

1. prevention of psychiatric hospitalization;
2. effective hospitalization procedures;
3. aftercare in the post-hospitalization period.

In connection with some particular questions as to the function of the Social Psychiatric Service and the Psychiatric Hospital the difficulties encountered in the different areas of professional activity, are brought into focus.

In conclusion the importance is stressed of a clear conception of each of the three participants in community psychiatry of their specific areas of mental health care as a basis of fruitful cooperation.

DE PLAATS VAN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING IN HET TOTAAL VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

door J. P. DE SMET, geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum 'St. Willibrord' te Heiloo

De taak, welke ik op mij heb genomen om vandaag voor U een beschouwing te wijden aan de plaats van de psychiatrische inrichting in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg is mij wel bijzonder licht gemaakt. Collega Jacobs met name gaf over dit thema reeds een voortreffelijke uiteenzetting, gepubliceerd in het september-nummer 1965 van het tijdschrift „Ons Ziekenhuis”. Met de inhoud en strekking van zijn artikel kan ik mij in grote lijnen verenigen en om niet in herhalingen te vallen zal ik mij ertoe beperken om enkele aspecten van zijn betoog nader onder de schijnwerper te brengen. Eerst enkele opmerkingen van algemene aard. In de Gezondheidsnota 1966, opgesteld door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dr. Veldkamp met zijn Staatssecretaris dr. Bartels wordt uitgegaan van de principiële stellingname, dat elke zieke recht bezit op een optimale medische hulpverlening. Ik versta in de formulering van dit beginsel een volkomen nieuw geluid en met name, dat men bij de concretisering van de hulpverlening zich allereerst richt op de patiënt, op diens medische noden en behoeften. Dit is wel degelijk een caesuur in de traditionele gang van zaken, waarbij men zich bij een kritische beschouwing niet kan onttrekken aan de indruk, dat het de patiënt was, die zich diende aan te passen bij het medisch verstrekkingspakket, hetwelk hem werd aangeboden en waarbij andere belangen dan die van de patiënt mede in het geding waren. Een van de belangrijkste oorzaken waardoor de bestaande werkelijkheid niet vol-

doet aan de stellingname van de Minister, zie ik in het *eigenstandig* functioneren van de verschillende instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg in het algemeen en van de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder. In mijn verdere beschouwingen zal ik mij beperken tot de ten tweede genoemde tak van gezondheidszorg.

Er is alom onzekerheid, om maar een voorbeeld te noemen: ten aanzien van de functie welke de psychiatrische inrichting zal gaan vervullen in het geheel van de toekomstige geestelijke gezondheidszorg. Ik hoef U slechts te herinneren aan de beroering, gewekt door de als onheilsprofeet gekwalificeerde collega Speijer, die zich wijselijk is gaan intomen teneinde te voorkomen dat hij voor de leeuwen zou geworpen worden. De heer Valk pakte het slimmer aan en uitte zijn kritiek op het functioneren van de psychiatrische inrichtingen in de tijd dat hij de pensioengerechtigde leeftijd in het vooruitzicht had. De zich bedreigd voelenden reageerden zoals mocht worden verwacht: zij duldden geen kritiek. Ik hoop hierop straks nog terug te komen en wil nu de aansluiting weer opnemen met het punt van uitgang. Willen wij voldoen aan de verwachtingen, door de Minister zo onverhuld gesteld, dan zal ons streven voor de naaste toekomst zich dienen te richten op de navolgende punten:

1. Het vinden van een coördinatie en coöperatie tussen de verschillende instellingen die op dit gebied reeds werkzaam zijn. De bekende publikatie van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg heeft hiertoe het eerst geattendeerd op een regionale structuur als voorwaarde, om deze coördinatie tot stand te kunnen brengen. Gezien de inhoud van de discussie en beschouwingen, welke sedertdien het licht hebben gezien, lijkt deze regionale structuur thans aanvaard als grondschema voor de verdere uitbouw van deze vorm van gezondheidszorg.

