

- Piaget, J. *La Psychologie de l'intelligence*, Colin, Paris, 1952.
- Prick, J. J. G. Problems concerning intelligence and personality and the psychopathology of dementia, *Fol. Psychiat. Neurol. Neurochir. Neerl.*, 56, 1953, 235-292.
- Reitan, R. M. Psychological deficit, *Ann. Rev. Psychol.*, Vol 13, 415-444 (Farnsworth, P. R., McNemar, O., McNemar Q) Annual Reviews Inc., Palo Alto, Calif., 1962.
- Smith, A. Ambiguities in concepts and studies of 'brain damage' and 'organicity', *J. Nerv. Ment. Dis.* 135-4, okt. 1962, 311-326.
- Weitbrecht, H. J. *Zur Frage der Demenz, in Psychopathologie Heute; Kurt Schneider zum 75 Geburtstag gewidmet, herausgegeben von Heinrich Kranz, Thieme, Stuttgart, 1962.*

VERSLAG ZIEKENHUISCONGRES 20-25 JUNI 1965 TE STOCKHOLM

door D. JACOBS geneesheer-directeur van „Zon en Schild” en „Hebron”, Ned. Herv. psychiatrisch ziekenhuis te Amersfoort

Na een voorspoedige, onvergetelijke vliegreis kwamen wij (met dr. A. C. Lit, geneesheer-directeur van het Chr. Sanatorium te Zeist heb ik veel samen gedaan) op het vliegveld Arlanda bij Stockholm aan. Een busrit van ruim een half uur door het mooie, rijk beboste en vriendelijk glooiende Zweedse landschap bracht ons in Stockholm zelf. Van de gelegenheid dat we een dag voordat het congres begon reeds in de stad waren hebben we dankbaar gebruik gemaakt. Via boot en auto hebben we zaterdag en zondag bijzonder veel van de 'stad op het water' kunnen zien.

Reeds bij de inschrijving op zondag 20 juni bleek de uitstekende organisatie van het congres. Elke deelnemer (er waren er ongeveer 1350 uit 48 landen) kreeg een keurig verzorgde map met allerlei gegevens, een volledig programma en de nodige informaties. Men kon terstond wensen kenbaar maken voor het bezoek aan verschillende ziekenhuizen. Aan mijn wens om iets op kinder-psychiatrisch gebied te zien is — zoals later zal blijken — ruimschoots voldaan. Al spoedig werden contacten gelegd met personen uit verschillende landen. Dit contact werd nog verder gestimuleerd door een ontvangst in het wereldberoemde stadhuis van Stockholm. De loco-burgemeester van Stockholm (een zéér actieve, vlotte dame) sprak een welkomstwoord en wenste de deelnemers een goed congres toe. De Zweedse welvaart manifesteerde zich terstond al bij de zeer verzorgde wijze waarop de deelnemers de gebruikelijke verfrissingen en wat daarbij hoort, werden aangeboden. Dit gevoel van te verkeren in een land met hoge levensstandaard werd nog versterkt door de indrukwekkende zalen van het stadhuis, waarin wij ontvangen werden. En niet minder door het zeer intensieve verkeer met moderne auto's dat ons in de stad steeds weer trof.

Op maandag 21 juni begon het congres officieel. Dr. A. Engel, directeur-

generaal van de Zweedse gezondheidsorganisatie, heette als voorzitter van het congres allen welkom. Hij sprak er zijn tevredenheid over uit dat zo velen gekomen waren en hij hoopte dat velen aan de discussies zouden deelnemen. Na de opening kreeg de heer S. G. Aspling, minister van sociale zaken in Zweden, het woord. Deze releveerde enkele punten uit de gezondheidszorg in Zweden. Onder andere legde hij de nadruk op het overheidskarakter van deze zorg en de voordelen ervan. Verder bracht hij naar voren hoe nuttig het districtenstelsel functioneerde. (In Zweden wordt de verantwoordelijkheid voor de gehele volksgezondheid en gezondheidszorg opgedragen aan districtsgezondheidsraden, die te zamen een overkoepelende landelijke organisatie hebben). Ook de minister uitte tenslotte zijn goede wensen voor het welslagen van het congres waarvan, naar hij mededeelde, Z.M. de Koning van Zweden het beschermheerschap had aanvaard.

