

'HET MENTALE KLIMAAT BINNEN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS', EEN VERKENNEND ONDERZOEK*

door Drs. F. VAN HEST**

INLEIDING

Aan het mentale klimaat, moreel of 'tevredenheid' van groepsleden binnen een bedrijf of het leger, werden door sociaal-psychologen vele studies gewijd. De bedoeling van deze studies is vaak, om de samenhang tussen moreel en produktie vast te stellen. Daarnaast wordt ook wel aandacht besteed aan de betekenis, die 'tevredenheid' heeft, als een op zichzelf staande, onafhankelijke waarde.

Ook binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis zal er waarschijnlijk een verband bestaan tussen de mate van tevredenheid en de 'produktie', in de zin van het aantal geheel of genoegzaam herstelde patiënten per tijdseenheid. Toch lijkt in het Psychiatrisch Ziekenhuis tevredenheid als zelfstandige waarde van groter belang te zijn dan tevredenheid als basis voor een verhoogde produktie.

Het concept van tevredenheid heeft met vele psychologische begrippen gemeen, dat het niet eenduidig te interpreteren is. Tevredenheid binnen een groep mensen is een multi-dimensionaal begrip, waarvan de onderscheiden samenstellende factoren slechts door empirisch onderzoek vastgesteld kunnen worden. VAN HAMEREN definieert moreel als 'een complex van houdingen ten opzichte van verschillende dingen, die in teken en intensiteit kunnen verschillen'. Mentale klimaat, moreel of tevredenheid binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis als concept lijkt meer verwantschap te hebben met soortgelijke concepten binnen bij voorbeeld het leger, dan binnen het bedrijf. ERVING GOFFMAN vat instituties als Psychiatrische Ziekenhuizen, het leger, gevangenissen, kloosters samen onder de term 'total institution'. Het belangrijkste kenmerk van 'total institutions' is het manipuleren door een bureaucratische organisatie van vele menselijke behoeften.

In 'total institutions' bestaat er een fundamenteel onderscheid tussen de geïstitutionaliseerden en de supervisors. De geïstitutionaliseerden voelen zich over het algemeen zwak, schuldig en afhankelijk. Zij beschouwen het instituut ook als iets, waarvan de supervisors de eigenaren zijn. De twee groepen, die men binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis kan onderscheiden, doorlopen a.h.w. verschillende carrières: allen werken gezamenlijk voor het groepsdoel, maar daarnaast werkt ieder ook voor

* Uitgevoerd in het psychiatrisch ziekenhuis „Bloemendaal" te Loosduinen. Geneesheer-directeur Dr. H. J. H. Schipper.

** Momenteel als psycholoog werkzaam in het psychiatrisch ziekenhuis „Wolfheze" te Wolfheze. Geneesheer-directeur Dr. H. v. d. Drift.

zichzelf en de subgroep, waartoe hij behoort: vrije dagen, geld verdienen, leuk werk, snel ontslag, etc. De gemeenschappelijke doelstelling is veelal tamelijk vaag en komt ook vaak in botsing met allerlei privé- of subgroep-belangen, zodat bestaande regels voortdurend in verandering zijn. Welke elementen leiden nu tot 'tevredenheid' en welke juist niet? Met MASLOW (zie TIFFIN en MC CORMICK) onderscheiden TEERDINK en BUNNIK 'motivators' en 'dissatisfiers'. 'Motivators' zijn toestanden, gebeurtenissen, voorwerpen en personen, die een gunstige invloed hebben op de tevredenheid van een patiënt, terwijl 'dissatisfiers' toestanden, gebeurtenissen, voorwerpen en personen zijn, die een ongunstige invloed hebben. 'Motivators' en 'dissatisfiers' vertonen een hiërarchische structuur. Op de laagste plaats in deze structuur komen behoeften in de puur lichamelijke sfeer: behoefte aan eten en drinken, warmte, etc. De sociale behoeften staan weer hoger in deze hiërarchie, vervolgens komen de ego-behoeften (behoefte aan respect van anderen en zelfrespect) en bovenaan in de hiërarchie komen de behoeften aan zelfverwerkelijking. Wanneer de lagere behoeften eenmaal bevredigd zijn, ontstaat automatisch het verlangen om te voldoen aan de naast hogere behoeften. Het bekende gezegde 'eerst eten, dan pas filosoferen', zou men dus zó moeten interpreteren, dat wanneer men eenmaal gegeten heeft, men niet meer kan ontkomen aan de noodzaak om te filosoferen.