2. Het „plannen” in een gezamenlijk verband van gewenste nieuwe voorzieningen. Dit wil in het kort zeggen, dat wij ons moeten bezinnen op de vraag, welke voorzieningen nog ontbreken in het totale palet, wil men redelijkerwijs kunnen stellen, dat wij in staat geacht worden te voorzien in elke vorm van hulpverlening, aangepast bij de noden van de patiënt.

3. Een positieve taakbepaling van elke instelling, betrokken bij dit geheel. Ik ben overtuigd, dat een belangrijk deel van het nog bestaande onderlinge wantrouwen berust op de talrijke misvattingen die hieromtrent nog levendig standhouden.

Laat ik mij nu beperken tot de taak van de psychiatrische inrichting; door sommigen gezien als specifieke instelling voor revalidatie, resp. zorg voor chronische geesteszieken, door anderen

gepromoveerd tot regionale instelling als centrum voor de totale preventieve en curatieve geestelijke gezondheidszorg. Wij hopen, dat de inleidingen en discussies van heden verdere klaarheid zullen brengen in de taakomschrijving van de SPD's en van de vrij gevestigde zenuwartsen.

Mijn inleiding zal zich bepalen tot de taakomschrijving van de psychiatrische inrichting, zoals deze door mij wordt gezien. Dan wil ik vooropstellen, dat het mij verwerpelijk toeschijnt om de psychiatrische inrichting te ontwikkelen tot een psychiatrisch Centrum met een grote C. Dat wil zeggen, dat ik ernstige bezwaren heb tegen het functioneren van de psychiatrische inrichting als regionaal centrum van de totale preventieve en curatieve geestelijke gezondheidszorg. Mijn bezwaar richt zich daarbij niet zozeer tegen de uitermate grote gecompliceerdheid van een dergelijke, alles omvattende organisatie, maar voornamelijk tegen het feit, dat naar mijn mening de ambulante zorg primair een verantwoordelijkheid is van de gemeenschap. Wil deze vorm van zorg zich optimaal kunnen ontplooiën, dan is hier toe een noodzakelijke voorwaarde, dat de gemeenschap zeer nauw hierbij betrokken blijft, een betrokkenheid, welke mede tot uitdrukking dient te komen in de organisatorische opzet. Op de rol die de psychiatrische inrichting hierbij spelen kan, kom ik straks nog terug.

De functies van de psychiatrische inrichting wil ik gaarne indelen in de volgende groepen: 1. de specifieke eigen functies; 2. de schakelfuncties.

Ad 1: Onder de specifieke eigen functies worden verstaan:

A) De klinische functie

Het hoeft voor U nauwelijks betoog, naar ik meen, voorop te stellen, dat een bepaalde categorie van geesteszieken een intensieve observatie, een grondig onderzoek en behandeling van node heeft. Ieder van U, die de vinger aan de pols heeft gehouden van wat zich internationaal op dit terrein afspeelt, zal tot de overtuiging zijn gekomen, dat de klinische psychiatrie in vele landen aan devaluatie onderhevig is. Ik meen dit verschijnsel te mogen aanmerken als een kunstfout en de oorzaak van veel lapwerk, dat in mijn ogen vaak een dilettantistische bij-smaak nalaat. Ik neem aan, dat de categorieën van patiënten, welke zich in ons land ter behandeling aanbieden, weinig zullen verschillen van hun lotgenoten elders. En dan is het verbijsterend van sommige collega's de opvatting te vernemen, dat bijv. elke patiënt optimale hulp kan verkrijgen in een dagzie-

kenhuis, resp. 'day-care-unit'. Zowel wetenschappelijk als praktisch acht ik deze opvatting onaanvaardbaar en ik zie juist als specifieke taak voor de psychiatrische inrichting borg te kunnen staan voor de optimale outillage voor onderzoek en behandeling van de patiënt, die hiertoe is geïndiceerd. Naar mijn overtuiging is vooralsnog geen ander instituut denkbaar, dat deze taak kan overnemen. Waarmee ik niet wil beweren, dat de psychiatrische inrichting is geïndiceerd voor elke patiënt die een klinische behandeling behoeft. Zo kan met name de psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis, mits geoutilleerd overeenkomstig de daaraan te stellen eisen, een belangrijke positieve rol spelen in die gevallen, waar de eisen voor de in te stellen behandeling van andere aard zijn dan die voor opname in een psychiatrische inrichting. Het hanteren van de juiste indicatie-stelling is hierbij het centrale punt, waarover straks nog iets meer. Pas dan, wanneer wij waar kunnen maken te voldoen aan de eis van de optimale outillage ten behoeve van de aan ons toevertrouwde klinische patiënt, hoeven wij niet te vrezen het odium van ultimum refugium te blijven dragen. Hierbij moge nog wel opgemerkt worden, dat wij dan ook nog langs andere wegen onze relaties tot de buitenwereld aanzienlijk dienen te verbeteren. Ook hierop kom ik terug.

