

DE PSYCHISCH GESTOORDE BEJAARDEN EN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

door Dr. L. A. CAHN

Het psychiatrisch ziekenhuis bezit een zeer langdurige geschiedenis. Ontwikkelingen waren soms traag, soms snel, soms revolutionair. In 1841 hadden deze instellingen reeds een belangrijk gedeelte van hun ontwikkelingen achter de rug. In dat jaar werden zij bijéén gebracht door een overkoepelende wet, de eerste krankzinnigenwet. Deze wet regelt al veel méér dan het onschadelijk maken van de voor de maatschappij gevaarlijke krankzinnige. Zij regelt en houdt óók toezicht op verzorging en behandeling. Zij regelt daardoor op nationaal niveau de gehele toenmalige geestelijke volksgezondheid en is daardoor een belangrijk stuk vroege sociale wetgeving. De ontwikkeling van de psychiatrische ziekenhuizen was in die dagen zeer snel en vele ideeën uit die tijd zijn eerst nu verwezenlijkt. De psychiatrische ziekenhuizen stonden borg voor de opname van alle psychisch gestoorden, die door hun ziekte niet in de maatschappij waren te handhaven. Zij waren echter ook verplicht deze zieken te behandelen en hen bij genezing aan de maatschappij terug te geven. Van begin af aan, weigerden de Nederlandse psychiaters een vergaand onderscheid te maken tussen chronische en acute patiënten. Hoe lang een patiënt ook bleef, men voelde zich steeds verplicht zich te blijven inspannen, ook wanneer de kans op genezing kleiner werd. Steeds weigerde men consequent de inrichtingen te zien als 'bewaarplaatsen'. Zo moest er steeds een evenwicht zijn tussen opname en ontslag. Daardoor werd men steeds aangespoord genezen en voldoende herstelde patiënten te ontslaan, al was het alleen maar om plaats te maken voor anderen. Al spoedig bleek, ook in die tijd, dat men daarvoor de hulp nodig had van instellingen, die zich met deze ontslagen patiënten bezig hielden. Het kwam echter niet tot een sociaal-psychiatrische dienst. Toch waren er toen al voorstellen iets dergelijks op een nationaal niveau te organiseren, maar dit leed schipbreuk op een nog te gering ontwikkeld sociaal besef.

Ook toen waren er psychisch gestoorde bejaarden. Indien thuis geen voldoende hulp meer was, werden zij zonder bedenken in de psychiatrische inrichtingen opgenomen. Men komt nergens verzoeken om opname tegen, die niet werden ingewilligd. De getallen uit die tijd moeten dus een inzicht geven betreffende de frequentie van vóórkomen van psychisch gestoorde bejaarden in de maatschappij. Men kent natuurlijk het aantal psychisch gestoorde bejaarden in die tijd niet. Daarvoor zou een modern bevolkingson-

derzoek noodzakelijk zijn geweest. Maar men krijgt wel een indruk van de rol, die de inrichtingen hadden bij de verzorging en behandeling van psychisch gestoorde bejaarden.

Over het jaar 1869 zijn wij bijzonder goed geïnformeerd, want de getallen uit dat jaar zijn met de uiterste zorg verzameld door *Ramaer*, een man, aan wie de gehele Nederlandse geneeskunde zeer veel te danken heeft. In 1869 bedroeg het percentage bejaarden in de maatschappij ongeveer 5 pct., dus ongeveer de helft van thans. In de toenmalige inrichtingen vond men echter ongeveer 10 pct. bejaarden. Men mag dus stellen, dat ook toen de bevolking der inrichtingen relatief oud was, „vergrijsd” zeggen wij nu. Dit komt overeen met het feit, dat de ouderdom een levensperiode is, waarin psychische stoornissen opvallend veel voorkomen. Dat gold dus toen ook al.

