

voortaan als vrouw geboekt te staan, zijn paspoort gewijzigd wil hebben enz. Verdere concessies kunnen tot verdere uitbouw van het illusionisme voeren tot — zoals Binder het uitdrukt: „enthusiastische Umstellung auf die Weibesnatur”. — Buerger-Prinz besluit zijn beschouwing hierover aldus: „Praktisch kann man vielen dieser Menschen dadurch helfen oder zumindest eine Erleichterung verschaffen, dass man ihnen eine gewisse Absättigung ihres Rechtsgefühls und ihres Anspruches zubilligt: z.B. durch Erwirken einer behördlichen Erlaubnis zum Tragen weiblicher Kleidung. Alle chirurgischen Eingriffe zur Umgestaltung des Körperstatus gehen doch sehr weit, weil sie die Zerstörung eines natürlich gegeben Zustandes bedeuten und jedes weitere Nachgeben neue Forderungen und neue Beunruhigung nach sich zieht.”

OVER DE ORGANISATIE DER PSYCHIATRISCHE VERZORGING IN DENEMARKEN

door H. VAN DEN BOSCH, zenuwarts, verbonden aan de Ned.
Herv. inrichting voor zenuw- en geesteszieken „Hulp en Heil”
te Leidschendam (Gen. dir. J. H. Plokker)

De psychiatrie in Denemarken is voor 90 pct. geconcentreerd in inrichtingen.

De inrichtingen vormen dan ook het wezenlijke forum, maar ook vrijwel het enige forum der psychiatrie in Denemarken.

Uit de aard der zaak is de ene inrichting dit meer dan de andere al naar gelang zij door zeer kundige leiders, locale mogelijkheden en andere stimuli zich boven het vervullen van hun primaire taak hebben kunnen uitwerken.

Deze primaire taak is: de *volledige* psychiatrische verzorging van het district waarvan zij het psychiatrische centrum vormen.

Als zodanig is Denemarken ingedeeld in 7 districten, die in opzet en structuur een grote mate van overeenkomst tonen, waarnaast men als 8e district de stad Kopenhagen zou kunnen noemen met een verzorging met eigen karakter.

Het totale aantal bedden bedraagt iets meer dan 10.000 op 4.500.000 inwoners hetgeen neerkomt op 2,2 per 1000.

Hierbij zijn buiten beschouwing gelaten de plaatsen ter beschikking van de zwakzinnigenzorg (zwakzinnige patiënten treft men — althans als primaire diagnose — in de psychiatrische inrichtingen niet aan).

Van deze 10.000 bedden vormen 7.000 werkelijke hospitaalplaatsen, 2.000 bestaan uit „nursing home” bedden, 1.000 zijn ondergebracht in familieverzorging.

Dit vinden wij dus ook districtsgewijs weer terug:

De inrichting „Statshospital” als centrum met daarnaast

- 1e. door de inrichting gesuperviseerde nursing homes.
- 2e. door de inrichting gecontroleerde patiënten die in familieverzorging geplaatst zijn, en
- 3e. door de stafleden in perifere steden gehouden controles van ambulante patiënten waaraan ook enige polikliniekwerkzaamheid verbonden is.

De inrichtingen zijn over het algemeen niet van recente datum: Het nieuwste perifere hospital in Nykobing op Sjaelland dateert van 1915. Sindsdien heeft wel nieuwbouw plaats gevonden doch dit betrof voornamelijk moderne nursing homes (plejehjem) en een kleine nieuwe inrichting in Bronderslev, die door het hinken op twee gedachten een heel bijzonder karakter gekregen heeft.

Dit jaar wordt een nieuwe opnamekliniek voor Kopenhagen centrum gedeeltelijk in gebruik gesteld.

Hoewel het stichtingsjaar van de oudere en de nieuwere geestichten meer dan 100 jaar van elkaar verwijderd ligt vindt men overal één hoofdtrek terug: n.l. de opzet van een groot aantal afdelingen met een beperkt aantal patiënten.

Het Risskov-Statshospital in de nabijheid van Aarhus dat in 1850 gebouwd werd heeft een capaciteit van 728 bedden verdeeld over 35 afdelingen, 18 aan de mannenkant en 17 aan de vrouwenkant.

