

Het verpleegkundig aandeel in een multidisciplinaire geïntegreerde en structurerende behandeling

door F. Koops

Inleiding

De directe aanleiding tot het schrijven van dit stuk is gelegen in de opmerkelijke resultaten bij de behandeling van een groep zogenaamd 'zeer moeilijke chronische patiënten' gedurende twee jaar. De behandeling berust enerzijds op principes uit de klassieke psychiatrie, terwijl tevens de meer moderne behandelmethodieken geïntegreerd zijn in het totale therapeutische gebeuren rond de patiënt. Op de voorgrond treedt de structurerende aanpak van de psychiatrisch verpleegkundige. Psychiatrische verpleegkunde is een vak dat nog weinig wetenschappelijke ondergrond heeft. Vóór 1900 werd het werk nog grotendeels door opzichters, bedienden en boden verricht; na de eeuwwisseling ontstond geleidelijk aan een professie. Het psychiatrisch verpleegkundig handelen is nog in grote mate afhankelijk van overgedragen ervaring uit de praktijk. Pas de laatste jaren wordt er meer geschreven door de verpleegkundigen zelf over het beroep en is een tendens tot verwetenschappelijking merkbaar.

De verpleegkunde steunt als iedere andere wetenschap op hulpwetenschappen; soms vraagt men zich af of de psychiatrisch verpleegkundige niet dreigt te verstikken tussen de hulpwetenschappers. De patriarchale opstelling van de medicus ten opzichte van de verpleegkundige professie doet veel verpleegkundigen lonken naar een samenwerking met agogen en psychologen, terwijl de verpleegkunde als professie nog te weinig zelfvertrouwen heeft om zich zelfstandig te kunnen opstellen. Het is echter een samenwerking die zeker uitdieping van het beroep ten gevolge heeft (Bras, 1975) en hopelijk goede resultaten zal opleveren bij het behandelen van de psychiatrische patiënt. Dat de historische band tussen psychiater en verpleegkundige kan evolueren tot een model dat meer patiënt gericht is zonder dat het de modellenstrijd verder aanwakkert, zal ik trachten te bewijzen in de beschrijving van de klinisch psychiatrische behandeling, zoals die plaatsvindt in een nog

Schrijver is Verpleegkundig Hoofd van de afdeling Boerhaave, onderdeel van de Willem Arntsz Stichting, Dolderseweg 164, 3734 BN Den Dolder.

jonge afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

De methode van begeleiding en behandeling pretendeert niet geheel nieuw te zijn. Er zijn grondprincipes die al lang bekend waren voordat de moderne psychiatrie zijn intrede deed. Poussin, Tuke en ook Simon en Van der Scheer reguleerden gedrag. Een van de eersten die wees op de gedragsregulerende functie was zelfs een verpleegkundige: de in 1842 koninklijk onderscheiden Johannes van Duuren (Schut, 1970; Bambang Oetomo, 1970). Ook Poussin, de hoofdverpleegkundige die samen met Pinel op spectaculaire wijze de patiënten van de ketens ontdeed, bleef de strenge maar rechtvaardige vaderfiguur, die door fysieke en morele kracht afwijkend gedrag corrigeerde (Van der Drift, 1969).

De principes van de in de 18e eeuw in geheel Europa ontwikkelde 'Moral treatment' of 'Normal management' benaderen wellicht het meest de verpleegkundige aanpak zoals die binnen de afdeling plaatsvindt. Samuel Tuke noemt in 1813 de drie peilers van deze aanpak:

- hulp: zodat de patiënt zichzelf en zijn gedrag weer in de hand krijgt; dit is mogelijk door hem te doen beseffen dat de manier waarop hij behandeld wordt afhankelijk is van zijn gedrag; hij moet beloond en gestraft worden, maar alléén met betrekking tot de regels van het huis;
- dwang: een beschermende en heilzame dwang blijft nodig, maar mensonwaardige dwangmaatregelen mogen niet toegepast worden; isolering van de patiënt wordt, indien nodig, aanbevolen;
- bevordering van het algemeen welbevinden: door amusement en bezigheid als lezen, schrijven, studeren en wandelen.