In een constellatie als het Psychiatrisch Ziekenhuis, waarin de supervisors voorzien in de bevrediging van de meest fundamentele behoeften als voeding, kleding, veiligheid, etc., zal de geïnstitutionaliseerde vaak de kans lopen gedemoraliseerd te worden in het zoeken naar bevrediging van zijn hogere behoeften. Zijn natuurlijke drang om open te staan naar de wereld, om in vrijheid nieuwe informatie te verzamelen en om zelfstandig en in verantwoordelijkheid te handelen, is hem immers, door zijn ziekte, maar zeker ook door de setting waarin hij verkeert, ontzegd.

DOEL VAN HET ONDERZOEK

Rekening houdend met het voorafgaande, kunnen wij het doel van ons onderzoek aldus formuleren:

- 1 het ontwikkelen van een instrument, dat de tevredenheid van patiënten en personeel met de setting waarin zij leven, kan meten;
- 2 het verzamelen van resultaten middels dit instrument;
- 3 het vergelijken van de resultaten, die van patiënten enerzijds en van personeel anderzijds, werden verkregen.

HET EIGENLIJKE ONDERZOEK

Aan 56 vrouwelijke patiënten en 26 personeelsleden van een opnamepaviljoen (genaamd 'Uitzicht') werd een vragenlijst van 148 items voorgelegd. Om een indruk te geven van de aard van de gebruikte items

vermelden wij hier enige uitspraken:

- 1 — In Uitzicht houdt men te weinig rekening met ieders geaardheid.
- 2 — Op veel van je medepatiënten in Uitzicht kun je niet rekenen.
- 3 — Het is vervelend om ploegendiensten te doen.
- 4 — De dokter kent zijn patiënten nauwelijks.
- 5 — Als de dokter op vakantie is, loopt alles beter.
- 6 — Het werk hier is te eentonig.

Voor elk item kon een keuze gemaakt worden uit 5 antwoordcategorieën met als uitersten resp. 'Helemaal waar' en 'Helemaal niet waar'. Patiënten en personeel waren vrij om hun personalia al dan niet in te vullen. De meeste patiënten (49) en personeelsleden (21) vulden hun personalia in.

Van de 56 patiënten werden er 24 gediagnostiseerd als 'minder gestoord' en 25 als 'meer gestoord'. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 17 en 78 jaar, met een mediaan van 50 jaar. De opnameduur varieerde tussen 1 en 96 maanden, met een mediaan van 4 maanden. De leeftijd van het personeel lag tussen 18 en 40 jaar met een mediaan van 21 jaar, de verblijfsduur varieerde tussen 1 en 11 maanden met een mediaan van 7 maanden.

DE RESULTATEN

Voor elk van de 148 vragen werd het percentage antwoorden, dat binnen elke antwoordcategorie viel, afzonderlijk berekend zowel voor de patiënten als voor het personeel. Deze percentages zijn niet zo zeer op zich van belang, als wel voor de wijze waarop ze geïnterpreteerd dienen te worden.

Bij de interpretatie hebben wij ons vooral aan de volgende, ten dele reeds in de inleiding genoemde, criteria gehouden:

- 1 welke verschillen en overeenkomsten in de wijze van beantwoording bestaan resp. binnen de groep van patiënten en binnen de groep van personeel?
- 2 verschillen de patiënten en het personeel in de wijze waarop zij de vragenlijst beantwoordden en hoe moeten deze verschillen geïnterpreteerd worden?
- 3 in welke mate zijn patiënten, resp. personeelsleden 'tevreden'?

Gezien de beperkte doelstelling van het onderzoek, was het niet mogelijk om standaarddeviaties, intercorrelaties en factoren te berekenen. Om toch enig idee te krijgen over de spreiding van de meningen, gingen wij van de volgende definities uit:

zéér grote overeenkomst: indien de helft of meer van de antwoorden binnen een categorie valt en tevens het aantal in een aangrenzende categorie groter is dan het aantal in één van de overige categorieën;
grote overeenkomst: indien 3/4 van alle antwoorden in twee aansluitende categorieën ligt en de rest van de items niet in één andere categorie;

(enige) tegenstelling: indien het aantal antwoorden in de middelste categorie belangrijk kleiner is dan het aantal in de twee aansluitende categorieën, zó, dat de overblijvende categorieën, zowel links als rechts van de middelste categorie, ieder ongeveer de helft van de overige antwoorden moet bevatten;

niet van toepassing: indien 10% of meer van de antwoorden op een item werd beantwoord met 'niet van toepassing'.

1 — Overeenkomsten en verschillen binnen de groep van patiënten en personeel

(a) De patiënten

Puntsgewijs kunnen de belangrijkste conclusies als volgt worden samengevat:

— Een enquête onder psychiatrische patiënten, met verschillende verblijfsduur en graad van gestoordheid is *mogelijk*. Zij vullen de vragenlijsten gedifferentieerd en zinvol in.

