstig was.

Op 5 april 1960 werd een bezoek gebracht aan het Graylingwell Hospital te Chichester en aan het huis „The Acre” te Worthing. Het Graylingwell Hospital betreft zijn patiënten uit het district West-Sussex, een gebied gelegen aan de Engelse Zuidkust tussen Brighton en Porthmouth. Vanuit het Graylingwell Hospital werden in dit district „psychiatrische diensten” opgericht. Ons bezoek had ten doel deze diensten te leren kennen.

In 1955 werd een plan gemaakt om het probleem van een steeds toenemend aantal opnamen per jaar en een daarmee gepaard gaand tekort aan bedden te bestrijden. Men wilde proberen meer behandelingsmogelijkheden te scheppen voor de niet opgenomen patiënten. Dit plan werd uitgewerkt, omdat men geen heil zag in het bouwen van nieuwe inrichtingen.

Men maakte in april 1955 een reis naar Amsterdam omdat men had gehoord, dat daar veel aandacht werd besteed aan de „out-patients.”

De in West-Sussex opgebouwde organisatie zou naar Amsterdams model zijn gemaakt. Meer dan een uitgangspunt kunnen de heren echter niet gevonden hebben op hun studiereis in 1955, aangezien er moeilijk twee gebieden zijn te bedenken, die meer van elkaar verschillen dan West-Sussex en Amsterdam. Tenslotte is dan op 1 januari 1957 het zogenaamde „Worthing Experiment” gestart. Er werd opgericht een „Worthing and District Mental Health Service”, een jaar later gevolgd door de „Chichester and District Mental Health Service”. Aan de beschrijving van deze diensten moeten eerst enige geografische gegevens voorafgaan om hun betekenis enigszins te kunnen waarderen.

West-Sussex is een gebied aan de Zuidkant van Engeland met een bevolking van ongeveer 380.000 zielen en een oppervlakte van 30 bij 30 km.

Aan de kust liggen enige badplaatsen, waarvan Worthing de grootste is. Er liggen geen grote steden in dit gebied. Er valt veel natuurschoon te genieten. Wij mogen dan ook wel aannemen, dat de vreemdelingen-industrie het voornaamste middel van bestaan vormt. Het is begrijpelijk, dat zich hier in verhouding veel renteniers en gepensioneerden gevestigd hebben, zodat het aantal ouden van dagen in dit gebied relatief hoog is.

Het Graylingwell Hospital is de enige psychiatrische inrichting in dit district. Er zijn geen zenuwartsen in dit gebied werkzaam, die niet aan de inrichting verbonden zijn. De poliklinieken in de verschillende algemene ziekenhuizen worden door artsen uit het Graylingwell Hospital gehouden.

Men heeft nu het district West-Sussex in drie stukken gedeeld, die benoemd naar de grootste plaatsen, die er in liggen, resp. Worthing-Chichester en Horsham heten. Worthing heeft dan een bevolking van ongeveer 160.000 zielen, de beide andere ieder 110.000. Wat oppervlakte betreft, is Chichester ongeveer even groot als de beide andere samen.

In Worthing is nu in 1957 een behandelingscentrum en daghospital opgericht, gevestigd in het huis „The Acre.”

In 1958 werd in het Graylingwell Hospital zelf eveneens een daghospitaal geopend met dezelfde behandelingsmogelijkheden als in Worthing.

In Worthing werken twee psychiaters uitsluitend voor de Worthing Mental Health Service, terwijl het werk in Chichester geheel wordt gedaan door de staf van het Graylingwell Hospital. In Horsham is nog geen dienst. Hier wordt alleen polikliniek gehouden.

Aangezien de Chichester Service geen belangrijke verschilpunten heeft met de Worthing Service gelden de volgende notities in principe voor beide diensten. De patiënten worden onderzocht en behandeld na verwijzing door de huisarts. Het onderzoek kan gebeuren of in „The Acre” of op de polikliniek of bij de patiënt thuis. Op „The Acre” is geen spreekuur. De patiënten komen daar volgens afspraak.

Het grootste deel van de patiënten wordt thuis onderzocht (in 1958 554 thuis tegen 411 op de polikliniek en 288 in „the Acre”). Door de behandelingsmogelijkheden van de diensten kunnen nu een groot deel van de patiënten buiten de inrichting gehouden worden. Voornamelijk betreft dit patiënten, die anders voor betrekkelijk korte opnamen in aanmerking kwamen.

De diensten beschikken over alle behandelingsmogelijkheden be-

houdens insuline-comatherapie, slaapkuren e.d. Patiënten kunnen als „out-patients” behandeld worden tenzij er een slechte lichamelijke conditie is of tenzij suicidegevaar bestaat zonder voldoende mogelijkheid van toezicht.

Verder is er een goede samenwerking nodig met de naaste familie en met de huisarts. De patiënt moet in staat zijn om zich te laten behandelen en zich aan de gemaakte afspraken te houden of de familie moet voldoende inzicht en overwicht op de patiënt hebben om te zorgen, dat hij zich niet aan het toezicht en de behandeling onttrekt. Wanneer aan bovengenoemde voorwaarden kan worden voldaan is behandeling thuis, op de polikliniek of in het behandelingscentrum mogelijk.

Een deel van de patiënten, die het behandelingscentrum bezoeken, doen dit in hospitaalverband.

De nu volgende gegevens kunnen mogelijk dienen om een indruk te geven van de werkzaamheden. Het aantal nieuwe patiënten in een jaar bedraagt in Worthing pl.m. 1200, waarvan pl.m. 350 ouder dan 65 jaar.

Van de 1200 patiënten hadden ongeveer 550 een vorm van depressie, terwijl een goede 275 geboekt werden als neurose.

De overigen (375) hadden zeer gevarieerde diagnoses.

Hierbij valt op, dat er ondanks de 350 patiënten boven de 65 jaar slechts ruim 50 als seniele dementie geboekt werden. In de statistiek werd de arteriosclerotische dementie weggewerkt onder de diagnose „organic reaction”, waar b.v. ook epilepsie in ondergebracht was. Het aantal „organic reactions” bedroeg 100.