B) De revalidatie-functie

Wanneer ik op dit thema nader inga, ben ik me ervan bewust mij hier en daar nog op glad ijs te bewegen. Wij mogen nl. niet uit het oog verliezen, dat het begrip revalidatie voor ons betrekkelijk nieuw is en daarom vraagt om het geven van een reële inhoud. Ik zou het begrip zó willen definiëren, dat het ons pogen omvat om onze langdurig verpleegden dermate te beïnvloeden, dat zij weer in staat zijn om in de gemeenschap terug te keren, hetzij geheel zelfstandig, hetzij in een andere beschuttende omstandigheid. Dit alles bij elkaar heeft naar ik meen bijzonder ingrijpende consequenties. De meest essentiële hiervan acht ik, dat wij onze geliefde inspanning om onze chronische verpleegden in de inrichting een zo menswaardig mogelijk bestaan te verschaffen moeten prijsgeven en daarvoor in de plaats moeten stellen de vraag, welke eisen de gemeenschap stelt, wil zij in staat en bereid zijn onze verpleegden in haar midden terug te nemen. Vele heilige huisjes raken nu aan het wankelen. Wij zorgden immers zo goed voor onze verpleegden, dat wij met trots onze buitenlandse bezoekers rondleidden om hen te overtuigen op welk hoog peil de zorg voor de geesteszieke in ons land werd beoefend. Maar wij zagen daarbij een

fundamenteel gegeven over het hoofd, met name, dat wij onze verpleegden zonder onderscheid inkapselden in onze zorg, die bij voorkeur werd opgehangen aan een veelsoortig en schromelijk misplaatst gebruik van het woord therapie. Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie: arbeidstherapie, sociotherapie, zangtherapie, vistherapie, creatieve therapie, sporttherapie, etc. Sterker zelfs: als de patiënt naar de werkplaats ging, dan heette dat naar *de* therapie. Zo beschadigden wij ongewild onze verpleegden door enkel in te spelen op hun patiënt-zijn, door hen in te spinnen in hun situatie van volledige afhankelijkheid en het proces van dehumanisatie op hen te laten uitwerken. De resultaten van deze benadering waren navenant en de verstopping van de doorstroming, waaraan wij momenteel zo pijnlijk laboreren, vindt in deze attitude voor een deel haar oorsprong. Wij zijn nu overal doende het roer, waarmee wij zulk een kwalijke koers hebben gevaren, om te gooien; we gaan revalideren.

Zoals gezegd: we gaan onze patiënten peilen, gericht op normen, welke door de maatschappij worden gesteld en uitzien naar middelen om hen aan deze eisen te leren voldoen. In het algemeen kan men stellen, dat om aan het leven in de normale gemeenschap te kunnen beantwoorden, voldaan moet worden aan de volgende elementaire eisen: 1. een aangepast gedrag in de straat en op de plaat; 2. deelname aan het produktieproces; 3. in staat zijn de vrije tijd op menselijk niveau te besteden. Onder een aangepast gedrag wordt verstaan, het vermogen om met anderen om te gaan, rekening met anderen te houden en althans anderen niet te storen. Het spreekt vanzelf, wil een revalidatiepoging enige kans van slagen hebben, dat een ingrijpende voorbereiding in dit verband vereist is. Hieronder wordt verstaan de moeilijke procedure om de chronische patiënt op te voeden tot grotere zelfstandigheid en onafhankelijkheid doch tegelijkertijd hem bij te brengen dat hij samen leeft met anderen, met hen in communicatie dient te treden en in zijn gedrag zich mede op de ander moet instellen. Vervolgens zal het proces van de arbeidstherapie, zijnde een „patient-centered” gebeuren, deels omgeschakeld dienen te worden naar een prestatieleverende arbeid met daarop afgestemde loonvoorzieningen. Van onschatbare waarde in dit verband is de GSW-regeling, hetzij in extra- hetzij in intramurale vorm of beide. Wil deze regeling met vrucht kunnen worden toegepast, dan zal men reeds de vereiste differentiaties dienen aan te brengen in de arbeid, waardoor het onze patiënt mogelijk wordt gemaakt te worden voorbereid op wat straks van hem wordt verwacht, zodra hij

