

HOE GOED IS EIGENLIJK DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND?*

door Dr R. GIEL, Afd. Sociale Psychiatrie, Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen.

Nederland blijkt naast Engeland en Scandinavië tot de uitverkoren landen te behoren waar het merendeel van de beursalen van de Raad van Europa in 1971 een voortgezette opleiding gaat volgen in de verschillende technieken ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg (1).

Ook wat betreft de psychiatrische zorg in engere zin heeft Nederland in de wereld een goede naam. Men is vooral geïnteresseerd in onze voorzieningen voor chronische patiënten en in onze sociaal-psychiatrische instellingen. Men is veelal van mening dat er op dit gebied in ons land pioniersarbeid is verricht. Wij ontvangen dan ook met trots de buitenlandse bezoekers die één en ander persoonlijk in ogenschouw komen nemen. Toch is de kans groot dat wij in het nauw raken wanneer een dergelijke bezoeker poogt een overzicht te krijgen van de staalkaart van de psychiatrische zorg in Nederland. Trimbos (2), de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (3) en Esser (4) stelden overzichten op van de diensten en instellingen die het terrein bestrijken. Maar wat er precies gebeurt, door wie, hoe en met wie, blijft in het duister. Hoewel de meeste instellingen jaarverslagen voortbrengen, wordt men toch niet veel wijzer omdat men bij het lezen op onderling grotendeels onvergelykbare gegevens stuit.

Dit tekort bleek onlangs op tamelijk pijnlijke wijze, toen ons land werd verzocht mee te doen aan een proefonderzoek naar de 'Classification of Mental Health Service Activities' dat door het Europese bureau van de Wereld Gezondheids Organisatie was ondernomen. Dat Nederland één van de meest volledig ingevuld vragenlijsten terugstuurde berustte meer op de vasthoudendheid van de ambtenaren van de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en op het feit dat zij niet voor tamelijk ruwe schattingen terugdeinsden, dan op een werkelijk inzicht in de activiteiten van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

HET W.G.O. ONDERZOEK (5)

Hieronder volgen enkele resultaten van het bovengenoemde onderzoek, waaraan Bulgarije, Tsjechoslowakije, Denemarken, West Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Polen,

* Dit overzicht vloeit voort uit het consultantschap psychiatrische epidemiologie bij de Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid.

Spanje, Zweden, Zwitserland, Turkije, de Sovjetunie, Groot-Brittannië en Joegoslavië deelnamen.

In de meeste landen blijken de verschillende diensten voor de geestelijke gezondheidszorg *bestuurlijk* onder het Ministerie van Volksgezondheid te vallen. Alleen Ierland benadert Nederland wat betreft de bestuurlijke versnippering. Dit verschijnsel blijkt niet eens zozeer te berusten op de in oorsprong charitatieve belangstelling voor de geestelijk gestoorde mens in ons land, want daarin worden we overtroffen door Ierland en Noorwegen. Het begint in Nederland al met een over verschillende Ministeries uitgespreide verantwoordelijkheid. Een duidelijk van Regeringswege geformuleerde planning van de geestelijke gezondheidszorg schijnt alleen in Bulgarije, Noorwegen, Zweden, de Sovjetunie en Groot Brittannië te bestaan. Mogelijk komt dit doordat de planning in de meeste landen geschiedt door ad hoc commissies. Uit de enquête krijgt men de indruk dat Bulgarije wat dit betreft het verst gevorderd is; dit geldt ook voor de jaarlijkse evaluatie van de activiteiten.

De ontwikkelingsgraad van de landen is ten dele wel af te lezen uit de *dagkosten per psychiatrische patiënt*. Uitgaande van Zwitserland als standaard (fr. 32,70 = 100), blijkt Zweden de kroon te spannen met 202, gevolgd door Nederland met 148 en Denemarken met 145, terwijl van de overige landen geen enkel boven de 100 komt. Spanje (10) en Turkije (5) zijn de hekkesluiters. Men mag deze cijfers niet zonder meer als een aanduiding beschouwen van de zorg die in de verschillende landen aan de psychiatrische patiënt in een inrichting wordt besteed. Zij weerspiegelen immers ook het niveau van de kosten van het levensonderhoud.

