

ENKELE AANTEKENINGEN OVER:

„ERVARINGEN MET INPASSING IN HET MAATSCHAPPELIJKE ARBEIDSPROCES VAN DE IN DE INRICHTING VERBLIJVENDE PATIËNTEN EN HUN REVALIDATIE“.

door Br. J. van Sluijs

(uit het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze)

In het begin van 1963 droeg de Geneesheer-Directeur Dr. H. v. d. Drift mij op, het sociaal-psychiatrisch werk met betrekking tot de voorbereiding van het ontslag en de begeleiding naar de 'grote' maatschappij van de verpleegden ter hand te nemen.

Genoemde opdracht werd als volgt gerubriceerd:

a Mentale voorbereiding bij plaatsing van verpleegden in arbeidssituaties en het ontvangen van vakscholing of ander onderwijs buiten het ziekenhuis.

b Een enquête instellen om af te tasten of er een verruimde mogelijkheid voor Dagverpleging aanwezig is.

c De besprekingen, die regelmatig gehouden worden met de regionale psychiatrische Diensten, bij te wonen en zo nodig in bepaalde gevallen contact op te nemen.

d Zo mogelijk kontakten te leggen of te doen 'herleven' tussen de verpleegden en familie of andere vroegere betrekkingen in de maatschappij.

e Ten aanzien van degenen die in Gezinsverpleging zijn, alles te doen, opdat ook deze verpleegden in vernieuwde belangstelling komen.

Al doende is gebleken, dat het tewerkstellen van verpleegden buiten het Ziekenhuis van overwegende betekenis is geworden. Ik bedoel daarmee, dat de inzet om goed gekozen arbeidsmogelijkheden voor de verpleegden te bewerkstelligen, meer inspanning en tijd in beslag genomen heeft dan de overige delen van mijn opdracht. Het is over dit gedeelte van mijn werk, dat ik graag wil uitweiden. Ter verduidelijking van één en ander citeer ik een kleine statistiek aan de hand waarvan ik U suk-sessievelijk iets wil vertellen en mogelijk wat toelichten.

STATISTISCH OVERZICHT BETREFFENDE BUITEN HET ZIEKENHUIS WERKENDE VERPLEEGDEN PER 1 APRIL 1964.

Het aantal buiten het ziekenhuis tewerkgesteld bedroeg per 1 april 1964: 85. Het aantal dat afgevoerd werd uit de tewerkstelling: 24, zodat dit overzicht betrekking heeft op 109 patiënten (over een tijdvak van ruim één jaar).

Indeling naar diagnose:

	Schizo- frenie	Oligo- frenie	Organi- sche psych.	Neurosen en pers. afw.	Depress. psych.	Totaal
Mannen	42	7	9	7	3	68
Vrouwen	20	7	6	8	—	41
Totaal	62	14	15	15	3	109

Indeling naar leeftijden bij het begin van het werken buiten het ziekenhuis:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
15—25 jaar	13	14	27
25—35 jaar	15	8	23
35—50 jaar	23	16	39
50—65 jaar	17	3	20
Totaal	68	41	109

Verpleegduur bij het begin van tewerkstelling:

Verpleegduur	Mannen	Vrouwen	Totaal
0— 5 jaar	46	32	78
5—10 jaar	10	4	14
10—20 jaar	10	3	13
20 jr. en meer	2	2	4
Totaal	68	41	109

Gemiddelde verpleegduur 5 jaar.

Indeling naar de aard van tewerkstelling.

Categorie	Mannen	Vrouwen	Totaal
Complementaire arbeid	54	18	72
Vrije bedrijf	14	23	37
Totaal	68	41	109

Waardering complementaire arbeid in G.S.W. verband:

Waardering	Mannen	Vrouwen	Totaal
G.S.W.-A	36	3	39
G.S.W.-B	10	13	23
S.W.H.	3	1	4
Pupillenregeling en niet geclassificeerd:	5	1	6
Totaal	54	18	72

Afgevoerd uit de tewerkstelling vanaf begin:

Afgevoerd wegens	Complementaire arbeid:			Vrije bedrijf:		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Ontslag uit ziekenh.	7	0	7	1	2	3
Naar sluisinternaat	1	—	1	1	—	1
Aanpassingsmoeilijkh.	2	1	3	—	4	4
Geringe prestatie	3	—	3	1	1	2
Totaal	13	1	14	3	7	10

De op 1-4-'64 werkende verpleegden buiten het ziekenhuis waren *vóórdien werkzaam in de volgende therapieën*:

