

ring leert bovendien, dat de inrichtingen hier wel degelijk oog voor krijgen; dat vooral op dit punt antagonismen tussen psychiatrische inrichtingen en sociale diensten verder gelijk zijn, behoeft geen betoog.

Daarentegen is een preventieve taak op een schaal van enige betekenis voor de inrichtingen m.i. nog zo weinig zichtbaar, dat hierover geen verwachtingen kunnen worden uitgesproken.

Mijnheer de Voorzitter, het is ons niet gegeven in de toekomst te zien, alle verwachting is onzeker. Ook de formuleringen, waarin wij vandaag onze wensen uitdrukken, kunnen morgen of overmorgen achterhaald zijn.

Toch is er nog één wens, die ik graag zou uitspreken, één verwachting, die dezer dagen niet ongerechtvaardigd schijnt, n.l. dat de psychiatrische patiënt steeds duidelijker in zijn volstrekt eigensoortige nood zal worden herkend en erkend. Immers hoe moeilijk het onder omstandigheden in praxi ook wezen moge — ten principale kan iedere lichamelijke functie-stoornis, ja zelfs de ziekte van de gehele lichamelijkeheid gedepasseerd worden in de antropologische structuur van de instrumentalisering van de lichamelijkeheid. Doch de stoornis, die „het Ik”, die mijzelf desintegreert en mijzelf van mijzelf vervreemdt of voor mijzelf onherkenbaar maakt, belemmert mij niet in het depasseren van het ziekzijn. Hier is de mens volstrekt aangewezen op *de ander en op de anderen*, op menselijke relatie en op sociale situaties om zichzelf weer te kunnen vinden. Voor de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg betekent zulks, dat ook de best functionerende organisatievormen der lichamelijke gezondheidszorg niet zonder meer kunnen worden overgenomen, doch zorgvuldig op hun geëigendheid voor *onze* patiënten moeten worden getoetst.

Eerst dan, wanneer wij de problematiek van de mens, die in de meest eigenlijke zin van het woord als-mens-ziek-is, klaar en duidelijk hebben leren uiteen zetten — waar wij nog ver van verwijderd zijn — eerst dan zullen wij als psychiaters onze volle bijdrage kunnen leveren tot de opbouw der toekomstige geestelijke gezondheidszorg.

DE TOEKOMST DER PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN

door Dr. N. SPEIJER, leider van de sociaal-psychiatrische dienst bij de G.G. en G.D. van 's-Gravenhage

Het houden van een co-referaat heeft zijn voor- en nadelen. Een voordeel is zeker dat het korter mag duren dan het hoofdreferaat. Het belangrijkste voordeel is echter, dat de co-referent het manuscript van de spreker van te voren heeft kunnen bestuderen. Hij kan inhaken op de gedachtengang en de conceptie, op originele gedachten en zich terdege bezinnen op tekortkomingen en omissies. Hierin schuilt echter tevens het nadeel. Het komt natuurlijk nog wel eens voor, dat een coferent enkele punten uit het hoofdreferaat uit-

kiest die niet volledig zijn behandeld, en hierover nu zelf uitvoerig gaat spreken of op deze min of meer ondergeschikte punten de spreker gaat aanvallen.

Door bijzondere omstandigheden was het nu aan Prof. Poslavsky niet mogelijk mij zijn manuscript ter inzage en bestudering te zenden. Ik beluisterde dan ook vanmorgen zijn lezing — evenals U — voor het eerst. Het bestuur heeft mij echter verzocht toch mijn co-referaat te houden. Dit zal dan à l'improviste moeten geschieden.

Ik wil aan dit verzoek voldoen, doch moet U er nu reeds op wijzen, dat U van mij vanzelfsprekend niet zo'n gave, mooi gecomponeerde voordracht kunt verwachten als wij zojuist hebben gehoord, nu het bovengeschetste voordeel, van te voren het manuscript te kunnen bestuderen, voor mij is weggefallen.