Vervolgens was er gelegenheid de tentoonstelling in het congresgebouw te bezichtigen. Over deze tentoonstelling — door mij meermalen bezocht — kan ik het volgende zeggen: Het tentoongestelde was goed, hoogst modern, af en toe zeer luxueus, efficiënt en gerationaliseerd. Automatisch opengaande deuren, computer-systemen voor het verwerken van medische gegevens, geautomatiseerde laboratoriumtechnieken en patiënten-bewakings-installaties waren er in vele vormen te zien. Ook onder andere van Philips. Helaas was er voor psychiatrisch geïnteresseerden niet veel interessants. Maar: de psychiatrische verpleging leent zich ook niet voor het tentoonstellen van spectaculaire dingen. Toch was het nuttig te weten dat dit alles bestond.

Op de bovenverdieping was een expositie van architectuur te zien. Hier kon men bewonderen datgene wat de beste architecten van Skandinavië hadden ontworpen in verband met ziekenhuisbouw. Voor zover ik kon nagaan stond dit geheel op een hoger peil dan ik in ons land heb gezien. Ik kreeg de indruk dat men meer geld kon besteden en minder gebonden was aan voorschriften dan hier te lande. Een nauwere samenwerking tussen medici en architecten en meer durf bij deze laatsten leek mij een pluspunt voor de Skandinaviërs. Voor de psychiatrie (er waren niet zoveel psychiatrische ontwerpen) hield men rekening met de meest moderne opvattingen van huiselijkheid, kleine groepen, ligging nabij centra van bevolking, open-deur regime en part-time behandeling. Men richtte zich zelfs — om een voorbeeld te noemen — in een aantal gevallen op cafetaria-systeem voor de patiënten. Sommigen bouwden afdelingen met aan de ene kant van de gang de slaapvertrekken voor de vrouwen, aan de andere kant die voor de mannen en gemeenschappelijke dagverblijven. Ook had men soms gemeenschappelijke vertrekken waar staf en patiënten op informele wijze bijeen konden zijn. Met name voor het intern transport had men grote belangstelling. Als geheel vond ik de bouwtenoonstelling toch de moeite waard. Een keurig uitgevoerd boekje zal mijn herinnering hieraan levendig houden.

Na het bezoek aan de tentoonstelling spraken nog in de plenaire zitting dr. E. L. Crosby, voorzitter van de 'International Hospital Federation' en de architect A. Tengbom. Deze laatste ging dieper in op de aspecten van de ziekenhuisbouw in Zweden. Dr. Crosby somde een aantal facetten van het werk van de I.H.F. op. Daarbij is mij duidelijk gebleken welk een belangrijke rol zo'n internationale organisatie heeft. Indirect is het dus ook van gewicht om via de Stichting 'Het Ziekenhuiswezen' die bij de I.H.F. is aangesloten, activiteit te ontplooiën.

Dr. M. G. Candau, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie, in Stockholm op doorreis van Genève naar San Francisco, hield des middags een magistrale 'René Sand Memorial Lecture' over de ziekenhuisorganisatie in ontwikkelingslanden. Dr. Candau was een man met een brede, vooruitziende blik, een scherp inzicht in de mondiale gezondheidsproblemen en een

warm hart voor het welzijn van de mensheid. Met gespannen aandacht werd naar zijn, in vloeiend Engels gesproken, rede geluisterd. Ik vond het een verheugend teken dat een man van zulk formaat zich het lot van de onderontwikkelde gebieden op zodanige wijze aantrekt. De verantwoordelijkheid van ons — werkers in ontwikkelde landen — werd ons met klem bevestigd. Des avonds — na een verkwikking in ons voortreffelijke hotel — werd het gezelschap gesplitst voor ontvangst in verschillende ziekenhuizen. Ik was ingedeeld in de groep die ontvangen werd door de Staf van het St. Görans-ziekenhuis (\pm 1000 bedden!) in Stockholm Zuid. De directeur gaf ons een uitleg over het ziekenhuis, en een koor van leerling-verpleegsters zong Zweedse liederen. Onder de gebruikelijke culinaire geneugten werd met de staf van het ziekenhuis gesproken. Ik werd door een van zijn assistenten geïntroduceerd bij prof. C. H. Alström, de hoogleraar psychiatrie, verbonden aan genoemd ziekenhuis. Wederzijds werden gegevens uitgewisseld, waarbij mij bleek dat de wijze van werken onder deze hoogleraar niet zoveel verschilde van hetgeen in de Nederlandse universiteitsklinieken gedaan wordt. Ook de verhouding universiteitskliniek ten opzichte van psychiatrisch ziekenhuis bracht dezelfde problemen met zich als bij ons! Het was opvallend dat in Zweden zoveel verslavingspatiënten waren.