— De meeste items van de door ons gebruikte vragenlijst beschrijven een situatie, die de patiënten kennen. Slechts 5% van de items werd met 'niet van toepassing' beantwoord.

— Over het grootste deel van de uitspraken (47%) hebben de patiënten een verdeelde mening, over 20% bestaat er een grote overeenkomst tussen de patiënten, over 14% een zéér grote overeenkomst en over 14% bestond er (enige) tegenstelling.

— Grote of zéér grote overeenkomst bestaat er vooral t.a.v. doel en bestaan van het Psychiatrisch Ziekenhuis, in de houding t.o.v. de dokter en het verplegend personeel en over de verzorging. (Enige) tegenstelling treft men vooral aan in de houding tegenover het werk (= arbeidstherapie) en bepaalde aspecten van het samenleven van de patiënten onder elkaar.

(b) Het personeel

— 20% van de vragen werd door het personeel beantwoord met 'niet van toepassing'. De vragenlijst sluit dus meer aan bij de werkelijkheid van de patiënten dan die van het personeel.

— Het grootste deel van de items lokte een verspreide mening uit ($\pm 39\%$); overeenstemming bestond er over $\pm 34\%$ van de uitspraken en een (lichte) tegenstelling werd in $\pm 17\%$ van de gevallen geconstateerd.

— Het personeel is het vooral eens over doel en bestaan van het Psychiatrisch Ziekenhuis, houding t.o.v. de dokter en over bepaalde aspecten van de verzorging van de patiënten. (Enige) tegenstelling bestond vooral t.a.v. het werk, de 'sfeer' en bepaalde aspecten van de verzorging.

2 — Overeenkomsten en verschillen tussen de groep van patiënten en personeel

Patiënten en personeel vormen binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis twee groepen, die weliswaar een gemeenschappelijke doelstelling heb-

ben, maar daarnaast ook verschillende belangen nastreven. Men mag dus zowel overeenkomsten als verschillen tussen patiënten en personeel verwachten.

a — De vragenlijst sloot meer aan op de werkelijkheid van de patiënten dan op die van het personeel. Slechts 5% van de items wordt door de patiënten met 'niet van toepassing' beantwoord; het personeel beantwoordt 20% van de items op deze wijze.

b — Patiënten hebben meer verspreide meningen dan het personeel, dat als groep vaak meer categorische antwoorden geeft: men vindt onder het personeel meer 'helemaal waar'- of 'helemaal niet waar'-antwoorden dan onder de patiënten.

c — Het lijkt er op, dat het personeel zich bij het beantwoorden van de vragen soms op het standpunt van de patiënten stelde.

d — De grootste overeenkomst tussen patiënten en personeel geven twee items die een omschrijving geven van het doel van het Psychiatrisch Ziekenhuis en men mocht ook verwachten, dat de beide groepen het hierover met elkaar eens zouden zijn. Toch is het opmerkelijk, dat zelfs hier de meningen niet identiek zijn.

3 — *Tevredenheid van patiënten*

Het is mogelijk om voor elke uitspraak vast te stellen in hoeverre de antwoorden 'meevallen' of 'tegenvallen'. Dit kan nuttig zijn omdat de leiding zodoende informatie krijgt over de gang van zaken in het Psychiatrisch Ziekenhuis en er kunnen dan naar aanleiding van de resultaten concrete maatregelen worden genomen, zoals het activeren van de sportbeoefening, verandering van de bezoeken, etc. Maar het is interessanter om te bekijken of de antwoorden van de patiënten niet op één of andere manier een samenhang vertonen. Tijdens het doornemen van de beantwoorde vragenlijsten viel het op, dat de patiënten bij vele items een weinig kritische houding toonden.

Bijvoorbeeld: 'De dokter en de zusters werken goed samen'. 76% van de patiënten beantwoordde deze uitspraak met 'Helemaal waar' of 'Gedeeltelijk waar', terwijl slechts 1,85% van de patiënten deze uitspraak negatief beantwoordde. Al lezende ontstond het vermoeden, dat er een samenhang bestaat tussen de mate, waarin een uitspraak van belang is voor de 'tevreidenheid' en de mate, waarin zo'n uitspraak al of niet kritisch werd beantwoord. Hoe belangrijker een uitspraak voor de ervaren tevredenheid, hoe minder kritisch zo'n uitspraak beantwoord zal worden.

Om deze subjectieve indruk te toetsen aan de feitelijke gegevens, werd aan een aantal patiënten verzocht om de items van de vragenlijst in negen categorieën te verdelen, zodanig, dat categorie 1 alle zeer tevreden makende toestanden bevatte, en categorie 9 alle zeer ontevreden makende toestanden. Zodoende werden dus twee schalen verkregen: één schaal waarop de patiënt kon aangeven hoe belangrijk hij een situatie

(enige) tegenstelling: indien het aantal antwoorden in de middelste categorie belangrijk kleiner is dan het aantal in de twee aansluitende categorieën, zó, dat de overblijvende categorieën, zowel links als rechts van de middelste categorie, ieder ongeveer de helft van de overige antwoorden moet bevatten;

niet van toepassing: indien 10% of meer van de antwoorden op een item werd beantwoord met 'niet van toepassing'.