Groepsgewijs vallen deze afdelingen in de praktijk uiteen in:

- 1e. een acute onrustige opnameafdeling (manieën, delieren, etc.).
- 2e. een acute rustige opnameafdeling (depressies).
- 3e. een subacute licht geagiteerde afdeling.
- 4e. een subacute en observatie-afdeling.
- 5e. een subacute opname-afdeling voor recidiverende patiënten die vnl. voor herhaling of opnieuw instellen van behandeling worden opgenomen, tevens insuline-afdeling.
- 6e. een chronische afdeling voor ouden van dagen.
- 7e. een chronische onrustige afdeling (explosieve psychopathen, epileptici, schizofrenen).
- 8e. twee chronische afdelingen voor zwaar gereduceerde schizofrene toestanden, die toch onderling ook weer dit kleurverschil hadden dat de patiënten van de ene afdeling vrijwel uitsluitend het beeld vertoonden van het autisme pauvre; de anderen in hun ziekzijn nog meer gesystematiseerd waren.
- 9e. 7 chronische afdelingen met een wisselende mate van contact met buitenwereld.
- 10e. 1 „hotel”-afdeling tevens reconvalescentie-afdeling.

Toen ik trachtte dit groepsgewijs in te delen ben ik in gedachte alle afdelingen nog eens langs gegaan waarvan vele zo'n aparte sfeer hadden en derhalve een speciale functie, dat ik toch tot niet minder dan 10 categorieën kwam.

Het is dus duidelijk, dat, door de opzet, milieutherapie een grote rol speelt, en dat omgekeerd milieutherapie m.i. niet anders mogelijk is dan in een scala van vele gedifferentieerde afdelingen.

Deze opzet vraagt uiteraard om een daaraan aangepaste personeelsbezetting en een daaraan aangepaste organisatie van de personeelsbezetting.

Wat de artsen betreft heerst er een strenge hiërarchie. Ik geloof niet dat dit ontstaan is als aanpassing aan de hospitaalstructuur maar eerder een typisch fenomeen van de Deense artsenstand in dienstverband en mogelijk een intellectueel protest tegen de in Denemarken althans in het openbare leven zeer ver voortgeschreden democratisering en egalisering. Hoe dit ook zij: Aan het hoofd van zowel de mannen- als de vrouwenkant, die ook wat artsen betreft streng gescheiden zijn, staat een eerste geneesheer (overlae), een zuiver medische functie, dus niet geheel te vergelijken is met een geneesheer-directeur.

Deze wordt terzijde gestaan door twee chefs de clinique, die alternerend plaatsvervangend zijn. Dit zijn ervaren klinici, die de titel van assisterende overlae voeren.

Daarnaast is er een speciale overlae voor de psychotherapie voor zowel de mannen- als de vrouwenkant. Zij vormen dan de kring van stafleden, die voor „vol” worden aangezien, hetgeen tot uitdrukking komt in een vaste aanstelling. Dat deel van de medische staf, dat daaronder komt, wordt aangeduid als de „jongere laeger”: „de jonge dokters” en zij moeten al naar gelang van hun rang hun plaats weer ontruimen en naar elders solliciteren na 1, 2 of 5 jaar. Dit zal zeker verband houden met het feit, dat een deel van deze aanstellingen tevens opleidingsfaciliteiten inhoudt.

Van deze groep waren er — en dit is vrij algemeen — per afdeling 5 vertegenwoordigers; 2 assistenten in het laatste deel van hun psychiatrische opleiding, die weer min of meer als de rechterhand van de chefs de clinique te beschouwen zijn en 3 wacht-assistenten, die eens in de 3 dagen wacht hebben en dan alle opnamen verzorgen, de electroshockbehandeling geven en de voor komende kleinere of grotere incidenten moeten trachten op te lossen.

Daarnaast is er een zich steeds uitbreidend aantal wetenschappelijke assistenten, die zich uitsluitend met wetenschappelijke onderzoeken bezighouden.

Zelf heb ik een jaar grotendeels als wachtassistent in het Risskow-Statshospital bij Aarhus gewerkt en ik heb de indruk gekregen, dat de instelling van wachtassistenten in de organisatie aldaar zeer adequaat was.