Tuin	14	Berekening revenuen van de per 1 april 1964	
Transport	2	buiten het ziekenhuis werkende verpleegden:	
Wasserij	7		
Huishouding	13	Totaal bruto inkomen per jaar:	f 175.000,—
Keuken	1	Totaal netto inkomen per jaar:	f 152.000,—
Meubelmakerij	2	Hiervan gaat naar de betalende	
Timmerafdeling	3	instanties	f 100.600,—
Schilderswerkplaats	2	Door verpleegden te behouden:	f 51.400,—
Garderobe	1	N.B. Het totaal netto inkomen werd berekend	
Boekbinderij	6	aan de hand van de beschikbare gegevens.	
Cartonnage	14	Hier werd bijgeteld 15% voor ingehouden	
Philips	2	loonbelasting, premie A.O.W./A.W.W. en	
Hulpverpleging	3	S.V.W.	
Kleermakerij	3		
Administratie	3		
Slagerij	2		
Weefkamer	3		
Totaal	85		

Diagnosen

Onder indeling naar diagnosen worden er vijf genoemd. Bij het tewerkstellen levert deze indeling hoegenaamd geen aanwijzing, omdat tewerkstellen van verpleegden buiten het Ziekenhuis, waarvan, naar we mogen aannemen, de meer klinische periode voorbij is, bedoelt: de patiënt te revalideren *met en door* arbeid. Heet merendeel van de tewerkgestelde verplegden komt uit de groep der defekt-schizofrenen: 62, Oligofrenie: 14, Organische Psychosen: 15, Neurosen en persoonlijkheidsafwijkingen: 15, Depressieve Psychosen: 3. Het totaal van 109 wordt gevormd door 68 mannen en 41 vrouwen. Dat het aantal mannen groter is, geeft geen enkele aanwijzing. Men moet dit meer zien als een gevolg van een wijze van aanpak, immers we zijn aanvankelijk meer bezig geweest met het plaatsen van mannen om pas later, toen we meer ervaring hadden gekregen, vrouwen, bij voorkeur in gezinnen, te plaatsen. Verpleegden van het vrouwelijk geslacht, met een redelijk sociale aanpassing en enige vaardigheid in de huishouding, plaatsen wij, zo er geen tegenindikatie is, bij voorkeur in de huishouding, een winkelbedrijf en ook wel in de verpleging.

Indeling naar leeftijden

Uit het overzicht blijkt, dat de leeftijden van de tewerkgestelden nog al uiteenlopen. De grootste groep wordt wel gevormd door mensen in de leeftijd van plm. 35 tot 50 jaar. (39 verpleegden). Wel moet men in acht nemen, dat bij deze groep een ruimte van 15 jaar is aangelegd en bij de groep van 25 tot 35 jaar een ruimte van 10 jaar.

Betreffende de gemiddelde verpleegduur is op te merken, dat 70 procent van de tewerkgestelden vallen binnen een verpleegduur van 5 jaar (t.w. 78). Er zijn er vier bij, die hier reeds langer dan 20 jaar verpleegd worden.

De groepen van 5 tot 10 en van 10 tot 20 jaar zijn vrijwel gelijk in aantal, respectievelijk 14 en 13.

Als gemiddelde verpleegduur kan men noemen: ongeveer 5 jaar.

De aard van de tewerkstelling

Bij de vermelding van de soort arbeid die door de patiënten wordt verricht, noem ik de *complementaire* arbeid op de Sociale werkplaatsen, de Buitenobjecten en de Sociale Werkvoorzieningsregeling Hoofdarbeiders, naast degenen die allerlei soort van arbeid uitvoeren in het Vrije Bedrijf.

Onder degenen die bij de Complementaire werkvoorziening werden geplaatst, zijn er 5 die als Hoofdarbeider te werk werden gesteld. De anderen verrichtten allerlei soorten van arbeid in de Beschuttende werkplaats. Onder hen zijn er die aan draaibanken of met andere machines verantwoordelijk en precisiewerk verrichten en door de leiding van de Werkplaats hoog gewaardeerd worden.

De patiënt met meer ongeregelde inzet en periodieke terugval, alsook die met een disregulatie van andersoortige aard, plaatsen wij bij voorkeur op de Beschuttende Werkplaatsen.

Wij verkeren in de gunstige omstandigheid twee Werkplaatsen in onze onmiddellijke nabijheid te hebben, t.w. 'Presikhaaf' te Arnhem en 'Arbeidszorg' te Ede.