Ook het aantal opnamen betrof in die tijd een groot aantal bejaarden. Zeker 10 pct. der opgenomenen was bejaard. De veroudering van patiënten in de inrichtingen zelf speelde echter blijkbaar nauwelijks een rol. De sterfte in de inrichtingen was voor alle leeftijdsgroepen hoger dan in de maatschappij door gebrekkige hygiënische inzichten en vooral door de onmacht der geneeskundigen tegenover vele verschillende, dodelijk verlopende ziekten. Dit is dus een geheel ander beeld dan thans. De levensverwachting der opgenomen bejaarden kan niet groot geweest zijn, maar wie veronderstelt, dat geen enkele bejaarde levend het gesticht weer verliet, komt bedrogen uit. Men telt 288 overledenen tegen 47 herstelden bij patiënten ouder dan 70 jaar. Men had er dat jaar 292 opgenomen. Er waren er dus meer weggegaan dan ingekomen, nl. 335 tegen 292. Zeker 14 pct. van de groep 'ouder dan 70 jaar' is hersteld ontslagen. Dat percentage is voor die tijd opmerkelijk hoog. Al in die tijd gold dus, dat psychisch gestoorde bejaarden geen hopeloze gevallen zijn. Een goed voorbeeld daarvan vormen later de getallen uit de jaren 1929-1938 van het psychiatrische paviljoen (paviljoen 3) van het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam (*Cahn '64*). De kans op verbetering van de psychische toestand is hier na opname voor mannen 30 pct. en voor vrouwen 21 pct.

Het lijkt mij nuttig deze getallen steeds voor ogen te houden. In 1869 en in 1929 beschikte men nog niet over een fractie van de therapeutische mogelijkheden, die de psychiatrie thans kent. Het inzicht in deze ziekten was schrikbarend klein. Er bestond ook niet veel belangstelling voor. De psychiaters waren niet zelden overwegend theoretici en anatomen. De grootsten onder hen wisten door hun persoonlijkheid hun patiënten te beïnvloeden, maar handelden toch geheel intuïtief. Intuïtie kan bij sommigen een goede leidraad zijn, bij de meesten is zij dit echter niet. Wanneer bejaarden 10 pct. van een bevolkingsgroep uitmaken, domineren zij die groep

niet. Wij zien dat thans in Nederland. In de psychiatrische inrichtingen in 1869 was ook 10 pct. der patiënten bejaard, maar een probleem werden zij niet en zij kregen geen bijzondere aandacht. Spoedig zou de ontwikkeling der psychiatrische inrichtingen een kant opgaan, waardoor zij zelfs nog meer op de achtergrond zouden geraken.

Er ontstond na 1870, eerst langzaam, maar vervolgens in snel toenemende mate nijpende overvulling der inrichtingen. In 1870 raakte de behandeling met de zgn. 'bedbehandeling' op dood spoor. Men ging psychiatrische patiënten behandelen als de lichamelijk zieken uit die dagen. Daarop volgde na 1920 weer reactie. Nu kwam de nadruk te liggen op reactivering. De bejaarde patiënten waren daarbij de onaantrekkelijksten. Steeds meer kwam de jongere psychoticus in de belangstelling. Het doel werd deze door middel van arbeidstherapie te resocialiseren. De psychiatrische inrichtingen werden ziekenhuizen, die ingesteld waren op de activering van patiënten. In een goed programma werden de patiënten van 's ochtends tot 's avonds bezig gehouden en aangespoord. Zeer weinig werd daarbij aan henzelf overgelaten. Er kwam een overwaarding van arbeid en nuttig zijn en hier en daar speelden zuiver economische motieven een veel belangrijker rol dan men wel geneigd is toe te geven. Een grote groep patiënten profiteerde daarvan niet: de bejaarden.

En hoe is thans de situatie 100 jaar na Ramaer? Wij bevinden ons in een crisis-situatie. Het aanbod van patiënten is zo groot, dat wij daartegen niet meer opgewassen zijn. Dit geldt overigens voor meer leeftijds-categorieën. Men heeft gepoogd door schifting bij opname een doorstroming te waarborgen. Hele groepen patiënten zijn daardoor onbehandeld gebleven. Dit zijn vooral bejaarde patiënten, omdat zij therapeutisch minder aantrekkelijk zijn en niet goed in het activeringssysteem passen. In de twee Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland met samen meer dan 2.000 bedden is slechts 10 pct. der opgenomenen boven de 65 jaar. Dus niets meer dan 100 jaar geleden. Er zijn evenwel nu, vergeleken met 1869, in Nederland tweemaal zo veel bejaarden gekomen. Was alles goed, dan was toch zeker 20 pct. der opgenomenen bejaard. Daarop is men echter in de verste verte niet ingesteld. Nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen in Nederland betreft onevenredig veel observatiebedden, die niet bedoeld zijn en dus ook niet geschikt zijn voor de observatie van bejaarde patiënten. Waar men nieuwe voorzieningen voor bejaarden getroffen heeft, betreft het vooral verbouwingen van onaantrekkelijke, verouderde afdelingen. Men heeft voortdurend te kampen met grote personeelsschaarste. Tien jaar geleden betrof dit vooral verplegenden, thans artsen. Zelfs in