Na deze eerste, vermoeiende congresdag, was het een merkwaardige sensatie om des nachts om twee uur wakker te worden, terwijl het buiten klaarlicht was. Nog wat slaperig realiseerde ik mij dat ik dicht bij het land van de middernachtzon was. Dit was des te opmerkelijker omdat het ook 's nachts in Stockholm warmer was dan in Nederland. Daarom was het vooral 's morgens vroeg buiten al zo aangenaam.

Dinsdag 22 juni was het congres opgesplitst in drie secties. Uiteraard had ik mij voor de sectie psychiatrie opgegeven. Daardoor heb ik de huidige wereldopinie kunnen vernemen. De lezing van Prof. Dr. Jack Ewalt over 'Elements of comprehensive mental health service and their integration into the hospital service as a whole' was stimulerend, zowel door de inhoud als door de spreker zelf.

Spreker legde vooral de nadruk op de psychiatrische afdelingen verbonden aan algemene ziekenhuizen voor de acute gevallen, terwijl de langdurige behandelingen plaats zouden moeten vinden in de psychiatrische ziekenhuizen. Vooral de continuïteit van de behandeling was belangrijk. Hij signaleerde ook de ontwikkeling van de part-time verpleging, waarbij de hospitaalbedden gereserveerd werden voor patiënten die beslist opgenomen moesten worden. In het 'Massachusetts Mental Health Centre' had men de ervaring dat aandacht gegeven moest worden aan alle niveau's van staffunctionering en dat medewerking zowel van de familie van patiënten als van de totale gemeenschap waarin het centrum werkzaam was, nodig bleek voor een goede behandeling. In de opvatting over het 'therapeutisch milieu' waren de volgende punten van belang: 1e. continuïteit van de zorg, waarbij de arts-patiënt relatie van het hoogste belang was. (Men verplaatste de patiënten dan ook niet van de ene afdeling naar de andere om het contact met de vaste staf te behouden). 2e. Flexibiliteit en individuele aanpassing van het therapie-schema.

Men had daar 'open deur politiek' en afdelingen met zowel dames als heren. 3e. Uiting van en bespreking van gevoelens, zowel door personeel als door patiënten. Zo kreeg men het beste therapeutische klimaat. 4e. Betrekken van psychologische, sociale en fysiologische aspecten van het gedrag van de patiënt in de therapie. 5e. Continue beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden. Kortom: een alles omvattend program was het meest efficiënt. De hospitaalstaf verzorgde ook de behandeling van de patiënt buiten het ziekenhuis. Ook in de U.S.A. had men de ervaring dat de behoeften en hulpbron-

nen van de verschillende streken, zó verschilden dat een lokaal plan voor een 'community mental health service' nodig was. In de discussie — een Amerikaans-Engelse aangelegenheid — kwamen vragen naar voren over het bestaan van de psychiatrische ziekenhuizen. Men zag wel graag dat er psychiatrische afdelingen aan algemene ziekenhuizen zouden komen, maar men kon de grote psychiatrische inrichtingen ook niet missen. Men zocht de oplossing in opsplitsing van de grotere psychiatrische ziekenhuizen in kleinere eenheden, die elk hun mogelijkheid voor acute patiënten, revalidatie patiënten en chronische patiënten zouden moeten hebben. Professor Ewalt beval aan de artsen 1 dag per week iets anders dan de kliniek te laten doen, als onderdeel echter van het totale werk. Het bleek tenslotte dat de 'continuity of care' op elk niveau doorgevoerd moest worden en dat flexibiliteit van het gehele hospitaalwezen het toverwoord was waarmee verschillende problemen werden opgelost.

Ook 's middags kwam de verhouding algemeen ziekenhuis — psychiatrisch ziekenhuis aan de orde door de lezing van dr. Downham uit Engeland over 'Psychiatric care in a general hospital'. Deze spreker gaf een beschrijving van zijn kliniek en van de voordelen die een psychiatrische afdeling aan een algemeen ziekenhuis (o.a. medische, sociale, geografische factoren). Daarbij behoorden adequate voorzieningen op geriatrisch gebied. Men opponeerde dat niet alléén de acute patiënten in het algemeen ziekenhuis behandeld moesten worden, maar dat volledige psychiatrische teams — zoals die in een psychiatrisch ziekenhuis functioneren — alle geesteszieken zouden moeten behandelen. Men vroeg zich daarnaast af of de wereld er wel aan toe was om alle soorten psychiatrische patiënten in algemene ziekenhuizen te ontvangen. Ook de optimistische cijfers van de spreker over een drastische decimering van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen in Engeland ontmoetten veel kritiek. Met name van andere Engelsen. Zo werd de dinsdagmiddag een vrijwel Engelse aangelegenheid. Een van de conclusies was onder andere 'The best of British Psychiatry comes from mental hospitals'. De avond van de 22e wachtte de congresdeelnemers een zeer bijzondere gebeurtenis. Met een boot voeren wij naar Drottningholm, een plaats ongeveer 15 kilometer van Stockholm. Daar was de 300 jaar oude zomerresidentie van de Zweedse koning. Deze had - 200 jaar geleden - een eigen theater laten bouwen waarin men, om de lange winteravonden te korten, Renaissance opera's ten gehore bracht. Deze avond kregen wij een dergelijke uitvoering aangeboden. Het geheel, in het nog in oorspronkelijke staat gehouden theater, maakte op ons allen een bijzondere en unieke indruk. Het was goed naast de wetenschap ook de kunst op het congres te mogen ontmoeten.