1 — Overeenkomsten en verschillen binnen de groep van patiënten en personeel

(a) De patiënten

Puntsgewijs kunnen de belangrijkste conclusies als volgt worden samengevat:

— Een enquête onder psychiatrische patiënten, met verschillende verblijfsduur en graad van gestoordheid is *mogelijk*. Zij vullen de vragenlijsten gedifferentieerd en zinvol in.

— De meeste items van de door ons gebruikte vragenlijst beschrijven een situatie, die de patiënten kennen. Slechts 5% van de items werd met 'niet van toepassing' beantwoord.

— Over het grootste deel van de uitspraken (47%) hebben de patiënten een verdeelde mening, over 20% bestaat er een grote overeenkomst tussen de patiënten, over 14% een zéér grote overeenkomst en over 14% bestond er (enige) tegenstelling.

— Grote of zéér grote overeenkomst bestaat er vooral t.a.v. doel en bestaan van het Psychiatrisch Ziekenhuis, in de houding t.o.v. de dokter en het verplegend personeel en over de verzorging. (Enige) tegenstelling treft men vooral aan in de houding tegenover het werk (= arbeidstherapie) en bepaalde aspecten van het samenleven van de patiënten onder elkaar.

(b) Het personeel

— 20% van de vragen werd door het personeel beantwoord met 'niet van toepassing'. De vragenlijst sluit dus meer aan bij de werkelijkheid van de patiënten dan die van het personeel.

— Het grootste deel van de items lokte een verspreide mening uit ($\pm 39\%$); overeenstemming bestond er over $\pm 34\%$ van de uitspraken en een (lichte) tegenstelling werd in $\pm 17\%$ van de gevallen geconstateerd.

— Het personeel is het vooral eens over doel en bestaan van het Psychiatrisch Ziekenhuis, houding t.o.v. de dokter en over bepaalde aspecten van de verzorging van de patiënten. (Enige) tegenstelling bestond vooral t.a.v. het werk, de 'sfeer' en bepaalde aspecten van de verzorging.

2 — Overeenkomsten en verschillen tussen de groep van patiënten en personeel

Patiënten en personeel vormen binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis twee groepen, die weliswaar een gemeenschappelijke doelstelling heb-

ben, maar daarnaast ook verschillende belangen nastreven. Men mag dus zowel overeenkomsten als verschillen tussen patiënten en personeel verwachten.

a — De vragenlijst sloot meer aan op de werkelijkheid van de patiënten dan op die van het personeel. Slechts 5% van de items wordt door de patiënten met 'niet van toepassing' beantwoord; het personeel beantwoordt 20% van de items op deze wijze.

b — Patiënten hebben meer verspreide meningen dan het personeel, dat als groep vaak meer categorische antwoorden geeft: men vindt onder het personeel meer 'helemaal waar'- of 'helemaal niet waar'-antwoorden dan onder de patiënten.

c — Het lijkt er op, dat het personeel zich bij het beantwoorden van de vragen soms op het standpunt van de patiënten stelde.

d — De grootste overeenkomst tussen patiënten en personeel geven twee items die een omschrijving geven van het doel van het Psychiatrisch Ziekenhuis en men mocht ook verwachten, dat de beide groepen het hierover met elkaar eens zouden zijn. Toch is het opmerkelijk, dat zelfs hier de meningen niet identiek zijn.

3 — *Tevredenheid van patiënten*

Het is mogelijk om voor elke uitspraak vast te stellen in hoeverre de antwoorden 'meevallen' of 'tegenvallen'. Dit kan nuttig zijn omdat de leiding zodoende informatie krijgt over de gang van zaken in het Psychiatrisch Ziekenhuis en er kunnen dan naar aanleiding van de resultaten concrete maatregelen worden genomen, zoals het activeren van de sportbeoefening, verandering van de bezoeken, etc. Maar het is interessanter om te bekijken of de antwoorden van de patiënten niet op één of andere manier een samenhang vertonen. Tijdens het doornemen van de beantwoorde vragenlijsten viel het op, dat de patiënten bij vele items een weinig kritische houding toonden.

