

RAPPORT

betreffende richtlijnen voor de huidige en toekomstige structuur van de psychiatrische inrichting.*

I. Inleiding

De huidige psychiatrische inrichting stoelt op een lange traditie, waarin zeer veel waardevols — zowel in menselijk als in wetenschappelijk opzicht — is samengebracht. Op dit ogenblik dwingt de zich steeds versnellende evolutie van de menselijke samenleving tot zo fundamentele wijzigingen in het psychiatrisch bestel, dat het een bijzonder moeilijke opgave wordt het waardevolle te behouden, zonder dat de traditie tot een remmende factor wordt.

Het is niet de bedoeling een prognose te ontwerpen op langere termijn. Het rapport beperkt zich tot datgene wat noodzakelijk geacht moet worden voor een goed verloop van het intramurale werk. Hiermede is echter geenszins bedoeld te betwijfelen, dat het huidige psychiatrische ziekenhuis zich zal ontwikkelen tot een psychiatrisch centrum, bij welke ontwikkeling de muren niet alleen voor de patiënten, maar ook voor het werken met de patiënten geslecht zullen worden.

Voorts zij er met nadruk op gewezen, dat de richtlijnen in dit rapport neergelegd bedoeld zijn als basis om te geraken tot een zekere eenheid van opvatting omtrent voorwaarden, waaraan zowel ten aanzien van staf- en personeelsbezetting als met betrekking tot materiële voorzieningen moet zijn voldaan, opdat de patiënten een adequate behandeling en verzorging kunnen krijgen.

II. Toekomstige structuur van de psychiatrische inrichting gezien vanuit de huidige situatie.

De psychiatrische inrichting zal in de toekomst een duidelijk gelede structuur moeten vertonen en als geheel een centrum van zorg voor de geestelijke volksgezondheid moeten vormen.

* Op 21 januari 1964 werd een voorlopig rapport uitgebracht betreffende het onderhavige onderwerp door een commissie, bestaande uit: I. A. D. Hohberger te Delft, Dr. A. C. Lit te Zeist, Prof. Dr. A. Poslavsky te Den Dolder, R. G. Stein te Deventer en J. Westerhuis te Warnsveld.

In een tweetal vergaderingen van de groep Geneesheren-Directeur uit de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband werd dit voorlopige rapport bediscussieerd en van commentaar voorzien. Een redactionele commissie, bestaande uit A. Th. M. Bakker te Apeldoorn, R. G. Stein te Deventer en Dr. J. A. de Wilde te Zuidlaren, stelde uit het voorlopige rapport en de verkregen commentaren hierop een eerste redactie van deze richtlijnen samen. Deze werd ter goedkeuring voorgelegd aan de oorspronkelijke commissie, aangevuld met de rapporteurs uit de discussiegroepen in de beide vergaderingen van Geneesheren-Directeur. Uit dit overleg ontstonden de richtlijnen in de onderhavige vorm.

Hieruit volgt, dat de structuur van een psychiatrische inrichting in geen geval een gesloten, doch integendeel een in de maatschappij naar alle zijden open karakter zal moeten hebben. Een scherpe scheiding tussen intra- en extra-murale zorg dient verworpen te worden. Weliswaar zal de nadruk blijven vallen op de curatieve zorg, doch deze is niet los te maken van de preventieve zorg, inzonderheid van het behoeden voor verergering en het voorkomen van recidief.

Teneinde een goed inzicht te krijgen in de verschillende taken van de psychiatrische inrichting, zal men uit kunnen gaan van tweeërlei indelingsprincipe:

- 1e. volgens behandelingsduur en
- 2e. volgens meer speciële criteria.

Volgens behandelingsduur kunnen worden onderscheiden:

- a. een groep patiënten, die in aanmerking komt voor observatie en kortdurende behandeling, bijv. tot plm. 4 maanden;
- b. een groep, waarvan de behandelingsduur ongeveer 1 jaar bedraagt;
- c. een groep, die een langere behandelingsduur behoeft dan 1 jaar.