Woensdag 23 juni was de dag van de vrouwelijke inleiders: 's Morgens dr. Insley (Engeland) en 's middags Professor Anna Lisa Anell (Zweden). Dr. Insley boeide ons met een sprankelende voordracht over de somatische en psychiatrische verzorging van bejaarden. Dr. Insley bepleitte de opnemng van bejaarden ter observatie in de 'psychogeriatrische' afdeling van een algemeen ziekenhuis met zonnig overplaatsing naar een 'long-stay annex'. Revalidatie zou moeten plaats vinden op sociaal, psychiatrisch en fysisch gebied. Zij was voor een scheiding van observatie en revalidatie eenheden en voor aparte voorzieningen voor chronisch zieke bejaarden. Zij zag geen bezwaar in de combinatie van psychogeriatrische patiënten met ouder geworden geesteszieken. De psychogeriatricie zou in nauwe samenwerking met de internist bedreven moeten worden, vooral ook omdat voor beide specialismen deze categorie patiënten in een grensgebied zou vallen. Voor de verblijfspatiënten beval spreekster warm aan om een huiselijke sfeer te scheppen.

In de discussie ontspoon zich een gesprek over de definitie van de psychogeriatrische patiënt. De combinatie van geriatrische verblijfspatiënten met

jongere patiënten in psychiatrische inrichtingen achtte men ongewenst. De belangen van deze twee groepen liepen te zeer uiteen. Over de part-time verpleging werden behartenswaardige opmerkingen gemaakt door dr. Insley. Voór een totale instorting moest, om der wille van de familie en van de patiënt zelf, de mogelijkheid van gedeeltelijke verpleging aanwezig zijn. Ook voor 'vakantie-patiënten' wilde dr. Insley voorzieningen hebben, om de familie te ontlasten. Goed onderzoek, óók van 'part-time' patiënten kon een algehele opneming in een aantal gevallen voorkomen. Verder was het belangrijk dat de omgeving van de psychogeriatrische patiënt erop kon vertrouwen dat men — in geval van nood — altijd een beroep kon doen op de psychogeriatrische unit.

Merkwaardig was nog wat zij zei over de oudere psychiatrische patiënten. In het psychiatrische ziekenhuis waar zij begon had zij, op voorwaarde dat zij tegelijk een aantal oudere verpleegden zou overnemen, bedden voor psychogeriatricie verkregen. Zij had de oorspronkelijke bejaarde geesteszieken als voor haar nieuwe patiënten behandeld (ze een bril, een gehoorapparaat en meer vrijheid gegeven) en daardoor konden er een aantal terug in de maatschappij. Zij had de ervaring dat het personeel wel geïnteresseerd kan worden voor de geriatrie, mits het maar zijn plaats ziet als onderdeel van het totaal van voorzieningen in de maatschappij en mits men maar alles besprak. Er waren anderen die erop wezen dat het bijeen verplegen van dames en heren en oude en jonge patiënten met verschillende ziektebeelden de familie-sfeer in de inrichting gunstig kon beïnvloeden. Om praktische redenen voelden de meeste deelnemers aan deze sectie voor afscheiding van de psychogeriatricie naar aparte eenheden.

Woensdagmiddag spraken een architect en Professor dr. Anna Lisa Annell over kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen. De architect noemde o.a. getallen die in een commissie van de Zweedse raad voor de geestelijke volksgezondheid als norm waren aanvaard. Kinderpsychiatrie zou 1 bed per 10.000 inwoners nodig hebben en 1 arts op 50.000 inwoners (Kinderpsychiatrie is in Zweden een vrijwel zelfstandig specialisme). In 3 nieuw gebouwde inrichtingen had men 100-120 m² in totaal per bed nodig met ongeveer 30-50 m² zaalruimte per bed (dag+slaap+andere ruimte). De eenheden zouden 10-8 patiëntjes mogen bevatten met een minimum van 13 m² voor 1 à 2 patiënten en 27 m² voor 4 patiënten. De dagruimte zou \pm 30 m² moeten bedragen. Verder werden er allerlei voorzieningen opgesomd, waarbij opviel dat de onderzoekruimten voor kinderen relatief groter werden geprojecteerd dan voor volwassenen. Achteraf bleek dat al deze gegevens beruisten op planning voor observatie-patiënten. Men had in Zweden 23 van deze observatie-afdelingen met \pm 40 bedden per eenheid als afdeling bij algemene ziekenhuizen voorbereid.