Bijvoorbeeld: 'De dokter en de zusters werken goed samen'. 76% van de patiënten beantwoordde deze uitspraak met 'Helemaal waar' of 'Gedeeltelijk waar', terwijl slechts 1,85% van de patiënten deze uitspraak negatief beantwoordde. Al lezende ontstond het vermoeden, dat er een samenhang bestaat tussen de mate, waarin een uitspraak van belang is voor de 'tevreidenheid' en de mate, waarin zo'n uitspraak al of niet kritisch werd beantwoord. Hoe belangrijker een uitspraak voor de ervaren tevredenheid, hoe minder kritisch zo'n uitspraak beantwoord zal worden.

Om deze subjectieve indruk te toetsen aan de feitelijke gegevens, werd aan een aantal patiënten verzocht om de items van de vragenlijst in negen categorieën te verdelen, zodanig, dat categorie 1 alle zeer tevreden makende toestanden bevatte, en categorie 9 alle zeer ontevreden makende toestanden. Zodoende werden dus twee schalen verkregen: één schaal waarop de patiënt kon aangeven hoe belangrijk hij een situatie

acht wil hij een hoge mate van 'tevredenheid' ervaren en één schaal waarop hij kon aangeven hoe hij de situatie feitelijk ervaart.

Als men de schaalwaarden van dezelfde items op elk van de twee schalen met elkaar correleert, dan blijkt er een bijna absoluut verband te bestaan tussen de als ideaal ervaren situatie en de feitelijke situatie: hoe belangrijker een situatie is voor de tevredenheid van de patiënt, hoe meer hij vindt dat die situatie ook inderdaad in zijn paviljoen gerealiseerd is.

De Spearman-rangcorrelatie bedraagt .97, wat bijzonder hoog is. Wel is het zó, dat de verschillen per categorie vaak erg klein zijn en het verdient dus aanbeveling om het onderzoek op een andere groep van patiënten te herhalen. Maar nemen we voorlopig aan, dat de hypothese voor de patiënten van 'Uitzicht' opgaat, dan blijft nog de vraag welke betekenis men moet geven aan het gegeven, dat kritiek leveren en de score op een tevredenheidsschaal, samenhangen.

Op de eerste plaats kan de hoge correlatie tussen mate van kritiek en mate van belangrijkheid, berusten op een feitelijke situatie: dan is het inderdaad ook zo, dat motivators die erg belangrijk zijn voor de ervaren toestand van tevredenheid tot aller satisfactie en voldoening in 'Uitzicht' aanwezig zijn. Zo'n situatie is natuurlijk ideaal, maar ook erg onwaarschijnlijk! (Dit blijkt bij voorbeeld al hier uit, dat het verplegend personeel vaak meer kritiek geeft dan de patiënten. Op de aangehaalde uitspraak 'De dokter en de zusters werken goed samen' antwoordt bij voorbeeld 23,10% van het personeel ontkennend, van de patiënten maar 1,85%).

Ten tweede — en dat lijkt waarschijnlijker — is het mogelijk dat patiënten, gevraagd om hun mening, niet hun feitelijke mening, maar het *sociaal wenselijke* antwoord geven (TAYLOR). Deze response-set kan op verschillende manieren ontstaan zijn. Misschien durven patiënten hun kritiek niet openlijk te uiten uit angst om individueel of als groep ter verantwoording te worden geroepen, ook al weten zij, dat het onderzoek anoniem was. Dat zou dus een tekortkoming van het onderzoek als zodanig zijn. Misschien ook denken de patiënten: de dokter en de zusters zullen het wel weten, het zal wel goed georganiseerd zijn — met als gevolg, dat zij een weinig kritische houding innemen.

De cognitieve dissonantie theorieën van Festinger en Heider (zie JASPERS) lijken de meeste perspectieven te bieden als verklarend principe voor de gevonden response-set. In het kort gezegd komen deze theorieën er op neer, dat cognitieve elementen (i.e. alles wat iemand weet) er toe neigen in emotioneel opzicht, alle hetzelfde teken te dragen — positief of negatief. Dissonantie is onaangenaam en iemand die dissonantie ervaart, wil die opheffen (JASPERS). Hij kan hiertoe zijn gedrag wijzigen, de situatie wijzigen of hij kan op zoek gaan naar nieuwe informatie. Aan de hand van item no. 10 'Mijn verblijf in Uitzicht is verloren tijd' zullen wij dit toelichten. Een patiënt, die dit helemaal waar

vindt, zal dissonantie ervaren tussen zijn negatieve opvatting over het verblijf in 'Uitzicht' en de feitelijke situatie van het er zijn. Omdat hij de feitelijke situatie niet kan wijzigen, zal hij een inaanleg ongunstige attitude veranderen in een gunstige attitude, als de informatie die hij heeft, gelijk blijft.

Het proces van dissonantie-reductie loopt natuurlijk niet zo bewust als hier staat beschreven, maar verloopt mechanisch, onbewust.