De spreker in zijn betoog op de voet te volgen en op het ene punt een aanvulling, op een volgend punt een afwijkende mening te geven of omissies te vermelden — de mooiste vorm van co-refereren — is thans onmogelijk. Ook wil ik niet een enkel onderdeel uit zijn betoog nemen en daar uitvoerig op ingaan. Spreker heeft overigens wel een belangrijk discussiepunt naar voren gebracht, dat daarvoor gebruikt zou kunnen worden, namelijk: „moet de afdelingsarts van de psychiatrische inrichting de nazorg (na ontslag) van zijn eigen patiënten blijven verrichten”. Sta mij toe hierover — voor ik aan mijn eigenlijk betoog begin — in het kort een opmerking te maken.

Persoonlijk geloof ik niet dat de opvatting, door spreker verkondigd juist is. Sociaal-psychiatrische arbeid omvat niet alleen nazorg. Voorzorg is er een belangrijk deel van. Het kan voorkomen, en dat is niet zeldzaam, dat in een gezin reeds één of meer gezinsleden in voor- of nazorg zijn bij een psychiater en een sociale werkster van een S.P.D. Zou de afdelingsarts nu zijn eigen patiënt in nazorg houden, dan zal het kunnen voorkomen, dat meerdere psychiaters in hetzelfde gezin komen. Ook is zelfs het in nazorg houden van de eigen patiënten door een afdelingsarts na ontslag niet alleen vaak helemaal niet geïndiceerd, doch zelfs in sommige gevallen gecontraïndiceerd. Duidelijk bleek dit bijv. in Noordholland, waar een afdelingsarts wel aan de sociaal-psychiatrische dienst in part-time werkt (ik kom hierop later terug) doch niet speciaal voor zijn eigen patiënten uit de inrichting. Daar bleek zelfs, dat het maar zelden voorkomt, dat een in nazorg houden van de eigen patiënt werkelijk geïndiceerd is. Een heeft spreker zich er wel rekenschap van gegeven, dat — als zijn zienswijze ingang zou vinden — in de praktijk de afdelingsarts na bijv. een jaar zoveel tijd aan nazorg zal moeten gaan besteden, dat voor zijn eigen werk op de afdeling weinig en steeds minder tijd zal overblijven.

Thans overgaande tot mijn eigenlijke betoog zou ik in het algemeen mijn opvatting willen geven over de toekomst der psychiatrische inrichtingen. Ik moet helaas constateren, dat spreker geheel is uitgegaan van de psychiatrische inrichting en zijn visie heeft gegeven op de mogelijke en volgens hem wenselijke ontwikkeling daarvan. Ik meen geen onrecht aan zijn betoog te doen, wanneer ik dit subjectief gekleurd vond en daarin te weinig aandacht aantrof voor andere ontwikkelingen in de maatschappij, los van de psychiatrische inrichting, die toch mede de ontwikkeling van de psychiatrische inrichting beïnvloeden. Ik wil trachten een objectieve beschouwing te geven. Daar in het heden ligt wat komen zal, lijkt het mij nuttig eerst na te gaan hoe de toestand thans is, zowel bij de

inrichtingen als bij de sociaal-psychiatrische diensten. We zullen dan daarna nagaan of wij hieraan elementen kunnen ontleenen, die ons aanwijzingen kunnen geven t.a.v. de mogelijke ontwikkeling in de toekomst, zonder ons teveel tot ongemotiveerde toekomstdromen te laten verleiden, al blijft natuurlijk elke visie op een toekomstige ontwikkeling, vooral als deze toekomst ver weg ligt, problematisch.

Prof. Poslavsky heeft zeer duidelijk laten uitkomen, dat er bij de psychiatrische inrichtingen onrust heerst. Als we nu zien, wat er momenteel in de psychiatrische inrichtingen in Nederland zoal gebeurt, dan denken we onwillekeurig aan een parallel, die, al luisterend, bij mij opkwam. Bij een bedreiging van het bestaan treden primitieve reacties op met als uiterste polen: de Totstellreflex en de Bewegungssturm, en tussen deze polen alle mogelijke overgangen. Het is slechts een vergelijking en die gaat natuurlijk mank. Maar toch. Wat zien wij. Enkele inrichtingen — niet vele — doen niets. Zij trekken zich als het ware terug. Alles blijft bij het oude. Men probeert van de inrichting — intra muraal — een zo prettig mogelijke kunstmatige maatschappij te maken, waar de patiënten liefderijk worden opgevangen en verzorgd. Van meer moderne methoden van aanpak, van reorganisatie, is men afkerig (Totstellreflex).

