

Beleidspsychiatrie

door H. van Andel

Inleiding

Beleidspsychiatrie, een terminologie die iedere keer opduikt en weer verdwijnt. Dit laatste ten onrechte m.i. Aanvankelijk werd de benaming 'Administrative psychiatry' gebezigd. Doff heeft er in het maandblad voor de geestelijke volksgezondheid in mei 1960 in Nederland voor het eerst over geschreven. Het gaat zo, zegt hij, om een vorm van sociale psychiatrie, binnen het verband van een psychiatrisch ziekenhuis of beter nog, om klinische bedrijfsvoering in een psychiatrisch instituut met toepassing van psychisch-hygiënische inzichten of om de relatie van bedrijfspsychologie en klinische psychiatrie. De verbetering van het leefmilieu staat centraal. Later is in plaats van 'administrative' het woord 'beleid' gekomen. Bij beleidspsychiatrie gaat het om plannen maken die omschreven doelen beogen en enerzijds formulering daarvan, anderzijds het aangeven van de weg waarlangs deze doelen bereikt willen worden en het aantal daartoe te nemen stappen. Beleidspsychiatrie komt zo tot uiting bijv. op afdelingsniveau bij het maken van behandelplannen en de uitvoering ervan. Op ziekenhuisniveau of zo men wil directieniveau manifesteert zich beleidspsychiatrie in een totale bedrijfsvoering die als doel heeft enerzijds gedragsbeïnvloeding van medewerkers en anderzijds bescherming voor de patiënt, steun en het aanbieden van gerichte therapieën.

Patiëntenzorgbeleid en personeelsbeleid gaan dan hand in hand. In wezen gaat het bij beleidspsychiatrie om een geïntegreerd proces van beide. Deze integratie heeft ten doel verbetering van het leefmilieu of beter nog klimaatsverbetering en klimaatsbewaking tot stand te brengen. (Ik kom daar straks nog op terug).

Uiteraard zijn er ook een aantal randvoorwaarden waarbinnen dit primaire afstemmingsproces plaatsvindt, zoals goede gebouwen, prettige terreinen en adequate administratieve ondersteuning.

Schrijver is als psychiater verbonden aan het N.Z.I., postbus 9697 te Utrecht; dit artikel werd gebracht als referaat op de wetenschappelijke voorjaarsvergadering Ned. Ver. v. Psychiatrie 10-11-'79.

Ik moge ze laten rusten, omdat ik wanneer ik deze er ook bij zou betrekken, beland in het veld van ziekenhuismanagement in zijn totaliteit en dat is niet het focus van deze morgen.

In 1974 schreef ik een artikel in het 'Tijdschrift voor Psychiatrie', waarin ik aangaf op welke wijze in 'Veldwijk' een veranderingsproces op gang was gebracht, gericht op klimaatsverandering. Ik beschreef in dat verhaal de uitgangspunten en de methodiek ervan, die primair gericht was op verandering van het gedrag van verpleegkundigen – omdat zij de kern uitmaken van het ziekenhuis – maar uiteindelijk op dat van alle medewerkers, de directie inclusief. Het werd duidelijk dat, wilde men veranderingen doorvoeren, het in de eerste plaats noodzakelijk was om onderzoek te doen naar de aanwezige situatie zodat deze voor iedereen herkenbaar zou zijn. en zich vervolgens af te vragen in welke richting veranderingen gewenst waren om uiteindelijk de weg aan te geven waarlangs ze zouden kunnen worden gerealiseerd. Kortom: op grond van onderzoeksresultaten een beleid formuleren en tot uitvoering brengen.

We gingen ervan uit, dat daar van een verbeterd klimaat kan worden gesproken, waar mensen, zowel personeel als patiënten, persoonlijk en in onderlinge afstemming, ervaren, dat voldaan wordt aan hun persoonlijke behoeften aan veiligheid, erkenning, mededogen, eigen keuze en zelfbeschikking, zodat ze zich als mens kunnen ontplooiën en ontwikkelen in de richting die ze wensen. Dat betekent in afdelingen en ziekenhuis:

(a) Helderheid van beleid, herkenbaarheid van doelstellingen en doelen, zodat ieder mens, patiënt en personeel, zich daarop kan afstemmen.