Professor Annell — een zeer innemende, vitale en stimulerende persoonlijkheid over wie ik destijds van Professor Hart de Ruyter veel had gehoord — vertelde zeer uitvoerig over haar ervaringen in Zweden. De kinderpsychiatrische opleiding omvatte daar ongeveer 3 jaar kinderpsychiatrie, 1 jaar pediatrie en 1 jaar algemene psychiatrie. Er was grote belangstelling voor de kinderpsychiatrie. Men zag dit specialisme allereerst als een medische aangelegenheid, in de tweede plaats als een pedagogische. De 'Child guidance clinics' (te vergelijken met onze Medisch Opvoedkundige Bureaus) gingen dan ook uit van de kinderpsychiatrische klinieken. Alle categorieën kinderen werden onderzocht en eventueel ter observatie opgenomen. Professor Annell bepleitte zeer sterk dat het gehele gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie in één centrum was ondergebracht. Vanuit dit centrum werden consultants naar andere voorzieningen uitgezonden. Voor langduriger behandeling had men in Zweden categoriale instituten. Bijvoorbeeld voor oligofrenen, epilep-

tici, delinquenten, enzovoort. Over deze instituten ben ik niet veel te weten gekomen. Men was wel van mening dat de behandeling van psychisch gesoorde adolescenten ook tot het gebied van de jeugdpsychiater behoorde. Aparte eenheden hiervoor werden aangeraden. Men voelde veel voor het 'mixin' van jongens en meisjes overdag. Ook in de combinatie van kinderen met verschillende ziektebeelden — mits met wijsheid gehanteerd — zag Professor Annell voordelen. In iedere eenheid moesten aanwezig zijn een keukentje, een eetkamer en een zitkamer. Een 'separeerkamer' met eigen toilet achtte zijn belangrijk voor kinderen met seksuele afwijkingen. Het ideale aantal per eenheid werd op 8 patiënten gesteld. Naast de kliniek zouden een aantal huiselijke instituten aanwezig moeten zijn voor patiëntjes met langduriger behandeling. Voor psychotische kinderen werden speciale kleine eenheden op de terreinen van psychiatrische ziekenhuizen gecreëerd.

De indruk dat een op te richten kinderpsychiatrische eenheid een tussenvorm zal moeten hebben tussen de observatie- en behandelingsseenheden werd nog versterkt door het bezoek dat ik met twee collegae mocht brengen aan de kinderpsychiatrische afdeling van het Academisch ziekenhuis te Uppsala. Terwijl wij door het prachtige Zweedse land reden, vertelde Professor Annell ons nog allerlei bijzonderheden. In haar nieuwe kliniek (waar zij kennelijk zeer voldaan over was) was gelegenheid voor insuline- en slaapkuren. Voorts had zij veel ruimte gekregen, buiten de gewone verblijfsruimten. De kinderen moesten zowel in de groep als ook alléén kunnen zijn. Er was gelegenheid voor spel, handenarbeid, muziek, toneel, vrije expressie, 'kokkerellen' en festiviteiten voor kleine groepen. De polikliniek werd in hetzelfde gebouw gehouden als de kliniek, maar gescheiden daarvan. Dit bleek ook bij het bezoek aan de kliniek zelf. In twee uur heeft Professor Annell ons alles laten zien, elke kamer werd geopend en overal gaf zij — onvermoeibaar blijkbaar! — antwoord op onze vragen. De kliniek zelf was een menging van ziekenhuis en huiselijkheid. Vijf, min of meer gescheiden afdelingen van 10 patiëntjes elk, met eigen ruimten zoals aangegeven op de plattegrond die ik kreeg, stonden ter beschikking. Enkele punten die mij bijzonder troffen moge ik hier vermelden: Er was overal staalglas aangebracht, op elke afdeling was een keukentje, er was op elke afdeling een kamertje met eigen toilet, er was voorts een shockkamer, overal in de dagverblijven was televisie, alle onderzoekkamers waren ruim genomen, op sommige afdelingen was een telefoon die door de patiëntjes zelf door middel van munten kon worden bediend. Er waren 2 research-kamertjes, in de gangen waren leuke zitjes aangebracht, in de slaapkamers waren microfoons opgesteld ten gerieve van de wacht, de staf bestond op elke afdeling (ook bij de oudere meisjes en jongens) uit vrouwelijk en manlijk personeel, op elke afdeling was een behandelingskamer, er waren speelkamers, een bijzonder mooi handenarbeidlokaal met toneelmogelijkheid (hierin hingen zelfs ringen voor kinderen die plotselinge bewegingsdrang voelden opkomen), een arbeidstherapielokaal en een gymnastiekruimte met een bokbal (men had zelfs 6 paar bokshandschoenen aangeschaft). Voorts klei- en zand- en waterbakken (Zweeds roestvrij staal!), handige kisten op wietjes voor vervoer van materiaal, een kinderleesbibliotheek en een vakbibliotheek in de stafkaamers en in de tuin allerlei leuke gymnastiektoestellen. Het meest fascinerende echter was de gloedvolle en hartelijke wijze waarop Professor Annell over haar kinderen en haar kliniek sprak en de eenvoud waarmee zij belangrijke problemen oploste. Zij en haar actieve staf verzorgden 400 'lectures' per jaar en hielpen per jaar zo'n 1400 gevallen zowel klinisch als poliklinisch. De donderdagmorgen was gewijd aan de 'Initiation and training of hospital Staff in the fundamentals of mental health', ingeleid door Professor dr. R. Amiel uit Parijs. Ik heb geprobeerd dit referaat in het Frans te volgen, maar de spreker was zo rad van tong dat mij dit niet gelukte. Via de koptelefoon