Het preciese aantal opnamen van het afgelopen jaar weet ik niet, maar het was groot — op werkdagen naar mijn indruk gemiddeld 2 per dag aan de mannen- en aan de vrouwenkant. Dat ik met deze indruk niet zo heel ver mis ben blijkt uit cijfers over het jaar 1952 waarin 998 patiënten werden opgenomen, wat dus meer is dan het totaal aantal bedden dat 755 bedraagt. Van deze 998 opnamen ging het in 343 om opnamen voor de eerste maal, en van de rest — dus heropnamen — kwamen 216 patiënten binnen 3 maanden na ontslag weer terug, 439 na een langere periode.

Er is dus een zeer bewegelijke bovenlaag, die telkens de maatschappij weer wordt ingestuurd en ook telkens weer terugkomt. Dat patiënten tussen de 10e en 20e keer worden opgenomen is dan ook geen uitzondering.

Hierin vindt men dus zeer sterk een uitdrukking van het principe om de patiënten zo lang mogelijk buiten de categorie van de chronisch gehospitaliseerde patiënten te houden.

Doch het is niet alleen deze ideële grond, die dit veroorzaakt: in de praktijk is het vaak plaatsgebrek dat sterk medebepalend is voor ontslag. Een factor, die daartoe meewerkt is natuurlijk in de eerste plaats een toch wel te gering aantal bedden maar ook dit, dat men over een tweetal soort opnamen geen zeggenschap heeft en dat zijn de Deense equivalenten van de machtigingen.

Men kent daar de „Tvangsindlaeggelse” (Dwangopname) op indicatie van gevaar voor zichzelf of omgeving (rode papieren) en de Dwangopname op behandelingsindicatie (gele papieren).

Indicatie tot een dergelijke opname wordt gesteld door de huisarts of gemeentearst. Deze schrijft de papieren en wendt zich tot het meest nabijzijnde politiebureau, dat zorg draagt voor verdere autorisatie ook door familieleden en de patiënt wordt onder politiebegeleiding aan de inrichting afgeleverd, die deze opname niet weigeren mag, wanneer het gaat om rode papieren. Meestal heeft men de beleefdheid om van te voren de inrichting van de komst van de patiënt op de hoogte te stellen, doch dit gebeurt ook niet altijd.

Een opname-aanvraag op behandelingsindicatie houdt in, dat de patiënt binnen een week moet worden opgenomen.

De overige opnamen worden door de verwijzend arts aangevraagd op daartoe bestemde papieren: een artsenverklaring — waarin vraagsgewijs de volledige anamnese van de patiënt: erfelijkheid,

sociale gegevens, opleiding, somatische ziekten, praemorbide karakterstructuur en beschrijving van de huidige zenuwziekte zijn verwerkt. Deze aanvragen worden via een wachtlijst afgewerkt. Deze wachtlijst is over het algemeen zeer groot.

De patiënt wordt door de wachtassistent op de dag van opname volledig gestatust en door een uitgebreide secretaressestaf is het mogelijk, dat de status de volgende dag, vóór de rondgang der overige artsen, uitgetypt ter beschikking is.

Het is misschien interessant te vermelden dat de wachtassistenten zeer heterogeen gerecrueteerd worden. Het is een aanstelling voor één jaar en veelal zijn het pas afgestudeerde artsen, die op zichzelf helemaal geen specialisatieplannen in de richting van psychiatrie en neurologie hebben.

Men vindt er ook een aantal oudere huisartsen onder, die hun praktijk te druk vinden, een aantal „eeuwige wachtassistenten” en vaak, uit nood, studenten, die vergelijkenderwijs hun doctoraal of semi-arts hebben.

De eigenlijke psychiatrische waardering vindt dan de volgende dagen plaats door de werkelijk psychiatrische staf, waarbij de zaalvisite zodanig is georganiseerd, dat de acute en subacute opname-afdelingen door de vaste stafleden 3 x per week worden bezocht, de minder acute en chronische afdelingen 2 x per week. De instelling van een vaste zaalarts kent men niet.

Na verloop van enkele dagen worden op de dagelijkse conferentie de meningen uitgewisseld en de therapie overwogen. Het therapeutisch arsenaal is overwegend: psychopharmaca — sedativa, insulinebehandeling, waarvan men meer en meer terugkomt, electroshock of waar nodig

overwegend intern.

Psychotherapie heb ik aan dit lijstje niet toegevoegd omdat dit in feite niet plaats vindt.