(b) Een organisatie- en overlegstructuur, waarin mensen duidelijk elementen van zelfbeschikking ervaren via deelname aan gemeenschappelijke besluitvorming. Belangrijk is daarbij ook de ervaring, dat naar hen wordt geluisterd en invloed kan worden uitgeoefend op beslissingen.

(c) Een personeelsbeleid, waarin plaats is voor persoonlijke aandacht en waardering, zodat mensen weten hoe er over hen wordt gedacht en wat er van hen wordt verwacht.

Dat zelfde geldt trouwens ook voor het patiëntenzorgbeleid.

(d) Ontplooiingsmogelijkheden. Ze hebben te maken met opleidingen en persoonlijke zorg wat het personeel aangaat. Ook verhoging van deskundigheid. Bij patiënten betekent het, dat naast de primair therapeutische activiteiten, zoals medicamenteuze en psychotherapie, mogelijkheden worden aangeboden voor ontwikkeling op andere terreinen. Ze hebben educatieve betekenis. Dat heeft consequenties ten aanzien van de manier waarop arbeid, bezigheid en vrijetijdsbesteding worden aangeboden.

Deze algemene beleidsuitgangspunten dienden geconcretiseerd te worden, zodat veranderingsprocessen op gang konden komen.

Deze concretisering leidde tot vier aandachtsgebieden:

1. De afdelingsorganisatie en de organisatie van het ziekenhuis.

Langs wat voor lijnen werken patiënten en personeel met elkaar

- samen? Waar worden welke beslissingen genomen en door wie? Zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de diverse organen duidelijk?
2. Hoe functioneren medewerkers en patiënten in een behandelafdeling ten opzichte van elkaar? Wat zijn hun uitgangspunten. Aan wat voor spelregels houdt men elkaar bij voorbeeld t.a.v. bijeenkomsten, separeren enz. enz.? (Met medewerkers is al het personeel bedoeld, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden).
 3. Hoe is het personeelsbeleid in het ziekenhuis? Wat zijn de doelen? Hoe is de begeleiding van medewerkers georganiseerd? Wat betekent begeleiding en waardering? Wat voor criteria gelden er voor promotie, overplaatsing of ontslag?
 4. Hoe zijn de scholingsprogramma's georganiseerd zowel ten aanzien van verpleegkundigen als ook andere medewerkers? Wat voor betekenis heeft het begrip scholing voor bij voorbeeld arbeid en bezigheid van de patiënt?

Het bleek verder van belang om – wilden reële veranderingen tot stand komen – een poging te wagen tot het formuleren van geldende normen en de daarmee gepaard gaande opvattingen.

Kennis van de huidige norm zou het mogelijk maken om een nieuwe gedragsnorm te formuleren. Op zich leidt dit nog niet tot gedragsverandering, maar men weet in welke richting men het wil zoeken.

Enkele voorbeelden:

oude norm:

1. De patiënt heeft niets te zeggen in het behandelplan. Dat is een zaak van de behandelaars zelf.

nieuwe norm:

- 1a. De patiënt moet mee kunnen praten en het behandelplan moet tot stand komen in nauw overleg met hem.

oude norm:

2. De verpleegster weet wat goed is voor de patiënt.

nieuwe norm:

- 2a. Medepatiënten en verpleegkundigen moeten samen als helpers dienen die de patiënt kan gebruiken voor herstel.

oude norm:

3. Er mogen geen fouten worden gemaakt.

nieuwe norm:

- 3a. Fouten maken is menselijk. Je hoeft je er niet voor te schamen. Ze moeten bespreekbaar worden gemaakt, zodat ieder er iets van kan leren.

oude norm:

4. Alles wat de chef zegt tegen een medewerker moet in principe worden uitgevoerd.

nieuwe norm:

- 4a. Tussen chef en medewerker moet een overlegrelatie bestaan, waarin uiteindelijk beiden gemeenschappelijk beslissen wat gedaan moet en kan worden.

Zo zou ik door kunnen gaan. Het zijn er slechts enkele, maar voortdurend duiken nieuwe op wanneer onderzoek ernaar gebeurt.