Het is een enigszins onverwachte bevinding dat de mate van differentiatie van de *klinische en poliklinische voorzieningen* voor de verschillende categorieën van patiënten (leeftijdsgroepen en diagnostische categorieën), niet parallel loopt aan de ontwikkelingsgraad van het land. Alle landen beschikken wel over afzonderlijke klinische voorzieningen voor zwakzinnigen, dit is echter niet steeds het geval bij de poliklinische zorg. Wat betreft andere categorieën patiënten (alcoholisten, delinquenten, adolescenten etc.) blijken Bulgarije, Noorwegen, Zwitserland en Groot Brittannië de meest gedifferentieerde klinische en poliklinische voorzieningen te hebben, terwijl Nederland, Zweden, Frankrijk, de Sovjetunie en Joegoslavië vooral in klinisch opzicht veel minder differentiatie bieden. Overigens profiteren in géén enkel land alle patiënten van deze differentiatie. Groot Brittannië is nog het meest consequent, gevolgd door Joegoslavië, Zwitserland, Noorwegen en Duitsland. In het algemeen blijkt de realiteit niet erg overeen te stemmen met de intenties.

Zoals verderop nog zal blijken, geeft het *aantal bedden per 1000 van*

de bevolking maar een beperkt inzicht in de aard van de psychiatrische zorg. De min of meer totalitair bestuurde landen, zoals Bulgarije, Griekenland, Spanje, de Sovjetunie en Joegoslavië hebben weinig bedden (1,2—1,9 per 1000 inwoners). Ierland heeft er 7,4, gevolgd door Zweden (6,8) en Noorwegen (6,1). Nederland en Groot Brittannië staan er tussenin met 4. Denemarken vormt enigszins een uitzondering met 1,9. In Griekenland, Italië, Nederland, Spanje, Zwitserland en Groot Brittannië gaat het voor meer dan 90% om inrichtingsbedden. Slechts Turkije (25%), Joegoslavië (15%) en Tsjechoslowakije (7%) vertonen een enigermate andere ontwikkeling met de vermelde percentages aan bedden in algemene ziekenhuizen.

In Duitsland en Frankrijk heeft meer dan éénderde van de psychiatrische inrichtingen meer dan 1000 bedden, daarna volgen Nederland en Ierland met elk éénderde aan inrichtingen met 500 tot 1000 bedden. In Turkije en Noorwegen hebben 90% van de instellingen minder dan 100 bedden. Frankrijk is in dit opzicht het minst ontwikkeld omdat 80% van de instellingen meer dan 500 bedden heeft.

Zwitserland, Zweden en Noorwegen zijn het rijkst aan *psychiaters* met resp. 8, 7.4 en 7.2 per 100.000 van de bevolking; daarna komen de Sovjetunie, Nederland, Ierland en Engeland met resp. 6.4, 6.3, 5.5 en 5.3, terwijl Denemarken en Turkije de rij sluiten met 1.7 en 1.5. Alvorens zich te verbazen over het geringe aantal psychiaters in Denemarken dient men te weten dat dit land 1.7 bedden heeft per, in het veld van de geestelijke gezondheidszorg werkzame, verpleegster. Nederland bevindt zich in dit opzicht op het niveau van Bulgarije, Duitsland en Joegoslavië, welke landen 8 tot 11 bedden hebben per verpleegster. Waarschijnlijk duidt dit voor Nederland op het eerste gezicht ongunstige cijfer, op een verschuiving in de benadering van de psychiatrische patiënt, want het heeft ook in absolute cijfers, het grootste aantal therapeutisch werkzame krachten.