het GSW-verband is ingetreden. Het zou te ver voeren om in detail hierop in te gaan; men kan zich hierover nader oriënteren ter plaatse waar deze regeling reeds toepassing vindt. Ik kan echter niet achterwege laten te wijzen op de niet te overschatten psychologische en pedagogische betekenis van het loon. Voor hen, die van nabij mochten meemaken wat er zich afspeelt met chronische patiënten die de beschikking krijgen over loon dat zij door eigen inspanning hebben verdiend en waarover zij zelf kunnen beschikken, zal dit gebeuren nimmer meer in zijn betekenis worden onderschat.

Het is daarom dringend nodig het thema van het rechtvaardig aandeel in het loon van de patiënt aan een bezinning te onderwerpen, waardoor het mogelijk worde hiervoor een landelijke regeling te treffen, die een einde zou maken aan het gemarchandeer met verschillende gemeentelijke autoriteiten over dit onderwerp. Het element van de persoonlijkheidsvorming, die het onze verpleegden mogelijk maakt op creatieve wijze de vrije tijd te besteden, is een onmisbare eigenschap voor een succesvolle revalidatie. De voorbereiding hiertoe dient reeds in volle omvang plaats te vinden terwijl de verpleegde nog in de inrichting verblijft. De korte ervaring heeft ons geleerd dat het niet ijdel is de verwachting te stellen, dat iedere verpleegde die kan voldoen aan de eisen om in de A-regeling van het GSW-verband te functioneren, in beginsel in aanmerking komt voor sociale revalidatie. Ook hierin dient men gedifferentieerd te denken; met name dient men de concrete mogelijkheden te scheppen om uit te proberen, tot welke graad de revalidatie van elke individuele patiënt haalbaar is. Een uitstekende instelling voor dit doel is het sluisinternaat, liefst niet te ver van de inrichting gesitueerd. Daar wordt de patiënt getest op zijn revalidatievermogens in de volle omvang en kan tenslotte worden uitgemaakt, of hij in aanmerking komt voor ontslag, voor tijdelijke terugkeer naar de inrichting of voor plaatsing in een beschutte omgeving. De inrichting zelve zie ik aldus omringd door een sociale werkplaats, door een of meer sluisinternaten, door meerdere beschutte tehuizen voor hen die niet tot volledige zelfstandigheid zijn op te voeren, resp. geen familie bezitten waarin zij kunnen worden opgevangen. Gezinsverpleging, indien mogelijk, zou hierbij eveneens een positieve functie kunnen vervullen.

C) De verzorgende functie

Zij richt zich zowel op de humanisering van de zorg voor de chronisch geesteszieke in een zo gunstig mogelijk sociaal klimaat

(zie o.a. de dorpsgedachte, de huisjes in Wolfheze), als op de verpleegkundige hulpverlening aan dubbel-gehandicapten.

Ook voor deze categorie van verpleegden doet zich de vraag voor, of zij noodzakelijk in het grote complex van het inrichtings-terrein moet worden gehuisvest. Ik stel mij voor, dat voor sommigen een verblijf in een klein tehuis, midden in de gemeenschap, maar onder de rook en onder de hoede van een inrichting resp. van een SPD een meer aangepaste vorm van verzorging mag heten, van waaruit een groter appèl wordt gedaan op de eigen bijdrage van de verpleegde in de goede gang van zaken dan een verblijf in het groter geheel van de inrichting.

