

DE TOEKOMST VAN DE PSYCHIATRISCHE CENTRA

door Dr. D. JACOBS, zenuwarts *

INLEIDING

Het psychiatrisch centrum (-ziekenhuis, -instituut of -inrichting) is in discussie. Op vergaderingen en bijeenkomsten intern en extern wordt erover gesproken. Traditionele opvattingen komen in botsing met vooruitstrevende ideeën. De golf van de tijd gaat niet aan het psychiatrisch centrum voorbij.

Het is niet alleen in discussie. Het wordt opengebroken, van binnenuit en van buitenaf, zoals zoveel in deze tijd in een fel daglicht wordt gesteld. Het psychiatrisch centrum kan zich niet meer in zijn isolement terugtrekken. Evenmin zijn werkers en zijn patiënten. Het wil dat ook niet meer. Het psychiatrisch centrum wil — veel meer dan vroeger — zijn rol meespelen in het geheel van de gezondheidszorg. Daarom mengt het zich ook in de discussie. Om een eigen geluid te laten horen. Om de eigen positie duidelijker in zicht te krijgen. Om meer inzicht te verkrijgen in zijn functie. Daarmee stelt het zich kwetsbaar op. Een kwetsbaarheid omwille van de zorg voor zijn mensen zelf. Het psychiatrisch centrum is — of wil zijn — bereid om zich te heroriënteren, te herstructureren. Zich te beperken of zijn rol uit te breiden. Nog niet allen die ermee te maken hebben zien dit. Zij moeten snel zijn. Als zij zich niet bezinnen is het te laat. Dan wordt er over het psychiatrisch centrum zonder het psychiatrisch centrum beslist.

Echter: een alarmstemming past niet. Dat is niet goed voor de bewoner en de werkers van het psychiatrisch centrum. Nodig zijn: waakzaamheid, bezinning, moed om vanuit het heden de toekomst recht in de ogen te zien, zich dienstbaar te maken aan de burgers. En niet aan zichzelf, zijn medewerkers of zijn status. Wijsheid en vertrouwen zijn bij de bezinning ook noodzakelijk. En vooral nuchterheid en zakelijkheid. Zonder nochtans schroom om visionair in de toekomst te zien. Aldus gewapend lijkt het dienstig een beschouwing aan de toekomst van het psychiatrisch centrum te wijden.

Niet méér dan een beschouwing. Geen oplossing. Waar uitroptekens zouden kunnen staan, moeten misschien vraagtekens geplaatst worden. Omdat de hele ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg nog zo weinig overzichtelijk is. Dus ook de rol van het psychiatrisch centrum daarin. Een persoonlijke visie. Met hier en daar opgevangen signalen door iemand die midden in het werk staat.

* Geneesheer-directeur van het Ned. Herv. Psychiatrisch Centrum Zon en Schild te Amersfoort.

Doel van deze beschouwing is slechts: het simuleren van de gedachtenwisseling. Meer niet. Daarom: gaarne reacties, mondeling of schriftelijk.

1 ASPECTEN PSYCHIATRISCH CENTRUM ALS GEHEEL

1.0 Aspecten van de plaats van het psychiatrisch centrum

Het psychiatrisch ziekenhuis draagt het noodlot met zich van een foutieve naamgeving. Daar lopen een aantal toekomstgedachten op vast. Het is geen ziekenhuis in de zin van de ziekenfondswet. Er werken niet alléén specialisten. De gemiddelde verpleegduur is er veel langer dan in de algemene ziekenhuizen. Het nieuwe wetsontwerp ziekenhuisvoorzieningen geeft voor een ziekenhuis een andere omschrijving: inrichting voor genees-, heel- of verloskundig onderzoek of behandeling. Psychiatrische (categorale) ziekenhuizen vallen hieronder. Het is voor mij een vraag of het psychiatrisch centrum zich in de toekomst uitsluitend moet richten op 'zieken', dat wil zeggen personen die medische behandeling behoeven. In het psychiatrisch centrum zullen 'gedragsgestoorden' behandeld moeten kunnen worden, die niet tot de categorie 'zieken' behoren. Daarom is mijns inziens de naam psychiatrisch centrum of psychiatrisch instituut beter.

1.1

Drie aspecten zijn vooral van belang met betrekking tot het psychiatrisch centrum in zijn totaliteit. Dat zijn: de functie, de plaats en de differentiatie.

1.1.1 De toekomstige functie van het psychiatrisch centrum — Hoofdfunctie zal wel altijd blijven: hulp bieden aan personen die in psychische nood verkeren. Zal het psychiatrisch centrum ook hulp bieden aan een maatschappij die in psychische nood verkeert? In de toekomst misschien wel. Maar voorlopig zal dat slechts een geringe bijdrage blijven. Het psychiatrisch centrum mist hiervoor de deskundigheid. Hoewel er veel ervaring in de loop der tijden vergaard is.

Meer dan in het verleden zal het psychiatrisch centrum zich moeten richten op de behoeften van de samenleving. Het wordt sociaal onaanvaardbaar als het psychiatrisch centrum wél personen met gunstig perspectief uit verre omgeving opneemt, terwijl de ingewikkelde, moeilijk te lenigen nood in de directe omgeving naar elders wordt verwezen. Dat betekent: verantwoording ten opzichte van de burgers, de consumenten. In de naaste toekomst zal het psychiatrisch centrum aan deze verantwoordelijkheid gestalte dienen te geven.

Daarvoor is eerst nodig: ontmythologisering van het psychiatrisch centrum. De burgers dienen het psychiatrisch centrum te kunnen begrijpen. Het psychiatrisch centrum moet begrip opbrengen voor de noden in de omgeving. Strategie-bepaling is hiervoor nodig. En sociale

actie om de mentaliteit van de maatschappij zo te veranderen dat het psychiatrisch centrum meespeelt overal waar over geestelijke gezondheidszorg wordt gesproken. Ontmythologisering houdt in: nuchter, zakelijk, zonder afweer of angst, alle pro's en contra's afwegend over het psychiatrisch centrum spreken.

De verantwoordelijkheid ten opzichte van de burgers houdt ook in: meer en sterker betrokken worden in de continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg. Poliklinische activiteit, consultatieve werkzaamheden, nabehandeling, participatie in allerlei projecten van geestelijke gezondheidszorg; kortom: zich ook buiten het psychiatrisch centrum begeven, naar de plaats waar de nood is.