Van de nieuwe patiënten (1200 dus) kregen pl.m. 350 E.S.T. (gemiddeld 7 shocks per patiënt). Modified insulin-therapie, die onder meer gegeven werd bij „tension states” werd in bijna 100 gevallen toegepast, terwijl er 150 patiënten een of andere vorm van psychotherapie kregen. Een gemiddelde van 7 gesprekken per patiënt wijst erop, dat psycho-therapie hier geen hoofdschotel is. In het daghospitaal verblijven een 10 tot 30 patiënten per dag. Naast een eenvoudige bezigheidstherapie onder leiding van een „Senior Occupational Therapist” wordt er ook enige fysieke therapie gegeven. Er is één psychiatrisch sociaal werkster, die haar „spreekkamer” in het daghospitaal heeft. In bepaalde gevallen gaan ook de verpleegster en de arbeidstherapeute op huisbezoek.

Het aantal patiënten, dat in een jaar vanuit het Worthing-district in het Graylingwell Hospital werd opgenomen bedroeg 250.

Aangezien er voor het begin van de dienst ongeveer 650 uit dit district werden opgenomen, zou dit betekenen dat er 400 pa-

tiënten, die voordien klinisch werden behandeld nu als „out-patients” behandeld konden worden.

De bevolking van de inrichting kon door de diensten teruggebracht worden van 1100 tot 1000. Dr. Carse schat de kosten per patiënt behandeld door de psychiatrische dienst op 9 shilling per week, terwijl een opgenomen patiënt 7.3.- pond moest kosten.

Beschouwing

De resultaten van het z.g. Worthing — experiment, zoals deze ons door Dr. Carse werden medegedeeld zijn indrukwekkend.

Het is echter niet mogelijk om tijdens een bezoek van enige uren voldoende gegevens te verkrijgen om een juist oordeel te vormen. In het rapport over het Worthing-experiment, dat in 1959 verscheen en waaraan een groot deel van de in dit verslag gebruikte gegevens zijn ontleend, stelt Dr. Carse dat het experiment begonnen is om een einde te maken aan het steeds toenemende aantal opnamen en een daarmee gepaard gaande overbezetting in de inrichting te bestrijden.

Echter nu na enige jaren vindt hij dit minder belangrijk dan de bijzondere voordelen, die een vermijden van een opname in een inrichting voor de patiënt heeft.

Het lijkt ons buiten twijfel, dat een deel van de patiënten buiten de inrichting kon blijven doordat men zich serieus met de patiënten bezig hield en niet de patiënten zonder meer in de ziekenauto laadde op grond van de stelregel, dat er geen betere maatregel is dan een psychiatrische patiënt zo snel mogelijk in de inrichting op te nemen.

Men kan zich voorstellen, dat in een minder „psychiatrisch maagdelijk” gebied als West-Sussex was, voordat het Worthing-Experiment startte een groot deel van de patiënten poliklinisch wordt opgevangen b.v. door gevestigde zenuwartsen en sociaal-psychiatrische diensten zoals deze in Nederland bestaan. In Worthing waren er echter bepaalde aspecten, die doen vermoeden, dat de resultaten daar inderdaad beter zijn. Bij een goede samenwerking tussen de huisartsen, een team van sociaal-psychiatrisch ingestelde zenuwartsen, die de patiënt aan huis of in een behandelingscentrum behandelen en de leiding van de betrokken inrichting kan waarschijnlijk een groot aantal opnamen worden voorkomen.

Een dergelijke samenwerking ook al is deze in West-Sussex op papier misschien beter dan in werkelijkheid lijkt ons in Nederland bijzonder moeilijk te bereiken.

Dr. Carse heeft de indruk, dat er een groep van patiënten in een vroeger stadium van hun ziekte onder behandeling komen,

zodat nog met betrekkelijk eenvoudige maatregelen een verder afglijden kan worden voorkomen. Hierbij speelt o.a. de mogelijkheid van het inschakelen van het daghospitaal een rol.

Uit het rapport van Dr. Carse blijkt, dat het naar buiten treden van de zenuwartsen vanuit de inrichting naar de woningen van patiënten hen dwingt om zich meer en meer bezig te gaan houden met het milieu van de patiënt. Enige opmerkingen, zoals b.v. dat ook de zusters en de arbeids-therapeute soms huisbezoeken afleggen ten behoeve van patiënten in het daghospitaal wijzen hierop.

Tenslotte nog enige kritische opmerkingen. Van een vrije artskeuze is in het gebied van West-Sussex voor zover het de psychiatrie betreft geen sprake. Wanneer men bedenkt, dat men in Worthing naast E.S.T. in het behandelingscentrum ook nog E.S.T. aan huis toepast, terwijl in Nederland bij toepassing van poliklinisch E.S.T. bij sommigen ernstige bezwaren bestaan kunnen, heeft men reeds een voorbeeld, waarmede men een discussie over het behandelingsmonopolie van de psychiatrische diensten in West-Sussex kan beginnen.

Zoals ook in de andere inrichtingen, die werden bezocht, werd ook hier de E.S.T. steeds onder narcose en met toepassing van succenyl-choline uitgevoerd. In verschillende inrichtingen in Nederland heeft men bezwaar tegen deze manier van behandelen. Op dit punt is het verschil met Engeland en zeker met de opvatting in West-Sussex wel groot.

Aan het probleem van de rehabilitatie van de chronische patiënten, wat in Warwick zo op de voorgrond staat (zie later), wordt hier nog niet veel gedaan.

De volgende dag — 6 april — volgde een excursie naar Borocourt-Hospital en Smith-Hospital.

Borocourt en Smith-hospital, beide gelegen in de omgeving van Reading, 40 mijl boven Londen, vallen onder de „St. Birinus-group hospital Management Committee”.