Aan de andere kant vindt men het tegendeel. Hier tracht men te reorganiseren, voert men nieuwe begrippen in, bezint men zich op andere therapeutische methoden. Men tracht instituten te ontwikkelen buiten de inrichting, zoals bijv. in Wolfheze gebeurt, waar men, naast een wetenschappelijk gefundeerde orthopaedagogiek (waarvoor Van der Drift alle lof verdient), thans een Day-hospital in Velp heeft geopend. Ook gaat men daar op het terrein enige huisjes bouwen, waar bepaalde patiënten zonder verpleging kunnen wonen. Zou deze ontwikkeling verder gaan, dan zou de volgende stap zijn: het bouwen of inrichten *onder auspiciën van de inrichting* van huizen *buiten* het inrichtingsterrein. Als slotfase zou de inrichting ook nog sociaal-psychiatrische arbeid kunnen gaan bedrijven. De inrichting dus centraal.

Dit moge min of meer in de lijn liggen van het W.H.O.-rapport, waar op spreker wees, ik meen dat een zo vergaande ontwikkeling *voor Nederland* onjuist is. Het W.H.O. rapport is kennelijk opgesteld voor landen, waar een geheel andere ontwikkeling heeft plaats gehad dan in Nederland. Zuithoff heeft overigens ook gewezen op de mogelijkheid, dat de inrichting het gehele werk zou doen voor de opgenomen en later ontslagen patiënt en de S.P.D. zich meer moest ontwikkelen in de psychohygiënische richting. Ik geloof niet dat dit juist zou

zijn en ook niet — om misverstand te vermijden — dat dit de bedoeling van de directeur van Wolfheze is. Ondanks zijn bovengeschetst lofwaardig streven, moet hier wel gewaarschuwd worden tegen een tendens, waardoor ook „goede” patiënten in de inrichting moeten blijven, terwille van de therapie — orthopaedagogiek — van de „slechte”. Op de laatste conferentie van het Antonia Wilhelminafonds in 1961 heeft Van der Drift dit ook toegegeven. Een belangrijk principieel punt, wat nauwkeurig zal moeten worden bestudeerd! Ik zelf meen, dat geen enkele patiënt langer in een inrichting dient te verblijven, dan voor *hemzelf* noodzakelijk is. Vooralsnog dienen psychiatrische inrichting en S.P.D. een eigen karakter te hebben. Vermenging acht ik onjuist, hetgeen niet inhoudt, dat afdelingsartsen van inrichtingen niet in part-time zouden kunnen werken, zoals hier en daar reeds geschiedt (let wel: niet voor hun eigen patiënten). Ik acht dit zeer nuttig en zal er aan het eind van mijn betoog nog iets over zeggen. Wanneer we nu de dadendrang van Wolfheze (en andere inrichtingen) in onze vergelijking als Bewegingsturm kwalificeren, dan bevinden zich de overige inrichtingen tussen deze twee uitersten. Sommige zijn meer, andere zijn minder actief en in beweging.