De bedoeling van mijn verhaal is om u te beschrijven hoe de situatie zich verder heeft ontwikkeld. Wat is er in de afgelopen 5 jaar gebeurd? Hoe ziet het ziekenhuis er nu uit? Welke beleidspsychiatrische aspecten zijn er te vermelden? Keren we daarom terug naar de 4 aandachtsgebieden die ouder de loupe zouden worden genomen.

Eerste aandachtsgebied

De afdelingsorganisatie en de organisatie van het ziekenhuis – Waar worden welke beslissingen genomen en door wie? Welke verantwoordelijkheden hebben de diverse organen?

Enkele hoofdlijnen. Het ziekenhuis werd om een betere decentralisatie naar de patiënt toe te bereiken en duidelijker behandelings- en verzorgingsdoelstellingen te kunnen formuleren, verdeeld in vier hoofdafdelingen. We noemen ze: hoofdafdeling voor algemene psychiatrie, hoofdafdeling voor geronto psychiatrie, hoofdafdeling voor langdurige psychiatrische behandeling en hoofdafdeling voor ambulante zorg.

Deze hoofdafdelingen kregen ieder hun eigen verblijfsgebouwen, eigen therapie-afdelingen en eigen ontspanning.

De onderverdeling zag er als volgt uit:

algemene
psychiatrie

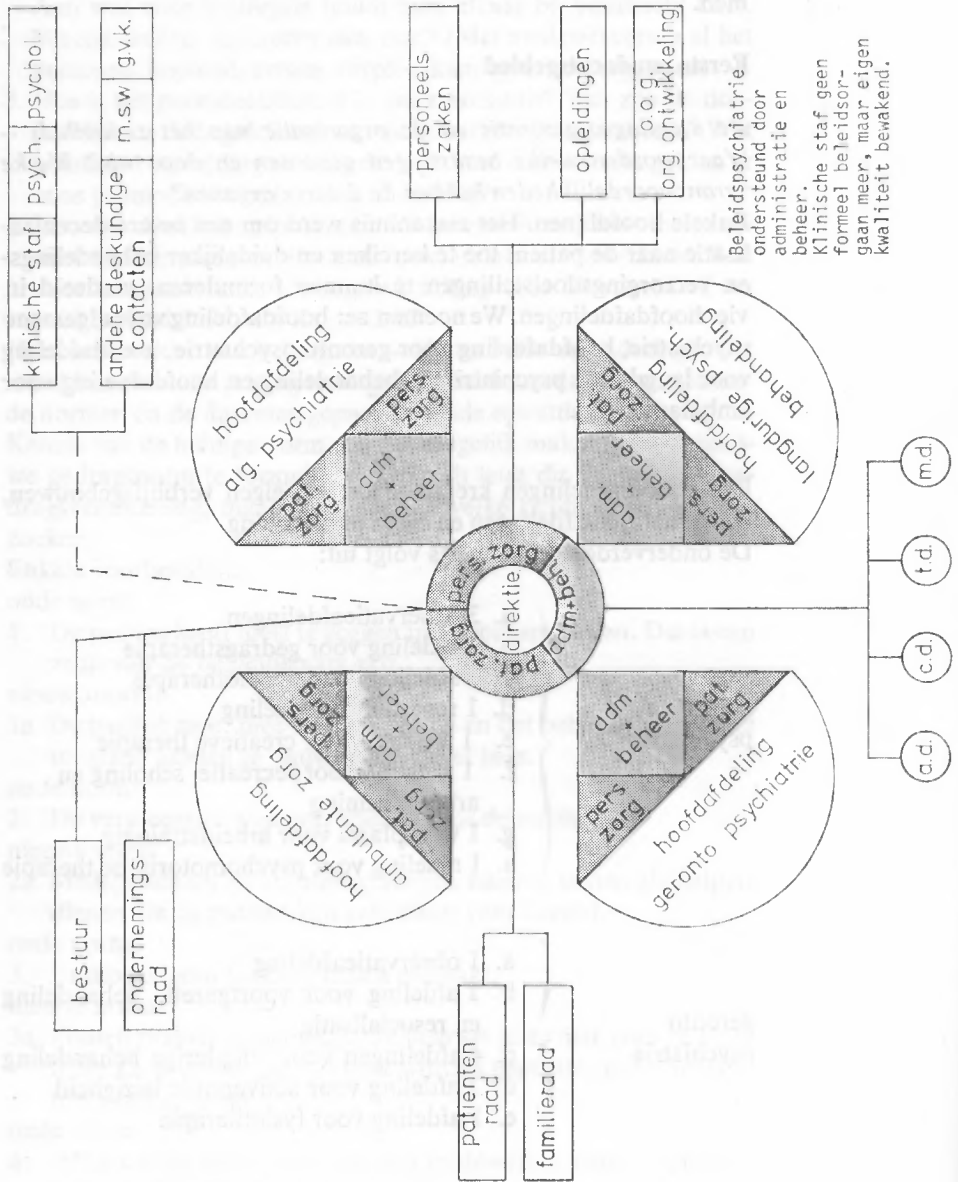
- a. 3 observatieafdelingen
- b. 1 afdeling voor gedragstherapie
- c. 1 afdeling voor psychotherapie
- d. 1 resocialisatieafdeling
- e. 1 afdeling voor creatieve therapie
- f. 1 afdeling voor recreatie, scholing en arbeidstraining
- g. 1 werkplaats voor arbeidstraining
- h. 1 afdeling voor psychomotorische therapie