In Borocourt-hospital ontving dr. G. O. Gorman onze groep. Bij de eerste indruk imponeerde hij als een zakelijke organisator, die echter in de loop van de dag begiftigd bleek met uitstekende kwaliteiten voor de omgang met psychisch gestoorde kinderen. Het hoofdgebouw van Borocourt-hospital was oorspronkelijk een landhuis, gebouwd door een miljonair met twee kinderen. In kleine onderdelen waren er zeer smaakvolle architectonische vondsten, doch het geheel getuigde toch van een zekere wansmaak. Dit gebouw is het centrum van het instituut waar ongeveer 300 zwakzinnige patiënten verblijven.

Op een afstand van enige honderden meters van het landhuis, werden enkele paviljoens bezocht waar zwakzinnige patiënten werden verpleegd. Deze paviljoens hadden geen outillage die afweek van die in Nederland. De gehele inrichting was eenvoudiger dan verreweg de meeste paviljoens voor zwakzinnigen in Nederland.

Tussen het hoofdgebouw en de genoemde paviljoens liggen twee zgn. „sheltered workshops”. Wij zagen twee houten barakken waarin de ook in Europa bekende arbeidstherapie werd bedreven. Het belangrijkste object dat men onder handen had, was het ineenzetten van eenvoudige meubels en speelgoed.

Belangrijk lijkt ons dat de verrichtingen in de „workshops” naar stukwerk worden betaald om zo de arbeidssituatie zo goed mogelijk na te bootsen.

In een lokaal, grenzend aan de bovengenoemde, werd aan een tiental oligophrene kinderen van ongeveer 12 jr., onderwijs gegeven. Op de lessenaars lagen geopend een rekenschrift, een taal- en een leesboekje.

Behalve de directeur waren er vijf medici-stafleden. Het bleek dat de meeste stafleden tevens werkzaamheden verrichtten voor „out-patients” in Reading en elders in de omgeving, naast werkzaamheden in het Borocourt en Smith-hospital.

Opvallend is te noemen het nauwe contact tussen Borocourt en de maatschappij; de staf tezamen met de sociale werkers beslisten over de voor- en nazorg in het district waarin het ziekenhuis gelegen is. Met behulp van busdiensten worden dagelijks patiënten vanuit het rayon naar Borocourt gebracht om als dagpatiënt medische zorg te krijgen.

Voor enkele patiënten fungeert Borocourthospitaal als „nighthospital” met name voor die patiënten die aangepaste arbeid kunnen vinden bij werkgevers in de omgeving. Het bestaan werd vermeld van twee zogenaamde „hostels” in de omgeving, voor „half-way patients”. We kregen de indruk dat het hier huizen betreft, waar wat wij zouden noemen een groep patiënten in gezinsverpleging is.

Over de doorstroming in Borocourt-hospital hebben wij geen opheldering kunnen krijgen, daar de directeur deze gegevens niet paraat had.

Uitvoerig werden ons plannen geschetst en tekeningen getoond van binnen kort te bouwen nieuwe paviljoens gecombineerd met afzonderlijke observatie-afdelingen. Voor dr. O’Gorman was het vanzelfsprekend dat deze paviljoens ruimte moesten gaan bieden aan groepen van 15 patiënten, maar tot zijn spijt had hij met dit ideaal moeten breken op grond van personeelstekort. De pa-

viljoens zullen nu worden ingericht voor groepen van 30 patiënten.

Oorspronkelijk lag het in de bedoeling een neurochirurgische afdeling aan te bouwen, doch men is, vermoedelijk zeer terecht, tot het inzicht gekomen — gehoord ook de neurochirurgen — dat dit niet voldoende verantwoord was: de postoperatieve verpleging zou niet adaequaat kunnen geschieden door de grote afstand van het neurochirurgisch centrum. Persoonlijk menen wij dat ook wel een rol gespeeld zal hebben het relatief geringe aantal neurochirurgische gevallen. Het is ons niet duidelijk geworden waarom men serieus over een neurochirurgische afdeling gedacht heeft.

Van klinisch-neurologische en psychiatrische onderzoeken bijvoorbeeld naar de biochemische-, röntgenologische-, electro-encephalographische- of genetische aspecten van de oligophrenie is ons niets gebleken. Ons werd medegedeeld dat het algemene ziekenhuis in Reading werd ingeschakeld bij de klinische diagnostiek.

De lunch was goed verzorgd; kenmerkend voor de inrichting was, dat bij de service voor 90 procent vrouwelijke patiënten waren ingeschakeld. We hebben ons niet aan het gevoel kunnen onttrekken dat wij in Nederland een zodanige groep vrouwelijke patiënten slechts met moeite zouden kunnen vinden in een inrichting die bepaald bestemd is voor de verpleging van zwakzinnigen.

Indrukwekkend vonden wij de grote poliklinische activiteit en de vrij zware stafbezetting vergeleken met de zwakke bezetting in sommige Nederlandse inrichtingen voor zwakzinnigen. Een veel sterkere indruk, heeft het bezoek gemaakt dat wij na de lunch brachten aan het Smith-hospital, dat geassocieerd is aan het Borocourt-hospital en op een afstand van ongeveer 10 km. gelegen is.

In wezen betrof het een kliniek voor een zeer bepaalde groep gestoorde kinderen; op grond van gedragsobservaties en tests kunnen deze kinderen die variëren van 5 tot 12 jr., niet als zwakzinnigen in engere zin beschouwd worden, doch naar de mening van dr. O'Gorman beter betiteld worden met de algemene term: psychotisch.

Kenmerkend voor het psychotische gedrag werd geacht het onvermogen om kinderlijk affectief contact te leggen. Dr. O'Gorman wenste zich te distancieren van te vlug gebruik van termen als „early infantile autism” e.a., waar meer ervaring en inzicht in het verloop misschien zou kunnen leiden tot nadere klinische differentiaties in de ziektebeelden.

De aanpak van deze kinderen was gelegen in de affectieve

sfeer. In geen enkel opzicht diende de nadruk te vallen op het leveren van prestaties, van belang was slechts de vraag: hoe wordt dit kind affectief gebonden aan een volwassene.