Met de leiding van voornoemde Werkplaatsen geldt een waarborg van een goede reëducatieve aanpak met een evenwichtige hantering van art. 36 lid 1 van de GSW regeling. Hierdoor hebben we de steun van een konsekvent en ernstig hanteren van de voorgeschreven disciplinaire maatregelen als:

- a. berisping,
- b. inhouden van loon,
- c. schorsing voor enige tijd.

Ook zijn we verzekerd van een kontinuering van de wijze der behandeling zoals deze in het Psychiatrische Ziekenhuis plaats heeft.

Dr. N. Speyer zegt: (1) 'De moderne Beschuttende Werkplaats is een soort revalidatiecentrum, waar getracht wordt die factoren van de patiënt te verbeteren, die juist maken, dat de patiënten (geesteszieken en zwakzinnigen) geen plaats op de vrije arbeidsmarkt kunnen veroveren.'

Uit deze terminologie is duidelijk, dat de schrijver hier een

meerzijdige benadering bedoelt dan waar hij elders spreekt ten aanzien van de Beschuttende Arbeid als van een Instituut dat bedoelt de 'Therapie van het Arbeidend Vermogen' in toepassing te brengen.

Op deze Werkplaatsen wordt ook het levend bewijs geleverd, dat de plaatsing van de patiënt niet door de diagnose, doch meer naar de wijze waarop hij zich laat zien in de samenleving, zijn 'zó zijn' dient te worden bepaald.

Het heterogene in dit opzicht doet bij het samen aan de arbeid zijn wel eens denken, dat de één de ander ook om zijn *anders ziek zijn* nodig heeft en met deze (en niet zonder deze) tot betere aanpassing en arbeidsinzet kan geraken.

Ook van belang is, dat de werkende verpleegde het geld niet wordt 'toegestopt', maar dat hij op normale wijze 'loon na arbeid' ontvangt. Men moet in het vrije bedrijf de werkgever wel eens waarschuwen niet al te hoog te honoreren; anderzijds zal men hem ook wel eens voor moeten houden, dat deze therapie niet bedoelt 'goedkope arbeidskrachten' te leveren.

Ten aanzien van het loon citeer ik wederom Dr. N. Speyer (2): 'Met nadruk wil ik erop wijzen, dat het loon geen uiteindelijk doel is om geld te krijgen, doch het loongeven pedagogisch gebruikt moet worden. Geen doel op zichzelf, doch middel tot doel: sociale revalidatie van de geestelijk gestoorde. Daarom kan de belangrijkheid van een goed loonsysteem niet genoeg onderstreept worden'.

In het vrije bedrijf hebben we mannen geplaatst o.a. op kantoor, fabriek, magazijn, kwekerij, kleermakerij, vertaalwerk, enz. De meeste vrouwen werken op de beschuttende werkplaats, en verder in de huishouding, verpleging, winkelbedrijf, laboratorium enz. Bij de plaatsing in het vrije bedrijf moet terdege rekening worden gehouden met de persoon (in vele gevallen de mevrouw) die de opdrachten geeft of met de verpleegden samenwerkt en met het milieu. De paranoïde verpleegde zal in een 'open' gezin niet gedijen.

De in het kontakt overgevoelige of bijzonder 'beïndrukbare' schizofreen plaatsen bij een mevrouw die op 'korte afstand' en zeer 'frontaal' de kontakten onderhoudt, zal vanwege de frustratie al aanleiding geven tot een mislukking.

De expansieve patiënte met psychopathisch gedrag zal bij een mevrouw, die 'meedeint op de golven van onbeperktheid en onaangepastheid', grote kans lopen binnen niet al te lange tijd weer teruggeplaatst te worden binnen de muren van het Ziekenhuis.

Hoewel het noodzakelijk is om met deze en vele andere factoren rekening te houden, het zou niet goed zijn geen frustratiebreedte bij de patiënt te veronderstellen.

Dat het instinctief aanvoelen hierbij altijd de juiste onderscheiding maakt en altijd voor de betreffende verpleegde de meest geschikte plaats weet te onderkennen, kan ook bij deze inspanning niet altijd worden gezegd.

De meest geschikte plaatsing is niet altijd een genoegen voor de betreffende verpleegde. Plaatsing van een neurotica bij een wat koele, zakelijke vrouw die het te onzakelijk vindt om steeds over allerlei kwalen te converseren, kan van therapeutische betekenis zijn en dit te meer naarmate deze werkgeefster haar houding als zodanig heeft bepaald om verpleegde een betere dienst te bewijzen.

Waardering arbeid in G.S.W.-verband

Van de tewerkgestelden op de Beschuttende Werkplaats werken 36 mannen en 3 vrouwen in GSW A verband; 10 mannen en 13 vrouwen in GSW B verband.