Hoewel de patiënt op deze manier de psychologisch onaangename dissonantie kan vermijden, is deze toestand toch ongunstig, omdat ze niet overeenkomt met zijn eigen werkelijkheid.

Het is daarom wenselijk om hier verandering in aan te brengen, door de patiënt in staat te stellen zonodig greep te hebben op de feitelijke situatie en hem de gelegenheid te geven informatie te verwerven.

(a) *Enige definities en suggesties* — Democratisering staat bij leidinggevendens vaak in een kwade reuk. Dat hangt samen met de harde acties en revolutionaire methodiek, die voorstanders van democratisering soms plegen te gebruiken. Ziet men echter af van de hele folklore die er rondom democratisering bestaat, dan blijkt het mogelijk om tot enige zakelijke definities te komen (BUNNIK), welke het hele begrip democratisering kunnen verhelderen.

Inspraak. De mogelijkheid voor de betrokkenen om zijn gevoelens en gedachten over de gang van zaken periodiek te uiten tegenover de leiding van het bedrijf, alsmede het door de leiding zoveel mogelijk kennen van het personeel c.q. patiënten daarin.

Overleg. Formeel voorgeschreven. Bestaat tussen leiding en representatieve organisaties, alvorens maatregelen van kracht worden. Dit gaat verder dan inspraak, omdat de gevoerde gedachtenwisselingen schriftelijk worden vastgelegd, zodat men hierop later altijd kan terugkomen.

Medezeggenschap. Samenwerking tussen leiding en personeel, teneinde zo mogelijk reeds bij het ontwerpen van maatregelen tot gezamenlijke standpunten te komen; ook hier blijft de verantwoordelijkheid uiteindelijk bij de leiding berusten. Het zal derhalve meestal in die zin worden uitgevoerd, dat slechts voor bepaalde zaken de medezeggenschap geldt.

Medebeslissingsrecht. Gaat verder, zodat de verantwoordelijkheid bij leiding en personeelsvertegenwoordigers gezamenlijk berust.

Een geslaagde democratisering staat of valt met de aanwezigheid van de geschikte structuren, waarbinnen verantwoordelijkheden ter discussie kunnen worden gesteld. Belangrijker dan de wil om aan patiënten de mogelijkheid te geven mee te spreken en te beslissen, is het om ervoor te zorgen, dat de organisatiestructuren waarbinnen de meningsvorming tot stand moet komen, goed georganiseerd zijn.

*Op pavijsnivea*u lijkt inspraak de meest aangewezen structuur. Per definitie zou die periodiek moeten plaats vinden (bijv. eenmaal per maand), op een vaste plaats en tijd. De inspraak-zittingen moeten in

principe toegankelijk zijn voor alle patiënten en personeelsleden en bij toerbeurt geleid worden door een patiënt of door een personeelslid. Tijdens de zittingen kunnen zaken aan de orde worden gesteld als ontspanning, voeding, 'sfeer' binnen de groep, etc.

Op ziekenhuisniveau en bij de arbeidstherapie lijken overleg en medezeggenschap de meest aangewezen structuren. Men kan bijv. denken aan een Patiënten-overlegorgaan met wisselende, gekozen leden, die de patiënten vertegenwoordigen. Op de vergaderingen van en met dit orgaan kunnen bijv. zaken aan de orde worden gesteld als de besteding van bepaalde financiën, nieuwbouw en verbouwingen, aan te nemen personeel, werkprojecten, produktie-eisen, etc.

Medebeslissingsrecht is een ver weg liggend einddoel, en duidt een situatie aan, waarin patiënten ook op één of andere wijze in het Ziekenhuis of Stichtingsbestuur vertegenwoordigd zijn.

(b) *Openheid naar buiten* — Ook bij doorvoering van een zekere vorm van democratisering, zal het Psychiatrisch Ziekenhuis zijn karakter van 'total institution' blijven behouden, met alle nadelige gevolgen van dien voor de gesuperviseerden.

FRIS kwam bij onderzoek naar beeldvorming en attitude van de leek t.o.v. de lichamelijk gehandicapten tot enige conclusies, die o.i. grotendeels ook van toepassing zijn op de houding van de niet-deskundige tegenover de psychisch gestoorde. Bij een relatief negatieve attitude vond FRIS een voorkeur voor een geïsoleerde en speciale verzorging van de gehandicapten en een relatieve afkeer voor overheidsverantwoordelijkheid op dit gebied. Dit heeft weer een afnemende van de contactmogelijkheden tot gevolg, waardoor de kans om de gehandicapte als een gelijke te zien, weer vermindert (FRIS, 1971). Bij onderzoeken van SWARTE en VAN BUUL in de Pompekliniek te Nijmegen, werd verder vastgesteld, dat de houding van de leek (en ook die van de personeelsleden!) t.o.v. de psychisch gehandicapte verbeterde, tengevolge van intensief contact met de gehandicapten. Een van de methoden, die werden gebruikt om het contact met deze gehandicapten te bevorderen en te intensiveren, was het organiseren van excursies naar de Pompekliniek voor allerlei groepen van niet-deskundigen. Deze excursies waren zó georganiseerd, dat ze niet ontaarden in 'aapjes kijken', maar juist leidden tot een verbreking van het wederzijdse isolement, waarin zowel patiënt als maatschappij t.o.v. elkaar leven. Het actief betrekken van de patiënten bij de organisatie van deze excursies en een discussie in kleine groepjes op basis van gelijkheid met de bezoekers, zijn dan wel noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van de contacten.