Volgens meer speciële criteria zal men facultatief in de behandelingsmogelijkheid moeten kunnen voorzien voor bijv. psychisch gestoorde bejaarden, voortgezette behandeling van schedelletsels, pre-delinquente jeugdigen, etc. In dit verband moet tevens worden gewezen op part-time verpleging en poliklinische behandeling.

Bij deze indelingsprincipen dient men zich wel bewust te blijven, dat er *geen* correlatie bestaat tussen de *opnameduur* en het *dagverpleegprijsniveau*, maar dat er *wel* een correlatie bestaat tussen de *opnameduur* en de *opbouw* van de dagverpleegprijs.

In geen geval zal uit het oog verloren mogen worden, dat de inrichting ook moet bijdragen tot het herstel van de patiënt in zijn verhoudingen met zijn gezin c.q. de daarmee vergelijkbare leefgemeenschap en dat zij niet moet uitgaan van een als geïsoleerd individu beschouwde patiënt.

In de verschillende behandel- en verpleegeenheden dient er tegen gewaakt te worden, dat de massavorming en de daarmee gepaard gaande anonimiteit van de patiënt in de hand wordt gewerkt. Deze eenheden dienen daarom van een dusdanige bescheiden omvang te zijn, dat zij een werkelijke groepsvorming stimuleren en onderhouden.

III. Staf en personeel

(a) De geneesheer-directeur draagt de verantwoordelijkheid voor het psychiatrisch ziekenhuis als therapeutisch instituut. Opdat hij zijn taak goed zal kunnen uitvoeren, moet hij worden bij-

gestaan door medewerkers van een zodanig gehalte, dat hij de leiding over de dagelijkse gang van zaken in de verschillende afdelingen en diensten aan deze medewerkers kan delegeren. Bij een inrichting van meer dan 200 bedden zijn hieronder te verstaan:

1. een medisch adjunct-directeur;
2. twee of meer verplegenden in algemene dienst (van wie één de rang kan hebben van adjunct-directrice);
3. een economisch geschoolde functionaris;*
4. een hoofd personeelszaken, die de geneesheer-directeur kan adviseren in zaken van personeelsbeleid.

Als 5. moet de mogelijkheid worden opengelaten een socioloog (sociaal psycholoog of sociaal paedagoog) aan te stellen, wanneer daartoe de behoefte wordt gevoeld.

Uiteraard moeten de geneesheer-directeur en diens staf, evenals de overige leidinggevende functionarissen, over voldoende secretariële hulp kunnen beschikken om hun werk efficiënt te kunnen doen.

(b) In de behoefte aan geestelijke verzorging van elke patiënt moet voorzien kunnen worden geheel in overeenstemming met zijn geloofsovertuiging of wereldbeschouwing.

(c) De leiding van iedere behandel- en verpleegeenheid in de inrichting behoort in handen te liggen van een geneesheer, bij voorkeur specialist, en een verpleegkundig afdelingshoofd. Het aantal patiënten, dat door en onder leiding van één arts kan worden behandeld, varieert sterk met de aard van de betrokken eenheid en de daarin opgenomen patiënten.

Om de gedachten te bepalen moet gerekend worden op een afdeling genoemd onder II, 1a: ten hoogste 30 bedden; op een afdeling genoemd onder II, 1b: ten hoogste 50 bedden en op een afdeling genoemd onder II, 1c: ten hoogste 80 bedden. Als algemene regel voor de inrichting zal men ernaar dienen te streven, dat er tenminste één arts per 50 patiënten beschikbaar is. Bij de vaststelling van deze aantallen werd rekening gehouden met die werkzaamheden van de geneesheer, welke tot diens gewone taak ten aanzien van alle patiënten gerekend moeten worden, te weten:

- a. het individueel klinisch werk met de patiënten;
- b. het groepstherapeutisch werk met de patiënten;
- c. de psychiatrische revalidatie;
- d. de noodzakelijke contacten met de omgeving van de patiënten buiten de inrichting;
- e. het medisch-administratieve werk dat hieruit voortvloeit.

* Indien aan het ziekenhuis een dirigerend econoom verbonden is, behoeft de staf van de geneesheer-directeur uiteraard geen functionaris op dat gebied te omvatten.