Merkwaardig was dat dr. O'Gorman hier als adaequaat medium, de stabiele, oudere, vrouwelijke zwakzinnige zag. Het bestaande personeelstekort speelde in dezen zeker een rol, maar psychologisch achtte hij het op de eerste plaats belangrijk dat deze vrouwen, „big sisters” genoemd, uit hoofd van hun eigen structuur, het aan haar toevertrouwde kind zeker niet zouden dringen tot arbeid of intellectuele prestaties. Hun enige taak, die zij spontaan goed konden vervullen, was gelegen in het leggen van een materiële, koesterende band. Als belangrijk aangrijpingspunt noemde dr. O'Gorman de individueel sterk wisselende voorkeur van een bepaald kind voor dikwijls stereotype, kennelijk lustopwekkende gedragswijzen. Zo noemde dr. O'Gorman één kind dat dol was op acrobatiek, een ander knoeide graag met water, weer een ander neigde tot monotoon persevereren in het bewegen van een bepaald voorwerp. Aan water als bevrijdend en contact opwekkend medium werd een grote betekenis toegekend. Men stelde zich voor dit verder uit te werken door gebruik te maken van ondiepe vijvertjes waarin de kinderen zich naar hartelust zouden kunnen uitleven.

Wij hebben inderdaad de indruk gekregen dat het aantal psychotische kinderen groter is dan in Nederland gewoonlijk wordt aangenomen. Het zou wel eens zo kunnen zijn dat een kind dat hier wordt beschouwd als bijvoorbeeld versatiel, schizoid imbeciel, beter voorlopig beschouwd zou kunnen worden als „een psychotisch kind”. De stoornis in de affectieve relatie brengt, vooral naarmate het kind ouder wordt een ernstige affectieve achterstand met zich, omdat de cerebrale circuits, zoals dr. O'Gorman zich uitdrukt, niet op de chronologisch optimale tijd in gebruik konden worden genomen.

Over de aetiologische achtergronden tast men in het Smith hospital in het duister. Dr. O'Gorman vond het de moeite waard om met de nodige reserve een theorie van de paediatier te vermelden, die hierop neerkwam dat een gevoelig en intelligent kind op zeer jeugdige leeftijd bewust de oedipale situatie kan verwerken, wellicht veel bewuster dan wij in het algemeen denken. Juist bij de gevoelige en intelligente kinderen zou dan een psychische desintegratie, gekenmerkt door een diepe regressie naar een angstige, radeloze en afwijzende levenshouding, het gevolg kunnen zijn. Merkw aardig was zijn mededeling, dat niet zelden gedurende intercurrente ziekten, bijvoorbeeld infectieziekten, de psychotische kinderen een veel verbeterde indruk maak-

ten, in die zin, dat zij veel meer tendenzen toonden tot contact zoeken. We hebben niet de indruk gekregen, dat in Engeland op grote schaal klinieken als het Smith-hospitaal voorkomen. Het enthousiasme bij de medische staf was groot en de reeds verkregen resultaten moedigden hen in hoge mate aan om het klinisch experiment voort te zetten en elders te stimuleren.

Op 7 april werd een bezoek gebracht aan Cowley Road Hospital for Old People te Oxford. Geneesheer-directeur: Dr. Cosin.

Collega Cosin verstaat de kunst om in scherpe, geestige bewoordingen een compact overzicht te geven van zijn doelstellingen en werkzaamheden t.a.v. de geriatrie psychiatrie.

Fel richt hij zich tegen de „built-in-rigidities” van het algemene ziekenhuis, waarin o.a. „never-make-a-noise” tot leidraad van het dagelijks gebeuren is verheven, zéér ten detrimente van de psychotische patiënt.

Het probleem van de oude dag neemt epidemische vormen aan en dient als epidemiologisch vraagstuk te worden aangevat.

Hij hekelt de term: chronische patiënt. De „philosophy”, die aan deze terminologie ten grondslag ligt voert tot defaitisme. „There are no chronic sick, there are neglected patients”. Hoogstens zou men mogen spreken van langzaam progrédiente ziektebeelden, doch ook hier dient men de sociale factoren in de symptomatologie niet te verontachtzamen. „Confusion in the old age” bijvoorbeeld wordt voor een groot deel bepaald door „the level of social competence”. Dat ouden van dagen — op de willekeurig gekozen leeftijd van 65 jaar — plotseling hun werkzaamheden dienen te beëindigen is een ridicule gedachte: „We have to work”.

Gepleit wordt voor „a dynamic approach”, waarbij vooral de volgende 4 aspecten ten volle tot hun recht dienen te komen:

1e de pathologie

2e de psychologie

3e de sociale factoren

4e de lichamelijke handicap

Wat betreft de pathologie lette men op biochemische veranderingen; het bloedureum gehalte is altijd van betekenis; bovenal vraagt dehydratie speciale aandacht. Vele oudjes gaan ten gronde, omdat men onvoldoende op de vochtbalans let.

Het psychologisch aspect vraagt naar de emotionele factoren. Waarom bestaat hier angst, daar verwardheid? enz. Cosin onderstreept de veelvuldig voorkomende angst te zullen vallen, waardoor menig oudje zich niet durft bewegen (timor movendi).

Onzekerheid is de basis van de psychiatrie én van de sociale psychiatrie.

Het sociale aspect vraagt naar de omstandigheden in het gezin en naar de plaats van de patiënt in de maatschappij. Wat betreft de behandeling van geriatrie patiënten in een inrichting dient met dit sociale aspect ter dege rekening te worden gehouden. „Eternity-Wards” zijn uit den boze; de geriatrie patiënt dient zo spoedig mogelijk weer in de maatschappij geplaatst te worden, volledig dag-en-nacht verpleging is obsolceet. Hoogstens mag er sprake zijn van een zéér kleine eenheid (6 tot 8 bedden) waar buitengewoon medische en verpleegkundige aandacht aan de patiënt gegeven wordt. De verhouding verpleging-patiënten in deze eenheid dient één-op-één te bedragen. Zo spoedig als maar enigszins mogelijk dient de patiënt vanuit dit „epicentrum” met zijn „concentration of efforts” te worden afgevoerd naar de zg. „zone of periferial drift”, waar de patiënt in toenemende mate voor zichzelf leert zorgen. Deze afdeling telde aanvankelijk 40 bedden; geleidelijk kon dit aantal worden teruggebracht op 20.