tijden van artsen-overschot kon Nederland onvoldoende psychiaters leveren. Thans in een tijd van tekorten zijn er 200 tekort bij de ziekenhuizen en psychiatrische diensten, terwijl de overbelasting der zgn. 'vrijgevestigde' zenuwartsen schrikbarend is. Men vindt in de Zaanstreek niet meer dan twee, in Beverwijk niet meer dan één zenuwarts en zo is het overal elders. Het is geen wonder, dat bij ons begrippen als 'numerus clausus' en 'numerus fixus' niet populair zijn. Hoe is nu op het ogenblik de toestand der psychiatrische ziekenhuizen ten aanzien van de bejaarde psychisch gestoorde? Daarover is in 1967 een rapport verschenen, een publicatie van de Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen. Dit rapport berust op een gehouden enquête bij 33 psychiatrische ziekenhuizen. Het is daarom voor die ziekenhuizen een belangwekkend onderzoek. Eindelijk beschikt men over meer vaste gegevens en getallen. Sinds jaren immers lijdt men in de psychiatrie onder een gebrek aan feitelijke gegevens. Deze zijn echter noodzakelijk voor het opstellen van zinvolle en verantwoorde plannen. Veel wat in het verleden is nagelaten of verkeerd is opgezet, is terug te voeren op het ontbreken van de meest elementaire gegevens. Wij hopen dat dit in het 'computer-tijdperk' zal verbeteren. Ten aanzien van de psychiatrische ziekenhuizen is inderdaad een belangrijke verbetering bereikt door de nieuwe gezamenlijke registratie van patiënten door de Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid.

Wij verwachten, dat deze in de toekomst ook ons zeer veel gegevens zal kunnen verstrekken.

Het zojuist genoemd rapport is daarvan de voorloper. Binnenkort zal een dergelijke tijdrovende enquêtering nauwelijks meer nodig zijn. De cijfers van het rapport betreffen het jaar 1964 en ongeveer 26.000 patiënten in 33 psychiatrische ziekenhuizen. Van die 26.000 zijn er ruim 28 procent ouder dan 65 jaar. Dit percentage is dus drie maal zo hoog als 100 jaar geleden. Het is ook het drievoudige van het overeenkomstige percentage bij de bevolking van Nederland. De bevolking der ziekenhuizen is dus relatief veel ouder, veel meer „vergrijsd”. Voor deze vergrijzing ligt de belangrijkste oorzaak in de veroudering van de chronische gestichtsbevolking. Men noemt deze in het ziekenhuis oud geworden patiënten: de bejaarde psychisch gestoorde.

Van hen zou zeker 1/3 elders verpleegd kunnen worden. Op een geheel van 26.000 patiënten betekent dit, dat ongeveer 1.600 patiënten elders kunnen worden verpleegd. Men heeft echter voor deze groep geen aparte voorzieningen. Het psychiatrisch ziekenhuis kan zich daardoor nauwelijks een ziekenhuis noemen in de gewone zin van dat woord. Veel eerder is het een verzorgings- of verpleegtehuis geworden voor een bepaalde grote categorie patiënten. Zij vormen de achterban in iedere inrichting, een uitstekend verzorgde, maar toch ver-

waarloosde groep. Voor deze patiënten heeft men immers veel te gemakkelijk aangenomen, dat zij in de psychiatrische inrichting thuis hoorden, dat zij daar een *tehuis* hadden. Zij maken echter, dat anderen, die daar veel meer op hun plaats zouden zijn, niet kunnen worden opgenomen.

De psychisch gestoorde bejaarden, een categorie patiënten die een apart probleem vormt in de bejaardenproblematiek, zijn slechts zwak vertegenwoordigd in de psychiatrische ziekenhuizen. Er zijn er relatief nog minder dan in de tijd van Ramaer, slechts 8,4 procent, niet meer dan ruim 2.000 op 26.000.

Zoals wij nog zullen zien, betekent dit, dat van alle psychisch gestoorde bejaarden, die verzorging dringend nodig hebben, slechts 1/5 in de psychiatrische ziekenhuizen verblijft. Waarschijnlijk is dit nog geflatteerd voorgesteld, daar wij uitgegaan zijn van een zeer conservatieve raming van jaren geleden, maar daarover straks meer.