De functie van het psychiatrisch centrum zal worden afgestemd op de behoeften van de maatschappij. Dat betekent: bezinning over en onderzoek naar de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden van het psychiatrisch centrum, in kritisch samenwerkend overleg met anderen. Met andere psychiatrische centra, met voor- en nazorgdiensten, met algemene ziekenhuizen, met verpleegtehuizen, met talrijke voorzieningen voor ambulante patiënten. Het psychiatrisch centrum zal mee gestalten moeten geven aan een beleidsplan voor de geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied. Daarbij zullen ook instellingen van maatschappelijk werk betrokken moeten worden.

Het psychiatrisch centrum zal bereid moeten zijn om in groter verband taken en functies op zich te nemen, die anderen niet aan kunnen. Niet bij uitsluiting, maar omdat het psychiatrisch centrum ertoe geëquipeerd is of wordt. Eén van de zaken waar het psychiatrisch centrum aan moet denken is, dat het die functies, die het beter aan kan dan andere instanties, intensiveert en uitbreidt. Taken die anderen beter kunnen moet het afstoten. Een voorbeeld kan zijn regionale discussie over de functie van opvanginstituut voor zeer moeilijke acute patiënten (crisis-unit). Maar ook de intensieve zorg voor klinische revalidatie en voor deskundige behandeling van heel langdurig verpleegden die nergens anders terecht kunnen. Deze polariteit is tegelijk een uitdaging en beperking. In ziekenhuizen ligt de klemtoon vrijwel geheel op de medisch-specialistische benadering. Zonder deze te veronachtzamen, zal het psychiatrisch centrum zich ook op andere benaderingswijzen richten. In het ziekenhuis moeilijk te introduceren methoden en technieken vinden hier hun toepassing. Bijvoorbeeld agogische, gedragstherapeutische en andere werkwijzen, die niet primair geënt zijn op het medisch model van de hulpzoekende. Maar meer in de richting van levenseducatie. Meer antropologisch, of beter: antropocentrisch gericht. Minder iatrocentrisch of natuurwetenschappelijk. Naast alfa en bèta krijgt gamma een plaats. Ik herhaal: dit alles zonder de traditionele methodieken te veronachtzamen.

Met het oog op de uitoefening van de functies welke voor rekening van de geestelijke gezondheidszorg komen, is verdere echelonnering belang-

rijk. Het psychiatrisch centrum zal zich hierbij aansluiten. In verband hiermee zijn twee vormen van echelonnering belangrijk: de mate van specialisatie en de aard van de werkzaamheid. De functies van het psychiatrisch centrum strekken zich hierbij ook over meer echelons uit.

Eerst de mate van specialisatie. Aan het eerste echelon, dat niet gespecialiseerd is op de geestelijke gezondheidszorg en een polyvalente verwijzende functie heeft, komt het psychiatrisch centrum in zijn totaliteit ook in de toekomst niet toe. De werkers uit verschillende disciplines hebben echter in het eerste echelon wél een taak, maar dan vrijwel uitsluitend consultatief. Het psychiatrisch centrum zal zich bij zijn specialisatie bezinnen op zijn taak in het tweede en derde echelon.

Het doet er weinig toe of in de tijdsvolgorde de derde of de (minder hoog gespecialiseerde) tweede echelonsfunctie de hulpzoekende het eerst bereikt. Kennis van de minder gespecialiseerde behandelingsmethoden van het tweede echelon komt evenzeer van pas als die van hooggespecialiseerde werkwijzen. In het algemeen zal trouwens evenveel nadruk vallen op behandeling als op diagnostiek. In het psychiatrisch centrum zal dat zeker wáár gemaakt moeten worden.

In de echelonnering van functies zal een verticale structuur moeten worden aangebracht. Hoe meer gespecialiseerd, des te verder verwijderd van het huis van de hulpzoekende. Hoe hoger gespecialiseerd, des te duurder. Dus moet er des te meer efficiënt gewerkt worden. De outillage moet zo intensief mogelijk (ook over de 24 uren van de dag verdeeld!) gebruikt worden. Het is de vraag of de interne structuur van het psychiatrisch centrum ook niet een eigensoortige echelonnering moet krijgen met een organisatie van weinig naar hoog gespecialiseerde behandelingsseenheden. Ik kom hierop nog terug.

Tenslotte: als de functie van het psychiatrisch centrum meer middenin de maatschappij komt te staan, zullen er nog meer drempels moeten worden verlaagd en muren geslecht. De opvangfunctie en de behandel-functie van het psychiatrisch centrum kunnen slechts goed uitgeoefend worden als hulpzoekenden gemakkelijk in en uit kunnen lopen.

De aard van de werkzaamheid van het psychiatrisch centrum zal ook een interne echelonnering te zien gaan geven. Naast observatie (poli-klinisch) komen behandeling, verpleging, verzorging in aanmerking. Revalidatie, resocialisatie en levenseducatie zullen voor het psychiatrisch centrum ook uitermate belangrijk zijn. Hierbij zullen afspraken over functieverdeling nodig zijn. De inwendige structuur van het psychiatrisch centrum zal hieraan aangepast worden. Het psychiatrisch centrum zal zijn werk ook intern over verschillende echelons moeten uitstrekken.

1.1.2 De plaats van het psychiatrisch centrum in de geestelijke gezondheidszorg — De plaats van het psychiatrisch centrum in de toekomst wordt vooral bepaald door de discussie over regionalisatie. De uitgestrektheid van het werkgebied van een instelling voor de geestelijke

gezondheidszorg is gebonden aan de intensiteit waarmee de hulpzoeken- de bij de te bieden hulp betrokken wordt. De bij de functie-indeling beschreven mate van specialisatie is geënt op de grootte van het te be- strijken bevolkingsareaal. Of anders gezegd: hoe meer gespecialiseerd, hoe minder talrijk de voorzieningen, maar des te groter het aantal bur- gers per voorziening. Des te groter ook in het algemeen de geografische afstand tot de voorziening.

De bevolkingsgrootte van de echelons is:

wijk $\pm$ 25.000 inwoners,

gewest of streek $\pm$ 200.000 inwoners,

regio $\pm$ 500.000 tot 1.000.000 inwoners.

Het psychiatrisch centrum zal meer en meer een streek- en regionale functie krijgen.