Wanneer wij het geheel van de taken, beschreven als primaire taken van de psychiatrische inrichting, overzien, dan wil ik gaarne nog een enkel aspect daarvan nader onder het oog zien. Naarmate de outillage van de inrichting meer compleet tot ontwikkeling komt, naar die mate zal het aantal medewerkers en deskundigen zowel uit de medische als uit de niet-medische disciplines toenemen. Wil het werk onder deze zo sterk gewijzigde omstandigheden nog tot zijn recht kunnen komen, dan zal een vorm van samenwerking gecreëerd dienen te worden, die wij team-work plegen te noemen. Ik bedoel hiermee in concreto, dat in talrijke werksituaties vanaf het directionele niveau tot het werk op de verschillende afdelingen en departementen, een centrale gedachte voorop dient te staan, te weten: Hoe dienen wij samen, vanuit onze verschillende disciplines, zo optimaal mogelijk de belangen van onze patiënten. Het is mijn stellige overtuiging, dat deze vorm van teamwork slechts vrucht kan dragen, indien iedere betrokkene daarbij zijn eigen deskundige inbreng en eigen verantwoordelijkheid krijgt toegewezen. Deze gedachten doen de vraag rijzen naar de effectiviteit en de houdbaarheid van een eenhoofdige directie. Mijn persoonlijke overtuiging is dat in een functionele structuur, gebaseerd op de team-gedachte, deze eenhoofdigheid niet verdedigbaar is en een remmende werking uitoefent op de functie van het geheel. Maar genoeg hierover, want er rest mij nog om nader in te gaan op de tweede groep van functies, passend bij de psychiatrische inrichting:

Ad 2: De schakelfuncties.

Wil de psychiatrische inrichting optimaal kunnen functioneren, dan zal zij haar plaats moeten innemen, gecoördineerd in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg. De relaties tot de overige gebieden van deze zorg kunnen we onderscheiden in twee richtingen:

A) De relatie tot het vóórveld, tot het gebied, waar de zorg zich uitstrekt over patiënten die niet of nog niet in aanmerking komen voor opname in de psychiatrische inrichting.

B) De relatie tot het achterveld, tot de werkzaamheden ten aanzien van die patiënten die uit de verpleging in de inrichting zijn ontslagen.

A) In het begin van mijn inleiding merkte ik reeds op, dat de verantwoordelijkheid voor de ambulante zorg primair berust bij de gemeenschap en derhalve niet behoort te worden opgezet door de psychiatrische inrichting. Ik bedoel o.a.: het houden van een polikliniek, het oprichten van dag- en nachziekenhuizen, een SPD. Een ander aspect is echter, dat de psychiatrische inrichting beschikt over een staf van deskundigen, getraind in het teamwork en een reservoir bezit, dat als zodanig bij uitstek geschikt is tot dienstverlening in de ambulante zorg. Keren wij terug naar het beginsel, dat de belangen van de patiënt of cliënt zo optimaal mogelijk gediend behoren te worden, dan springen een aantal positieve waarden aanstonds naar voren.

Ik noem:

- de mogelijkheid tot multi-dimensioneel onderzoek (o.a. met behulp van psycholoog, sociaal werker);
- de mogelijkheid tot betere selectie ten aanzien van een bepaalde vorm van zorg;
- de garantie van een betere continuïteit in de behandeling.

Waar het gaat om poliklinische zorg resp. behandeling in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, doemt het probleem op van eventuele samenwerking met de privé gevestigde zenuwarts. Het moet mij van het hart, dat ik na langdurige bezinning op dit thema nog steeds niet heb begrepen waarom talrijke zenuwartsen deze vorm van samenwerking blijven schuwen. Degenen onder hen, die niet in team-verband werken, zullen zich toch bewust moeten zijn dat hun zorg voor sommigen hunner patiënten insufficiënt moet zijn, nog afgezien van de bij velen bestaande permanente overbelasting, die hun gezondheid en arbeidsvreugde bedreigt. Naar mijn overtuiging moet er een vorm van samenwerking te vinden zijn, die het werk van de vrijevestigde zenuwarts meer inhoud kan geven en hem tevens een menswaardiger bestaan kan garanderen. Samenwerking in poliklinisch verband, in het verband van dag- en nachziekenhuis, in het verband van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, alles met behoud van de eigen zelfstandigheid, ligt stellig binnen de grens van het bereikbare. Daar-