Waar toe deze voorzieningen leiden kan worden uitgedrukt, bijvoorbeeld, in de *opname-duur* tot aan het ontslag. Deze blijkt in Nederland aanzienlijk langer dan in die landen waarvoor cijfers beschikbaar waren. In ons land wordt 75% van de patiënten binnen het jaar ontslagen, terwijl dit in Tsjechoslowakije, Frankrijk, Griekenland, Noorwegen, Zweden, Zwitserland en Groot Brittannië bij 90% of meer van de ontslagenen het geval is.

Dit waren in vogelvlucht enkele resultaten van de enquête van de W.G.O. Wanneer deze stof tot denken geven, is dit minder omdat er zulke merkwaardige verschillen bestaan tussen de Europese landen, danwel vanwege de werkelijke betekenis van de cijfers. De enquête was voornamelijk bedoeld om de verschillende landen te wijzen op de noodzaak van registratie en de daaruit voortvloeiende nauwkeurige omschrijving van hetgeen men wil vastleggen. Bijvoorbeeld, wat ver-

staat men precies onder planning? Wie noemt men een gekwalificeerde verpleegster en wie niet? Wanneer spreekt men van een hulpkracht en wanneer niet? Zonder een behoorlijke definiëring van functies en dergelijke, heeft een vergelijking weinig zin. Dit bleek vooral toen de deelnemers aan deze enquête, die in november 1970 in Düsseldorf bijeen waren, gevraagd werd om toe te lichten wat zij precies onder een 'psychiatrisch bed' verstonden.

WAT IS EEN PSYCHIATRISCH BED?

Op het eerste gezicht lijkt het alsof men de psychiatrische voorzieningen van een land op tamelijk gemakkelijke wijze kan overzien door het aantal psychiatrische bedden te tellen, in de mening dat men met een hard gegeven te maken heeft. Uitgaande van het aantal bedden kan men de doorstroming ervan op verschillende manieren berekenen teneinde hun nut voor de gemeenschap te bepalen. Met enige kennis van de verspreiding van de geestesziekten, althans de meest ernstige, kan men tenslotte de behoefte aan bedden vergelijken met de productiviteit van de bestaande klinische voorzieningen. Dit is natuurlijk een sterke vereenvoudiging van de betekenis van een opname, echter het eerste belangrijke probleem ontmoet men reeds bij de beslissing om bedden te gaan tellen. Welke bedden moet men namelijk als 'psychiatrische' tellen, en welke niet?

Dit probleem werd tijdens de conferentie te Düsseldorf aan de deelnemers voorgelegd door middel van de oefening die als bijlage aan dit artikel is toegevoegd. De 27 deskundigen moesten in de kolom onder 'psychiatric beds' aangeven hoeveel van de aan de linkerkant omschreven bedden zij als 'psychiatrische' wilden tellen.

Op dit punt zou de lezer eerst eens zelf de bedoelde telling moeten uitvoeren, om daarna met meer vrucht kennis te kunnen nemen van de tellingen van de deskundigen in Düsseldorf.

Het meest schokkend was misschien wel dat slechts twee mensen tot eenzelfde totaal kwamen, namelijk 393. Voor het overige varieerden de totalen van 88 tot en met 660. Tweederde van de aanwezigen kwam tot 400 à 500 bedden. Het uitgangspunt van de teller blijkt natuurlijk doorslaggevend te zijn. Hoe definieert men 'een psychiatrische patiënt'? Wie is dat nog wel en wie niet meer? Men kan zijn telling ook baseren op de instantie die voor het bed betaalt wanneer er iemand op ligt. Bijvoorbeeld, wanneer die instantie het ziekenfonds is wel, maar wanneer dit het Ministerie van Justitie is niet. Men kan ook uitgaan van degene die de verantwoordelijkheid voor de patiënt draagt. Zo is misschien het bed waarop een geestelijk gestoorde bejaarde in een verpleeghuis ligt géén psychiatrisch bed, ook al komt er ééns in de week een psychiatrische consulent. Het bed dat in een psychiatrische inrichting wordt be-

zet door iemand met de ziekte van Parkinson telt echter wel mee, ook al kijkt de psychiater er niet meer naar om. De oefening maakte vooral duidelijk dat een telling geen zin heeft wanneer men zich geen rekenschap geeft van het doel en het uitgangspunt ervan.