Men had dus in de psychiatrische ziekenhuizen beter moeten inzien, dat alles er op gericht diende te zijn, de chronische patiënten naar de maatschappij terug te zenden.

Dat dit niet is gebeurd, is vooral te wijten aan een veel te geringe communicatie tussen psychiatrisch ziekenhuis en maatschappij. Nog steeds moet men constateren, dat ten aanzien van de psychisch gestoorde bij de gewone burger grove misvattingen regel zijn. Ook vele medici beschikken over veel te weinig ervaring met deze patiënten. Allerlei verkeerde denkbeelden zijn eerder regel dan uitzondering. Op bestuurlijk niveau heeft men geen kans gezien op afdoende wijze de overgang tussen ziekenhuis en maatschappij mogelijk te maken. Er is een ontstellend tekort aan half-way houses, gezinsvervangende tehuizen, dag-ziekenhuizen en sociale werkplaatsen.

Noch de overheid, noch het particulier initiatief heeft hier tot nu toe genoeg verricht. Men mag nog zeer dankbaar zijn voor het weinige dat er is. Dit is niet zelden met de grootste moeite en met grote vertraging tot stand gekomen.

Op het ogenblik verblijven in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen talloze, soms nog zeer jonge patiënten, alleen om sociale redenen en niet omdat zij ernstig ziek en helemaal niet omdat zij gevaarlijk zijn.

Voor al die patiënten geldt, dat zij de plaatsen bezetten van patiënten, die geen kans krijgen voor adaequate behandeling.

De psychiatrische ziekenhuizen zijn dus niet meer opgewassen tegen hun taak. Wat zij doen is wel belangrijk, maar onvoldoende. Dit geldt wel in zeer sterke mate voor hun aandeel bij de oplossing van het probleem der psychisch gestoorde bejaarden. Daardoor ontstaan noodtoestanden in de maatschappij.

Kort geleden heeft *Querido* te Amsterdam in het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid in een 'provocerend' artikel hierop op-

nieuw geweest.

In Amsterdam leefden in 1966 108.000 bejaarden, 12,5 procent der bevolking. Querido spreekt van een 'ernstig verzuim', van 'verwaarlozing' en van 'onherroepelijk verval' en stelt het stadsbestuur verantwoordelijk voor de ontstane noodsituatie.

In Amsterdam leven 21.000 bejaarden geheel alleen en daarvan zijn plm. 6.500 ouder dan 80 jaar. Er zijn 14.000 bejaarden die geen ander inkomen hebben dan hun AOW.

Men komt in Amsterdam 1.000 verpleegbedden en bijna 7.500 verzorgingsbedden tekort. Terecht stelt Querido, dat dergelijke erbarmelijke toestanden de geestelijke gezondheid van de bejaarden bedreigen en hen zo tot 'ruïnes' maakt. (Het artikel draagt als titel 'Amsterdamse ruïnes'.)

In ons land is het aantal psychisch gestoorde bejaarden nog steeds onbekend. In ieder geval had men toch het aantal bejaarden moeten weten, dat verpleging behoeft wegens psychische stoornissen. Veelal valt men terug op een oude schatting, dat zeker één procent der bejaarden verpleging behoeft wegens psychische stoornissen. Dit komt neer op meer dan 10.000 bedden in Nederland, of wel op plm. 15 flinke psychiatrische ziekenhuizen. Daar een psychiatrisch ziekenhuis volgens moderne inzichten niet groter moet zijn dan 300 bedden (liefst nog iets minder), dan wil dat zeggen: 30 van zulke ziekenhuizen.

Het aantal bedden is natuurlijk mede sterk afhankelijk van de 'doorstroming'. Naast de sterfte is absoluut noodzakelijk, dat er een wisselwerking bestaat tussen maatschappij, verzorgings- en verpleegtehuizen en de instellingen, waar men zich op de verpleging van psychisch gestoorde toelegt, onder meer de huidige psychiatrische ziekenhuizen.

Nu is nog maar de vraag, of de bovenvermelde 1 procent juist is. Natuurlijk niet. Deze raming was gebaseerd op aanvragen tot opname. Voor vele psychisch gestoorde bejaarden vraagt men echter in het geheel geen opname aan. Opname vraagt men voor patiënten, die door hun onrust storend zijn, of stervende patiënten met wie de familie geen raad weet. In het laatste geval gaat het bovendien ook om een zuiver lichamelijke verpleegbehoefte. Nog steeds ontbreken in ons land hierover cijfers, waarop een beleid kan worden afgestemd.