Excursies van leken naar patiënten zouden, waar het niet ter beschikking gestelde geestelijk gestoorde betreft, aangevuld kunnen worden met bezoeken van patiënten aan bedrijven en instellingen in de maatschappij, zodat patiënten ook op deze wijze, door gebrek aan contacten

niet in een geïsoleerde positie worden gemanoeuvreed.

SAMENVATTING EN SLOTBESCHOUWING

In dit verkennend onderzoek is een aantal feiten en vermoedens aan het licht gekomen, die een richtlijn zijn voor nadere research. Een enquête onder psychiatrische patiënten, die in verschillende mate gestoord zijn, blijkt mogelijk te zijn en zinvolle resultaten te geven. Patiënten en personeel geven antwoorden, die soms van elkaar verschillen en soms op elkaar lijken, hetgeen inzicht kan verschaffen in de betrokkenheid van beide groepen op de gezamenlijke doelstelling van het Psychiatrisch Ziekenhuis en de specifieke doelstelling van de subgroepen.

Het belangrijkste vermoeden dat in ons onderzoek uitgesproken werd, is de mogelijke samenhang die er bestaat tussen het kritische oordeel, dat patiënten over allerlei toestanden, gebeurtenissen, personen en zaken hebben en de mate waarin deze 'motivators' en 'dissatisfiers' van belang zijn voor de tevredenheid met de situatie waarin zij verkeren. Hoe belangrijker een 'motivator' of 'dissatisfier' is voor de tevredenheidstoestand, hoe minder kritisch het oordeel lijkt te zijn. Bezien tegen de achtergrond van de hiërarchische structuur der behoeften, moet dit een onbevredigende toestand worden genoemd. De patiënt lijkt een beetje op de gevangene in een gouden kooi. Weldoorvoed, lichamelijk goed verzorgd en therapeutisch deskundig begeleid, is hij toch onvrij, omdat hij niet de mogelijkheid heeft om zijn hogere behoeften, die even natuurlijk zijn als zijn behoefte aan eten en drinken, te bevredigen.

Het openstaan voor de wereld, het zelfstandig en in verantwoordelijkheid handelen, zijn noodzakelijk voor het optimaal menselijk functioneren. Om de patiënten hiertoe de gelegenheid te geven, zou men kunnen denken aan zekere vormen van democratisering binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis, die dan aangepast moeten zijn aan de plaats waar de beslissingen genomen worden. Op Ziekenhuisniveau komen andere structuren in aanmerking dan op paviljoensniveau; er bestaan graduele en principiële verschillen. Democratisering is geen middel om de patiënten tevredener te maken, maar veeleer het geven van een mogelijkheid om ontevredenheid te uiten. Ze zal bovendien eerder extra inspanningen van alle deelnemers vereisen dan dat ze de 'rust' binnen een paviljoen zal bevorderen.

Democratisering is een waarde op zich en als zodanig geen therapie. Dat houdt in, dat in principe iedereen in aanmerking komt om betrokken te worden bij inspraak, overleg, etc., tenzij er positieve therapeutische contra-indicaties bestaan. Leidinggevendens hebben vaak de neiging om allerlei groepen om verschillende redenen uit te sluiten van de democratische besluitvorming, zoals de geschiedenis van de democratisering van het staatsbestel ons bij voorbeeld kan leren.

Om de nadelen, die het leven binnen een 'total institution' als het Psy-

chiatisch Ziekenhuis voor de geïnstitutionaliseerden heeft zoveel mogelijk weg te nemen, verdient het aanbeveling om het contact met de maatschappij in stand te houden en te bevorderen. Dit kan bij voorbeuren in de vorm van excursies van geselecteerde groepen leken naar het Psychiatrisch Ziekenhuis en van psychiatrische patiënten naar bedrijven en instellingen, zoals die in de maatschappij bestaan. Voorwaarde voor het slagen van deze onderneming is, dat de patiënten actief worden betrokken bij de organisatie van deze excursies en als volwaardig groepslid aan de discussies kunnen deelnemen.