In de streekfunctie zullen de extramurale poliklinische faciliteiten be- langrijker kunnen zijn dan de hooggespecialiseerde klinische functies. Deze laatste zullen vooral bij verdere uitbouw een duidelijke regionale betekenis krijgen. De plaats van het psychiatrisch centrum in het derde — demografische — echelon is met name gericht op de intramurale ver- zorging. Thans liggen de semi- of transmurale functies van het psychia- trisch centrum (dagkliniek, sluisinternaat) nog veelal op het regionale niveau. Te verwachten is dat met name de sluisinternaatfunctie in de toekomst meer streekgebonden wordt. Dit alles betekent dat het psychia- risch centrum zijn extramurale activiteiten dient uit te breiden. Een harmonisatie van echelons volgens de intensiteit van de behandeling met de geografische echelonnering is nodig. Dan ontstaat een even- wichtig voorzieningspatroon dat efficiënt werkt.

Ik merk op dat de reisduur van en naar het psychiatrisch centrum niet altijd evenredig is met de afstand. Openbaar vervoer in de stad gaat veel langzamer dan de trein over een grotere afstand. Eigen vervoers- middelen zullen de afstanden nog meer relativeren. De affectieve af- stand is vaak van groter belang dan de effectieve afstand. Ook zal meer en meer gaan gelden: beter goed geholpen, dan dichtbij geholpen. De toekomstige ontwikkeling van het psychiatrisch centrum zal hierdoor mede bepaald worden.

In dit verband een opmerking over de levensbeschouwelijke achtergrond van het psychiatrisch centrum. In een geregionaliseerde gezondheids- zorg wordt de levensbeschouwing als organisatieprincipe steeds meer gerelativeerd. Bij toenemende verstedelijking en mechanisering wordt de levens- en mensbeschouwing steeds belangrijker. Dat betekent dat niet de vlag, maar de lading van de levens- en mensbeschouwing belangrijk blijft. De intensiteit, waarmee de werkers in de gezondheidszorg vanuit hun levensovertuiging helpen, wordt het beoordelingscriterium van de zorg. Niet de naam van de instelling. Dit gaat ook gelden voor het psychiatrisch centrum.

Verder: sterkere specialisatie, zodat opbouw en binding op verschillende

niveaus van een regionaal gesloten circuit ontstaat. Hoe hoger de specialisatie van de behandeling, des te dieper de levens- en mensbeschouwing individueel ingrijpt. De levens- en mensbeschouwelijke begeleiding van de hulpzoekende in een hooggespecialiseerd supra-regionaal instituut vraagt om uiterst deskundige, evenzeer gespecialiseerde, aanpak.

Tenslotte: een psychiatrisch centrum als regionaal instituut heeft niet één werkingsgebied. Het kan er verschillende hebben. Daarom zal het zijn interne structuur ook moeten opsplitsen. Ook zal het psychiatrisch centrum geen monopolie-positie ambiëren. Het zal zich in soepel dienstbetoon opstellen. Zich verantwoordelijk wetend voor verschillende bevolkingsgroepen binnen (en buiten?) de regio. Dit is vooral van belang voor de verhouding psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis tot psychiatrisch centrum.

1.1.3 Differentiatie — Er zullen afspraken gemaakt moeten worden over de richting waarin de verschillende psychiatrische centra in Nederland zich moeten opstellen. Zo kan een specialisatie van taken van de psychiatrische centra ontstaan, die afgestemd is op de behoeften van de bevolking in het verzorgingsgebied. Zo kan het ene centrum zich bijvoorbeeld richten op dubbel-gehandicapten, terwijl in het andere bijvoorbeeld jeugd-psychiatrische voorzieningen aanwezig zijn. Epidemiologisch onderzoek kan hierbij richting gevend zijn.

2 ASPECTEN ONDERDELEN PSYCHIATRISCH CENTRUM

2.0 Aantal behandelplaatsen

Het lijkt niet waarschijnlijk dat het totale plaatsenaantal in psychiatrische centra gelijke tred zal houden met de bevolkingsaanwas. Redenen daarvoor zijn onder meer de ontwikkeling van betere methodieken in de ambulante behandeling, het creëren van vervolg-instituten, de ontwikkeling van méér behandelplaatsen in algemene ziekenhuizen, de behoefte aan méér m³ ruimte per behandelplaats en de toeneming van faciliteiten voor behandeling gedurende een gedeelte van de dag.

Voorts zal de gehele gezondheidszorg, met name uit economische motieven, méér gericht worden op intensieve behandelingsmogelijkheden per behandelplaats, dan op uitbreiding van het aantal bedden.

De grootte van het psychiatrisch centrum is dan ook voortdurend in discussie. Van overheidszijde wordt aangedrongen op verkleining. Een duidelijke motivering wordt niet steeds gegeven. Woorden als: massaliteit, logge structuur, lange verpleegduur, hospitalisatiesyndroom worden in verband gebracht met de grootte. Er wordt gewezen op Amerikaanse statistieken. Die zouden bewijzen dat in de grotere instituten (aldaar tot 10.000 bedden) de doorstromingssnelheid kleiner is dan in kleinere inrichtingen. Maar Nederlandse psychiatrische centra zijn geen Amerikaanse! Een wetenschappelijk onderbouwd onderzoek naar de relatie

tussen doorstromingssnelheid en grootte is in Nederland nog niet gedaan. Bovendien: er zijn in Nederland enkele psychiatrische centra met méér dan 1000 bedden. Daarbij varieert het aantal opnamen per jaar per instituut van 3 à 400 tot meer dan 1000. En in een klein psychiatrisch instituut in Nederland is de laatste jaren de gemiddelde verpleegduur verdubbeld en daardoor het aantal opnemingen per jaar sterk verminderd. Er lijkt geen peil op te trekken! In de Nederlandse situatie is geen drastische vermindering van het aantal plaatsen per psychiatrisch centrum te verwachten. Dat zal ook niet nodig zijn!

Intensivering van de activiteiten van de staf, van de behandeling, differentiatie, verkleining van de leefeenheden en streekgebondenheid van onderdelen van het psychiatrisch centrum zal de vermeende negatieve effecten van het grotere beddenaantal kunnen opvangen.

Bovendien kan door dag- en nachtbehandeling de intensiteit van het gebruik van het psychiatrisch en technisch potentieel worden opgevoerd. Vermeerdering van het aantal continu-diensten (ploegenarbeid) zal het zijne hiertoe bijdragen. Zolang er nog veel aanvragen tot opname in psychiatrische centra niet worden gehonoreerd, moet men ze niet te snel verkleinen. Moderne management- en bouwtechnieken stellen de grotere psychiatrische centra zeker in staat om tot de noodzakelijke differentiatie te komen.