REGISTRATIEVE ACTIVITEITEN IN NEDERLAND

De enquête van de W.G.O., die intussen aan nog andere landen is toegestuurd, valt samen met de in Nederland steeds sterker gevoelde behoefte aan een registratie van wat er in de geestelijke gezondheidszorg omgaat. De behoefte aan een gefundeerd beleid en aan een evaluatie van de bestaande voorzieningen vormen de belangrijkste aanleidingen daarvoor. Bijvoorbeeld, een vraag om 40 nieuwe psychiatrische bedden in een algemeen ziekenhuis kan men in deze tijd niet meer baseren uitsluitend op de interne behoeften van dat ziekenhuis. Deze zullen moeten worden afgewogen tegen de regionale behoeften, terwijl men zich zal moeten afvragen wat het kwalitatieve en kwantitatieve aandeel in de totale zorg is dat een algemeen ziekenhuis pleegt te hebben. Op dit moment is daarover nog niet veel bekend; en zo zijn er meer vragen die op een antwoord wachten.

Intussen zijn er in ons land reeds pogingen tot registratie ondernomen. Bij de Stichting Medische Registratie is meer dan de helft van de algemene ziekenhuizen aangesloten.

De Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid registreert gegevens over alle patiënten die in de 39 psychiatrische ziekenhuizen in ons land en in de universiteitsklinieken worden opgenomen. Onlangs is men begonnen met een dergelijke registratie bij de inrichtingen voor zwakzinnigen. Een centrale wachtlijst voor de op te nemen zwakzinnigen is in voorbereiding, evenals een registratie van de ambulante psychiatrische voorzieningen.

Hoe moeilijk het opzetten van een registratie-systeem is, bleek reeds uit de bespreking van de W.G.O. enquête, maar wordt nog duidelijker gedemonstreerd door het feit dat de commissie die de registratie bij de ambulante voorzieningen voorbereidt al aan de tiende versie van een voorgestelde registratie-kaart toe is. Telkens rijzen weer dezelfde problemen:

- 1 — Wat is het uiteindelijke doel van de registratie?
- 2 — Wie of wat zal de registratie betreffen?
- 3 — Wat zal er worden gevraagd en op welke manier?

Ad 1. Dikwijls blijkt er enige verwarring te bestaan over het uiteindelijke doel van de registratie, waarbij het in wezen beschrijvende karakter ervan plotseling plaats moet maken voor een wetenschappelijke en toetsende vraagstelling.

Dit dilemma kenmerkt reeds de op het eerste gezicht meest eenvoudige vragen, zoals bijvoorbeeld die betreffende de godsdienst van de te registreren patiënt. Mogelijk vanwege de religieuze oorsprong van de verschillende diensten en instellingen, is het onvermijdelijk dat er op een registratie-kaart een vraag verschijnt naar de godsdienst van de betrokkenen. Misschien wil men weten hoe katholiek of hoe protestants een organisatie nog is, want aan geen enkel jaarverslag ontbreken mededelingen hierover.

Echter, bij de discussies over de opzet van een registratie-kaart blijkt ineens iemand gegrepen door de mogelijke betekenis van het behoren van de betrokkene tot een minderheidsgroep. De kaart krijgt daarmee een toetsend in plaats van een beschrijvend doel.