De psychiater denkt daarenboven in geheel andere categorieën. Hij weet, dat ook iemand, die rustig is en geen moeilijkheden geeft, zeer wel ernstig psychisch gestoord kan zijn. Dit wordt belicht in de zelfmoordstudies. Daaruit spreekt een geheel ander psychiatrisch beeld. Al te veel wordt immers 'psychisch gestoorde bejaarde' gelijk gesteld aan 'demente bejaarde'. Een demente bejaarde heeft wel veel verzorgingsbehoefte; zelfmoord plegen doet hij zelden of nooit. Zelfmoord wordt gepleegd door neurotische, depressieve en ziekelijk

achterdochtige (paranoïde) bejaarden.

Onderzoekt men een representatieve steekproef bij een bevolking in W.-Europa of Amerika, dan vindt men psychische stoornissen bij gemiddeld 26 procent der bejaarden (vgl. *Kay* e.a. 1964).

Een hoog aantal vond bijv. *Nielsen* (1963) bij zijn onderzoek van de bevolking op het eiland Samsø, nl. 30,9 procent. Van dit grote aantal is echter slechts één tiende, nl. 3,1 procent te wijten aan de klasieke beelden; dementia senilis en dementia arteriosclerotica.

Verreweg de grootste groep wordt gevormd door neurosen en karakterafwijkingen. Dit zijn niet anders dan gefrustreerde, lastige, slecht aangepaste bejaarden, die de beproevingen die het senium hun oplegt, niet aan kunnen.

Ook *Kay* e.a. (1964) vonden een hoog percentage psychisch gestoorde bij bejaarden in de maatschappij, d.w.z. te Newcastle upon Tyne. Dit onderzoek is zeer nauwkeurig en vergeet bijv. niet bejaarden in ziekenhuizen en tehuizen mee te tellen. Ook hier werd een percentage geestelijk zieken gevonden van ongeveer 27 procent, waaronder slechts 5 procent ernstig gedementeerde. Neemt men zulke gevallen in aanmerking, dan blijft een raming van 1 procent zeker te laag. Niet alle zwaar-dementen (het is natuurlijk veel beter niet van demencie, maar van een organisch psychosyndroom te spreken) behoeven verpleging. Men kan zich voorstellen, dat meerdere thuis goed verzorgd kunnen worden en daar ook niet te veel zijn. De ervaring leert echter, dat deze taak meer tot een last wordt indien er meer voorzieningen komen.

Iemand, die met liefde voor zijn oude demente ouders zorgt, voelt dit toch altijd wel als een last. Deze last is echter onontkoombaar als nergens in de omtrek voorzieningen zijn. Zijn deze er wel, dan komt men in verzet en gaat men opname aanvragen. Het scheppen van voorzieningen doet de vraag ernaar stijgen.

Dat is precies wat men in de psychiatrische verpleging meer dan 100 jaar geleden heeft ondervonden.

Oorspronkelijk waren alle ramingen betreffende krankzinnigen in de maatschappij, die verzorging nodig hadden, belachelijk laag. Toen men voorzieningen ging treffen, steeg de vraag naar bedden steeds sterker, totdat een punt bereikt werd, dat aan de vraag niet meer kon worden voldaan. Toen eerst ging men andere wegen zoeken.

Bij de psychiatrische bejaardenzorg moeten wij die zelfde fout niet maken. Natuurlijk zijn we nu nog niet in een stadium, dat iedere voorziening een druppel is op een gloeiende plaat. Maar dat neemt niet weg, dat wij nu reeds ons moeten bezinnen hoe wij in de toekomst met een minimum aan 'bedden' toch uit kunnen komen. Daarvoor zijn de volgende richtlijnen aan te geven.

Ten eerste moet een sociale psychiatrische of geriatrie dienst zorgen voor een zinvolle bezetting en daarvoor hecht met de ver-

pleegtehuizen samen werken.

Ten tweede moet men zoeken naar tussenoplossingen: poliklinieken, dag- en nachtziekenhuizen en wat dies meer zij.

Ten derde moet iedere bejaarde patiënt bij binnenkomst als observatie-patiënt en niet als verpleegpatiënt beschouwd worden. Immers iets wat ernstig lijkt, hoeft dat niet te zijn; maar wèl ernstig is een nodeloze bezetting van een plaats in een tehuis.