Dat er zo'n gering aantal vrouwen in A verband geplaatst zijn, ligt niet aan een geringere inzet, doch meer aan het niet hebben van een werkverleden en andere factoren. Verscheidene vrouwelijke verpleegden zijn momenteel (juni '64) ook al weer in A verband aangesteld en doen in dit opzicht niet onder voor de mannen. 5 mannen en 1 vrouw vielen onder de zgn. Pupillenregeling. Ook deze zijn nu op één na in GSW-A of -B geplaatst.

Afgevoerd van de tewerkstelling vanaf het begin

Ten aanzien van het afvoeren van tewerkgestelden uit arbeid buiten het Ziekenhuis geeft de statistiek aan dat er 14 uit de Complementaire en 10 uit de Vrije Bedrijven zijn afgevoerd. De in het overzicht aangegeven redenen behoeven geen commentaar.

Wat de tewerkgestelden voorheen binnen het ziekenhuis verrichtten

Uit de omschrijving van de arbeidstherapeutische objecten in het overzicht valt op te merken, dat bij de patiënten het voortbrengen, het produceren, vóór de tewerkstelling buiten het Ziekenhuis reeds centraal was gesteld. Meerderen kwamen uit de groep van de 'tewerkgestelden' bij de Economische Produktieve Arbeidstherapie, in de zin van Dr. H. van der Drift ('Aspekten van arbeid en arbeidstherapie').

Ik spreek opzettelijk van 'tewerkstelling bij', omdat het voor velen geen therapie meer genoemd kon worden.

Voor de meeste patiënten was de overgang naar nuttig en produktief werk buiten het Ziekenhuis dus daarbinnen al voorbereid, wat zeker voor het welslagen van de plaatsing dezer patiënten van betekenis is geweest.

De revenuen per 1 april 1964 aan het werk verbonden

Het ontvangen van loon is voor de meesten een attractie op zichzelf. Voor slechts enkelen betekent het merkbaar weinig. Het totale bedrag, dat aan loon ontvangen wordt, is een niet te verwaarlozen, maar toch niet het meest belangrijke feit. Anderzijds mag men er met recht blij om zijn en de positieve mogelijkheden t.a.v. de loontrekkende, de patiënt, er van onderkennen. Na aftrek van de sociale lasten komt in het totaal binnen f 175.000,—. Hiervan wordt aan de betalende instanties voor de verpleging een bedrag van f 100.000,— gerestitueerd. Gezamenlijk behielden de werkende verpleegden van het totaal-bedrag f 51.400,—.

Dit alles werd berekend naar het aantal werkenden op 1 april 1964 binnen het tijdvak van 1 (één) jaar, terwijl de getallen zijn afgerond.

We mogen er dus op rekenen, dat deze bedragen in de toekomst ver overschreden zullen worden, omdat er immers steeds meer patiënten geplaatst worden. (Na het opstellen van voorgaande gegevens nam het aantal per maand toe met 14).

Op de patiënt is in de meeste gevallen de $\frac{2}{3}$ — $\frac{1}{3}$ regeling van toepassing.

Ten aanzien van de nog zeer jeugdigen en van degenen, die om bepaalde redenen (ik denk aan bijv. nog te geringe inzet of te weinig arbeidsuren) geen f 10,— zouden behouden, wordt dit bedrag toch als minimum voor bedoelde verpleegde aangehouden. Het kunnen beschikken over kontanten betekent voor de verpleegde dikwijls een bron van vele mogelijkheden. Het kan ook wel moeilijkheden veroorzaken, doch dit kwam tot op heden in slechts enkele gevallen voor.

Met dit geld beschikt ons Ziekenhuis over een therapeutische mogelijkheid meer, behalve wanneer het personeel dit (onbewust) tegenwerkt door een te bedrijvige administratie of een te grote beleggingsijver. Meerdere patiënten zijn blij in staat gesteld te worden iets terug te kunnen doen aan hen, die helpen of hebben geholpen. Men kan dit de 'over en weer vreugde' noemen, die mogelijk is geworden door het kunnen beschikken over enig eigen geld.

Voor een ander kan het weer aanleiding zijn tot een bredere belangstelling en verantwoorde ontspanning. Lektuur wordt aangeschaft. Bioskoop en schouwburgbezoek gaan in toenemende mate tot de mogelijkheden behoren, enz.