In beide gevallen is een vraag naar de godsdienst van de te registreren patiënt trouwens zinloos indien er niet andere vragen aan worden toegevoegd ter verdieping. Wat betekent het wanneer iemand aangeeft dat hij protestants is? Misschien wil hij niet toegeven dat hij 'niets' is en noemt hij daarom uitsluitend de godsdienst van zijn ouders. Dit is nog maar het begin van een reeks vragen die rijzen wanneer men een idee omtrent minderheidsgroepen zou willen toetsen. Overwegingen als de hierboven genoemde zouden er wel eens toe kunnen leiden dat men bij een landelijke registratie een vraag naar de godsdienst van de patiënt als weinig relevant schrapt. Het is moeilijk om dit voor een aantal traditionele vragen aan jezelf te erkennen.

Bij een landelijke registratie speelt nog een ander probleem ten aanzien van de doelstelling een belangrijke rol. Men wil de landelijke kaart graag aan laten sluiten bij die voor het locale gebruik.

Een locale kaart, die dienst doet in een polikliniek of bij een huisbezoek, heeft echter een heel andere functie. Hij moet in een oogopslag een aantal gegevens verschaffen die de herkenning van degene die men voor zich heeft, met zijn persoonlijke problematiek, mogelijk maken. Het eigenaardige staat daarbij op de voorgrond, want men moet deze persoon onderscheiden van de vorige bezoeker.

Bij een landelijke registratie gaat het om groepskenmerken, om in een tabel onder te brengen informatie over kenmerken waarin een aantal individuen juist aan elkaar gelijk zijn. Dit betekent dat een landelijke kaart niet méér behoeft te zijn dan een uittreksel van de locale, met voldoende persoonlijke gegevens om een terugkoppeling naar de laatste mogelijk te maken voor het geval men nieuwe informatie wil opvoeren of oude wil controleren.

Ad 2. Wie of wat de registratie moet betreffen is eveneens een punt van discussie. Gaat het om psychiatrische patiënten, om cliënten van de welzijnszorg, of om de activiteiten van de zorgers?

De grens tussen psychiatrische en welzijnszorg is steeds moeilijker te

trekken. Toch zal men enerzijds de cliënten van de welzijnszorg, degenen die de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden bezoeken, niet graag in termen van psychopathologie willen beschrijven. Daarmee zou men hen, helaas, maatschappelijk onmogelijk maken. Anderzijds blijft het een tamelijk willekeurige beslissing om alcoholisten, druggebruikers en cliënten van de reclassering wel in een registratie te betrekken en anderen die zich onderscheiden door riskant gedrag (recidiverende verkeersovertreders en degenen die het roken niet kunnen laten) niet. Hoe meer categorieën men in een registratie betreft, des te moeilijker wordt deze uitvoerbaar in technisch opzicht. Dan moet men een keuze gaan doen tussen het verzamelen van zeer algemene en weinig zeggende informatie over een cliënt, of zeer uitvoerige vragenlijsten waarvan steeds maar een klein gedeelte van toepassing is op het afzonderlijke individu.

De sociaal-psychiatrische diensten kampen met een ander probleem dat nogal sterk verschilt van dat van de psychiatrische inrichtingen. De laatste zijn het meest gediend met een longitudinale registratie van de patiënten die zijn of waren opgenomen. Daarmee krijgt men inzicht in het gebruik van de beschikbare bedden en het nut daarvan voor de psychiatrische patiënten, uitgedrukt in de tijd die zij binnen of buiten het ziekenhuis doorbrengen. Eerder bleek reeds, dat we in Nederland de psychiatrische patiënt misschien langer opgenomen houden dan elders.

De sociaal-psychiatrische diensten treden vaak op als adviseurs of consultants, waarbij de individuele patiënt niet meer op de voorgrond staat. Een ander heeft de noodzaak van een opname reeds bepaald, of het gaat om het adviseren of instrueren bij een situatie waarin het niet eens duidelijk is wie de patiënt is, en of ze er zelfs wel zijn.