Ten vierde moet er een grotere uitwisseling zijn tussen verschillende vormen van bejaardenverzorging.

Ten vijfde, en dat is misschien het allerbelangrijkste, moet de maatschappelijke dienstverlening aan bejaarden worden opgevoerd en daarmee bedoel ik *niet* alleen het verstrekken van maaltijden en dergelijke.

Deze dienstverlening begint in de eerste plaats bij behuizing en bij het openbaar vervoer van alle bejaarden. Men dient bij het scheppen van voorzieningen en dienstverlening rekening te houden met de 10 procent bejaarden in de samenleving. Huizen, treinen, trams, metro's, telefoons etc. moeten aangepast zijn aan een gebruik door bejaarden. Maatschappelijke dienstverlening komt ook de psychisch gestoorde bejaarden ten goede. Volgens een zeer recent onderzoek (*Fish* e.a. 1968) leven opvallend veel ernstig gestoorde bejaarden alleen, maar handhaven zij zich toch boven verwachting goed. Verplaatsing uit hun huis lijkt mij voor deze mensen niet aangewezen, daar zij dikwijls niet opgewassen zijn tegen verandering van omgeving. Ook tot hen moet het open bejaardenwerk zich uitstrekken.

Door al deze maatregelen moet het mogelijk zijn een oplossing te vinden voor een vraagstuk, dat op het eerste gezicht volkomen onoplosbaar lijkt.

Bij de bouw en de organisatie kan het verpleegtehuis en ook het verzorgingstehuis in hoge mate profiteren van de meer dan 100-jarige ervaring der psychiatrische inrichtingen.

Bezieet men de problemen van de tehuizen, dan valt direct een grote overeenkomst op met de problemen, waarmee de psychiatrische inrichtingen sinds jaren worstelen.

Voor de psychiatrische bejaardenzorg is niet het enige probleem de patiënt zelf, of het aantal patiënten. Zij wil voorzieningen treffen, die die patiënten ten goede komen. Dit kan alleen maar als het verpleegtehuis zodanig georganiseerd is, dat zij de geestelijke gezondheid der bewoners ten goede stimuleert. In een recent artikel heeft *Ter Haar* (1968) dit aan de orde gesteld.

Bij de opname dient rekening te worden gehouden met een bepaalde structuur van het tehuis en daarvoor is weer een selectie nodig. Daarbij is zeker nodig, dat de directie baas in eigen huis is en bij die selectie niet gedwongen wordt.

Daarom lijkt mij het voorstel van *Ter Haar* om patiënten eerst in

een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis te laten observeren en behandelen en vandaar uit de patiënt weer over te plaatsen niet voor de hand liggend. Het kan niet anders, of het verpleegtehuis dreigt bij zo'n organisatie op een tweede plan te worden geschoven. Natuurlijk, als de samenwerking goed is en de verpleegtehuisarts een vrij entree heeft op die observatie-afdeling, kan veel van deze bezwaren worden weggenomen.

Ik vrees echter, dat dit in de praktijk zal tegenvallen. Hoe goedwillend men ook is, de mens laat zich toch steeds door eigenbelang beïnvloeden. Bovendien zijn de medici over het algemeen nog niet voldoende betrokken bij de bejaardenverpleging.

Een goede les leert hier weer de psychiatrische inrichting. De psychiatrie is al een heel oud specialisme. Het vak wordt aan de universiteiten uitgebreid gedoceerd, maar dat alles neemt niet weg, dat de geestelijke volksgezondheid in het denken van de doorsnee medicus niet op de voorgrond staat. Het zou met de psychiatrische inrichtingen slecht gesteld zijn als zij niet een zekere onafhankelijkheid hadden bewaard en zich actief verzet hadden tegen de rol van 'bewaarplaatsen'.

Trouwens, de verpleegtehuisarts mag dan in de toekomst een erkend specialist worden en overal vrij entree hebben, zijn personeel profiteert daarvan niet. Dit personeel blijft binnen de muren van het verpleegtehuis en merkt er niet veel van of de directeur goede vrienden is met zijn collega's. Ook hier kan men van de psychiatrische ziekenhuizen leren.