Bij de vaststelling van bovengenoemde getalsverhoudingen werd dus geen rekening gehouden met bijzondere diagnostische of therapeutische procedures als bijv. uitgebreid familie-onderzoek en intensieve psychotherapie. Evenmin werd bij de vaststelling van de aantallen in deze paragraaf rekening gehouden met het al of niet beschikbaar zijn van assistent-geneeskundigen en wel op grond van de overweging, dat de opvatting, dat de assistent-geneeskundige als medische hulpkracht in rekening gebracht moet worden, correctie behoeft. Ook al zal de assistent-geneeskundige de leider van de afdeling werk uit handen nemen, dan moet daar tegenover staan, dat laatstgenoemde veel tijd zal moeten besteden aan gerichte opleiding van de assistent. Tevens werd hier geen rekening gehouden met de algemeen gevoelde behoefte tijd ter beschikking te stellen van de artsen voor het verrichten van wetenschappelijk werk.

Naast de speciaal-psychiatrische zorg behoeft de patiënt ook andere specialistische en algemeen medische zorg. Uiteraard moet over consultatieve diensten in alle specialismen beschikt kunnen worden. Een bijzondere plaats wordt ingenomen door de inwendige geneeskunde. Het is noodzakelijk een internist vast aan de inrichting te verbinden. Ook voor de tandarts geldt, dat deze het beste aan de inrichting kan zijn verbonden, al naar behoefte full- of part-time.

(d) Een voldoende uitgewerkte en betrouwbare diagnostiek en behandeling vereist de constante medewerking van:

1. de klinisch psycholoog; 2. de klinisch chemicus, c.q. de biochemicus; 3. de radioloog; 4. de patholoog anatoom-neuropatholoog.

(e) De thans veelal geldende maatstaf van 1 verplegende op 4 patiënten lijkt niet de meest bruikbare voor de toekomst te zijn. Vooral in het geval van een dieper gaande reorganisatie van de verpleegkundige opleiding is de mogelijkheid niet uitgesloten, dat een dergelijke getalsverhouding een geheel andere betekenis krijgt dan thans het geval is.

Beter is het om uit te gaan van de gedachte, dat de patiënten zodanig moeten worden ingedeeld, dat een therapeutisch zinvolle groepsvorming onder hen wordt bevorderd. In een observatie-afdeling dient een dergelijke groep ongeveer 8 patiënten of minder te bedragen. Een dergelijke groep dient in ieder geval gedurende de daguren steeds begeleid en gecoached te worden door 1 verplegende*. Anders gezegd, het aantal werkelijk dienstdoende verplegenden* gedurende de daguren moet

* In deze beschouwing zijn wij er van uitgegaan, dat men er in de toekomst naar moet streven, dat de 1e en 2e jaars leerlingen primair niet als werkrachten moeten worden beschouwd. Derhalve dienen zeker de 1e jaars en zo mogelijk ook de 2e jaars in de hier gegeven getalsverhoudingen buiten beschouwing te blijven.

gebaseerd zijn op een getalsverhouding van minstens 1 verplegende op 8 patiënten.

Ook voor de afdelingen voor langer durende en voortgezette behandeling dient men een therapeutisch zinvolle groepsvorming te bevorderen, wil de psychiatrisch verpleegkundige beïnvloeding tot zijn recht komen. Het is hier echter nog een open vraag of men bij deze groep van patiënten uiteindelijk meer zal bereiken met een kleinere of een grotere therapeutische groep. Het lijkt ons daarom beter ook voor deze groep voorlopig dezelfde getalsverhouding aan te nemen als die bij de observatieafdeling.

Hetzelfde kan gelden voor de bezetting bij de arbeidstherapie. Ook hier gelden dezelfde overwegingen als op de verpleegafdelingen. Ook hier gaat het immers om de bevordering van de sociale interacties, waarin de patiënt zich moet kunnen readapteren aan het maatschappelijk leven.

Uitgaande van de eis, dat een werkelijk aanwezige personeelsbezetting van 1 op 8 patiënten noodzakelijk is, kan voorlopig een nadere precisering achterwege blijven.