Ook de actievare therapieën uit de twintiger jaren, op schrift gesteld door Dr. Simon uit Gütersloh en uitgevoerd door o.a. Van der Scheer in Santpoort, zijn goede voorbeelden van soortgelijke denkbeelden met dermate goede resultaten dat zij een revolutie in de psychiatrie ten gevolge hadden. Voor Simon vormen wonen – werken – ontspannen een totaliteit, een krachtenveld, waarop de patiënt biologisch reageren kan, waarbinnen hij zich leert handhaven door zich aan te passen. 'Elk mens is in zijn handelen het produkt van de wisselwerking tussen zichzelf en de omgeving. Van de ene kant oefent de omgeving waarin wij leven een grote invloed uit op onze gedragingen. Van de andere kant brengt elke daad van ons reacties teweeg in de buitenwereld, die van aangename of onaangename aard voor ons zijn' (Van der Scheer, 1933).

Behandeling

Na deze poging het geheel in een theoretisch en historisch kader te plaatsen volgt nu een overzicht van de behandeling zoals die daadwerkelijk plaatsvindt. De behandeling heeft zoals reeds genoemd een aantal elementen in zich, die als een geïntegreerd geheel gepresenteerd worden. Te onderscheiden zijn:

- psychiatrisch verpleegkundige aanpak;
- medicamenteuze therapie;

- arbeids- en bezigheidstherapie;
- groepsgesprek;
- gesprek;
- bewegingstherapie;
- maatschappelijk werk.

Psychiatrisch verpleegkundige aanpak

Voor deze categorie patiënten kozen wij voor een directieve structurerende aanpak. Naast de reeds beschreven theoretische uitgangspunten hebben wij getracht de praktijkervaringen van jarenlange psychiatrische verpleegkunde te systematiseren tot een verantwoorde vorm van begeleiding en behandeling. Naast het aanbrengen van structuur is het consequent nakomen van afspraken, zoals gemaakt in de interdisciplinaire patiëntenbespreking, kenmerkend voor de aanpak. Deze consequente uitvoering kan betrekking hebben op de volgende onderdelen:

- mate van vrijheid;
- financiële mogelijkheden;
- persoonlijke verzorging;
- gedrag in de groep;
- sociale contacten;
- uitvoering therapieën.

De relatie waarbinnen dit alles plaatsvindt is zeker geen afstandelijke, doch een open confrontatie. Door de plaatsing in een gestructureerde omgeving bij een van te voren vastgesteld dag- en nachtritme wordt de patiënt in staat gesteld zich op harmonische wijze te integreren in zijn omgeving. De veelal psychisch en sociaal totaal ontregelde patiënt ervaart vanaf opname een vast en consequent prikkelpatroon. Dit stelt hem in staat zich te identificeren met de omgeving waardoor veiligheid, zekerheid en rust wordt ervaren.

Het doseren van bovengenoemde variabelen vindt plaats op een voor de patiënt hanteerbaar niveau. Het aanbieden van vrijheden, therapieën en het houden van gesprekken is slechts dan zinvol als de patiënt er constructief mee kan omgaan en het hem niet verder doet decompenseren. De verpleging eist een normaal maatschappelijk aanvaard gedrag met betrekking tot omgangsvormen, hygiëne en levensindeling; ze is zich ervan bewust dat er natuurlijk sprake is van een gemiddelde waar het dit soort zaken betreft.

Wat betreft de interacties in de groep is het volgende op te merken. De patiënten zijn veelal een voorbeeld voor elkaar. Ze zien en horen van elkaar welk gedragspatroon kan leiden tot meer vrijheden, en dus tot het belanden in een volgende fase van de behandeling. De patiënt functioneert dan als co-therapeut zonder dat daar formele afspraken over zijn gemaakt. Deze interacties worden door de verpleging nauwlettend gevolgd, ze worden gebruikt en er wordt invloed op uitgeoefend.

Tevens wil ik nog vermelden dat er zeer opmerkelijke resultaten werden bereikt tijdens uitstapjes en vakanties. Waar het hier om lijkt te gaan is een begeleide confrontatie met de maatschappelijke werkelijkheid buiten de inrichting. Deze evenementen worden in

de planning van de structuur opgenomen en consequent uitgevoerd. Specifieke problemen kunnen ontstaan bij het meenemen van zeer onregelde psychotische patiënten; het eisen van aangepast gedrag lukt echter vrijwel steeds. Slechts in één geval moest iemand teruggebracht worden naar de inrichting.

Wij menen te kunnen constateren dat de behandeling veelal in drie fasen verloopt, die weliswaar niet te scheiden zijn en in elkaar overlopen, maar wel te onderscheiden zijn. In de eerste twee fasen is de verpleegkunde de dragende discipline, in de laatste fase treden maatschappelijk werker en psychiater meer op de voorgrond.