Nu de S.P.D. Hier heeft in Nederland in enkele jaren een stormachtige ontplooiing plaats gehad, die nog steeds voortduurt en zich geleidelijk over heel ons land gaat uitstrekken. Juist doordat zij nieuw waren, zaten de sociaal psychiatrische diensten niet vast aan historische ontwikkelingen zoals de meeste psychiatrische inrichtingen, doch konden zij zich vrij ontplooien. Naast de nazorg voor de ontslagen patiënten kwam meer en meer het voorzorgwerk en het jeugdpsychiatrische werk aandacht vragen. Op vele plaatsen werd ook de zwakzinnigenzorg in het werk betrokken. Nauwe contacten werden en worden gelegd met andere instituten van gespecialiseerd en algemeen maatschappelijk werk. Pleegtehuizen en sluisinternaten werden opgericht. Mede onder hun invloed breidden de beschuttende werkplaatsen zich uit en ontwikkelden zich tot sociale revalidatiecentra. Steeds meer geestelijk gestoorden kunnen zo vanuit de inrichting weer naar de maatschappij — zij het heel vaak beschut — terugkeren. Voor veel patiënten kan de opname worden voorkomen. Ook psychohygiënisch werk gaat meer en meer tot het arbeidsterrein van de S.P.D. behoren. Men zou zich nu ook kunnen denken, dat tenslotte de inrichting tot onderdeel van de S.P.D. wordt, juist het omgekeerde van wat ik hierboven beschreef, doch ook dat zou m.i. onjuist zijn. De S.P.D. staat desondanks nog aan het begin van haar ontwikkeling. Ferguson meent, dat zij zelfs nog in een fylogenetisch stadium is. Doch toch gaat men ook bij de S.P.D.'s zich in

eigen kring bezinnen op zijn eigen taak, op het „eigene” van de S.P.D.

Ook hier ziet men andere perspectieven. Men gaat grotere eisen stellen aan de verpleegster voor sociaal psychiatrische arbeid, meent dat haar opleiding veranderen moet (vergelijk de andere eisen die men gaat stellen aan de B-opleiding in de inrichting), wil hun case-load verkleinen, etc.

Na deze korte en onvolledige schets van de huidige toestand der psychiatrische inrichtingen enerzijds (terloops wijs ik nog op een kleine stroming, die pleit voor differentiëring der psychiatrische inrichtingen naar diagnose; ik meen niet dat daar veel voorstanders voor te vinden zullen zijn) en der S.P.D.'s anderzijds, moge ik thans komen tot mijn visie op de toekomst der psychiatrische inrichtingen.

Ik betreur, dat de geachte spreker wel steeds de psychiatrische inrichting heeft genoemd, doch niet nader geanalyseerd heeft, wat daaronder verstaan moet worden. Ik geloof dat, juist nu we het over de toekomstige ontwikkeling hebben, dit aanleiding kan worden tot veel misverstand. Natuurlijk beschik ik niet over voldoende tijd dit zelf uitvoerig te doen. Een co-referaat moet immers betrekkelijk kort zijn.

Een psychiatrische inrichting is geen homogeen begrip. We bedoelen daarmee feitelijk een instituut met drie afdelingen, die in werkelijkheid min of meer „gemengd” voorkomen, n.l.: 1) een ziekenhuis, waar acuut zieken worden behandeld, genezen of gedeeltelijk genezen, en dan worden ontslagen, 2) een revalidatiecentrum waar subchronische patiënten worden gerevalideerd en 3) een verzorgingsinstituut, waar bepaalde chronische patiënten liefderijk worden verzorgd. Het is dan ook in feite onjuist de naam van psychiatrische inrichting te veranderen in die van ziekenhuis, zoals hier en daar geschiedt, (ik weet natuurlijk wel waarom, maar het gaat hier nu om het principe), als tegelfdertijd de twee andere onderdelen aanwezig zijn. In sommige inrichtingen is het ziekenhuisgedeelte (kliniek) gescheiden van de twee andere gedeelten, in andere daarentegen lopen de drie gedeelten door elkaar. Opgemerkt moge worden, dat, terwijl ziekenhuis en verzorgingsinstituut in het grootste deel der inrichtingen zeer goed zijn, aan werkelijke revalidatie nog veel te weinig wordt gedaan. Er zijn mij inrichtingen bekend, waar men zich ernstig erop bezint, hoe hierin verbetering kan worden gebracht en hoe, om met Van der Drift te spreken, naast arbeidstherapie ook de therapie van de arbeid ingevoerd kan worden.