Door deze activiteiten niet te registreren doet men misschien onrecht aan deze dienst, met voor hen nare gevolgen wanneer de financiering binnen de A.W.B.Z.-regeling op het spel staat. Toch is het onmogelijk om in één en hetzelfde systeem patiënten en van het individu losgekoppelde activiteiten te registreren. Men zal hier een keuze moeten doen.

Ad 3. Hetgeen men zal vragen hangt natuurlijk af van de doelstelling. Bij de centrale registratie door de Hoofdinspectie heeft men besloten om patiënten longitudinaal te vervolgen, omdat men van mening is dat op die manier een evaluatie op den duur mogelijk zal zijn. De registratie is erop gericht om het volgende te bereiken:

- 1 — Een maatschappelijke typering van het geval (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woon-, werk- en inkomstensituatie).
- 2 — Een typering van de deviantie die de aanleiding was tot het contact (psychiatrische diagnostiek).

- 3 — Een typering van de verwijzer en van degenen die zich op het moment van aanmelding met het geval bemoeiden.
- 4 — Een typering van de aard en de intensiteit van het contact met de betrokken instelling, heel grof uitgedrukt in het aantal contacten of de duur van een opneming, en het soort van de verleende hulp.
- 5 — Tenslotte een omschrijving van de beëindiging van het contact en eventueel van de plaats waarheen de patiënt voor verdere zorg wordt verwezen.

Ook hierbij treedt de verwarring van beschrijving en toetsing van een veronderstelling spoedig op. Men kan bijvoorbeeld een woonsituatie willen omschrijven teneinde de actuele situatie van de betrokkene vast te leggen en eventueel te weten waar men, na de overzichtstabellen te hebben bekeken, deze of gene categorië patiënten het meest waarschijnlijk kan vinden. Echter in een dergelijk punt sluipt spoedig een etiologisch gericht element dat blijkt uit het feit dat men niet naar de actuele situatie gaat vragen maar naar de woonsituatie van de laatste 2 jaar. Nog afgezien van het probleem van wat vooraf ging, de wisselende woonsituatie of de ziekte, wordt een vraag over de laatste 2 jaar aanzienlijk moeilijker te beantwoorden. Hij vereist dan een uitvoerige toelichting waarvan men bij een landelijke registratie niet kan nagaan of hij door alle betrokkenen is begrepen en op dezelfde wijze wordt beantwoord. Daarmee is het laatste probleem bij de opzet van een registratie eveneens aan de orde gekomen. Op welke manier zal men de vragen formuleren. Het meest eenvoudig is een registratie-kaart waarop de antwoorden reeds in de vorm van elkaar uitsluitende alternatieven zijn geformuleerd.

In de registratie-kaart voor de inrichtingen voor zwakzinnigen komt, bijvoorbeeld, een vraag voor waaraan een aantal van de bovengenoemde problemen kunnen worden gedemonstreerd.

De invuller wordt geconfronteerd met de volgende vraag:

- Hoe was het omgangspatroon der opvoeders met betrekking tot de opgenomene?
- Strakke omgang;
- weke omgang;
- ambivalente omgang;
- afwijzende omgang;
- omgang zonder lijn;
- omgang waarbij opvoeders elkaar tegenspreken (-werken);
- omgang die als niet-negatief gewaardeerd moet worden;
- omgang die als uitgesproken gezond gewaardeerd moet worden;
- onbekend of niet nader te specificeren.

Bij het bezien van deze vraag en de van te voren gegeven antwoorden,

rijst onmiddellijk de vraag naar het doel ervan. Dit is in het kader van een landelijke registratie niet erg duidelijk. Wordt iemands hypothese getoetst of volgen uit het antwoord, dat een statistische bewerking zal opleveren, bepaalde maatregelen voort ten aanzien van de behandeling of het beleid?