Fase I: De verpleegkundige neemt in sterke mate de psychische functies van de patiënt over en reguleert daardoor desnoods zijn gehele gedrag. De patiënt komt in een gestructureerd 24 uren ritme.

Fase II: Deze treedt in op het moment dat de patiënt de psychische functies zelf weer ter hand gaat nemen. In de praktijk valt dit op door een betere zelfverzorging, inzicht in financiën en meer reële contacten. In dit stadium is het belangrijk de reeds eerder genoemde te verwerven vrijheden juist te doseren en functies terug te geven, en worden model en grondslag gelegd voor een eigen levensstijl van de patiënt.

Fase III: In deze laatste fase zien we de patiënt op eigen kracht de bij hem aangebrachte structuur handhaven. De verpleging onttrekt meer steun aan de patiënt. Binnen deze fase is er ruimte voor het herstellen of opbouwen van de contacten met het milieu waarop de patiënt zich in de toekomst moet richten. Ook de beïnvloeding van het gezin kan heel belangrijk zijn. Tevens zien we op dit moment succesvolle psychotherapeutische contacten met de psychiater ontstaan.

Medicamenteuze therapie

De beslissing over het gebruik van medicijnen gebeurt wat betreft de psychofarmaca via de patiëntenbespreking. Hier wordt de doelstelling van de therapie geformuleerd en vastgelegd. Alléén in acute gevallen en bij noodzakelijke tussentijdse bijstelling wordt van deze regel afgeweken.

Aanleidingen tot het geven van psychofarmaca zijn de volgende:

- de arts signaleert symptomen of ziektebeelden die gunstig beïnvloed kunnen worden;
- de verpleging signaleert symptomen en raadpleegt de arts;
- patiënt verzoekt om medicatie, direct door te vragen om medicatie, dan wel indirect door met klachten te komen die medicamenteus te beïnvloeden zijn.

In het algemeen kan gesteld worden dat psychofarmaca zodanig gedoseerd worden dat de patiënt geen hinder meer ondervindt van symptomen die verdere therapeutische beïnvloeding bemoeilijken. Ter illustratie noem ik enkele toepassingen zoals die binnen de afdeling plaatsvinden.

Sedativa en hypnotica – Het gebruik van deze middelen wordt bewust beperkt tot een absoluut minimum. Bij onrust en slapeloosheid wordt gezocht naar moreel overwicht en het bewaken van een

goed dag-nachtritme. De hoge doseringen van hypnotica zoals Mogadon, chloralhydraat etc. waarmee deze patiënten vrijwel steeds van andere afdelingen worden overgenomen kunnen zo goed als altijd tot nul gereduceerd worden. Deze bijzonderheid wekte de verwondering van vele collega's en is ons inziens geheel te danken aan de verpleegkundige aanpak en het inzicht van de psychiater in de relatie tussen die aanpak en het doseren van medicijnen.

Psychofarmaca – Deze middelen worden in vrij grote mate en zodoende ook in hoge dosering toegediend. Patiënten worden zo mogelijk ingesteld op depôt preparaten. Deze bieden het voordeel dat door de constante bloedspiegel het leerproces niet geschaad wordt. Reeds 8 jaar geleden wees Van Praag op de verbeterde prognose voor chronisch schizofrene patiënten bij gebruik van langwerkende neuroleptica (Van Praag, 1970). Veelvuldig wordt met goed resultaat het flufenazine-decanoaat gebruikt. Bij onze categorie patiënten zijn vaak hogere doseringen noodzakelijk bij een werkingsduur van 2 weken. Bij doseringen tussen 100 en 200 mg van het Anaten-sol-decanoaat zien we meestal een terugdringen van psychotische symptomen en regulatie van het gedrag waardoor de patiënt weer therapeutisch beïnvloed kan worden. Vrijwel steeds is het nodig anti-parkinson medicatie te geven.

Arbeids- en bezigheidstherapie

Een steeds terugkerend aspect in de behandeling is door de eeuwen heen de bezigheid of wel de arbeid geweest. Reeds in de middeleeuwen bestreed men met succes psychische moeilijkheden bij kloosterlingen (Joh. Chrystostomus) door arbeid en bezigheid (Van der Drift, 1969). De reeds genoemde verpleegkundige Johannes van Duuren boekte door arbeids- en bezigheidstherapie in combinatie met een directieve aanpak met betrekking tot de zelfredzaamheid voor die tijd opmerkelijke resultaten. De arbeids- en bezigheidstherapie zoals die binnen onze afdeling plaatsvindt komt overeen met de reëducatieve richting (het systeem Simon-van der Scheer).