Het is nuttig deze driedeling voor ogen te houden, als ik nu mijn visie ga geven op de toekomst der psychiatrische inrichtingen. Ik heb hiervoor een periode van 50 jaar genomen. Of

ik gelijk zal krijgen, zal door de meesten der thans aanwezigen niet meer kunnen worden gecontroleerd. Misschien is er een enkele zeer jonge collega onder ons, die dan op deze plek staat (zelf reeds hoogbejaard) en zal memoreren wat heden besproken werd en met de wetenschap, hoe het er werkelijk in 2012 uitziet, mogelijk zal glimlachen, om het voorzichtig uit te drukken.

De toekomst der psychiatrische inrichtingen hangt in hoge mate af van verschillende ontwikkelingen in de maatschappij in de eerstvolgende 50 jaar. Ik wil enkele daarvan memoreren. We krijgen dus een vergelijking met vele onbekenden, waarvan we de oplossing moeten zien te vinden.

1. Allereerst de ontwikkeling der sociaal-psychiatrische dienst. Ik geloof dat de ontwikkeling daarvan nog veel verder zal gaan. Naast uitbreiding van personeel zal men steeds meer komen tot het oprichten van sluisinternaten, pleegtehuizen, beschuttende werkplaatsen. Speciale eenvoudige verpleegtehuizen voor demente bejaarden, waarvan er in verschillende plaatsen reeds verscheidene zijn, zullen in toenemende mate worden gecreëerd. Hetzelfde geldt voor de sociëteiten voor geestelijk gestoorde, zoals er thans in Den Haag één is.

Ferguson heeft nog kort geleden gezegd: „Zij maken een ontwikkeling door en men moet ze de tijd gunnen en helpen, waar dit kan. Dit helpen gebeurt niet door bij de psychiatrische ziekenhuizen eigen sociaal-psychiatrische diensten op te richten”.

2. Vervolgens iets over de ontwikkeling van de psychiatrie. Het is bekend, dat de ziektebeelden veranderen. Psychiatria major komt steeds minder voor. Neurotische toestanden, hysterodepressies, situatieve psychosen nemen in aantal toe. Mogelijk mede door de emancipatie van de vrouw vermeerderd het aantal hysterodepressies bij mannen of wordt in ieder geval meer manifest. Niemand kan voorspellen, hoe deze ontwikkeling verder zal gaan. Door de nieuwere psychofarmaca kunnen meer patiënten ambulant worden behandeld dan vroeger. Geenszins is uitgesloten, integendeel, wel zeer waarschijnlijk is dat nog andere geneesmiddelen worden gevonden, met name ter behandeling van bepaalde vormen van schizofrenie. Ik wijs hier even op de onderzoeken met de Zillata-spinnen bij katatonie.

3. Dan de psychotherapie. Als de ziekenfondsraad overstag gaat en dat zal eens gebeuren, zal zeker een groot aantal psychotherapeutische psychiatrische dagziekenhuizen verrijzen, zoals deze door Dercksen zijn beschreven. Daar zullen talrijke patiënten kunnen worden opgenomen, die thans of niet, of in psychiatrische inrichtingen een plaats vinden.

Ook de rol van de zenuwartsen, die vrij gevestigd zijn, mag niet worden vergeten. Het is geenszins uitgesloten, dat de psy-

chocybernetica, thans nog een jong en nieuw vak, zal voeren naar nieuwe wegen, met name in de toepassing van andere vormen van psychotherapie (suggestotherapie).

4. Een enkel woord over de toekomst van de zwakzinnigenzorg. Ook hier is een grote ontwikkeling te verwachten. Oprichting van pleegtehuizen en beschuttende werkplaatsen, vernieuwing van het B.L.O.-onderwijs, farmaca bij imbecillitas, ontdekking van oorzaken van imbecillitas en preventie daarvan, verbetering en intensivering van de zorg in het algemeen, om enkele punten te noemen.