Eén van de verpleegden die veel van dieren houdt, gaf, toen hij jarig was, te kennen, dat hij een papegaai wilde hebben. Hij werd hierbij geholpen en men kan hem nu in de avond en in zijn vrije tijd aantreffen bij dit dier, terwijl hij bezig is de vogel te leren spreken. Wanneer we weten, dat bedoelde

patiënt zeer moeilijk met zijn medemens tot een gesprek kan komen, kunnen we deze aanwinst beter waarderen.

De omloop van veel geld kan ook zijn bezwaren hebben. Het kan bijv. wegloopplassen bevorderen, doch de positieve mogelijkheden die men er door verkrijgt wegen aanzienlijk zwaarder. Tot lof van al onze medewerkers kan worden gezegd, dat niet-tegenstaande de 'pijn' van de grote hoeveelheid extra werk en de omvangrijke administratie, allen er vlot aan meewerken.

Er wordt inderdaad vaak 'pijn' bij geleden. Het valt niet mee voor de baas van het interne bedrijf zijn 'onmisbare' kracht af te moeten staan aan een bedrijf in de maatschappij.

In het begin is wel eens, uit taktische overwegingen, een zeer waardevolle kracht in het tijdsbestek van één dag over een tewerkstelling aangesproken en geplaatst. Dit werd gedaan om niet het risico te lopen, dat de verpleegde het er moeilijk mee zou hebben, wanneer hij ook maar enigszins zijn baas zou zien schrikken bij het vernemen, dat hij zijn goede en vaste hulp voortaan zou moeten missen. Het is onnodig te vermelden, dat dit alles de ekonomie van het Ziekenhuis op een gevoelige wijze beïnvloedt. Voor de arbeid in velerlei takken van dienst moest men overgaan tot het plaatsen van personeel van buitenaf.

Uitbreiding van 'Buiten-werkenden'

Momenteel werken 120 verpleegden buiten het Ziekenhuis (juni 1964). Door een goede arbeidstraining, rekening houdend met een oefening naar de soort van arbeid die op de Beschuttende Werkplaats en in de Huishouding wordt verricht, zullen er nog wel ongeveer 100 geplaatst kunnen worden. (Totaal aantal verpleegden is 850).

Hoewel de 'Grote' maatschappij een gedegen arbeidstraining vraagt en dit voor ons een punt betekent waar wij in belangrijke mate van uitgaan, wil ik benadrukken, dat men niet voorbij dient te gaan aan dat, wat voor de betreffende verpleegde als belang van de eerste orde geldt.

Ik denk dat, wanneer we er ongeveer 150 geplaatst zullen hebben, het aantal wel minder snel zal toenemen; immers de keuze wordt minder en ook hebben we dan te maken met een grotere 'afvoer vanwege ontslag', het terug moeten nemen ten gevolge van onvoldoende prestaties e.d. Wanneer het mocht lukken de Gemeente, hetzij Renkum, hetzij Ede, te bewegen te beginnen met GSW Buitenobjekten, dan ligt het voor de hand, dat nog meerderen naar buiten geplaatst zullen kunnen worden. Deze Buitenobjekten lenen er zich toe, dat gemeenten met subsidie van het Rijk parken, plantsoenen, sportterreinen en een

soms uitgebreid bosbezit, in een perfecte konditie kunnen houden. (Voor gemeenten met een respektabel, onrendabel bosbezit, van belangrijke betekenis!)

Sociale voorzieningen en Arbeidende Zieken

De Diensten van Sociale Zaken in verschillende gemeenten hebben er al mee te doen gekregen en werken goed mee.

Aanvankelijk ontmoette ik hier en daar nog wel enige aarzeling. Dit was mede een gevolg van het feit, dat men er niet zeker van was of de uitkering van wat de Interimregeling voor Invaliditeitsrentetrekkingen in de kas van de Dienst liet vloeien, gemist zou moeten worden. Evenwel, de zorg voor de mens domineerde en de uiteindelijke rekening van genoemde Diensten geeft aan, dat in de meeste gevallen een verminderde uitgave 'kostendekking' uit de bus gekomen is.

We hebben ook hier wel eens de ervaring, dat de Sociale Verzekering niet voor allen, die ermee te maken hebben, een zegen is. De neiging bestaat het werken te staken omdat de uitkering voldoende geacht wordt om ervan te bestaan, terwijl toch de arbeid van therapeutische (genezende) betekenis moet worden geacht.

Anderzijds toont de praktijk aan, dat de Sociale Verzekering niet voldoende ruimte laat voor de revalidatie van psychiatrische patiënten, hetgeen vele werkgevers doet besluiten voornoemde (herstellende) patiënten niet in dienst te nemen. De mogelijkheid om op grond van art. 27 lid 3 van de Ziektewet een uitzonderingsregel te bewerkstelligen is een voor dit geval veelal te omslachtige weg, die dan nog slechts in een onderdeel van de gehele aangelegenheid voorziet.