De verpleegafdeling is onlosmakelijk verbonden met de therapieafdeling. Overdracht en communicatie vinden meerdere malen per dag plaats. De therapeuten werken een weinig op de afdeling en verpleegkundigen omgekeerd op de therapie, zodat een integratie van behandel sfeer ontstaat. De bedoeling is om patiënten te gewennen aan een normaal maatschappelijk ritme door in dezelfde sfeer eisen te stellen die samenhangen met het arbeidsethos. In principe worden de activiteiten dwingend gepresenteerd. In de ochtenden is arbeidstherapie verplicht. De middagen zijn bestemd voor hobby en creativiteit, zij het dat de bezigheid zinvol moet zijn. Bij het uitblijven van deze prestatie wordt de arbeidstherapie verplicht gesteld. Dit laatste moet gezien worden in het kader van het overnemen van functies, immers we geven de patiënt de gelegenheid zichzelf te reguleren en te ontplooiën; kan hij dit niet dan nemen we deze functie over door dwingend arbeidstherapie voor te schrijven.

Groepsgesprek

De doelstelling van het groepsgesprek is het formaliseren van de communicatie tussen behandelaars en patiënten. Dit wekelijkse gesprek van een uur, onder leiding van een niet-afdelingsgebonden groepswerker, leidt ons inziens tot dezelfde resultaten als de patiënt-staff-meeting in de 'therapeutische gemeenschap' (Bierenbroodspot, 1974). In tegenstelling tot Bierenbroodspot streven wij niet naar een delegatie van macht naar de patiënten, omdat we dan een zó gecompliceerde structuur scheppen dat deze voor onze patiënten niet meer overzichtelijk en hanteerbaar is. Er is een overeenkomst in gespreksthema's:

- allerlei materiële zaken zoals eten, procedure rond het T.V. kijken enz.;
- agressie jegens de behandelaars; getracht wordt deze te kanaliseren, terwijl dit onderwerp tevens gebruikt wordt als confrontatie met de noodzakelijkheid van de behandeling;
- onderlinge agressie;
- het tijdens de bespreking eisen van aandacht voor individuele problemen.

Een geleidelijk ontstaan fenomeen, dat gestimuleerd wordt door de behandelaars, is de mogelijkheid tot het doen van voorstellen. Opvallend hierbij is dat de gedane voorstellen meestal goed inpasbaar zijn in de behandeling en structuur van de afdeling. De voorstellen worden altijd in de stafbespreking behandeld. Veelal behelzen ze zaken als bedtijd, zelf koken, uitstapjes en vakantieplanning, hygiënische maatregelen, corveeregeling e.d. Besluiten en amendementen worden dan weer teruggerapporteerd in de groepsbespreking, zodat een zekere vorm van inspraak ontstaat, zij het binnen de geldende structuur en doelstellingen van de afdeling.

Gesprek

Het gesprek en de methodiek van de gespreksvoering neemt binnen de afdeling een belangrijke plaats in. De opleiding van psychiatisch verpleegkundigen is de laatste jaren vernieuwd. Binnen deze vernieuwing wordt meer aandacht geschonken aan de gesprekstechniek. We kunnen ons echter niet aan de indruk onttrekken dat de techniek van het gesprek zich hoofdzakelijk richt op het gebied van de empathie en het optimaliseren van de relatie tussen patiënt en verpleegkundige. Het gesprek binnen onze afdeling heeft niet zozeer tot doel deze facetten te expliciteren. Natuurlijk proberen wij een zo goed mogelijke relatie met onze patiënten op te bouwen; daartoe hebben onze gesprekken de volgende eigenschappen:

- confrontatie,
- stimulatie,
- zakelijke benadering van de problematiek,
- in korte en consequente gesprekken.

Deze laatste methode van gespreksvoering lijkt ons juist, gezien het karakter en de doelstellingen van de afdeling. Het gesprek heeft een therapeutisch karakter, omdat ook in dat gesprek de grenzen die de structuur stelt in acht genomen worden, b.v. de verpleegkun-

dige tracht manipulatief gedrag in het gesprek onmiddellijk te herkennen en te couperen.