In een vervolg onderzoek hopen wij de hier geformuleerde vermoedens meer diepgaand te kunnen bestuderen. Met name zal getracht worden om door herformulering van een aantal items en door het invoeren van andere methoden van opinie-onderzoek, conclusies die nu nog beschouwd kunnen worden als een artefakt van het gebruikte meet-instrument, te vermijden.

SUMMARY

Social psychologists have devoted many studies to the mental climate, morale or 'satisfaction' of group-members within company or firm or the army. These studies are often intended to determine the relation between morale and output. Beside this, attention is also paid to the significance of 'satisfaction' as an independent value in itself. Within the psychiatric hospital the degree of satisfaction and the 'output', that is the number of entirely or sufficiently recovered patients per time-unit, will also be related. Yet, as an independent value, the satisfaction in the psychiatric hospital seems, especially for the resident patients, to be more important than 'satisfaction' as a basis for an increased output.

In this exploratory investigation a number of facts and presumptions have come to light which are a guide-line for further research. An inquiry among psychiatric patients deranged in different degrees appears to be possible and to produce significant results.

The most important presumption raised in our investigation is the potential relation existing between the critical opinion of patients about all kinds of conditions, events, persons and matters, and the degree in which these motivators and dissatisfiers are of importance for their satisfaction about the situation they are in. The more important a motivator or dissatisfier is for his state of satisfaction, the less critical his opinion seems to be.

In a follow-up of this investigation we hope to be able to elaborate those factors that contribute to the experience of 'satisfaction' or 'dissatisfaction' in a psychiatric patient.

LITERATUUR

- van Buul, H. *Attitudes en denkbeelden met betrekking tot de criminele psychopaat*. Doctoraal scriptie, Nijmegen 1969.
- Fris, T. 'Over de houding tegenover lichamelijk gehandicapten. Een onderzoek'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1971, no. 5.
- Goffman, E. 'The characteristics of social institutions' in: *Complex organisations, a sociological reader*. Door Etzioni, A., Holt, Rinehart and Winston. New York 1964.

- van Hameren, J. *Moreel bij dienstplichtigen bij de Koninklijke Luchtmacht*. Doctoraal scriptie, Leiden.
- Jaspers, *Inaugurale rede* bij de aanvaarding van het ambt als hoogleraar in de Sociale Psychologie.
- Taylor, 'What do attitude scales measure? The problem of social desirability' *J. of abn. and social psych.* vol. 78, 1969.
- Teerink, F. en Bunnik, W. *Motivators and dissatisfiers*. Rapport Koninklijke Luchtmacht.
- Tiffin en McCormick, *Industrial Psychology*. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs. N. Y. 1965.

MEDEDELING

De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid organiseert op 13, 14 en 15 september 1972 te Amsterdam in Hotel Krasnapolsky een Internationaal Regionaal Seminar voor de World Federation for Mental Health, getiteld: 'Strategies of change in Mental Health Care and other social systems'.

Het programma houdt in een presentatie van ideeën over noodzakelijke veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg om tot een beter preventief functioneren te komen. Uitgangspunt daarbij is dat er meer samenwerking nodig is met andere sociale systemen, zoals strafrecht, onderwijs en sociale dienstverlening. Het gaat om het gezamenlijk ontwikkelen van strategieën om weerstanden te overwinnen. Als sprekers zullen optreden: Prof. Dr. E. L. Trist, Dr. E. Dekker, Prof. Dr. Hulsman, Dr. G. van der Top, Drs. F. I. Swaak, Dr. F. van Ravenzwaay en Dr. Norman Bell. Voorzitter is Dr. N. W. de Smit. Het seminar is georganiseerd voor een honderdtal deelnemers uit Nederland, België, Groot-Brittannië, Scandinavië en Duitsland. Mensen die werken op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, het strafrecht, de sociale dienstverlening en het basisonderwijs zijn welkom. Voertaal Engels.

De deelnameprijs bedraagt f 200,—, waarbij inbegrepen een koud buffet op dinsdagavond 12 september en de lunches tijdens de seminardagen. Avondmaaltijden en hotelkosten zijn niet inbegrepen. Voor een 25-tal jonge 'veld'werkers is deelname mogelijk tegen een gereduceerde prijs van f 50,—.

Nadere inlichtingen: mevrouw Drs. M. E. I. Goudsblom-Oestreicher, J. J. Viottastraat 42, Amsterdam-Zuid, telefoon 020-760944.

VERANTWOORDING

De artikelen in dit nummer hebben enerzijds wel een gemeenschappelijk thema tot onderwerp: de intramurale zorg; anderzijds worden zeer uiteenlopende aspecten van dit thema aan de orde gesteld.