werd evenwel een gelijktijdige vertaling in het Engels (en Zweeds) gegeven. Het dwong respect af hoe goed en hoe snel de tolken zowel voordracht als opvolgende discussie vertaalden. In de plenaire zittingen kon men zelfs met een kleine ontvanger en koptelefoon gewapend al rondlopende het gesprokene volgen!

Professor Amiel ging diep in op de problemen die de verhouding verplegenden-patiënten raakten. Hij bepleitte: goede selectie en opleiding, groepsgesprekken, tussen patiënten en verplegenden en verplegenden onderling, informatie van de verplegende over de ziekte en de persoonlijkheid van de patiënt, informatie van de verplegende over diens plaats in het geheel van de therapeutische en sociale maatregelen, rapportage door de verplegenden van alles wat zij ontdekken, zoveel mogelijk contacten buiten het ziekenhuis, belangstelling wekken voor de persoonlijkheid van de verplegende zelf en goede secundaire arbeidsvoorwaarden (kamers, materiële voorzieningen, goede collegiale verhoudingen en voldoende 'emotional food for the staff'). Verder vond hij het belangrijk dat de verplegenden de regressie kunnen hanteren die de patiënt in zijn ziek-zijn ondergaat. 'De patiënt wil bemoederd worden, daarom moeten ook de verplegenden bemoederd worden'. Men is bang voor de 'humanisering' van het beroep van de verplegende. Maar ook andere werkers in het psychiatrisch ziekenhuis werden erdoor bedreigd. Veel belang hechtte professor Ameil aan een goede selectie: 'De psychoprophylaxe' (het voorkomen van psychische afwijkingen) zou bij de selectie moeten beginnen. In de discussie ontspan zich — meest onderling tussen de Franse deelnemers — een gesprek rondom het autoritaire regime (men noemde als voorbeeld de chirurgie) en het liberale (psychiatrie).