Gesprekken van enige importantie tussen patiënt en een teamlid worden altijd nabesproken in een patiëntenbespreking. Dit geldt evenzo voor de psychiater. Hij spreekt patiënten wekelijks, dan wel op verzoek van de verplegingsstaf. Patiënten kunnen alléén via de verpleging een gesprek arrangeren met de psychiater. Deze gesprekken worden altijd met het team doorgesproken en geregistreerd. Dit gebeurt centraal in een losbladig systeem dat voor het team toegankelijk is. Na verloop van tijd wordt dit systeem toegevoegd aan de ziektegeschiedenis.

Deze methode van werken heeft een aantal voordelen:

- iedereen kan altijd op de hoogte zijn van elke ontwikkeling en heeft een totaal overzicht van behandeling en resultaten;
- er is sprake van een grote mate van éénvormigheid in de benadering van patiënten;
- er ontstaat een multi-disciplinaire psychiatrische status.

Uiteraard zijn er wel maatregelen genomen ter voorkoming van misbruik van vertrouwelijke gegevens.

Bewegingstherapie

Dit onderdeel van de behandeling betreft een activiteit voor de gehele groep gedurende één uur per week. Individuele doelstellingen zijn er nauwelijks. Enkele groepsdoelstellingen zijn:

- bevorderen van de interactie,
- reguleren van agressie,
- stimuleren van activiteit,
- observeren van de motoriek,
- afwisseling in het weekprogramma.

De leiding van de therapie berust bij een gekwalificeerde bewegingstherapeut. Verpleegkundigen en de leiding van de arbeidstherapie nemen deel aan deze bewegingstherapie.

Maatschappelijk werk

Dit aspect van de behandeling wordt uitgevoerd door een afdelingsgebonden maatschappelijk werkster. In nauw contact met de afdeling en binnen het kader van het beleid onderhoudt zij contacten met de familie en relaties van patiënten. Het contact met de patiënten verloopt volgens een vast wekelijks spreekuur.

De maatschappelijk werkster onderneemt actie vanuit afspraken, zoals gemaakt in een patiëntenbespreking. De behoefte aan interventie van de maatschappelijk werkster komt van de patiënt alsook van teamleden, en bestaat o.m. uit:

- het verbeteren van de relatie tussen de patiënt en het oorspronkelijke milieu;
- het verduidelijken van de behandeling aan familie en relaties;
- het zonodig betrekken van het oorspronkelijk milieu en nieuwe relaties in de behandeling;
- het scheppen van duidelijkheid bij het team omtrent de sociale problematiek van de patiënt.

Samenvattend kan gezegd worden dat het maatschappelijk werk beoogt binnen de stringente afdelingsafspraken de relatie tussen patiënt en het milieu waar hij vandaan komt c.q. heengaat te verbeteren. Voorts stelt het zich ten doel de situatie waarin die patiënt zich bevindt acceptabel en hanteerbaar te maken voor het oorspronkelijke milieu en andere relaties.

Indicatiegebied

Het indicatiegebied is nogal ruim, selectie wordt gedaan door het gehele team. De psychiatrische diagnose en de verpleegkundige hanteerbaarheid zijn echter doorslaggevend bij een besluit tot opname.

De meeste aanvragen voor opname, die wij bijna allemaal honoreren, worden gemotiveerd doordat de aanvragers hun patiënten niet kunnen behandelen en verplegen. Dit geldt zowel voor aanvragen vanuit de eigen inrichting als wel voor aanvragen van buiten de inrichting. Psychotherapie en non-directieve behandeling moeten het liefst al geprobeerd zijn. Een gesloten circuit en een structurende aanpak moet noodzakelijk zijn. Acting out gedrag en suïcidaleiteit zijn eerder een indicatie dan een contra-indicatie.

Deze selectie wordt niet toegepast op patiënten vanuit andere afdelingen dan de opname-afdeling. Voor psychische decompensatie van deze patiënten worden 2 bedden vrij gehouden, zogenaamde 'decompensatiebedden'. Op deze bedden wordt dag en nacht opgenomen. Na de acute fase wordt de patiënt teruggeplaatst naar de eigen afdeling.

Capaciteit en personele bezetting

De maximum capaciteit van de afdeling is 15 bedden. Deze zijn als volgt onderverdeeld:

- 1 decompensatiebed voor vrouwen,
- 4 behandelbedden voor vrouwen,
- 1 decompensatiebed voor mannen,
- 9 behandelbedden voor mannen.