De zo juist genoemde indeling der zaalvisite die er op neer komt dat een patiënt door 3 artsen gecontroleerd en gesuperviseerd wordt, wat in de praktijk door het invallen van de wachtassistenten tot 5 à 6 kan stijgen sluit de eerste voorwaarde hier toe n.l. een overdrachtssituatie met één arts volkomen uit. Daar komt nog bij, dat hospitalisering in het algemeen een minder gunstige situatie schept voor psychotherapie. Bovendien laat de taakomschrijving en de werktijdindeling van de psychiatrische staf hier geen ruimte voor:

De werktijd is van 8.30 tot 13 met iedere 3e of 4e dag de volle 24 uur bereikbaar zijn (wachtdagen). Deze werktijd wordt volledig gevuld met correspondentie, rapporten schrijven en zaalvisite. Deze werktijden zijn vastgelegd door wat men zou kunnen noemen de artsenvakvereniging, die een zeer grote macht heeft en

vele arbeidsvoorwaarden dwingend voorschrijft aan de hospitalen. Hierbij komt dan van alle zijden naar voren, dat er in de eerste plaats organisatorisch geen plaats is voor psychotherapie. Deze organisatie kan overigens niet deze vorm gekregen hebben, indien deze niet was opgezet vanuit een bepaalde instelling en wat dit laatste betreft kan gezegd worden dat de Deense psychiater bijzonder weinig psychotherapeutisch is ingesteld om niet te zeggen dat er een negatieve instelling bestaat t.o.v. psychotherapie.

Dit geldt wel in de allereerste plaats t.o.v. de psychoanalyse. Bovendien heeft het mij getroffen dat een groot aantal zenuwartsen, die ik sprak, psychotherapie en psychoanalyse als identiek beschouwden.

In het totaal zullen er in Denemarken 10 à 15 analytici zijn, die voor het merendeel in het buitenland hun leeranalyse ondergingen.

De twee in Risskov aangestelde psychotherapeuten kwamen beiden uit de Amerikaanse school en bij nader contact met hen bleek duidelijk, dat zij hun taak als pioniersarbeid beschouwden. Dit wordt duidelijk, als men in een rapport van een staatskommissie uit 1956 leest, hoe men het neuroseprobleem t.o.v. de totale geestelijke volksgezondheid ziet en welke voorzieningen en desiderata er ten opzichte van de praktische aanpak van dit probleem genoemd worden.

Na een iets uitvoeriger gegronde uiteenzetting volgt de conclusie

„De neurosebehandeling is derhalve, zoals reeds vaker is onderstreept, niet in de eerste plaats een kwestie van hospitaalbedden. Deze categorie patiënten heeft altijd een verhoudingsgewijs gering percentage (11) uitgemaakt van de bezetting der psychiatrische bedden. Een grote intensivering van de neurosebehandeling komt niet neer op het vergroten van het aantal bedden maar op een aanzienlijke uitbreiding van de medische staf”.

„De behandeling van neurosen is een zeer veeleisende vorm van psychiatrische behandeling, zowel wat betreft de tijd, die deze vergt, als ook wat betreft de eisen, die aan de opleiding en de persoonlijkheid van de therapeut gesteld worden”.

„Bovendien is de situatie zó, dat het aantal neurotici zo groot is, dat zelfs een vervelvoudiging van het aantal psychiaters nog niet zal kunnen leiden tot een situatie waarin alle neurotici of slechts maar een wezenlijk deel van hen een specialistische behandeling zal kunnen ondergaan”.

„De beste aanpak zal zijn een verbeterde psychiatrische opleiding ook van die artsen, die geen zenuwarts worden en wel in de eerste plaats van de huisartsen”.

Wat de opleiding betreft zij vermeld, dat de medische student geen psychologische of psychopathologische achtergrond krijgt. De leerstof bestaat uit een vrij encyclopaedische samenvatting van de grote psychosen. Een examen is niet verplicht.

De specialistische opleiding speelt zich geheel af in het boven-

omschreven ziekenhuismilieu. De laatste twee jaren heeft men — bij wijze van proef — een zeer zware theoretische cursus opgezet, waardoor men in een zekere schoolsfeer kennis neemt van de belangrijkste stromingen in de hedendaagse psychiatrie. Enige wijziging in de opleiding speciaal tegen de achtergrond van de neurosebehandeling lijkt dus een zeer juiste suggestie, die overigens tevens inhoudt dat men zich voorstelt een deel van deze behandeling aan de huisarts te delegeren.