Ook de hulp via het Gewestelijk Arbeidsbureau bij plaatsing is, zo we met een 'Papieren Ambtenaar' te doen krijgen, een lange en voor de verpleegde niet begeerlijke weg. Het Gewestelijk Arbeidsbureau dient hier zeker begrip te tonen en in aanmerking te nemen dat er vanwege de psychiatrische behandeling van de te werk te stellen persoon al bij voorbaat veel is bekeken en besproken.

Al met al is er nog veel te regelen om het werken van de patiënt in de maatschappij mogelijk te maken en te bevorderen, waarbij de hoop mag worden uitgesproken dat de sociale verzekeringsvoorschriften in gelijke mate zullen gaan voldoen voor de geestelijk-, als nu voor de lichamelijk invalide.

Enkele konklusies kunnen worden verbonden aan de antwoorden op de volgende vragen:

a. Welke voordelen of winstpunten zien wij voor de verpleegden van tewerkstelling buiten het psychiatrisch ziekenhuis?

b. Welke veranderingen brengt deze tewerkstelling met zich mee in de verpleegafdeling?

c. Wat betekent het voor het Ziekenhuis?

d. Wat betekent het voor de maatschappij?

Ad a

Voor de verpleegde betekent de tewerkstelling o.a.: Konfrontatie met de (hoge) levensstandaard, het comfort, de recreatie e.d. Men zou de tewerkstelling een brug naar de maatschappij kunnen noemen. De verpleegde leert zich te verplaatsen in het (snel) verkeer, gaat iets begrijpen van de hoge verpleegkosten, ondervindt iets van wat het zeggen wil: de mens in nood, de mens in vrijheid, enz. Ook kan het van betekenis zijn voor de patiënt, dat hij niet direkt psychiatrisch wordt 'gevolgd'. De tewerkstelling kan het proces der zelfstandigwording bevorderen en stimuleren. Het behoeft geen betoog, dat zulks bevrijdend kan werken.

De patiënt gaat meer inzicht verkrijgen in de sociale lasten en verplichtingen. Vanzelfsprekend geldt dit voor de één meer dan voor de ander.

Ad b

In de afdeling heeft de tewerkstelling o.a. tot gevolg: Een verminderde overdracht van negatieve gevoelens, het wegebben van ontevredenheid, enz. althans bij hen die belangstelling aan de dag leggen voor het 'buitenshuis' werken. Er ontstaat een kettingreactie. Door de tewerkstelling wordt een milieuverbetering verkregen. De tewerkgestelden krijgen in de afdeling en in hun groep een geheel andere inbreng. Men mag spreken van een verruiming in bijv. de onderwerpen waarover doorgaans wordt gesproken. Zij komen met hun indrukken van buiten af. Door deze indrukken zullen zij een andere mening gaan vormen over hun medeverpleegden alsook over het personeel. Daarentegen zal men er ook op voorbereid dienen te zijn, dat het hebben van patiënten die buiten het Ziekenhuis werken enige onregelmatigheid in de hand werkt. Hier en daar zal de 'huisorde' verstoord worden vanwege de komende en gaande man.

Tenslotte wil ik nog noemen, dat de thuisblijvende groep kleiner en daardoor vaak gezelliger wordt.

Ad c

Voor het Ziekenhuis betekent de tewerkstelling van patiënten een tussenvorm meer om de verpleegden te revalideren. De groepen worden kleiner en men mag daarom terecht spreken van een demassafikatie.

De 'kloof' tussen Maatschappij en Psychiatrisch Ziekenhuis wordt smaller. Er ontstaat meer ruimte voor de te behandelen verpleegden, men heeft minder volle therapiezalen. Dit houdt weer in, dat er meer werkelijke Arbeidstherapie mogelijk wordt.

Deze tewerkstelling kan ook van groot belang zijn bij patiënten die een bepaald delikt pleegden en waarbij de Maatschappij vreest voor een recidief. Een begeleide 'proeftijd' biedt bij tewerkstelling minder risico's.

Ad d

Wat betekent het voor de Maatschappij? Om economische redenen is het niet zelden geïndiceerd een amorphe patiënt te laten werken bij maatschappelijke arbeid.

Wanneer de arbeidsmarkt krap is, kan men deze tewerkstelling zien als een verlichting op die arbeidsmarkt.

Voor de betalende instanties betekent het in vele gevallen een kostenvermindering.