geronto
psychiatrie

- a. 1 observatieafdeling
- b. 1 afdeling voor voortgezette behandeling en resocialisatie
- c. 4 afdelingen voor langdurige behandeling
- d. 1 afdeling voor activerende bezigheid
- e. 1 afdeling voor fysiotherapie

langdurige
behandeling

- a. 4 afdelingen in de verpleeghuisfeer
- b. 1 resocialisatieafdeling
- c. 2 afdelingen voor ernstig gedragsgestoorden
- d. 1 afdeling voor activerende bezigheid
- e. 1 werkplaats



Schema 1: Weergave van de ziekenhuisorganisatie

- | | | |
|----------------|---|---|
| ambulante zorg | } | <ul style="list-style-type: none"> a. 3 poliklinieken (2 in algemene ziekenhuizen, 1 in Veldwijk) b. 1 polikliniek in Lelystad c. 1 polikliniek voor psychotherapie d. 1 gerontopsychiatrische polikliniek e. 1 afdeling voor dagbehandeling f. 1 kindropolikliniek |
|----------------|---|---|

Zoals uit dit overzicht blijkt werden de hoofdafdelingen zo ingedeeld, dat ze ieder hun eigen gezicht konden vertonen en met de daartoe te rekenen afdelingen eigen doelstellingen ontwikkelen, aangepast aan de specifieke behandel- en verzorgingsbehoeften van bepaalde patiëntengroepen.

Iedere hoofdafdeling kreeg zijn eigen groepshoofd als coördinator beleidstherapie. De groepshoofden maken deel uit van de executieve staf, het coördinatieorgaan van de verschillende hoofdafdelingen met de directie.

In laatstgenoemd orgaan komen de zaken die met beleidspsychiatrie te maken hebben aan de orde in nauw overleg tussen de algemeen directeur (psychiater) – hij draagt naast de totale coördinatie in de directie de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg – en de adjunct-directeur personeelszaken die het personeelsbeleid behartigt.

De randvoorwaarden krijgen in de directie bijzondere aandacht via de adjunct-directeur economische zaken (administratie, civiele dienst en technische dienst).

Voor de helderheid van het beeld zij nog vermeld, dat de algemeen directeur op grond van zijn patiëntenzorgverantwoordelijkheid ook de aandacht richt via het hoofd medische dienst op de paramedische sector, via het hoofd verpleegdienst op de verpleegkundige sector en via het hoofd pastorale dienst op het werk van de predikanten.