Wat het verpleegkundig kader betreft, kan men zowel voor de verpleegkundige afdelingen als voor de arbeidstherapie het beste uitgaan van de gedachte, dat een 'span of control' van plm. 4 een optimum vormt. Met andere woorden: 1 leidinggevende van het tussenkader zal aan 4 therapeutische groepen en het daarbij behorende personeel gesuperponeerd dienen te zijn.

Rekening houdende met de premisse, dat deze getallen gelden voor de daguren en dat voor de nachturen met grotere getalsverhoudingen gewerkt kan worden, maar dat daarnaast ook gedurende de weekeinden of juist gedurende de weekeinden een voldoende personeelsbezetting op de afdelingen aanwezig dient te zijn, komt men tot de slotsom, dat er in een overall getal behoefte zal bestaan aan een werkelijke bezetting van plm. 1 verplegende op plm. 2 patiënten.

In de voorafgaande beschouwing is alleen gesproken over verplegenden en leerlingen. In beginsel zou wel kunnen worden aangenomen, dat een deel van deze taak zou kunnen worden overgenomen door wat we nu zullen noemen hulpverplegenden. Gezien de vele afwijkende regelingen die hierover in den lande bestaan, kan hierover zonder voorafgaande studie nog niets worden vastgelegd. Wel zouden wij willen stellen, dat de verpleeghulp geacht wordt ten hoogste 50 procent van de tijd aan effectieve verpleging te besteden en de rest aan arbeid van meer huishoudelijke aard.

(f) Het psychiatrisch ziekenhuis moet over voldoende deskundige krachten kunnen beschikken, die aan adjunctieve therapeutische activiteiten leiding kunnen geven, zoals aan aktiverende therapie,

bewegingstherapie, creatieve therapie, etc.

In het algemeen kan niet worden vastgesteld hoeveel deskundigen voor deze activiteiten noodzakelijk zijn, aangezien dit afhangt van de totale samenstelling van het therapeutisch programma. Er moet worden uitgegaan van de noodzakelijkheid, dat iedere patiënt (individueel of in groepsverband) intensief aan één der bovengenoemde therapievormen kan deelnemen, indien daarvoor een medische indicatie is gegeven.

Het is niet mogelijk een minimum-eis te stellen ten aanzien van de *ontspanningsfaciliteiten*, die het ziekenhuis behoort te bieden. Er zal echter terdege rekening gehouden moeten worden met het feit, dat *de verhoging van het ontspanningsbudget in het gemiddelde gezin in de maatschappij zijn weerspiegeling zal moeten vinden in het ontspanningsprogramma ten behoeve van de patiënten.*

(g) De behandelende artsen in de psychiatrische inrichting moeten kunnen beschikken over de *hulp van maatschappelijk werkers*, teneinde hun diagnostiek en behandeling effectiever te doen zijn.

(h) Er moeten nog enkele personen worden genoemd, wier medewerking onontbeerlijk is om de totale lichamelijke verzorging van de patiënten te brengen op een niveau, dat in overeenstemming is met het huidige welvaartspeil:

1e. de kapper (kapster);

2e. de pedicure;

3e. de schoonheidsspecialiste.

(i) Een nadere beschouwing van huishoudelijke, technische en andere diensten blijft hier achterwege. In het algemeen dient echter met nadruk te worden gesteld, dat de personeelsbezetting zodanig moet zijn, dat er geen coalitie mogelijk is tussen een goede gang van zaken in de verschillende diensten en de individuele therapie (in ruimste zin) van de patiënten. Met andere woorden: een patiënt mag niet om andere dan zuiver geneeskundige redenen in zulke diensten te werk worden gesteld en omgekeerd moeten deze diensten voor een goed functioneren niet afhankelijk zijn van de medewerking van patiënten. Meer in het bijzonder toegepast op het huishoudelijk werk op de verpleegafdelingen betekent dat, dat de verplegenden niet aan de eigenlijke taak van verplegen mogen worden onttrokken voor het verrichten van huishoudelijk werk, doch zulk werk alleen moeten doen, indien dat werk wordt verricht met patiënten voor wie het arbeidstherapeutische waarde heeft. Voor zover het huishoudelijk werk niet als arbeidstherapie kan worden gedaan, zullen hiervoor hulpkrachten moeten worden aangetrokken.