De „physical disability” vraagt om een kleine rehabilitatie-eenheid voor zes bedden met een full-time physische therapeut. Hier dient de patiënt van zijn timor movendi te worden verlost. In de rehabilitatie eenheid van dr. Cosin vindt uitgebreid arbeidstherapie plaats. Naast ouden van dagen worden ook jongere dubbel-gehandicapten behandeld, het toenemend aantal verkeersongevallen met cerebrale laesies vraagt immers om speciale maatregelen.

Opvallend was ook een aantal een-persoonskamertjes bewoond en verzorgd door oudjes, waarvan meerdere de 80 jr. reeds gepasseerd waren. „They have to work”. Een poging om in dit zelfverzorgingscentrum oudjes van beiderlei kunne onder te brengen is echter gestrand op de gemakzucht van de oude heertjes, die de dames ál het huishoudelijke werk lieten opknappen, waardoor oververmoeidheidsverschijnselen optraden. Na het ontslag dient een programma van continue (niet incidentele) nazorg te worden opgesteld, welke in 6 punten kan worden samengevat;

1. In nauwe samenwerking met de huisarts is regelmatig medische controle noodzakelijk. Met name anaemie dient bijtijds te worden bestreden.
2. Bij het eerste alarm-signal van de zijde der familie dient de patiënt *onmiddellijk* heropgenomen te worden. Deze maatregel geeft de gezinsleden een groot vertrouwen in het beleid van het ziekenhuis, waardoor men al spoedig geneigd was wat meer van de patiënt te verdragen.

3. Onmiddellijke heropneming is eveneens geïndiceerd, wanneer werkverhoudingen of andere sociale factoren dit gewenst maken.
4. In sommige gevallen kan intermitterende heropneming van betekenis zijn. De geriatrische patiënt verkeert dan afwisselend enige weken in de maatschappij en enkele weken in het ziekenhuis.
5. Vakantie-opneming (holiday-readmission) is eveneens een belangrijke factor gebleken om het aantal ziekenhuisbedden laag te houden. Wanneer de familie met vakantie wenst te gaan en het ziekenhuis neemt gedurende deze tijd de zorg voor de patiënt op zich, dan zijn vele families eerder geneigd opa of oma in huis te nemen.
6. Het Day-Hospital voor bejaarden.

De grote betekenis, die men in Engeland hecht aan het instituut van dagsanatorium (d.w.z. een inrichting, waarin de patiënt overdag medische behandeling en zorg verkrijgt, terwijl hij de avond en de nacht thuis vertoeft) kan blijken uit het grote aantal, dat werd opgericht. In enkele jaren tijds steeg het aantal Day-Hospitals in Engeland tot 65! Enkele hiervan speciaal ten behoeve van ouden van dagen.

Op voldoende staf — óók voor geriatrische eenheden — werd wederom het accent gelegd. Het dagsanatorium, dat wij bezochten telde naast medische en verplegende huishoudelijke en administratieve staf voor 45 patiënten liefst 10 speciaal hiertoe opgeleide arbeidstherapeutische krachten van hoog niveau. (6 hiervan waren volledig opgeleid, 4 waren nog in opleiding). Het gebouwtje was speciaal voor de geriatrie ontworpen en telde o.m. een glazen wandelgang, arbeidstherapeutische ruimtes, een gemeenschappelijk recreatiezaaltje, een ruimte voor televisie bezichtiging, een apart kamertje voor individuele rehabilitatie (zelf leren aankleden, bed opmaken, hanteren van speciaal ontworpen dagelijkse gebruiksvoorwerpen e.d.), een keuken, een eetzaal en de benodigde staf ruimtes.

Ook voor demente bejaarden huldigde men in Oxford het principe: „no locked doors”. De wandelgang werd slechts door middel van een gordijn gescheiden van de entree, waar echter een administratieve kracht toezicht hield op de — open — voordeur. Mocht een gedesoriënteerd persoon aan haar aandacht ontsnappen dan kwam de patiënt in een grote tuin, waar een dienstige tuinman de verdoolde weer het rechte pad kon wijzen. Mocht onverhoopt de dwalende toch het brede pad naar de wereld en haar gevaren bewandelen, dan waren voldoende schutshengelen ter plaatse. Elke patiënt draagt nl. een insigne van het dagsanatorium; zowel de omwonenden als de politie weten der-

halve het verdoolde schaap met spoed weer tot de kudde terug te voeren.

De volgende dag — 8 april — stond het Warneford Mental Hospital te Oxford op het programma.

Ongaarne namen wij afscheid van Oxford, dat met zijn rijke historie en zijn prachtige colleges niet nagelaten had grote indruk op ons te maken. Even buiten Oxford ligt het Warneford Mental Hospital. Zoals bij zovele inrichtingen in Engeland viel ook hier onmiddellijk bij het binnenrijden de zeer verzorgde en ruime tuinaanleg op. Er zijn overal ruime en keurig onderhouden gazons met verspreide prachtige boomsorten of randstruiken. Op de bodem ontbrak nergens de eerste voorjaarskleur der narcissen en vroege tulpen. Bijna tegengesteld is het aspect van de gebouwen, die naar buiten vaak een sombere of verwaarloosde indruk maken. Het Warneford Mental Hospital bestaat uit een groep oude massieve, dicht bijeenstaande gebouwen. Bij het binnengaan van het hoofdgebouw bleek al dadelijk, dat men door het aanbrengen van lichte functionele kleuren naar een wat modernere sfeer gestreefd had. Langs de wanden van de gang hingen moderne aquarellen en smaakvolle decoratieve bloemstukken ontbraken ook in deze inrichting niet.