Men achtte het belangrijk dat de verpleegster *in* de gezinnen komt, ook en vooral als de patiënt minder ziek is. Er waren veel voorstanders van een aparte opleiding voor de psychiatrische sector, maar ook van een gecombineerde basisopleiding. Maar voor een 'new race of nurses' achtte men een intensieve opleiding van 3 jaar een minimum. Professor Amiel was voor het geven van de lessen in diensttijd en hij achtte de intensiteit van de arbeid van de verplegende belangrijker dan haar aantal werkuren. Supervisie, zowel in teambesprekingen met de artsen, als in vrije discussiegroepen onderling bleken zeer nuttig. Vrijtijdsbesteding en leven van eigen leven buiten het ziekenhuis waren van groot belang voor de eigen geestelijke gezondheid van de werkers in het psychiatrisch ziekenhuis. Tenslotte bleek het een wereldprobleem te zijn dat het moeilijker was medewerkers te behouden dan ze te werven. Daarom moest bij het onderwijs de nadruk meer liggen op de vorming van de medewerkers zelf dan op de onderwijsstof of op de patiënten. De donderdagmiddag was bestemd voor bezoek aan psychiatrische ziekenhuizen. Ik had gekozen voor een bezoek aan het Langbrö-hospitaal, ongeveer 10 km van Stockholm. Het doel was een speciale afdeling voor jonge schizofrenen. Maar wij hebben méér gezien. Het Langbrö-hospitaal, geopend in 1909 was een uitgestrekt complex van deels zeer oude (o.m. de keuken!), deels moderne gebouwen. Er waren ruim 1000 bedden met 23 fulltime artsen (waaronder nogal wat assistenten). Er was dagverpleging. Het aantal personeelsleden in volledige of gedeeltelijke dienst was 700, het aantal opnemingen in 1964 was 2600 per jaar. De opzet voor de schizofrenen behandeling was zeer modern met groepstherapie, expressie therapie en betrekken van de familie in de behandeling. Verder zagen wij een geweldige neurosenkliniek, 8 verdiepingen hoog. Wij vonden het merkwaardig dat men de patiënten in zo een massaal flatgebouw onderbracht, terwijl men terrein genoeg had om een even groot aantal patiënten (160) in laagbouw onder te brengen. Voorts was er een laboratorium dat — onder leiding van een laboratorium-arts — bij elke patiënt als routine vrijwel alle mogelijke onderzoeken deed. Men

behandelde zeer veel patiënten in een vijfdaags werkschema. De arbeidstherapie was goed, maar er waren niet zoveel gevarieerde mogelijkheden als in vergelijkbare afdelingen bij ons. De patiënten bedienden zichzelf door middel van een cafetaria-systeem. Ook was er een eenheid voor 'intensieve behandeling'. Dat was wel nodig omdat, zoals bekend, het aantal suicide gevallen in Zweden relatief hoog is. Verder vormden de aan opwekkende middelen en aan alcohol verslaafden een probleem. Wij vroegen ons af hoe dit laatste mogelijk was in een 'drooggelegd' land zoals Zweden, waar de Staat de handel in alcoholhoudende dranken in handen heeft. Men kon ons daarop geen antwoord geven.

Het beeld van de chronische patiënten was hetzelfde als bij ons. Het viel ons alleen op dat veel van deze patiënten in bruine gestichtspakken liepen. Men antwoordde ons dat dit vrijwillig was en dat het kwam omdat een aantal patiënten eigen kleding niet kon betalen. Een merkwaardig antwoord in een sociaal-democratisch geregeerd land als Zweden. Toen ik vroeg waarom men in een bepaalde afdeling luxe ziekenhuisbedden had, die verrijdbaar waren en in allerlei standen verstelbaar, (echte ziekenhuisbedden dus) voor patiënten die toch grotendeels ambulantly waren, antwoordde men mij dat een ziekenhuis ook ziekenhuisbedden moest hebben, onafhankelijk van de kosten en van het feit of ze gebruikt werden of niet. Ook dit antwoord geeft aan, dat socialisme en zuinigheid niet behoeven samen te gaan. Ook vragen over verpleegprijzen waren moeilijk te beantwoorden: De Staat betaalde alles, daarom wist men het niet precies. Tenslotte kwam ik er achter dat de nieuwe kliniek in midden 1950 ongeveer 35.000 gulden per bed had gekost en dat de verpleegprijs thans 60 kronen (plm. f 42,— per dag was). De Staat betaalt alles!

Dit geeft mij aanleiding heel in het kort iets te vermelden over de organisatie van de gezondheidszorg in Zweden. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg was of zou worden opgedragen aan de country councils (te vergelijken met onze provinciale besturen) en de gemeentebesturen in de grote steden. Deze hadden raden voor de volksgezondheid ingesteld die uitvoerende opdrachten hadden. In de ziekenhuissector had men per provincie een algemeen centraal hospitaal met zeer uitgebreide outillage, verder waren er kleinere, lokale algemene ziekenhuizen en per provincie een ziekenhuis voor besmettelijke ziekten, voor tuberculose en een geriatrische kliniek. Verspreid waren naar behoefte verpleegtehuizen voor geesteszieken, chronische zieken, pensioentehuizen voor zwakzinnigen en scholen voor zwakzinnigen. Voor elk van deze instellingen was een bestuur, dat onder overkoepelende supervisie stond van het provinciaal bestuur. Verpleeggeld werd verkregen uit een Nationale sociale verzekering. De kosten van bouw en verbouw werden bestreden uit overheidsinkomsten. Verreweg de meeste artsen (wel 95%) waren staatsambtenaren. Voor minder dichtbevolkte gebieden werden extra toelagen toegekend. Van de in 1962 7600 praktiserende artsen waren er 4100 aan ziekenhuizen verbonden. De opleiding voor artsen en verplegenden was een staatsaangelegenheid. Er zijn 4 universiteiten en een medische faculteit in Stockholm die artsen opleiden. Er is — vooral in de sector van de geestelijke volksgezondheid — gebrek aan artsen. Het aantal tandartsen (ook staatsambtenaren) is hoog.