De arbeid van patiënten mag dus niet op enigerlei wijze in de economie van de inrichting worden ingeschakeld.

IV. Opleiding

De kwaliteit van de opleiding is van de grootste betekenis voor het peil, waarop het psychiatrisch ziekenhuis functioneert. Niet alleen in verband met de bekwaamheid van diegenen, die het meest met de patiënten in aanraking komen, maar ook omdat een goede opleiding aanzienlijk kan bijdragen tot een gericht blijven van de staf op de toekomstige ontwikkeling, waardoor het vervallen in sleur wordt voorkomen. Het peil van de opleiding wordt evenzeer door de theoretische als door de praktische vorming bepaald. Er zullen dus opleidingsinstituten binnen de inrichting moeten komen, waaraan daarvoor speciaal opgeleide docenten en instructrices zijn verbonden.

Wat de theoretische vorming betreft, moeten uiteraard de eerste lessen door bevoegde krachten gegeven kunnen worden. Hierbij moge echter worden opgemerkt, dat naarmate meer opgeleide docenten in de verpleegkunde beschikbaar komen de lessen in anatomie, physiologie en wellicht enkele andere meer en meer door deze docenten gegeven zullen kunnen worden. Voor de praktische opleiding kunnen verschillende systemen worden gekozen.

Naast deze opleiding moet de gelegenheid bestaan tot het geven van een vooropleiding, terwijl bovendien aan de gediplomeerden nog onderwijs of bijscholing vanwege of ten laste van de inrichting gegeven moet kunnen worden.

In de psychiatrische inrichting is de *opleiding van verpleegkundigen* voor de artsen zeer tijdrovend. Dat neemt niet weg, dat — hier werd bij de bespreking van de geneeskundige bezetting reeds terloops op gewezen — ook staftijd beschikbaar moet zijn voor de opleiding van *assistent-geneeskundigen* in die inrichtingen, die tot het (partieel) opleiden van assistenten bevoegd zijn.

V. Materiële voorzieningen

- (a) Dat de nodige hulpmiddelen voor het geneeskundig routine-onderzoek aanwezig moeten zijn, spreekt vanzelf; dat deze moeten zijn aangepast aan de mogelijkheden van de staf, evenzeer (röntgenkamer, laboratorium, EEG, etc.). Bijzondere zorg dient te worden besteed aan de *bibliotheek*, zowel de *geneeskundige* als de *verpleegkundige*. Gegeven de huidige stroom van medische en verpleegkundige literatuur dient niet alleen gezorgd te worden voor een kwantitatieve en kwalitatieve voldoende hoeveelheid boeken en tijdschriften, doch ook voor een eventueel part-time functionaris, die in het bijzonder de verplegenden kan helpen bij het vinden van de literatuur, welke zij behoeven.
- (b) Zonder vooruit te willen lopen op eventueel vanwege de

Hoofdinspectie ter zake uit te geven richtlijnen, dient reeds thans te worden gesteld, dat de beschikbare ruimten voor patiënten zich moeten lenen tot het vormen van kleinere groepen. De inrichting van het psychiatrisch ziekenhuis moet worden aangepast aan de zich ontwikkelende wooncultuur van de gehele bevolking.

(c) Niet alleen op economische, doch ook op sociaal-psychiatrische gronden moeten er voldoende tijdbesparende hulpmiddelen aanwezig zijn. Hierbij is te denken aan *dicteerapparaten* voor de medische verslaglegging, doch ook *telefoons*, etc., terwijl ook bij de *indeling van gebouwen en ruimten* met deze factoren rekening dient te worden gehouden.

VERANTWOORDING

De bijdragen van Collega M. Oosterlee en Br. J. van Sluys werden voorgedragen tijdens de voorjaarsvergadering van onze Vereniging in Wolfheze op 13 juni 1964.

Het gepubliceerde rapport is onlangs opgesteld door enkele geneesheren-directeur, leden van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband. Aan dit eerste nummer van de 7e jaargang zijn toegevoegd de registers betreffende de voorgaande twintig afleveringen van de Voordrachtenreeks, zulks speciaal ten behoeve van hen die de jaargangen 1-2-3 en 4-5-6 resp. in band I en II willen laten inbinden.