De verhouding in de aantallen mannen- en vrouwenbedden is in overeenstemming gebracht met de aantallen aanvragen voor opname.

De personele bezetting is als volgt:

- een part-time psychiater ($\pm 1/3$ weektaak),
- een part-time maatschappelijk werkster (20 uur per week),
- 3 stafverpleegkundigen,
- 5 verpleegkundigen in volledige wisseldienst,
- 7 leerling-B verpleegkundigen of verplegingsassistenten,
- 2 krachten voor de huishouding en garderobe,
- het secretariaat (1 secretaresse), gedeeld met 2 andere afdelingen,
- de therapie-afdeling, bemand door een bezigheids- en een arbeidstherapeut.

Uitgangspunt van de verpleegkundige bezetting is een voortdurend beschikbaar zijn van 2 verpleegkundigen gedurende 24 uur. Wij hebben graag een derde verpleegkundige in de late dienst, daar dit de mogelijkheid biedt tot begeleiding van bepaalde patiënten, meestal buiten de afdeling.

Behandelresultaten

Met als doel een beeld te vormen van de patiëntengroep waarop de behandeling zich richt en een inzicht te geven in het verloop van de behandeling, zal ik een enkel voorbeeld beschrijven.

Een 25-jarige vrouw werd opgenomen met als diagnose: infantilis-me; desintegratietoestand gepaard gaande met angsten en depressie; hystero-psychopathische trekken. De patiënte werd overgenomen van een andere inrichting waar ze beschouwd werd als onhandelbaar en voor zichzelf zeer gevaarlijk. Ze verbleef daar 2 jaar vrijwel hoofdzakelijk in een separeerkamer, afhankelijk van haar toestand al dan niet met gesloten deur.

Zij werd 14 maanden op onze afdeling behandeld. Gedurende het eerste half jaar werd het beeld gekenmerkt door depressieve wanen met betrekking tot haar lichaam, manipuleren van behandelaars en ernstige suïcidepogingen. Hierop werd door ons steeds consequent gereageerd met het overnemen van psychische functies. Tevens handhaafden wij haar steeds op zaal en werd ze verplicht in het 24 uren ritme, zoals door ons aangeboden, te leven. Na een half jaar verbeterde de toestand, toonde ze zich meer coöperatief en bleven suïcidepogingen achterwege. Voorzichtig werd begonnen haar een aantal vrijheden terug te geven en werden prestaties op de arbeidstherapie beloond. Nadat een redelijke mate van bewegingsvrijheid, zelfverzorging en avondinvulling weer door haar zelf werd gereguleerd, startten we met wekelijkse gesprekken met de psychiater. Nadat door interventie van de maatschappelijk werkster de relatie met de familie werd genormaliseerd, vonden wij haar voldoende stabiel om te worden overgeplaatst naar een open afdeling, gespecialiseerd in resocialisatie van langdurig behandelde patiënten. Thans verblijft ze daar 4 maanden en blijft zich in gunstige zin ontwikkelen.

Statistiek over 1977 en 1978

aantal opnames vanuit de eigen inrichting	40
aantal opnames van buiten onze eigen inrichting	9
totaal aantal opnames in 2 jaar	49
als genoegzaam hersteld ontslagen naar bestemming buiten de hoofdafdeling	5
als genoegzaam hersteld ontslagen voor verdere behandeling binnen de hoofdafdeling	30
totaal ontslagen in 2 jaar	35
thans op afdeling in behandeling	14
3 patiënten zijn 2 maal heropgenomen	
1 patiënt is 5 maal heropgenomen.	

Literatuur

- Bambang Oetomo, R. (1970), *Van Asyl tot Revalidatiecentrum*, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Bierenbroodspot, P. (1974), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. J. A. Boom en Zoon, Meppel.
- Bras, J. (1975), *Tweespraak tussen residentiële andragogie en psychiatrische verpleegkunde*. De Tijdstroom B.V. Lochem.
- Drift, H. van der (1969), *Behandeling van geestes- en zenuwzieken*. Spruyt, Van Mantgem en de Does N.V., Leiden.
- Praag, H. M. van (1970), The rationale of the using of longacting neuroleptics. *Symposium on long-acting Phenothiazines*, Groningen.
- Scheer, W. M. van der (1933), *Nieuwere inzichten in de behandeling van geesteszieken*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Schut, J. (1970), *Van dolhuys tot psychiatrisch centrum*. De Toorts, Haarlem.