Een prognose omtrent toekomstige bedden- en behandelbehoefte is slechts te geven op grond van een behoeftebepaling. Wetenschappelijk onderzoek is hier dringend nodig. Daarbij komt dat het zich wijzigende ziektepatroon en de snelle ontwikkeling van behandelmethoden de schatting van behoefte aan bedden speculatief doen zijn.

Zeker is dat de intensiteit van het gebruik van de bedden toeneemt door efficiëntere werkwijze, snellere diagnostiek, intensiever teamwerk, taakafsplitting en meer doelgerichte behandelingsmethoden. De specifiek klinische functie zal verdiept worden. De behandelcapaciteit per plaats wordt groter. Dat maakt de behandeling per tijdseenheid duurder, maar de totale behandelingskosten per patiënt minder.

Daarnaast zal de behandelcapaciteit meer en meer extern gericht worden. Dit kan een vermindering van het aantal klinische plaatsen tot gevolg hebben door eerder ingrijpen. Maar óók kan ontdekken van latente behoeften een vermeerdering brengen. Steeds meer bejaarden zullen bovendien een beroep op het psychiatrisch centrum doen.

2.1 Aspecten van hulpzoekenden

Sterker dan tot nu toe zullen verschuivingen optreden in de categorie en de aard van de hulpzoekenden, die behandeld worden. Thans worden er meer adolescenten aangemeld, evenals personen uit 'alternatieve maatschappij-kringen'. De aard van de te zoeken hulp verandert met de maatschappelijke evolutie. Niet alléén met het inzicht van de behandel-
laars.

Binnen psychiatrische centra zal therapeutische blokvorming kunnen komen. Dat is het vormen van grotere of kleinere behandel eenheden met een bepaald therapeutisch doel. Sommige groepen patiënten hebben een meer chemisch-technische behandeling nodig. Andere meer een antropologisch-sociale benaderingswijze. Zo ontstaat een flexibel systeem waarbinnen de hulpzoekende de beste kwaliteit geboden wordt.

Een duidelijke beoordeling van de hulpzoekende naar therapeutische behoefte is daarom nodig. Het denken zal van diagnosto-centrisch, therapeuto-centrisch moeten worden. Het scheppen van betere maatschappij-voorwaarden voor personen die binnen het psychiatrisch centrum geholpen zijn, behoort daartoe.

De hulpzoekenden bij een psychiatrisch centrum zullen meer kritisch worden. Meer kennis over behandelingsmethoden wordt gemeengoed van een aantal geïnteresseerde burgers. De eisen gesteld aan de 'hotel-accommodatie' en aan de behandelingsmogelijkheden van hulpzoekenden, worden hoger. Terecht: als in de somatische sector grote technische verbeteringen plaatsvinden, wordt dit ook voor de psychosociale sector verlangd. Hier dient als antwoord gezocht te worden naar beter gekwalificeerde medewerkers. De hulpzoekende zal over een behandelingsplan vragen stellen. Ook als hij geestelijk uit zijn evenwicht is. Toen hij gezond was, vroeg hij immers naar carrière-planning? Hij wil zijn einddoel zien. Ook het 'waarom' wordt gevraagd. Omdat de behandelbaar niet meer alwetend is. Omdat de hulpzoekende inspraak wenst en zijn ervaringen getoetst wenst te zien. Omdat er een toenadering, mogelijk zelfs een 'broederlijke' verhouding ontstaat tussen hulpzoeker en hulpgever. Omdat beiden samen het therapeutisch klimaat gestalten geven. Vergelijk de werkwijze in de Jongeren Adviescentra!

Vanuit de maatschappij zal de vraag naar psychiatrische 'intensive care' en 'emergency-units' toenemen. Efficiency en deskundigheid zullen hieraan tegemoetkomen. De 'gemakkelijker' te behandelen hulpzoekenden zullen vaak elders komen.

Maar door de ingewikkeldheid van de maatschappij en de technocratie zal de behoefte aan benadering van het totaal-menszijn toenemen. De diepte wint het van de breedte. Daardoor zal de ontslag-angst van een aantal hulpzoekenden toenemen. Hetgeen de behandelperiode verlengt. Hetgeen echter ook stimuleert te zoeken naar nieuwe vormen van post-klinische behandeling.

De hulpzoekenden zullen — meer en meer — de vraag stellen wàt nu eigenlijk precies helpt. Dat betekent: onderzoek, experimenten, uitsplitsen in verantwoordelijkheden binnen het behandelings-team.

Verder vraagt de hulpzoekende, vooral bij de 'antropologisch-sociale' behandelwijze uitermate deskundige 'wijze' en volwassen hulpgevers. Met leerlingen kan dan niet meer gewerkt worden. Dat zou voor hen een te grote belasting betekenen.

De omgeving van de hulpzoekende zal, ook in het psychiatrisch cen-

trum, meer en meer in de hulp betrokken worden. Familie- of gezinsbehandeling komt aan bod. Verder: sociale behandeling ('sociale actie') om de woon-, werk- en ontspanningsomgeving van de hulpzoekende te veranderen. Daarin zal het psychiatrisch centrum moeten gaan meespelen. Het ontvangen op het spreekuur van de dokter van familieleden kan in een aantal gevallen nuttig blijven. Maar het bezoeken van de omgeving van de patiënt door een sociaal deskundige kan vaak meer nut hebben. Dit vereist sterker dan tot nu toe sociaal engagement van de maatschappelijke begeleiders.

Samengevat: hulpzoekenden zullen anders worden en aan het psychiatrisch centrum andere, vaak 'moeilijker' eisen stellen.

2.2 Medewerkenden

Het aantal medewerkers per hulpzoekende zal toenemen. Niet alléén door arbeidstijdverkorting. Ook door grotere differentiatie. Maar hierin schuilt het gevaar van verbroekeling van de behandeling. Het zal niet mogelijk zijn ongelimiteerd nieuwe gespecialiseerde behandelaars op de patiënt los te laten. Het aantal soorten medewerkers kan bij maximale deskundigheid beperkt blijven. De behoefte van de patiënt aan geborgenheid, vaste communicatiepatronen en communicatiepersonen neemt toe. Daaraan kan worden voldaan door inschakelen van zoveel mogelijk vaste begeleiders. Voor hen is een goede toekomst weggelegd. Mits tijdig de bakens in hun opleiding verzet worden (bijvoorbeeld in de verpleegkundige opleiding). Daarnaast worden voor speciale methoden vaktechnici ingeschakeld. Het begeleidende aspect blijft aanwezig tijdens de vaktechnisch-therapeutische bezigheid.