In dat deel van het rapport waarin de problemen van de ambulante psychiatrische patiënt besproken worden, wordt op grond van statistische gegevens berekend dat de huisarts reeds 20—30 pct. van zijn tijd aan psychiatrische patiënten moet besteden (persoonlijk geloof ik dit niet) en adviseert men het aantal specialisten te vergroten. Een grote moeilijkheid bij deze laatste suggestie is echter, dat de Deense ziekenfondsen geen verwijzingen naar zenuwartsen erkennen.

Teneinde het een en ander op zekerder basis te stellen heeft men nu het plan ontworpen om in de buurt van Slagelse een neurose-station op te zetten om na verloop van enkele jaren proefdraaien de resultaten en de effectiviteit te kunnen beoordelen.

Een kenmerkende voorwaarde voor de bouw van een dergelijk instituut is, dat het vooral — na eventueel mislukken van het experiment — later geschikt moet zijn voor andere doeleinden.

Wij zijn intussen ver afgedwaald van de inrichtingen in engere zin, waarvan ik het beeld nu met het aanvoeren van nog enkele facetten zou willen completeren. Allereerst enkele opmerkingen over het verplegend personeel.

De opleiding is niet gesplitst in A en B, zodat ook de inrichtingen, die allen opleidingsbevoegdheid hebben, profiteren van de leertijd van alle verpleegsters, die opgeleid worden.

Het, wat ik toch maar even „zwarte-kruis”-deel zal noemen, valt vrij laat in de opleiding die 4 jaar duurt, is niet verplicht, maar heeft wel voldoende belangstelling.

Personeelsgebrek heb ik niet geconstateerd al zou dit in meer afgelegen plaatsen wel voorkomen.

De eisen, die voor toelating worden gesteld zijn minstens het Deense equivalent van onze MULO-opleiding — één jaar huishoudervaring in loondienst — en een minimum leeftijd van 19 jaar. Mogelijk mede hierdoor staat het verpleegstersberoep sociaal in hoog aanzien. Het aantal huwelijken met doktoren en andere intellectuelen is hoog. Daarbij komt dat er een groot aantal verpleegsters na haar trouwen blijft doorwerken, vaak in geval van zwangerschap tot de 7e à 8e maand om na de partus weer terug te komen, daar de Deense maatschappij zodanig is in-

gesteld dat de verzorging van de baby o.h.a. geen belemmering vormt. Het aantal gescheiden vrouwen met kinderen onder het verplegend personeel is eveneens vrij groot. Mede door deze factoren is het over het algemeen mogelijk in de grote vraag, die door de opzet van vele afdelingen met weinig patiënten ontstaat, te voorzien.

Enkele inrichtingen hebben een aparte forensisch psychiatrische afdeling n.l. Kopenhagen en Aarhus, waar men dus het principe der centralisatie weer aantreft.

In ditzelfde kader heeft één der inrichtingen n.l. Nykobing Sjaelland een aparte afdeling voor zware gevallen, waar overwegend psychiatrische delinquenten zijn ondergebracht. Deze afdeling staat geheel geïsoleerd en de opzet is het best te karakteriseren als een gevangenisorganisatie.

Men kent ook aldaar het probleem van de bij deze patiënten vaak tegenstrijdige belangen van justitieële en medische zijde. Wat betreft de voor- en nazorg:

Van de zijde der inrichtingen meent men — hoewel men vanuit algemene psychisch-hygiënische gezichtspunten de noodzaak daarvan ten volle erkent — dat dit niet binnen de werkingsfeer van de inrichtingen valt. Desondanks heeft men in de praktijk — door ambulante controle van ontslagen patiënten, door het ontslag in te bedden in een voorlopige invaliditeitsvoorziening — toch wel duidelijk dit terrein betreden.

Daar komt bij, dat de ambulante controlestations de laatste 8 jaren ook nieuwe patiënten zien om de huisarts de diagnostische overwegingen en evt. therapievoorstel te doen toekomen.

Voor zover men meent dat de aangewezen therapie een electroshockbehandeling zou zijn, wordt deze ambulant in de inrichting gegeven waarbij in Risskov per jaar zo ongeveer een 80 patiënten een serie van 6—8 shocks krijgen.