Van deze zakelijke staatsaangelegenheden kom ik weer terug op het congres, maar in de richting van de romantiek. Donderdagavond vond, in het stadhuis het congresdiner plaats. In de grote hall waren voor meer dan 1500 personen tafels aangericht, bijzonder feestelijk met bloemen versierd. Na het gebruikelijke apéritief konden wij ongedwongen aanzitten, temidden van allerlei buitenlanders. Het was een gegons van stemmen, dat verstomde toen congresautoriteiten feestredes begonnen af te steken (gelukkig niet lang!) in

het Engels en (z  er emotioneel) in het Frans. Het menu omvatte onder andere zalm en rendier vlees. De bediening (door wel 80 keurig in uniform gestoken personeelsleden) verliep dank zij de voortreffelijke regie, zeer vlot, zodat het diner niet langer dan 2 uren duurde. Na afloop was er een optreden van een Zweedse dansgroep en gelegenheid tot dansen in de 'gouden' zaal van het stadhuis. Ik zal niet vermelden hoe laat dat werd . . .

25 juni was voor de Zweden een vrije dag: midzomerdag. Een feestdag waarop de traditionele volksdansen en volksspelen worden gehouden. Men had in Skansen (het openluchtmuseum van Zweden) in Stockholm een versierde feestboom opgericht waarom men ging dansen en zingen. Maar dit beleefde ik pas 's middags. Want vooraf hadden we de slotzitting van het congres. Samenvattingen werden gegeven van de drie secties en de gebruikelijke beleefdheden en dankwoorden werden uitgewisseld. Dr. Burkens uit Delft werd benoemd tot voorzitter van de 'International Hospital Federation' en besloten werd het volgende congres in 1967 in Chicago te houden.

Vooraf preeste men tenslotte de Zweedse gastvrijheid en het organisatievermogen. Namens alle congressisten sprak dr. Burkens een dankwoord en met een luide hamerslag werd het congres beëindigd.

Als ik nu het geheel nog eens overdenk dan kan ik in enkele punten samenvatten wat het congres mij gebracht heeft.

- 1e. Het was een unieke gebeurtenis met zoveel deskundigen uit verschillende landen van gedachten te kunnen wisselen. Hierdoor werd onze geest niet allen verrijkt, maar ook onze blik verruimd.
- 2e. Het was een merkwaardige ervaring dat in vele landen de problemen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid gelijk waren. Dat men er dezelfde competitie tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen had als hier. Dat ook de problemen van samenwerking tussen sociaal-psychiatrische dienst en psychiatrische ziekenhuizen gelijk waren. Dat men met het bejaardenprobleem net zo worstelde als in Nederland en zo meer.
- 3e. Veel nieuws hebben wij op het congres niet vernomen. Tenzij men het een verrassende nieuwigheid zou kunnen noemen dat in de verschillende beschaafde landen de planning voor de toekomst ongeveer net zo was als hier. Voor mij zelf vond ik de bevestiging van het streven om ons eigen ziekenhuis uit te bouwen in een bepaalde richting die ik in elke inleiding en discussie weer vond, het belangrijkste gegeven. Ook en vooral in de richting van de kinderpsychiatrie.
- 4e. Het was, dacht ik, toch wel duidelijk dat een dergelijk groot congres ergens een forum was van de wereldopinie. Dat eens gehoord en beleefd te hebben was iets wat ik niet licht vergeet.

Tenslotte: het begrip van afstand vervaagt volkomen als men vliegen kan. Des middags om drie uur vierden een aantal congresgangers en ik nog het midzomerfeest temidden van een vrolijke menigte Zweden. (Een goede herinnering aan de Zweden, die over het algemeen niet zo gauw blijk geven van hun gevoelens en die over het geheel nogal gereserveerd waren, maar niettemin gastvrij). En zeven uur later, nadat wij van de gezagvoerder te horen gekregen hadden, dat wij boven Groningen vlogen en al begonnen te dalen en onder ons keurig de landkaart van Nederland zagen (compleet met Waddeneilanden, Friese meren en Afsluitdijk), was ik weer thuis. De belevenis van het congres was voorbij. De herinnering eraan zal nog lang levendig blijven.