Hoewel niet zo sterk als in de algemene ziekenhuizen, zal zich in de psychiatrische centra ook een specialisatie in de verpleegkundige sector voordoen. Geriatrie, adolescentie en andere groepen vragen hun eigen benaderingswijze. De medewerkers zullen ontvankelijk moeten zijn voor alternatieve behandelmethoden van mensen uit alternatieve maatschappijkringen.

Daarnaast is rolafgrenzing van de verschillende therapeutische medewerkers nodig. Een ingewikkelde maatschappij vraagt duidelijke structuren. Een gedifferentieerd psychiatrisch centrum vraagt professionalisering van zijn medewerkers. Duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheden zijn vereist. Ook een duidelijke formulering van wat nu eigenlijk medisch, respectievelijk verpleegkundig of van een andere discipline is.

Aansluitend hierop: een méér gedifferentieerde behandeling door medewerkers van allerlei disciplines roept als het ware om vaste begeleidingsfiguren voor de hulpzoekenden. Differentiatie geschiedt in de breedte, begeleiding in de diepte. Meer gericht therapeutisch bezig-zijn raakt slechts enkele facetten van het ziek-zijn. De begeleiding zal de gehele mens omvatten. Een uitdaging voor de psychiatrisch verpleegkundigen!

Meer en meer gaan de kwaliteit en de (bij)scholing van medewerkers gewicht in de schaal leggen. Ondanks personeelsschaarste!

De specialisatie van de medewerkers gaat meer in de 'agogische' richting. Terwijl in het algemeen ziekenhuis de tendens zich meer in medisch-technische richting beweegt. Ook bij de psychiatrie aldáár.

Leer-therapeutische methoden zullen in het psychiatrisch centrum mogelijk belangrijker worden dan psycho-analytische behandelingswijzen. Een verdere getalsmatige uitbreiding van de medewerkers is noodzakelijk. Niet alleen vanwege werktijdverkorting, maar ook door intensivering van de begeleiding. Eenzelfde aantal personeelsleden als patiënten zal binnen afzienbare tijd een normale bezetting in het psychiatrisch centrum zijn. De grote vraag is of die medewerkers te vinden zijn! Part-time medewerkers, gecombineerde diensten en vooral: een optimaal personeelsbeleid kunnen hierbij helpen. Aan het onderdeel personeelsaangelegenheden moet meer aandacht worden besteed. Speciale begeleidingsmethoden, nieuwe vormen van introductie, personeels- en carrièreplanning zijn nodig. Dit alles kan bijdragen tot een nieuw arbeids-ethos in het psychiatrisch centrum. En via dit weer tot een beter behandelklimaat.

Allerwegen wordt over teamwerk gesproken. De ontwikkeling in het psychiatrisch centrum gaat ook in die richting. De gedragsgestoorde heeft verschillende personen uit diverse disciplines nodig. Zij zullen in hecht teamverband samenwerken. Maar niet zo dat elk een brokstukje van de behandeling doet. Tenzij deze laatste zeer specifiek is. De ontwikkeling waarbij één teamlid, als eerstaangewezen, de therapeutische relatie met de patiënt onderhoudt, is meer acceptabel. Daarbij zijn de andere teamleden deskundig-specialistische consultants die op de achtergrond blijven. Waar nodig kan een consultant vanuit het team rechtstreeks (be)handelend optreden. Dit vergt een andere teamorganisatie. En ook een flexibele toepassing van verantwoordelijkheden. Daarbij dient bedacht te worden dat niet iedere hulpzoekende door een uitgebreid team behandeld behoeft te worden. Voor teambehandeling dient ook een indicatie te zijn!

Voorts zal meer aandacht gevraagd worden van het consequent therapeutisch gedrag van de behandelaars. Dat betekent: zich inleven in een door het team vastgestelde, flexibele en bijgestuurde beleidsvisie met betrekking tot het behandelingsplan. Bekendheid van alle betrokkenen met dit plan, strategie ten opzichte van de uitvoering ervan. Dus: zelfdiscipline en zelfbeperking van de medewerkers. Met daarnaast het zich inleven in verschillende rollen. Dit vraagt weer micro-organisatorische maatregelen, die passen in het klimaat van het psychiatrisch centrum.

Door de intensivering van de behandeling wordt zowel deze zelf als de begeleiding van de gedragsgestoorde meer vermoeiend, meer ingrijpend op de persoon van de behandelaar. De behoefte aan studieverlof, 'sabbath-perioden' en trainingsconferenties en aan méér vakantieperio-

den neemt toe. Als de welvaart het toelaat zal studieverlof een algemeen aanvaard emolument worden. Verplichte studie behoort dan niet tot de onmogelijkheden. De geestelijke gezondheid van de werkers in de geestelijke gezondheidszorg zou daarbij zeer gebaat zijn!

Tenslotte: meer en meer zullen mannen in de gezondheidszorg hun werkring vinden. Bij voortgaande automatisering in de industrie zullen deze vrij komen. Om het voor hen aantrekkelijk te maken zal echter het beroepsbeeld van de werkers in de gezondheidszorg dienen te veranderen. In het bijzonder van de verpleegkundige. Gebruik moet gemaakt worden van de veranderende opvattingen van de rol van de vrouw en de man in de maatschappij. Het spreekt vanzelf dat bij de intrede van méér mannen in beroepen op het gebied van de gezondheidszorg duidelijker carrièreplanning nodig is. Daarnaast wordt verticale doorstroming in de verschillende 'lagen' van het werk in deze sector gemakkelijker.

2.3 Bouwkundige aspecten

Tot nu toe heeft het psychiatrisch centrum geen eigen bouwstijl kunnen ontwikkelen. Enerzijds bestond de gedachte aan 'traditionele' ziekenhuisbouw. Anderzijds werd gezocht naar huiselijkheid en verbetering van de 'hotel'-accommodatie. Het is nodig dat een eigen bouwstijl ontwikkeld wordt ten behoeve van de gedragsgestoorde. Er zullen bouwers moeten komen, die de behoeften van de behandeling van de gedragsgestoorde kunnen vertalen in bouwvormen. Dat vereist andere denkwijzen van de behandelaars en de architecten.