Men voelt op gebied van voor- en nazorg behoefte aan uitbreiding met patiëntenpensionaten, verdere sociaal-economische maatregelen, beschutte werkplaatsen, omscholings- en verdere opleidingscentra.

Hiermee hebben wij dan wel ongeveer de grenzen bereikt van het gebied waartoe de bemoeienissen van het psychiatrisch hospitaal zich uitstrekken.

Tot slot zou ik het bestaan van twee m.i. belangrijke instellingen willen noemen.

Het eerste is het Arve biologisk institut te Kopenhagen, waaraan van alle opgenomen psychiatrische patiënten bij eerste opname alle persoonlijke gegevens betreffende ouders, broers en zusters, echtgenoten en kinderen en van andere familieleden voor zover

pathologisch, worden opgegeven en bij heropname additionele gegevens worden verstrekt.

Hierdoor is in de loop der jaren een zeer belangrijke centrale statistiekbron ontstaan.

De tweede instelling is de bij de zwangerschapswet van 1947 erkende psychiatrische indicatie tot abortus provocatus.

Hiertoe heeft men in meerdere plaatsen in den lande consultatiebureaus opgericht, waartoe iedereen zich met het verzoek tot het verrichten van een abortus provocatus kan wenden.

Door een team bestaande uit sociaal werkster, psychiater en gynaecoloog wordt dan elk geval zorgvuldig onderzocht en besproken, waarna een positieve of negatieve beslissing valt.

Dat het hier gaat om een werkelijk gevestigd instituut bewijzen de volgende getallen:

In 1955 werd in 7 pct. van het totale aantal zwangerschappen (bepaald naar het aantal levend geboren) abortus provocatus verricht met in meer dan 60 pct. een psychiatrische of overwegend psychiatrische indicatie.

Een van de meest voorkomende „diagnoses” is daarbij surménage, een indicatie, die veel onbekende factoren inhoudt. Daarnaast heb ik ook enkele gevallen meegemaakt, die optima forma psychiatrisch lagen en waarvan ik één in het kort zou willen beschrijven:

Het ging om een vrouw van pl.m. 35 jaar met twee kinderen van 5 en 7 jaar. In het huwelijk lagen geen bijzondere moeilijkheden. Wel had zij de laatste tijd veel meer moeite het gezin en het huishouden te besturen, terwijl er mede in dit kader eigenlijk geen geslachtsgemeenschap meer bestond tussen de echtelieden: dit was ook geleidelijk aan weggeëbd.

Zij werd plotseling zwanger in een buitenechtelijke situatie. Zij ontmoette de vader van het kind voor het eerst op een middag in een gezelschap, dat de vrije natuur inging en werd diezelfde middag zwanger.

Bij een verdere nauwkeurige analyse van de wezensgeaardheid van deze vrouw bleken er altijd al subklinische manisch-depressieve stemmingsschommelingen te hebben bestaan, die goed pasten bij het licht-hypomane beeld dat zij tijdens observatie toonde.

Om in een dergelijk geval over de legale mogelijkheid van een abortus provocatus te kunnen beschikken lijkt mij uit een oogpunt van preventieve psychiatrische arbeid belangrijk.

Wel ben ik mij ervan bewust, dat de problemen die hierbij in algemene zin zich voordoen zeer groot zijn en dat een dergelijke instelling als de Deense zwangerschapswet van 1947 in ons land zeer verschillend zal worden beoordeeld.

Het ging er mij in dit verslag vooral om, om te trachten een overzicht te geven van de Deense instellingen en verhoudingen die m.i.

voldoende afwijken van de Hollandse om voor zich zelf te spreken.

Hoewel het trekken van vergelijkingen verleidelijk was, heb ik mij daarvan om meerdere redenen onthouden.

De belangrijkste daarvan lijkt mij: De Deense grootheid in deze vergelijking is helder en overzichtelijk, mede door een grote bron van statistische gegevens. Dit — maar nu maak ik mij al schuldig aan een vergelijking — kan van de Hollandse grootheid m.i. helaas niet gezegd worden.

VERANTWOORDING

De voordrachten van de heren R. H. C. Janssen, J. H. Plokker en H. v. d. Bosch werden gehouden op de voorjaarsvergadering 1960 in de Ned. Hervormde Inrichting voor Zenuw- en Geesteszieken „Hulp en Heil” te Leidschendam.