Voorts bewerkstelligt men het afnemen van angst voor onze patiënten. De buitenwereld krijgt nu gelegenheid ze van dichtbij mee te maken en het hoeft welhaast niet gezegd te worden, dat velen hun mening t.a.v. de patiënten ten goede zullen wijzigen.

In de toekomst mag men een mindere zorg voor vele psychiatrische patiënten verwachten, die, mede door het zgn. werkmilieu de 'weg terug' kunnen vinden. Zij moeten in relatie treden met dit werkmilieu.

Ettelijke patiënten staan, bij wijze van spreken, nu al bij de poort te wachten op een voor hen geschikte huisvesting, die, naar we hopen, gevonden zal worden in een daartoe ingericht en goed geleid internaat elders.

Deze internaten zullen hun bewoners de zgn. 'Beschermd Vrijetijdsbesteding' moeten bieden (in de zin als door Dr. N. Speyer bedoeld) in geval de juiste relationering ten aanzien van het tijdsmilieu ontbreekt.

Het bestuur van deze internaten zal niet vanuit ons Ziekenhuis gebeuren. Dit zou ook niet juist zijn. Deze internaten worden een mogelijkheid er bij om de patiënten in de maatschappij terug te plaatsen.

Dames en heren, hopelijk heb ik u enig inzicht gegeven in de huidige stand van zaken bij het plaatsen van psychiatrische patiënten in het maatschappelijk arbeidsproces.

Het gekonfronteerd worden met de handicap van anderen (in welke vorm dan ook) en tegelijkertijd het ervaren van eigen bruikbaarheid, kan een uiterst stimulerende werking uitoefenen op de verpleegde. Het is gebleken dat verpleegden, door deze tewerkstelling, de mogelijkheden en kansen aan wilden grijpen om te trachten dat te volvoeren wat zij zichzelf en anderen steeds beloofden. De tewerkgestelde zal de meer negatief over de inrichting denkende medepatiënt tot steun zijn en ten goede leiden.

Summary of the activities of the Social Psychiatric Service of the „Wolfheze” Hospital, Wolfheze, with special regard to the rehabilitation of patients.

The rehabilitation, outwith the premises of the hospital, was begun early in 1963. The experiences and progress we have made in the situating patients are recorded as a result of the attached statistical report.

As at 1st. April 1964, 85 patients have gone daily to either the Beschuttende Werkplaats (Social Workplace) or the small private business. The above mentioned report gives a total of 109 workers, because those working away from the hospital since the beginning are included.

The majority, 62 in total, come from the group Defect Schizophrenic. The place and type of work is not determined by the diagnosis, but by the patients condition.

It is of importance to observe closely the adaptibility of those involved in order to complete the group and to give the workers the most suitable surroundings.

The fact that the majority are male is no indication that there is more difficulty in obtaining situations for females, but that we have begun with the former in order to approach the technical industries.

Amongst those under rehabilitation are some who have been under care for more than 20 years, but the average period under care is ± 5 years.

At present, there are 58 working at the Social Workplace (male and female) and 27 in ordinary businesses.

The total under care in the institution is 850.

At the Social Workplaces there are good opportunities, especially for the males, to practise in one or other type of special work.

There are amongst them, those who give good work at an exceptional speed. Most of them present a total physical validity.

The Workplace has priority in cases where we have to deal with a working ability grounded on for example, periodic relapse, extreme changes of mood and irregularities of different nature.

We also give preference in the above workshop to those with the pedagogic element. We are fortunate in having two Social Workplaces at our disposal, „Presikhaaf” in Arnhem and „Arbeidszorg” in Ede.

Both of which are, for us, a guarantee of a good reeducative grasp and placing with a comprehensive variety of work; overall the balanced handling of disciplinary instructions is therefor also a continuation of the resocializing process which is applied intramurally.

Also the application of the so called „Merit-Rating” system gives a good answer as to what is carried out and achieved.

So the patient can realize his stake and his worth from his wage packet. For those working in general business, care must be taken, in their earnings, against a deception on both sides. Payment must neither be philanthropic nor unjust. Only the correct payment is not deceiving. It is worthy of note, that the average patient attaches so much value on the opinions of those in ordinary life.

A system of standardisation is necessary in the choosing of situations in ordinary business. For example, it is not advisable to place the paranoid patient in a so called „open” family. To put the contact extrasensitive or the exceptionally impressionable schizophrenic by a lady who keeps the contact at short distance and very frontally, will certainly lead to failure via frustration. The more expansive with a psychopatized behaviour should not be situated with an employer who is himself unstable and unrestricted, etc.