enboven wordt hierdoor voor de vrijgevestigde collega de mogelijkheid geopend deel te nemen aan het klinische werk in de psychiatrische inrichting, voor zover het gaat om activiteiten, welke zijn bijzondere belangstelling genieten (bijv. bepaalde vormen van psychotherapie). Eenzelfde thema is aan de orde waar het gaat om de samenwerking met de SPD's. Ik acht het van grote betekenis, dat stafleden van de psychiatrische inrichting deelnemen aan verschillende sociaal psychiatrische activiteiten, w.o. verzorging, M.O.B.-werkzaamheden, participatie in bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden etc. Het bevordert de multi-dimensionele inbreng van de verschillende teams en bevordert in sommige gevallen een continuïteit in de behandeling, met name indien deze behandeling klinisch is geworden.

Een enkel woord nog over de inschakeling van de sociale werker, verbonden aan de inrichting. Deze functioneert niet alleen als degene, die ten behoeve van de klinische behandeling de benodigde sociale informatie inbrengt, maar hij is tevens bij uitstek degene, die tijdens het verblijf van de patiënt in de kliniek belast kan worden met een taak in het gezin van betrokkene. Zijn rol bij ontslag van de patiënt zal straks nog aangeduid worden.

B) De relatie tot het achterveld

Meer dan in onze andere activiteiten worden we hier geconfronteerd met de betekenis van de continuïteit in de behandeling van onze patiënten. Ook in dit opzicht zijn de tijden veranderd. Nog niet zo lang geleden werd over de betekenis van deze continuïteit verschillend geoordeeld, en terecht. Het kon gewaardeerd worden indien men stelde, dat het voor de patiënt, die in het 'gesticht' verpleegd was geweest, als een bevrijding werd ervaren indien hij, eenmaal ontslagen, geen relatie meer behoefde te onderhouden met de geneesheer, aan wiens behandeling hij onderworpen was geweest. Nu echter de arts-patiënt-relatie, misschien wel bij uitstek in de inrichtingsbehandeling, een totaal andere inhoud krijgt of gekregen heeft, is deze relatie voor de patiënt een houvast van grote positieve waarde, zoals deze in het algemeen behoort te zijn. Benaderen we nu dit thema meer praktisch, dan meen ik te mogen stellen, dat een polikliniek, uitgaande van de inrichting, ten behoeve van ontslagen patiënten die behoefte hebben aan deze vorm van verdere behandeling, alleszins gerechtvaardigd is. Hetzelfde beginsel geldt mijns inziens voor de verdere begeleiding van de patiënten in het kader van de werkzaamheden der SPD's. Ook hier zal *participatie* van de inrichtingsgeneesheer een

zeer positieve waarde kunnen hebben; bovendien meen ik, dat de zorg in tehuizen, waar patiënten van de inrichting bij hun ontslag worden ondergebracht, bij voorkeur onder supervisie van de inrichting dient te blijven, althans voor zover deze tehuizen onder de rook van de inrichting zijn gesitueerd. De sociale dienst van de inrichting zal daarbij, ter voorbereiding van het ontslag, in het gezin en in het zoeken van een passende werkkring een waardevolle bijdrage kunnen leveren. De praktijk leert ons, dat de zorg voor de ontslagen patiënten in talrijke gevallen volledig overgedragen moet worden aan de SPD, werkzaam in het rayon of de woonplaats van betrokkene. Ik acht het onverenigbaar met onze opdracht, indien deze overdracht uitsluitend plaatsvindt langs papieren wegen. Alle ervaring wijst erop, dat bij een ontslag zulk een complex van problemen aan de orde is, dat hierover nauwelijks te schrijven valt. Een mondeling overleg, van beide kanten goed voorbereid, acht ik de enige vorm, waarmee wij vrede mogen nemen.