Ook de keuze van het juiste antwoord levert enige problemen. De geformuleerde antwoorden zijn geen duidelijke alternatieve mogelijkheden, in tegendeel ze behoeven nadere toelichting van enkele bladzijden in de handleiding die bij de registratie-kaart hoort. Dat betekent niet alleen tijdsverlies voor de invuller, maar ook een betrouwbaarheids-onderzoek naar de toepassing van die toelichting.

Tenslotte zal het gekozen antwoord afhangen van de mate waarin de invuller zich in het vraagstuk van de omgang tussen de opvoeder en de patiënt heeft verdiept. Berust zijn oordeel op een momentopname, op huisbezoeken of op de mededelingen van de opvoeders? Kortom, het is een vraag die in een omschreven, en door zijn beperkte vraagstelling gericht onderzoek thuishoort.

Op de vraag 'hoe goed is eigenlijk de geestelijke gezondheidszorg in Nederland' kan men op dit moment géén nauwkeurig antwoord geven. Deze bespreking diende ertoe om aan te geven dat in onze tijd de registratie van wat er omgaat in de geestelijke gezondheidszorg, noodzakelijk is voor een verantwoorde planning en evaluatie, en tegelijkertijd een verdieping kan geven van de begrippen waarmee we doorgaans werken. Aan de onderzoeker bieden de resultaten aanknopingspunten voor het opstellen van hypothesen die hij zelf zal moeten toetsen.

SUMMARY

A W.H.O.-Survey of mental health service activities, conducted in 1969 and 1970 reveals the enormous difficulties of registration. No clear definitions of activities and facilities are available.

Similar problems are encountered in attempts at registration of in- and outpatient activities in the Netherlands. Aims and ways of collecting information are discussed.

LITERATUUR

- 1 uit *New Society*, eerste nummer 1971.
New Science Publications, London.
- 2 C. J. B. J. Trimbos (1959), *De geestelijke gezondheidszorg in Nederland*, Spectrum, Utrecht.
- 3 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1969).
Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland.
- 4 P. H. Esser (1970). *Sociale Psychiatrie*, Kok, Kampen.

5 *World Health Organization* (1970). *Classification of Mental Health Service Activities*. First Interim Report of a Working Group, Regional Office for Europe.

MEETING ON CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH SERVICE ACTIVITIES

Name

Country

The town of Highwood is served by the following facilities:

Please enter in the right hand column the numbers of psychiatric beds provided, according to your definition of a psychiatric bed.

	Psychiatric Beds
A <i>Highwood General Hospital, 1 750 beds</i> This hospital contains, among other wards	
1 Two wards each of 40 beds for male and female patients with acute psychiatric illness.	
2 A drug addiction treatment unit designed for the care of 10 patients.	
3 A paediatric unit with a special ward of 6 beds for children with severe congenital hydrocephaly.	
4 Two wards each of 20 beds for the care of patients aged 65 and over with mental symptoms.	
5 Three beds are reserved in the general medical wards for mentally subnormal children from C (below), who are admitted when they require teeth extractions.	
6 There is no special alcoholism unit, but 3 beds in a general medical ward may be used for 'drying out' drunken persons when required.	
7 A poisoning reversal unit of 20 beds; any person who is thought to have intended suicide is seen by a psychiatrist and may remain under his supervision while receiving general medical care.	
8 A ward of 10 beds for tuberculous mental patients under the care of a specialist in chest diseases.	
B <i>The District Hospital for Nervous and Mental Diseases has:</i>	
1 A separate building in the grounds for 35 geriatric patients. They do not get psychiatric treatment, but when they are ill a psychiatrist from the main hospital goes over and gives them general medical care.	
2 A night hostel with 25 places for ex-patients who work outside in the community, but return at night. A trained nurse is present during breakfast and supper but there is no staff on the premises at night.	
3 A ward for 25 paraplegic patients in long-term care.	
4 A ward of 10 beds for 10 tuberculous mental patients under the care of a specialist in chest diseases.	