De directeur dr. Mc. Innes ontving ons in de bibliotheek. Na de gebruikelijke verwelkoming gaf hij ons een kort overzicht van de geschiedenis van het Warneford Mental Hospital. Het Hospital werd in 1803 door de Anglicaanse geestelijke Warneford gesticht. Het werd als zodanig afgespitst van een algemeen ziekenhuis en dit zou men een historische oorzaak kunnen noemen voor het feit, dat er tot op de huidige dag in het Warneford Mental Hospital een grote belangstelling heeft bestaan voor het organische en somatische in de psychiatrie.

Het Warneford Mental Hospital heeft thans 150 bedden.

De staf bestaat uit 10 artsen, 3 psychologen, 3 sociale werkers en 88 verplegenden. Het Hospital is ingeschakeld bij de opleiding van artsen. Medische studenten uit Oxford komen enige maanden geheel intern in dit Mental Hospital. Zij maken alles mee en zijn om zo te zeggen de permanente gast van de medische staf. Ook op een ander gebied heeft het Warneford Mental Hospital een betekenis voor de universitaire gemeenschap, doordat het een speciale belangstelling heeft voor de „breakdown”-toestanden onder de studenten. Dr. Mc. Innes vertelde een bijna legendarisch voorbeeld van een student, die tijdens het examen in een paniektoestand dreigde te desintegreren. De candidaat en zijn examinerator werden in een taxi naar het Warneford Mental Hospital vervoerd en daar werd na psychiatrische bijstand het examen voortgezet. De candidaat slaagde!

Het is mogelijk, dat de student-patiënt ook tijdens zijn verblijf in het hospitaal zijn studies voortzet, waarbij er een intensief contact blijft bestaan met de leiding van de colleges.

Aan het Warneford Mental Hospital is ook een psychiatrische kinderafdeling gekoppeld. Dit Park-Hospital is een landhuis, dat even buiten het terrein van het Warneford Hospital is gelegen. Het biedt plaats aan 40 kinderen, van wie de meesten op organische grond geestelijk gestoord zijn geraakt. Na de koffie werd ons gezelschap in kleine groepen rondgeleid. We zagen de arbeidstherapie, die nieuw gebouwd was en op betrekkelijk ruime afstand lag van de verpleegeenheden. Men werkte in één groot vertrek met mannelijke en vrouwelijke patiënten gezamenlijk. De aard van het werk was voornamelijk handenarbeid in grote verscheidenheid. Verschillende vrouwen zaten buiten in het zonnetje te breien.

Dr. Farnell van het Warnford Mental Hospital hield een referaat betreffende onderzoekingen over een verband tussen lichaamsbouw en psychiatrische afwijkingen.

Referent maakt gebruik van een gewijzigde Sheldon methodiek om zijn patiënten materiaal in te delen naar hun lichaamsbouw. Hij gaat niet alleen af op een fotografische dus visuele benadering van de patiënt, zoals Sheldon doet, maar past ook andere meetmethodieken toe. Hierbij wenst hij zich te verwijderen van een methode, die de lichaamsbouw op grond van de constitutie als centrale eigenschap ziet en wil hij meer het fenotype vastleggen.

Bij de patiënten wordt gelet op lineariteit (langheid), vetheid (hij spreekt hier niet van endomorphie, zoals Sheldon) en gespierdheid van de patiënt.

Deze 3 eigenschappen worden met een cijfer van 1 tot 7 gewaardeerd uitgezet in een grafisch drieassig systeem, waarbij de assen in elkaar in het midden snijdend met hun hoogst genoteerde uiteinden de punten van een gelijkzijdige driehoek vormen, welke punten extreme lineariteit, gespierdheid of vetheid aanduiden. Indien hij in deze figuur zijn patiënten materiaal ging uitzetten, bleek rond het snijpunt van de drie assen de gemiddelde patiënten te groeperen. Hierbij namen bepaalde groepen afwijkende liggingen in de driehoek in. Zo bleek, dat de schizofrenen in twee groepen uiteen vielen, nl. een meer musculair type schizofrenen en een meer lineair. De musculaire bleken frequenter een paranoïed, de andere een meer neurastheen schizofreen symptomen complex te vertonen. Psychasthene patiënten overwogen meer in de lineaire richtingen. Ook bleken er in deze driehoek plaatsingsverschillen tussen manlijke en vrou-

welijke patiënten, wat gezien de met het blote oog reeds zichtbare verschillen geen verwondering hoeft te wekken. Belangwekkender wordt dit, wanneer referent partnerkeuze in het huwelijk en eigenschappen van de kinderen daaruit in de figuur uitzet, waarbij vooralsnog weinig materiaal bewerkt is.

Referent hoopt deze eigenschappen van de partnerkeuze te kunnen gebruiken bij het uitzoeken van psychotherapeut voor patiënten. Overigens wordt dit systeem al gebruikt om prognostische mogelijkheden bij bv. schizophrene patiënten na te gaan bij shockbehandeling.

Nieuw en modern, van binnen en van buiten was de kuurafdeling voor de insuline coma therapie. Het leek wel alsof de sfeer in deze afdeling met opzet extreem medisch gehouden was. Centraal in deze afdeling stond een soort sterilisatieruimte met indrukwekkende apparaturen en medische instrumenten. Op het eerste gezicht waande men zich in een chirurgisch centrum. Rondom deze met glas afgescheiden ruimte stond een tiental bedden, die kennelijk als kuurbed bedoeld waren. Tijdens ons bezoek waren er hoogstens twee in gebruik. Desgevraagd gaf men zelf toe dat deze afdeling topzwaar was uitgevallen, omdat men de waarde van de I.C.T. had overschat. We zagen verder enkele kleine afdelingen voor ernstig gestoorde en chronische patiënten. De sfeer op deze afdelingen had ook weer iets typisch Engels, overal brandde een (afgeschermd) open haardvuur, er stonden veel gemakkelijke stoelen op een degelijk tapijt. Meerdere patiënten lagen in bed, de overigen zaten rustig in de stoelen!

Midden tussen de overige gebouwen troffen wij een soort klasseeafdeling, waar in keurige kamers de studenten verpleegd werden. Zij hadden de beschikking over een gemeenschappelijke eetkamer en een conversatiekamer.