Geachte Collegae, ik ben mij ervan bewust dat ik vele aan-
gelegenheden, die mij toch na aan het hart liggen, moet laten
rusten. Ik wil er slechts nog een paar terloops noemen voor-
aleer ik mijn inleiding ga afsluiten. Ik voel mij nl. niet ge-
rechtigd om te eindigen zonder iets gezegd te hebben over de
naamgeving van onze inrichtingen. Zoals velen van U ongetwij-
feld weten heb ik geopteerd voor de naam 'psychiatrisch centrum'
(met de kleine c). Deels zie ik in deze naam een afrekening
met een verouderde, een onjuiste of belaste naamgeving, zoals
gesticht, psychiatrische inrichting, psychiatrisch ziekenhuis. Tevens
brengt het duidelijk tot uitdrukking de taak van de instelling
met een centraal gesitueerd moederhuis, waar omheen een aan-
tal dochter-ondernemingen, daarenboven nog aangevend de aan-
wezigheid van een gedifferentieerde staf van deskundigen, ope-
rerend binnen een regionale radius. Vervolgens moge ik nog wij-
zen op de grote betekenis van de openheid naar buiten, indien
de stafleden ook betrokken worden bij het preventieve werk. Ik
denk hierbij aan de organisatie van 'seminars' voor artsen, aan
het doceren aan Sociale Academies, aan het geven van voorlichting
op psycho-hygiënisch gebied, aan het schrijven van populaire artike-
len via de publiciteitsmedia, aan brochures etc. En wanneer ik dan
tenslotte nog opmerk, dat een onafzienbaar materiaal te onzer be-
schikking staat voor wetenschappelijke bewerking, dan geloof ik
enkele punten voor U te hebben aangesneden, die een perspectief
beloven voor een boeiende werkkring aan een ieder, die zich voelt
aangetrokken tot deze tak van gezondheidszorg, waarbij tevens een

garantie wordt geboden, dat deze zorg zal voldoen aan de verwachting die redelijkerwijs eraan kan gesteld worden: het leveren van een positieve bijdrage aan het totaal van de geestelijke gezondheidszorg.

SAMENVATTING

- (1) De centrale gedachte bij de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg dient gericht te zijn op het verlenen van een optimale hulp aan de patiënt.
- (2) Om dit te bereiken is vereist: coördinatie en coöperatie tussen de instellingen in regionaal verband; het 'plannen' in dit verband van nieuwe nodig geachte voorzieningen; een positieve taakbepaling van elke hierbij betrokken instelling.
- (3) De taak van de psychiatrische inrichting moet men onderscheiden in:
 - (4) specifieke eigen functies;
 - (5) schakelfuncties.
- (4) De specifieke eigen functies zijn: A) de klinische functie, omvattend een optimale outillage voor onderzoek en behandeling; B) de revalidatie-functie, omvattend het richten van de verpleegde op de eisen door de maatschappij gesteld; C) de verzorgingsfunctie, gericht op de humanisering van de aan de chronisch verpleegde bestede zorg.
- (5) De schakelfuncties zijn gericht op deelneming aan de totale geestelijke gezondheidszorg: A) in het vóórveld, berustend op dienstverlening; B) in het achterveld, deels op eigen verantwoordelijkheid, deels dienstverlenend.

SUMMARY

- (1) *In elaborating the activities of the mental health care, the leading thought should always be how to give the utmost help to the patient.*
- (2) *In order to achieve this, there is required: coordination and cooperation between the different institutes in each region and regional planning of new provisions deemed necessary. This has to be followed by a clear description of the task of each institute involved. a clear description of the task of each institute involved.*
- (3) *The activity of the mental hospital has to be differentiated into (3) particular specific functions. (4) linking functions.*
- (4) *The particular specific functions contain:*
 - A) *A clinical function, containing an optimum outfit for examination and treatment*
 - B) *A revalidating function, aiming at directing the patient to enable him to answer the requirements made by society*
 - C) *A nursing function, aiming at the humanisation of the care given to the chronically ill.*
- (5) *The linking function aims at participating in the total mental health care*
 - A) *in the fore-care based on rendering service*
 - B) *in the after-care based partly on own responsibility, partly on rendering service.*