5. Onmiskenbaar is de toeneming van het aantal psychiatrische afdelingen bij algemene ziekenhuizen. Men mag hierover denken zoals men wil, ik meen dat deze ontwikkeling niet meer te stuiten is en in de toekomst zal toenemen. Daarnaast staat de nieuwbouw van psychiatrische klinieken, niet meer ver weg van de bebouwde kom, doch *in* de community, zoals het Groot Graffel uit Warnsveld thans een psychiatrische kliniek gaat bouwen in Zutphen, zeer dicht bij het algemene ziekenhuis aldaar.

6. Tenslotte moeten wij er ons van bewust zijn, dat in de komende jaren de maatschappij zelf zal veranderen, zowel in haar structuur als in de houding van de bevolking tegenover de gestoorde medemens. Hier ligt een groot arbeidsveld voor de psychohygiëne, voor de preventie, voor de voorlichting, e.d. Daarmee staan we nog pas aan het begin, al zijn er gelukkig reeds initiatieven in deze richting vast te stellen.

Maken we nu de balans op, of beter, trachten we voor onze vergelijking met vele onbekenden een oplossing te vinden. Enerzijds hebben wij de psychiatrische inrichting met haar drie delen: ziekenhuis, revalidatiecentrum, verzorgingsinstituut; anderzijds de ontwikkelingen in de maatschappij, waarvan ik er enkele, namelijk die van de sociaal-psychiatrische dienst, van de psychiatrie, van de psychotherapie, van de zwakzinnigenzorg, van de algemene ziekenhuizen en van de preventie kort heb geschetst. Als ik het goed zie, zal het verzorgingsgedeelte der psychiatrische inrichtingen het eerst inkrimpen. Door de oprichting van eenvoudige verpleegeenheden voor demente bejaarden en van pleegtehuizen voor chronisch geestelijk gestoorde, e.d.m. zal de behoefte tot opnemng van deze groepen van patiënten minder worden. Ditzelfde geldt voor de zwakzinnigen, als in de maatschappij het daarvoor benodigde apparaat aanwezig is. Nadat het verzorgingsgedeelte is ingekrompen, zal later inkrimping van het revalidatiegedeelte volgen. Voorlopig verwacht ik eerst echter een grotere ontwikkeling hiervan binnen de psychiatrische inrichting, aan welke revalidatie tot nu toe

te weinig aandacht is besteed. Naarmate naast voldoende pleegtehuizen ook voldoende beschuttende werkplaatsen en psychiatrische revalidatie day-hospitals (Velp) zijn opgericht, zal ook in de toekomst het revalidatiegedeelte der psychiatrische inrichtingen kleiner worden. Tenslotte het „ziekenhuis” gedeelte. Dit zal blijven bestaan. Vermindering van het aantal bedden zal echter komen tengevolge van de opening van psychiatrische afdelingen aan algemene ziekenhuizen en door de bouw van psychiatrische klinieken los van de psychiatrische inrichtingen. Het is dus zo — men moet mij nu goed begrijpen en niet misverstaan — dat ik stel: over 50 jaar zullen de psychiatrische inrichtingen vrijwel verdwenen zijn (er zullen mogelijk een drietal kleine psychiatrische inrichtingen nodig blijven).

Ik bedoel dit dus in de zin zoals ik heb uiteengezet, de psychiatrische inrichting in haar drie gedeelten voor ogen hebbende en mits de maatschappij zorgt voor het benodigde apparaat.

Doch zou ik gelijk krijgen, dat zal dan pas in de verre toekomst geschieden. In die tussentijd zal men zich duidelijk voor ogen moeten houden, dat S.P.D. en psychiatrische inrichting moeten samenwerken. Sta mij toe tot slot van mijn uiteenzetting hierover nog iets te zeggen. S.P.D. en psychiatrische inrichting zullen moeten beginnen zich te bezinnen op het „eigene” van hun werk. Er dient geen verwatering op te treden en geen vermenging. Noch zal alles uit moeten gaan van een S.P.D., noch van de psychiatrische inrichting. Wel zal er samenwerking dienen te zijn, een samenwerking die veel nauwer en intensiever moet zijn dan thans het geval is. Daartoe zal ook overleg nodig blijken, men zal begrip moeten krijgen voor elkaars werk, elkaar helpen en steunen zonder dat werk van elkander moet worden overgenomen. Dit overleg zal mede kunnen leiden tot het opstellen van voorwaarden, indicaties voor opneming, c.q. ontslag. Een éénvoudig stelsel van S.P.D. en psychiatrische inrichting is niet te verwachten, noch noodzakelijk. Geografische ligging en historische ontwikkeling zullen mede bepalend zijn, doch behoeven een zeer nauwe samenwerking nimmer uit te sluiten of in de weg te staan.