Aanpassing van de bouw aan de functie van het psychiatrisch centrum ten aanzien van zijn verantwoordelijkheid tegenover de regio is noodzakelijk: vooral omdat het psychiatrisch centrum specifieke categorieën patiënten gaat opnemen. Een versterking van het ziekenhuiskarakter voor een beperkt gedeelte van de bouw is nodig. Anderzijds zal de tehuis- en revalidatiefunctie versterkt worden. De 'hotellerie' krijgt meer aandacht. Evenals het 'leren-wonen'. Dit kan in de bouw tot uitdrukking komen. Deze zal als het ware uitnodigen tot passend leren gebruiken. Wordt het woonklimaat en de woonwijze niet vaak als ziekmakende factor gezien?

De wooncultuur van flats en massawoningen zal niet sterk tot uitdrukking komen in de structuur van het psychiatrisch centrum. Voor langduriger verblijf is hoogbouw niet geschikt. Deze werkt bovendien niet therapeutisch. In de toekomst zal voor het herstel van mensen uit de verstedelijkte grauwe huizenmassa's de voorkeur uitgaan naar meer op de landschappelijke schoonheid gerichte centra buiten de grote steden. Men heeft er dan graag een wat langere afstand tot de woon-situatie voor over. Verplaatsing van de gedragsgestoorde van het ene huizenblok naar het andere zal minder effectief zijn. Wel kan gedacht worden aan kleinere opvangenheden in hoogbouw in steden. De ver-

blijfsduur zal daar dan niet lang zijn. Het externe therapeutische klimaat (de situering van de gebouwen) wordt belangrijker.

Het spreekt vanzelf dat systeembouw meer en meer gebruikt gaat worden. En dan niet in de vorm van beton-blokkendozen, maar als voorgefabriceerde ruimten, die gemakkelijk gerangschikt en vervangen kunnen worden. Nadere uitwerking, gericht op de psychiatrie, is noodzakelijk. Dat ook hierbij de inbreng van de hulpzoekende gebruikt moet worden, is een eerste vereiste.

Tenslotte dienen wegen gezocht te worden waarbij de voordelen van grotere instituten, gecombineerd worden met de eisen van kleine, overzichtelijke behandel eenheden. Dit is bouwkundig en personeelsmatig oplosbaar. Daarbij dient de aandacht niet primair gericht te worden op bedden- maar op behandel faciliteiten. Een 'open' structuur waarbij alles gemakkelijk bereikbaar is, wordt daarbij meer en meer noodzakelijk.

2.4 Technische aspecten

Het is niet waarschijnlijk dat het psychiatrisch centrum even grote invloed van technische ontwikkelingen ondergaat als het algemeen ziekenhuis. Intensivering van de behandeling daar gaat gepaard met ontwikkeling van mechanisatie. In het psychiatrisch centrum zijn voor verdieping van de behandeling meer mensen nodig.

Toch zijn enkele ontwikkelingstendenzen aan te geven. Daarbij moet worden bedacht dat er een gelijke tred blijft bestaan tussen de humaniserende technificatie en verdieping van de bewogenheid omtrent de hulpzoekende mens. De ontwikkelingen dienen op elkaar afgestemd te zijn. Anders gaat veel van het therapeutisch klimaat verloren.

In het psychiatrisch centrum zal de techniek erop gericht moeten worden zoveel mogelijk tijd en energie vrij te maken voor de hulp biedende relatie van mens tot mens. De ethiek moet prevaleren boven de techniek. De robot zal nimmer het gesprek van mens tot mens vervangen. De audiovisuele bandrecorder kan uitstekend gebruikt worden bij groeps therapie, maar kan de leider niet vervangen. Mechanisatie van de administratie maakt mensen vrij voor administratieve therapie. Zelfschrijvende dictafoons maken tijd vrij voor intensieve (groeps) psychotherapie. Er behoeven dan geen lange ziektegeschiedenissen te worden geschreven. Bovendien voorkomt mechanisatie dat steeds dezelfde gegevens door opeenvolgende behandelaars worden opgevraagd.

Intercominstallaties zullen de onderlinge bereikbaarheid van de medewerkers vergemakkelijken. Nimmer mag dit systeem de persoonlijke communicatie tussen teamleden vervangen. Een gesloten televisiecircuit, zowel voor de wacht als voor terreinbewaking is noodzakelijk. Dit maakt tijd vrij voor de persoonlijke ontmoeting van hulpzoekende en hulpbiedende. Daar is straks sterk behoefte aan! De alomtegenwoordige nabijheid van beeld en geluid maakt de vraag naar meer persoonlijke benadering groter.

2.5 Organisatorische aspecten

De antropologische basis van de behandeling van de patiënt vraagt een andere structuur dan de medische. Daarom zal de organisatiestructuur van het psychiatrisch centrum veranderen. Het bewerkstelligen van veranderingen in het gedrag van mensen en het veranderen van structuren vragen nieuwe deskundigheid. Hoezeer ook geijkte organisatiepatronen houvast bieden aan een aantal medewerkers en hulpzoekenden, toch zullen deze statische structuren veranderen. Dit dient systematisch te gebeuren. Sociale technologie, strategie van bereiken van veranderingen is nodig. Specifieke deskundigheid — zo men wil agogische deskundigheid — kan niet meer gemist worden.

De management-functie wordt steeds belangrijker in het psychiatrisch centrum. Het therapeutisch management is in ontwikkeling. Dit is een verbijzondering van het therapeutisch milieu. Eenvoudig gezegd: nodig is een soepele, open en democratische bedrijfsvoering. Daarin staat de patiënt met zijn belangen voorop. Daarin werkt het personeel prettig. De medewerkers vragen inspraak: vanuit hun prettig werkklimaat zullen zij leren deze mogelijkheid tot inspraak te hanteren. Zij kunnen pas goede inspraak geven als zij weten wat hun plaats en hun opdracht in het psychiatrisch centrum is. Daarvoor is weer een organisch functionerend geheel van communicatie en taakafgrenzing nodig. Naast personeels- en andere 'raden' komen er overlegstructuren van leidinggevenden. Werkoverleg, mogelijk met daarbij het betrekken van de patiënt, verduidelijkt de werksituatie 'aan de voet'. Geen psychiatrisch centrum zal het meer kunnen zonder personeelsraad (ondernemingsraad) en zonder staffunctionaris voor personeelsaangelegenheden. Zo vindt in de organisatie de functie van het personeelsbeleid gestalte.