Een isolement van een dergelijke instelling komt vooral neer op een isolement van het lagere personeel. Het krijgt daardoor al spoedig het gevoel weinig gewaardeerd werk te doen en zelfs ontstaat op den duur het idee, dat slechts enkelen al het werk doen, terwijl de leiding hierbij eerder een belemmering vormt dan een stimulans. Zo ontstaat weer een stemming van wrok en wrevel en deze slaat terug op de patiënten. Het is immers duidelijk, dat het moeilijk is zijn goede humeur te bewaren in een omgeving, waar iedereen uit zijn humeur is.

Het gevoel in de steek te worden gelaten ontstaat bij het personeel al spoedig, indien men zich niet intensief met dit personeel bemoeit. Steeds moet gestreefd worden naar een ongedwongen communicatie. Dan voorkomt men ook benoemingen op verkeerde posten. Mensen, die niet voor hun taak berekend zijn, lijden daaronder en hun omgeving met hen.

De psychiatrische bejaardenzorg hoede zich voor de in de psychiatrie gemaakte fout tehuisen te stichten van een dergelijke omvang, dat een anonimiteit ontstaat onder de medewerkers. Voor het bouwen van grote instellingen pleiten slechts economische motieven.

Ideaal is echter, dat in het tehuis alle medewerkers en patiënten

elkaar kunnen kennen. Boven de 300 personen ontstaat een anonieme massa. Daardoor ontstaan weer de zojuist genoemde communicatiestoornissen.

Voor onze verpleegtehuizen met een bezetting van een op twee, betekent dit niet meer dan 200 patiënten. Dat komt dus neer op zeer veel tehuizen, waarbij men weer niet in de fout moet vervallen dezelfde voorzieningen steeds weer te herhalen. Natuurlijk lonen dan immers niet meer bijv. uitgebreide laboratoriumfaciliteiten. Men kan deze echter wel hebben per groep van bijv. vijf tehuizen. Ook gespecialiseerd personeel kan onderling gedeeld worden.

In de psychiatrische inrichtingen bestaat op het ogenblik de tendens voor allerlei bijzondere therapieën speciaal personeel aan te trekken met een speciale scholing. Daar ontkomt men niet geheel aan. Een bezwaar blijft echter, dat er wel degelijk mijns inziens sprake is van een 'uitholling' van het beroep van verpleger. Dit geldt vooral voor arbeidstherapie, creatieve therapie en bewegingstherapie. Deze activiteiten worden wel 'therapieën' genoemd, maar het zijn goed beschouwd toch niet anders dan een bepaalde, voor ons nog wat ongewone vorm van verpleging. Wie echter aan een verpleegster denkt, denkt aan een bedlegerige patiënt. Een verpleegster wordt zo een personeelslid voor de verpleging van bedlegerigen. In werkelijkheid betekent psychiatrische verpleging eerder *begeleiding*.

Van oudsher, het was 100 jaar geleden al niet anders, is voor de zgn. arbeidstherapie apart ongeschoold personeel aangetrokken. Ik heb zelf in een inrichting gewerkt, waar een arbeidstherapie-zaal soms door een verpleger, soms door een 'arbeider' werd geleid. Voor de verpleger betekende dat dan een verhoging in rang tot eerste verpleger, de arbeider bleef een arbeider, alhoewel met een bijzondere toeslag. Het werk was voor beiden hetzelfde.

In een andere inrichting kwamen de verplegers nauwelijks of nooit bij de arbeidstherapie te pas. Zij bleven op de woonafdelingen, die echter tijdens de therapie onbewoond zijn. Zij hadden dus niets te doen, hoogstens huishoudelijk of organisatorisch werk.

Voor het huishoudelijk werk zijn toen weer andere arbeiders aangetrokken, omdat dit geen verpleging is. Toen hadden de verplegers nog minder te doen. Men mene echter niet, dat dit ooit vermindering van het verplegerstekort heeft meegebracht. De veelgeciteerde wet van Parkinson maakt immers, dat het personeelsbestand steeds toeneemt.

Deze absurde toestanden spotten met ieder gevoel voor efficiëntie. Het valt echter niet mee dit te veranderen als het eenmaal ontstaan is.

Men moet ervan uit gaan, dat het gehele personeel van een tehuis of inrichting aan de therapie deel heeft. Dit geldt zelfs nog voor de administratieve sector. Bij grote inrichtingen kent het administratief

personeel alleen het administratiegebouw. Zij zijn niet werkelijk betrokken bij het werk in de rest van de inrichting. Het moet niet nodig zijn, dat de hoofdverpleger of de arts in het 'hoofdgebouw' moet zeuren om nieuwe gordijnen of andere verf. Het administratief personeel moet zelf met eigen ogen behoeften kunnen signaleren.