Bij de ingang van het terrein bezochten wij een goed ingerichte polikliniek. Het Hospitaal heeft een eigen E.E.G. afdeling.

Het bezoek aan de kinderafdeling in het Park-Hospital bood weinig nieuwe aspecten. De verpleging in een groot landhuis heeft iets romantisch, maar de verpleegtechnische bezwaren, vooral bij de verpleging van kinderen, wegen hier niet tegenop. Na de voortreffelijke lunch, voorafgegaan door een even voortreffelijk sherry-uurtje, hield een van de stafleden een voordracht over de relatie tussen psychiatrie en lichaamsbouw.

In het Warneford Mental Hospital heeft men zich op de bekende theorie van Sheldon gebaseerd. Sheldon onderscheidt 3 extreme vormen van lichaamsbouw, nl. 1. de extomorfen, 2. de me-

somorfen, en 3. de entomorfen, die in maten uitgedrukt resp. worden aangeduid met 1-1-7, 1-7-1 en 7-1-1 en die de hoekpunten kunnen vormen van een driehoek, waarbinnen alle overgangstyperingen hun plaats vinden. In het midden van de driehoek, rondom 4-4-4 als gemiddelde, liggen uiteraard de meeste typen.

Sheldon vond correlaties met psychische trekken, die evenals de afzonderlijke maten in de loop van het leven constant bleken. Voor de psychiatrie bleek dat bepaalde gedeelten binnen de driehoek, meer door schizofrene patiënten werden bezet en andere gedeelten weer meer door manischdepressieve patiënten enz.

Men heeft zelfs gemeend bepaalde correlaties te moeten aantonen tussen een bepaald type uit de driehoek en het effect ter behandeling. Zo hoopt men in de toekomst dit systeem te gebruiken als een indicator voor de aard der in te stellen therapie. In het Warneford Hospital heeft men hier grote belangstelling voor en men zal dit verder uitwerken.

Als belangrijk voordeel boven de typologie van Kretschmer kwam in de discussie naar voren het feit, dat in het systeem van Sheldon de in aantal het meest voorkomende typen rondom het gemiddelde beter te differentiëren zijn, terwijl Kretschmer geen andere mogelijkheid heeft dan deze grote groep onder te brengen onder de zg. dysplastischen.

Tenslotte brachten wij op 9 april een bezoek aan *The Mental Hospital at Hatton*. County of Warwick, Geneesheer-directeur Dr. E. S. Stern.

De inrichting is meer dan 100 jaar oud (opgericht in 1852). De eerste geneesheer-directeur was een leerling van Conolly. In 1952 werd ter herdenking van het eeuwfeest een boekje uitgegeven, waarin o.m. het volgende is te vinden: Een bazar van werkproducten van de verpleegden werd reeds in 1859 gehouden. Het totaal aantal verpleegden bedroeg 680 in 1879 (thans 1400, waarvan iets meer vrouwen dan mannen); de geneesheer-directeur adviseerde toendertijd om niet tot uitbreiding over te gaan. De eerste consulterend chirurg kwam in 1911, de eerste tandarts in 1923. In 1924 werden een kantine, een laboratorium en een operatiezaal ingericht. Huisbezoek bij geesteszieken was altijd al een normale taak van de inrichting. In 1926 werd de eerste out-patient-clinic te Coventry geopend, uitgaande van de inrichting (thans zijn er zes in diverse plaatsen rondom Hatton, w.o. te Stratford-upon Avon). De eerste full time apotheker kwam in 1937, terwijl daarna volgden een psychiatrisch-sociale werker in 1938, een occupational-therapist in 1940 en een psycho-

loog in 1944. Landelijk heeft de inrichting altijd een belangrijke plaats ingenomen en vele bekwame artsen en verplegenden „afgeleverd”. In 1939 werd een bepaald gebouw tot „Neurose-eenheid” gemaakt en sedert 1933 vervult de inrichting de gehele psychiatrische dienst van de „area”. In tegenstelling tot de situatie in Nederland heeft een psychiatrische inrichting in Engeland — men zie ook de desbetreffende adviezen van de W. H.O. — een belangrijke extra murale taak en verantwoordelijkheid. Ook de bureaus voor moeilijk opvoedbare kinderen en voor huwelijksproblemen behoren bij de inrichting. De nazorg wordt vooral uitgeoefend door aan de inrichting verbonden sociaal-psychiatrische werkers. Er zijn 5 psychiaters en 5 artsen — opleiding — werkzaam. Aan de opleiding van de assistenten wordt veel aandacht besteed. De deelnemers aan onze studytour waren vooral geïnteresseerd in de behandeling van de langdurig gestoorde, de chronische gestichtsbewoners en de ouderen, ook al omdat een aantal eerder bezochte instituten patiënten schenen af te stoten. Bovendien was er grote belangstelling voor het „open deur” systeem. Met overtuigende openhartigheid werden ons de afdelingen en de verpleegden getoond en de moeilijkheden niet verzwegen. Er zou een overbezetting zijn van 40 á 50 procent en een tekort aan mannelijk verplegend personeel van ongeveer 50 procent. Niettemin passeren per jaar pl.m. 2000 zieken de inrichting. Er wordt ook gebruik gemaakt van vrouwelijke hulpkrachten gedurende enkele uren. De strijd om personeel tegen de nabij gelegen industrie is een verloren zaak. Op een mannenafdeling voor 88 zwaar gestoorde (schizofrenie en epilepsie) zijn 3 broeders werkzaam plus 1 nachtbroeder. De slaapzaal was niettemin keurig en het rook er fris. Van de oude isoleercellen met hun typische bovendeuren zijn privé-kamertjes gemaakt en er is een open vrije veranda, waar bedden staan en de verpleegden des nachts slapen. De oude gebouwen met de zeer grote zalen zijn zoveel mogelijk gemoderniseerd, al moet men een aantal ervan toch wel nagenoeg onbruikbaar achten. De prettige sfeer en weldadige rust vallen echter overal op. De arbeidstherapie wordt zeer intensief toegepast, waarbij zelfs voor de alleroudsten nog produktieve bezigheid is gevonden. Er is een grote variatie van werkmogelijkheden, welke soms in onaanzienlijke gebouwtjes zijn ondergebracht. De beloning van de verpleegden zou nog niet voldoende gedifferentieerd zijn. Vrouwen en mannen werken vaak samen. Ten aanzien van vakantie, familiebezoek, uitstapjes enz. wordt een zeer ruim standpunt ingenomen. Contacten naar buiten worden nauwkeurig gevolgd en ontwikkeld.