De organisatiestructuur zal meer en meer management-principes omvatten. Dat betekent dat de leiding niet meer perse in handen van een medicus zal liggen. Als de medicus een bijzondere scholing heeft gehad, is de combinatie van faciliteiten toe te juichen. Maar om tot een evenwichtig opgebouwde organisatie te komen, om een uiterst gedifferentieerd behandelingsinstituut doelmatig te leiden, zijn andere bekwaamheden nodig dan psychiatrische. Het ziet er naar uit dat in het psychiatrisch centrum van de toekomst de psychiatrische deskundigheid wel eens beter tot zijn recht kan komen, als deze niet tevens te zeer beleidsmatig geïnvolveerd is. In ieder geval is een evenwichtig samenspel van disciplines vaak beter mogelijk onder 'neutrale' leiding.

Een minder sterk hiërarchisch opgebouwd organisatiepatroon werpt zijn schaduwen reeds vooruit. Het zal een probleem van de komende tijd worden om evenwicht te vinden tussen de uiteindelijke verantwoordelijkheid van één der disciplines (veelal de medische) en een effectieve inbreng van andere disciplines. Met inachtneming van ieders beroepsverantwoordelijkheid.

Toenemende specialisatie en toeneming van managementtaken vergroot

de kans op conflicten tussen deze beide. Zo ook de neiging tot decentralisatie en zelfstandigheid van de ontstane kleinere eenheden ten opzichte van de noodzakelijkerwijs aanwezige centraliserende tendens van het coördinerend beleid. Een oplossing kan gevonden worden in het creëren van project-organisatievormen. Deze combineren het voordeel van grotere deskundigheid met het niet-te-lang-achtereen bestaan. Dit voorkomt verstarring van de organisatie. Starre organisatie kweekt starre behandelvormen. Dat hebben de hulpzoekenden het minst nodig. Historisch gegroeide rollen en plaatsen van medewerkers in de organisatie van het psychiatrisch centrum zullen een veranderingsproces ondergaan. De cliënten in de geestelijke gezondheidszorg passen niet meer in het keurslijf van het klassieke patiëntenmodel. De organisatie zal niet meer gericht zijn op het creëren van afhankelijkheid bij de cliënt. De hulpzoekende zal zelf zoveel mogelijk meewerken aan de vorming van de therapeutische organisatie rondom zijn individuele problematiek.

In dit verband moet vermeld worden dat interne organisatie van het psychiatrisch centrum zoveel mogelijk gaat aansluiten op de structuur van de geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij. Een duidelijke omschrijving van functies van het psychiatrisch centrum en zijn onderdelen kan hiertoe bijdragen. De verhoudingen intra- en extramuraal komen anders te liggen. Een geografische scheiding wordt steeds minder belangrijk. De grenzen tussen intramuraal en extramuraal vervagen. De hulpzoekende zal een specifieke vorm van dienstverlening nodig hebben. Uit het dienstverlenend systeem van de totaliteit van de geestelijke gezondheidszorg wordt hem deze vorm van hulp aangeboden. Wordt deze functie voor hem uitgekozen. Of deze nu intramuraal of extramuraal nodig is, doet weinig ter zake. Vanuit een bepaalde instelling wordt de hulpzoekende deze hulp geboden. Het belangrijkste is de continuïteit van de vorm van hulp en de continuïteit van de persoon van de hulpbiedende. Dit vereist een enorme flexibiliteit van de organisatie in het psychiatrisch centrum. De wederzijdse penetratie of infiltratie van continue hulp dient in een systeem ondergebracht te worden. Drempels en barrières zijn daarbij uit den boze. Ook financiële. Een begin is reeds gemaakt met de opzet van de financiering van de sociaal-psychiatrische diensten door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten-verzekering.

Tenslotte zullen verworvenheden van therapeutisch-organisatorisch klimaat binnen het psychiatrisch centrum overgebracht kunnen worden op maatschappelijke structuren. En andersom. Cliënten zullen hoe langer hoe minder bereid zijn om terug te keren naar maatschappelijke omstandigheden die niet veranderd zijn. Zij zullen zich ook niet willen laten behandelen in organisatorisch archaïsche structuren. Het proces van sociale optimalisering staat niet stil bij de muren van de behandelingsinstituten!

2.6 Financieel-economische aspecten

Wanneer het psychiatrisch centrum zich ontwikkelt tot een 'dorp voor geestelijke gezondheidszorg' zal dit veranderingen in de verpleegprijzen brengen. Het is niet waarschijnlijk dat in lengte van dagen het ongedifferentieerde 'all-in' tarief in de huidige vorm blijft bestaan. Wel zal het mogelijk blijken de voordelen van het 'all-in tarief' en de variabiliteit van het 'all-out' tarief te combineren. Bij voorbeeld: door een vast tarief in rekening te brengen per behandel eenheid en dit tarief een gemiddelde te doen zijn van een tarief voor intensieve behandel-activiteit en tarief voor langdurig 'verblijf'. Een soort 'wiebelprijs'. Te verwachten is dat instanties met economische inslag, steeds dieper in het budget vna de instellingen zullen doordringen. Een 'tariefuitsplitsing' binnen een bepaalde — vastgestelde gemiddelde verpleegprijs — zou mogelijk kunnen worden.

Sterke druk op behandel dagprijs en dus noodzaak tot zo efficiënt mogelijk werken, wordt het vervolg. Dit te meer omdat er in de toekomst een evenwicht ontstaat tussen de ambulante, positieve en preventieve geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de zogenaamde klinische zorg anderzijds. Terwijl het totale budget voor de gezondheidszorg niet onverantwoord kan stijgen.

Nadruk zal meer komen te liggen op kortdurende, zeer intensieve vormen van behandeling. Daardoor zullen de verpleegprijzen met andere maatstaven worden gemeten dan thans. Er zal een 'doorstromingsfactor' moeten komen. Daarbij zal worden nagegaan welke besparingen kunnen worden verkregen door korte — intensieve — relatief 'dure' behandelmethoden ten opzichte van lange — minder intensieve — relatief 'goedkope' therapeutische activiteiten. Zogenaamd cost-benefit onderzoek zal dit kunnen uitwijzen. Hieraan wordt thans in de psychiatrische instituten nog heel weinig aandacht geschonken.