Omgekeerd geldt, dat bijv. artsen en verplegenden soms veel te weinig doordrongen zijn van kosten en financiële problemen. Dit voert soms tot een heilloze verkwisting.

Deze problemen zijn in hoge mate vertrouwd aan een ieder, die in een grote inrichting werkt. Het heeft evenwel lang geduurd tot deze problematiek gemeengoed is geworden. Op het in oktober van dit jaar gehouden congres te Amsterdam ter ere van het 50-jarig jubileum der Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland is dit voor het eerst in alle openheid besproken en men mag daarom gerust van een historische gebeurtenis spreken. Het zou jammer zijn, wanneer de geriatrie daar in de toekomst niet de volle vruchten van zou plukken.

Geriatricie en psychiatrie hebben veel gemeen. Beide specialismen behandelen patiënten, die dikwijls langdurig ziek zijn, maar toch niet in bed liggen en voor wie wonen en werken op een zeer bepaalde wijze moeten worden gestructureerd. Beide specialismen kampen met een overmaat aan patiënten en met een tekort aan personeel. Alles hangt er van af, hoe het werk gedaan wordt en hoe dit wordt gebracht en hoogst belangrijk is daarbij zeker de houding van de besturen en de verschillende overheidsorganen.

De overheid in Nederland neemt te zeer een afwachtende houding aan en stemt haar beleid af op particuliere initiatieven. Deze houding nam bijv. de Rijksoverheid sinds 1890 aan bij de ontwikkeling der psychiatrische instellingen. Het gevolg was niet alleen een veel te vergaande 'verzuiling', maar ook een zeer gebrekkige regionalisering, waardoor onvoldoende spreiding en doublures ontstonden, die het werk thans weer belemmeren. Ook bleek al spoedig, dat de verschillende besturen behoefte kregen aan samenwerking, die toen wel tot stand kwam, maar in toch te geringe mate.

Het is te hopen, dat in dit alles spoedig verandering mag komen.

SAMENVATTING

In 1869 boden de toenmalige psychiatrische inrichtingen aan de psychisch gestoorde bejaarden nog voldoende plaatsruimte. Op het ogenblik is dit niet het geval, terwijl de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen, vergeleken met vroeger, sterk is verouderd.

Een oplossing voor het probleem moet worden gevonden in het stichten van verpleegtehuizen voor deze groep patiënten. Deze tehuizen

kunnen echter alleen goed functioneren, indien zij op zinvolle wijze zijn ingeschakeld in de gehele bejaardenzorg. Enkele vraagstukken, die zich hierbij voordoen, werden nader uitgewerkt.

SUMMARY

In 1869 the psychiatric hospitals in the Netherlands still could take all the old mentally disturbed persons who could not stay at home.

At the moment this is not possible any longer.

The problem must be solved by building specialized nursing homes for this group of patients.

These homes must function as a part of a geriatric service in the community. Some of the many questions arising in this field were pointed out.

LITERATUUR

- 1 Cahn L. A.: *Psychiatrische problemen van de oude dag*, Den Haag 1964.
- 2 Fish M., Godfarb A. J. e.a.: 'Chronic brain syndrome in the community aged' *Arch. gen. Psychiat.*, 18:739-745, 1968.
- 3 ter Haar H. W.: 'Huisvesting voor geestelijk gestoorde bejaarden', *Maandbl. Geest. Volksgez.*, 23:354-357, 1968.
- 4 Kay D. W. K., Beamish P. e.a.: 'Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne', *Brit. J. Psychiat.*, 110:146-158, 1964.
- 5 Nielsen J.: 'Geriatrisch-psychiatrische Probleme in einer umgrenzten Bevölkerungsguppe', *Acta Psychiat. Scand.*, 39 (1963), suppl. 196:203-205.
- 6 Querido A.: 'Amsterdamse ruïnes. Gedachten naar aanleiding van de Rapporten "Bejaarden te Amsterdam"', *Maandbl. Geest. Volksgez.*, 23:347-353, 1968.
- 7 Ramaer J. N.: *Verslag over den staat der gestichten voor krankzinnigen in de jaren 1869-1874*, Den Haag 1878.
- 8 Rapport: 'De bejaarde patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen'. Publicatie der Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen. Den Haag, 1967.