De lichamelijke verzorging van de verpleegden krijgt veel aan-

dacht en van sedativa en tranquillizers wordt een geremd gebruik gemaakt.

Vermeldenswaard zijn verder nog: het systeem van veel besprekingen met *alle* personeelsleden, uiteraard in groepen verdeeld, over alle zaken, de inrichting betreffende: het systeem van zoveel mogelijk differentiatie in de bestemming van zalen en afdelingen en de oprichting van zo klein mogelijk gehouden afzonderlijke bijgebouwen (observatie van nieuwe patiënten), indien hieraan behoefte bestaat; een theeautomaat op de afdelingen; postzegels-, snoep-, en sigarettenautomaten bij de kantine; een groot centraal mededelingenbord; vrijheid voor de verpleegsters om hun eigen kostuum te ontwerpen; een boekje voor nieuwe patiënten met alle gegevens plus een plattegrond; het weekblad „Hospital News” en tenslotte de Rehabilitation Unit. Deze laatste is ondergebracht in een oud gebouwtje en is in gebruik sedert oktober 1955.

Dr. K. R. Thomas hield er een inleiding over. Twee gedachten liggen er aan ten grondslag: a) ondanks alle intramurale activiteiten is er een aantal patiënten, die niet verder komen en een onpersoonlijk bestaan in de inrichting gaan leiden; b) de overgang naar het leven en werken in de vrije maatschappij vereist een eigen apparaat.

In de Unit hebben de patiënten eigen taak en overeenkomstige verantwoordelijkheid. Alles is geregeld, zoals dat in de vrije maatschappij ook is (eet- en werktijden; meldingsklok bij de ingang van de werkzaaltjes); punctualiteit is een belangrijk element. Persoonlijk initiatief wordt aangemoedigd evenals sociale belangstelling. Het gevoel van dynamiek en vooruitgang wordt bevorderd („each patient will appreciate, that he or she is an important number of a winning team”).

De vrouwen doen huishoudelijk werk in de meest uitgebreide zin en de mannen verrichten tuin-, technisch- of administratief werk. Ook de artistieke gaven worden ontwikkeld. Sommige werken geheel of gedeeltelijk buiten de inrichting en verdienen dan flink. Het geheel is een concentratie van geneeskundige-, verpleegtechnische-, sociale en arbeidstechnische zorg. De gemiddelde verblijfsduur is 4 maanden. Tot dusverre kon ongeveer de helft van de mannen, die in de Unit kwamen naar de vrije maatschappij worden ontslagen (een hiervan was 19 jaar opgenomen geweest). Om het ontslag te bevorderen wordt zeer vroegtijdig contact opgenomen met de familie. Men heeft behoefte aan „hostels” (vgl. sluisinternaten) als geen geschikte familie te vinden is. Ook de nazorg is zeer intensief. De Rehabilitation Unit is een typisch voorbeeld van differentiatie binnen de inrichting.

Deze voorbereiding van langdurig verpleegden voor ontslag maakt een bijzonder efficiënte indruk.

Terugziende op deze studiereis willen wij gaarne nog eens gewag maken van onze dankbaarheid jegens de Engelse gastheren, die ons op zo voortreffelijke wijze ontvangen hebben en niet minder onze dankbaarheid ten opzichte van de Besturen van de diverse Nederlandse Instituten, die voor hun Stafleden deelneming aan de reis mogelijk hebben gemaakt. Dit bezoek heeft ons zeker weer verrijkt met nieuwe ideeën en we hopen door publicatie hiervan alle leden van onze vereniging hier ook deelachtig aan te mogen maken. Gememoreerd mag nog worden dat de groep, samengesteld uit vogels van diverse psychiatrische pluimage, in de grootst mogelijke harmonie en prettige omgang deze reis volbracht heeft.

Het heeft de groep niet alleen meer kennis bijgebracht van de Engelse Psychiatrie maar ook meer begrip en waardering voor elkanders werk hier in Nederland.

Mogen we besluiten met de hoop dat de indrukken en ideeën die we hebben opgedaan zullen bijdragen tot verdere ontwikkeling van de zorg voor de zieke medemens.

In de Unit hebben de patiënten eigen taak en overeenkomstige verantwoordelijkheid. Alles is geregeld, zoals dat in de vrije maatschappij ook is (eer- en werktijden; meldingsklok bij de ingang van de werkplaats); punctualiteit is een belangrijk element. Persoonlijk initiatief wordt aangemoedigd evenals sociale belangstelling. Het gevoel van dynamiek en vooruitgang wordt bevordert („each patient will appreciate, that he or she is an important number of a winning team“).

De vrouwen doen huishoudelijk werk in de meest uitgebreide zin en de mannen vertichten tuin-, technisch- of administratief werk. Ook de artistieke gaven worden ontwikkeld. Sommige werken geheel of gedeeltelijk buiten de inrichting en verdienen dan flink. Het geheel is een concentratie van geneskundige-, verpleegtechnische-, sociale en arbeidstechnische zorg. De gemiddelde verplichting is 4 maanden. Tot dusverre kon ongeveer de helft van de mannen, die in de Unit kwamen naar de vrije maatschappij worden ontslagen (een hiervan was 19 jaar opgenomen geweest). Om het ontslag te bevorderen wordt zeer vroegstijdig contact opgenomen met de familie. Men heeft behoefte aan „horels“ (vlg. sluisinstorten) als geen geschikte familie te vinden is. Ook de nazorg is zeer intensief. De Rehabilitation Unit is een typisch voorbeeld van differentiatie binnen de inrichting.