Naarmate de kosten van de behandeling stijgen, klinkt de vraag naar het resultaat van de therapie luider. Economisch deskundigen zullen meer en meer gaan vragen naar de kosten van medische noodzakelijkheden. Evaluatie van de behandeling is hierbij een eerste vereiste. De aandring om goedkopere krachten in te zetten — mits hierdoor de verblijfsduur niet wordt verlengd — wordt sterker. Relatief 'dure' krachten zullen meer en meer ingezet worden voor hooggekwalificeerde 'duurdere' taken. Mits de leefbaarheid hieronder niet lijdt!

Enkele andere aspecten van financiële aard worden steeds belangrijker: namelijk de continuïteit van het gebruik van kostbare apparatuur en het scheppen van extramurale voorzieningen als het evengoed extramuraal als intramuraal kan.

Continuïteit van gebruik van apparatuur pleit voor avond- en nachtbehandeling. De geestelijke gezondheidszorg zal zich dit bewust gaan worden. Vooral voor de werkers geldt dit, met alle consequenties van dien. Bijvoorbeeld door avondbezetting van gebouwen waarin activeren-

de therapie wordt bedreven. Door verschuiving van behandel­faciliteiten naar het toenemend aantal vrije dagen. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat eerlang één groep patiënten behandeld wordt gedurende de ene drie of vier dagen van de week door een bepaald team. De andere vier of drie dagen is een andere groep aan de beurt. Dit bespaart aanzienlijke investeringen. Het voorkomt bovendien dat een aantal gebouwen per tijdseenheid meer niet dan wel gebruikt wordt, zoals thans het geval is. Economisten zullen de gebruik­coëfficiënt per kubieke meter gebouw gaan uitrekenen.

Het gebruik van computers zal op den duur besparend gaan werken. Maar dan moeten ze in psychiatrische instituten veel méér algemeen worden benut. De weerstand tegen de computer wordt spoedig overwonnen als deze gemeengoed geworden is.

Bij het scheppen van extramurale mogelijkheden zal meer en meer een beroep worden gedaan op beschuttende werkplaatsen, bijzondere bemiddeling inzake arbeid, op sluisinternaten, therapeutische gezinsverpleging, enzovoort. Economisch gezien kan het wel eens goedkoper zijn de deskundigen naar de hulpzoekenden te brengen, dan deze laten onder te brengen in een 24-uurs-begeleidend instituut! Ook hier: de kost gaat voor de baat uit!

Een en ander vraagt een enorme mentaliteitsverandering, zowel intra- als extramuraal. Daarbij mag economisch denken niet prevaleren boven antropocentrisch denken. Economie met betrekking tot de gedrags­gestoorde mens zal een nieuwe tak van wetenschapsbeoefening worden.

2.7 Wetenschappelijke aspecten

Het psychiatrisch centrum als instituut voor praktische wetenschappelijke arbeid in de toekomst vooral een bijdrage leveren inzake wetenschappelijk onderbouwd management. Dan kan tevens de vraag naar de specificiteit van het psychiatrisch management gefundeerd worden.

Wil het psychiatrisch centrum zijn specialistische positie in de gezondheidszorg blijven behouden, dan zal het meer interdisciplinair moeten gaan werken. Arbeid op het gebied van de sociale wetenschappen, op het gebied van de andragogische wetenschap zal spoedig geïncorporeerd worden. Andere dan medisch-psychiatrische denkmodellen worden geïntroduceerd. Integratie van deze modellen zal sociaal-technologisch begeleid worden. Anders komt de hulpzoekende tussen wal en schip.

Bij de revaliderende, resocialiserende en educatieve taak van het psychiatrisch centrum zullen methodologie en 'action research' het wetenschappelijk fundament kunnen leveren. De multidimensionele benaderingswijze schakelt onderwijsdeskundigen, arbeidsdeskundigen, biochemici, sociologen, gespecialiseerde verpleegkundigen in. Vaak als wetenschappelijke kritische begeleiders of als consultants voor de directe behandelaars.

Evaluatief-wetenschappelijk onderzoek naar de 'leer'-functie van het

psychiatrisch centrum komt aan de orde. Reeds in 1968 is gesproken van het psychiatrisch centrum als 'levensschool'. In de toekomst zal een school niet langer meer op empirie kunnen berusten.

Voorts: 'education-permanente' wordt bij voortschrijdende differentiatie en specialisatie een gebiedende eis. Verplichte na- en bijscholing van grote groepen werkers in het psychiatrisch centrum is te verwachten.

Op het gebied van de psychofarmaca kan het psychiatrisch centrum onschatbare diensten bewijzen. Het is het instituut waar de meeste ervaring ligt opgestapeld. Gedragsbeïnvloeding langs chemische weg en elektrotechnische weg zal in het begin slechts klinisch, in daartoe geëigende setting, kunnen plaatsvinden. Het psychiatrisch centrum biedt daarvoor mogelijkheden. Wetenschappelijke bezinning is hiervoor nodig. Tenslotte zal diepgaande wetenschappelijk gefundeerde argumentatie voor het bestaansrecht van het psychiatrisch centrum in al zijn functies aangedragen worden.

3 SAMENVATTING EN SLOT

Vorenstaande beschouwing bevat een aantal elementen met betrekking tot de toekomst van het psychiatrisch centrum in zijn geheel en van onderdelen ervan. Achtereenvolgens komen aan de orde: de plaats van het psychiatrisch centrum in de gezondheidszorg, aspecten van hulpzoekenden en hulpbiedenden in het psychiatrisch centrum, aspecten van bouw, techniek, organisatie, financiën en wetenschap. Er wordt een tendens waargenomen van een ontwikkeling in de richting van een klinisch psychagogisch behandelingscentrum (naast een tendens tot verdieping van specifiek psychiatrische behandelingsmogelijkheden).

Het is duidelijk dat dit is geschied door extrapolatie van een aantal thans aanwezige tendensen. Er zal echter ook rekening gehouden moeten worden met totaal nieuwe ontwikkelingen. In de nabije toekomst kan ook het thans voor het psychiatrisch centrum onmogelijke mogelijk worden. Daarmee dient rekening gehouden te worden. Of beter: de anticipatie daarop dient nu al in het denken betrokken te worden.

SUMMARY

The future of psychiatric centers.

After a short survey of basic-philosophies about the psychiatric centers, attention is given to the following aspects with regard to the future: clinical function, responsibility, specialisation and differentiation, internal structure and organisation, number of beds, treatment-facilities, personnel, team-work, building aspects, technical evolution and financial, economic and scientific aspects. A plea for anticipation of possible tendencies is held.