Het lijkt mij nuttig indien er een uitwisseling kon komen tussen psychiaters van de S.P.D.'s en van de psychiatrische inrichtingen, die bijv. een half jaar elkaars plaats zouden innemen. Daardoor zouden beide partijen beter op de hoogte zijn en komen van wat er leeft, zowel bij de S.P.D. als in de inrichting, en van hun problemen.

Het ontwerpen van toekomstbeelden is natuurlijk nimmer concreet of bewijsbaar. Ik heb U slechts in aansluiting aan de lezing van Prof. Poslavsky als co-referent enige gedachten hier-

over gegeven. Mogelijk ben ik wat fragmentarisch geweest of heb mijzelf herhaald. Dit was te wijten aan het feit, dat ik onvoorbereid moest spreken. De toekomst zal wel leren, wat hiervan bewaarheid zal worden. Zeker is echter, dat de maatschappij nu nog ernstig te kort schiet in de oprichting van het benodigde apparaat (pleegthuizen, day-hospitals, beschuttende werkplaatsen, enz.).

Hoe ook de toekomst van de psychiatrische inrichting zal zijn, zeker is, dat de maatschappij zal moeten komen tot opzet en uitbreiding van de genoemde apparatuur.

POSTSCRIPTUM

Nadat ik enkele weken na de vergadering het bovenstaande had opgeschreven, kreeg ik kennis van een artikel in *The Lancet* van 27 januari 1962. De titel is: *British hospitals. A ten-year plan of reconstruction.*

Het artikel behandelt de officiële ziekenhuisplannen voor Engeland, Wales en Schotland van het Ministry of Health en het Department of Health for Scotland. Het is interessant daaruit een klein stukje over te nemen. Op blz. 103 lezen we:

„It is now generally accepted that short-stay patients should be treated in units nearer to their homes than is generally possible with large isolated mental hospitals and that it will usually be desirable to have these units attached to general hospitals. The plan therefore provides for a considerable increase in the number of short-stay units of this kind. They will range in size from 30 beds up to 60 or more. Patients who need longer treatment must have a more specialized regime and facilities; but units for them also must not be too large and should not be in isolated positions.

In this new pattern there will be no place for many of the existing mental hospitals. Some can probably continue if reduced in size and improved, but a large number will in course of time be abandoned”. (Cursivering van mij.)

LITERATUUR-IMPRESSIES OVER SOCIOTHERAPIE

door Dr. M. L. J. VAESSEN, arts voor psychotherapie, St. Willibrordusstichting te Heiloo (geneesheer-directeur J. P. de Smet)

Collega Westerhuis heeft bij de aanvaarding van het voorzitterschap van deze Vereniging onlangs de vragen gesteld: blijft er nog plaats over voor de afdelings-geneesheer en vindt deze nog steun in de psychiatrie? Moet hij op de hoogte zijn van alle specialismen: van neurofysiologie, E.E.G. en biochemie, evenzeer als van psychologie, group-dynamics en maatschappelijke revalidatie?

Als wij de positie van de afdelings-geneesheer vergelijken met die van de huisarts (13), dan zou men dit soort posities inderdaad centraal kunnen stellen; de super-specialisten van diverse pluimage moeten de algemene clinicus evenals de huisarts hun inzichten en adviezen geven, maar de clinicus moet ze kunnen afwegen en bij een bepaald alternatief een keuze maken.