Unfortunately, we must report here, that we are not always successful in finding and distinguishing the most suitable employment. When we are looking for the most suitable place of work and employer, it is not necessary that the opportunity for working for the patient, be only a satisfaction, in every respect of the word, for him.

On the contrary, it can be of value to place the patient with a neurotic pattern of behaviour, by a „cool” and businesslike lady who is not interested, or is expressly not interested, in personal feelings and imaginary complaints in order to be of more help to her.

Earnings in General business are more variable. In some instances patients earn more than non-patients for the same work.

Against this, there are also those whose speed and precision is below standard.

The patient is allowed to keep 1/3 of his earnings, 2/3 are repaid to the source which is responsible for the costs of the care.

According to the situation as at 1-4-64 there was, in one year, F. 51.000,— (£ 4044; \$ 14186) was in circulation amongst the patients; F. 100.000,— was repaid to the above mentioned source, and the total income was F. 175.000,— approximately.

The financial aspect is important but not the most important. It is our intention to let this money become a therapeutic medium for the patient and not to allow it to deteriorate to a dead capital.

The total of those rehabilitated increases by approximately 14 per month, and shall, according to our figures, so continue till about 150.

Thereafter the tempo will tend to lessen owing to an increase in the various discharges. It will then be possible to give more pretraining and make greater selection.

We intend, after sufficient experience is obtained, to preselect for the Social Workplace by special pretraining in a particular department.

We have the opportunity, in the social-therapeutic department, of training the female patients in housekeeping.

The amount of work for all the departments is thereby increased by one thing and another, as well as the administration and living quarters. It is also heavy charge on the budget of the institution, because, the patient who was of real assistance to us, has obtained employment outside and therefore other personnel must be introduced to replace him.

The provincial labour exchange helps us with the vacancies at the Social Workplaces, and with this there is a tendency to good cooperation.

The social service in many councils of our country, readily give guarantees for the forthcoming costs, although in the beginning they were rather hesitant for various reasons (i.e. the stoppage of Social Insurance and other payments to the family or institution.)

Now, since it has received some publicity, we come across no opposition and can put what is important for the patient in the first place.

We hope, that in the future the Social Insurance will be prepared to give the mentally disturbed the same scope for work as they do to the physically handicapped. The possibility of obtaining employment for the mental patient without immediate withdrawal of payments to the family, would be welcomed by us and those involved.

Several questions have to be answered:

- A. What is the benefit for the patient?
- B. Of what significance is it for the department?
- C. And for the mental hospital?
- D. Of what importance is it for society in general?

A. The personality comes more to the fore and the patient learns that it is

possible to apply himself. There is also an apparent increase in the individuality, because he has now something which he did not previously possess, and which others do not yet. He has more available finance and therefore more possibilities are open to him. His thoughts are more on the future and less on his present predicament. Interest is increased and the world enlarged.

The capacity for work is greater and the chances of discharge (from the hospital) are increased. One reason for his becoming less dependent is the fact that he is helping to pay the costs of nursing, etc.

Many more are so far in the their treatment that they now wait on good accommodation. With this in view, there is a movement under hand to establish a residential home.

B. Discipline within the department has to be slackened because of the going to and coming from work of the patients. We have instituted a special department to limit this, also in various ways to acclimatize the patient and facilitate his caring for himself i.e. in the taking of medicine, running club life from his own means and partaking in organizations outwith the hospital etc. Through this it is possible to give more freedom when a greater interest and feeling of responsibility have been obtained. It is noticed by the whole department that there is more living with and round it. The outside working of the patient is important for the whole community. The social conditions are influenced and it gives the medical staff and all the personnel a greater interest in „WORK”.

C. The hospital has more space for in-patients. There is a lessening of the hate against society in general and a greater tendency to work and live with it. Work is increased and there is a greater scope in the selection of personnel owing to the helping patient being no longer available. In many instances a leading to a more satisfactory method of discharge.

D. A lowering of the costs on society. More appreciation of the mentally handicapped, clearer opinion of the patient and less fear of him. Also a welcome relief of the scarcity on the labour market.

It is to be hoped, that many of our patients, together through rehabilitation and renewed relationship with the environment of work, can find the return path to normality.

This being the case, the period of nursing and division of the family could be shortened.

Should the time come that the institution be redundant, all the above will have been a contributing factor.

Literatuur

1. Speyer, N. *Het sociaal psychiatrisch profiel*. N. V. Mouton & Co., 's-Gravenhage 1960.
2. Speyer, N. *Nieuwe wegen in de maatschappij ter resocialadvisering van geestelijk gesoorden*. Uitgave van de „Stichting Antonia Wilhelminafonds”.