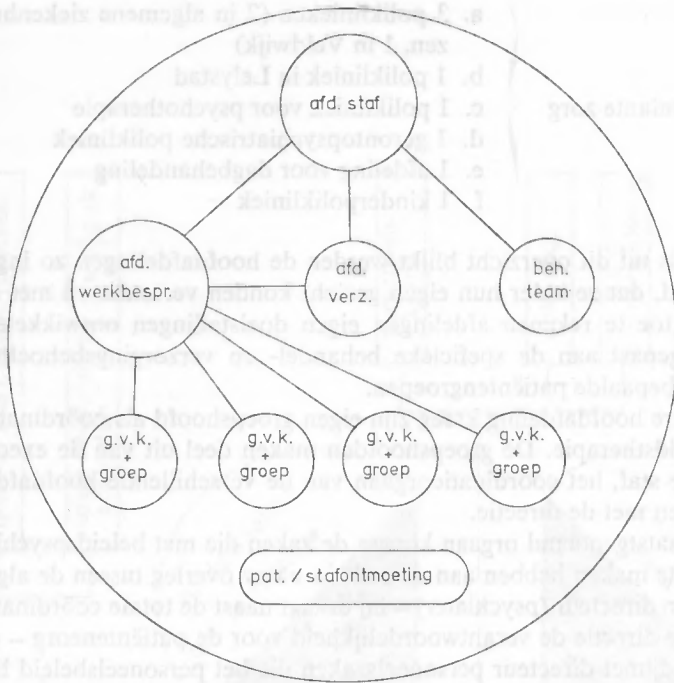
Deze hoofden en groepshoofden ontmoeten elkaar geregeld in de executieve staf.

In de executieve staf, de term zegt het reeds, komen al die zaken aan de orde die in het ziekenhuis tot stand moeten komen.

Directioneel worden de problemen gerangschikt en het beleid geformuleerd, daarbij ook de invloeden van buiten wegend. Na toetsing en eventuele bijsturing ervan wordt het tot uitvoering gebracht. Er bestaat een regelmatige informatiestroom van de afdelingen via de hoofdafdeling naar de directie en omgekeerd.

Terzijde zij nog opgemerkt, dat de klinische staf, waarin psychiaters, psychologen, algemeen artsen en pedagogen zitting hebben geen primair beleidsorgaan meer is, zoals voorheen. Deze groep heeft de verantwoordelijkheid om de eigen deskundigheid te bewaken. Wanneer het gewenst wordt om nieuwe therapieën in te voeren of oude af te schaffen, dan wordt dit besproken met de algemeen directeur, om na te gaan of dit consequenties heeft voor de beleidspsychiatrische aspecten in de ziekenhuisorganisatie.

Ook andere groepen hebben hun professionele deskundigheids-



Schema 2: Communicatie- en overlegstructuur in een verpleegafdeling

contacten, zoals groepsverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Hun eventuele signalen komen via de verschillende diensthoofden naar de executieve staf.

De communicatielijnen in een hoofdafdeling werden als volgt georganiseerd. Iedere verpleegafdeling – de grootste in het ziekenhuis omvat 60 patiënten, maar meestal zijn ze (paviljoens) kleiner – kreeg zijn eigen afdelingsstaf. Daarover straks meer. De afdeling zelf werd verdeeld in eenheden van ± 10 patiënten. Een dergelijke unit kreeg een groepsverpleegkundige als leidsman of -vrouw. Er werd een scheiding aangebracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden, de zogenaamde hotelmedewerkers. Laatstgenoemden kregen een 1e afdelingsverzorgende. Deze vormden samen met de groepsverpleegkundigen de werkberepingsgroep van de afdeling. Het afdelingshoofd zit de vergaderingen voor. Daarnaast bestaat in iedere afdeling een behandelteam. Hierin hebben zitting een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werkende als vaste leden en de groepsverpleegkundigen wisselend. Zij nemen deel aan de behandelteambesprekingen wanneer de eigen groep of een eigen patiënt besproken wordt.

De afdelingsstaf wordt gevormd door het afdelingshoofd, de groepsverpleegkundigen, de eerste afdelingsverzorgende en een vertegenwoordiger van het behandelteam, meestal de psychiater. In dit orgaan worden behandelzaken en personele zaken binnen de verpleegafdeling gecoördineerd en in onderling overleg afgesteld en geregeld.

De patiënten hebben hun mogelijkheden van inspraak via de afdelingsvergadering, via gesprekken in hun eigen groep – de groepsverpleegkundige neemt dan zaken mee naar de afdelingsstaf – en via de patiëntenraad, buiten de afdeling op ziekenhuisniveau, direct met de directie. Iedere afdeling kiest zijn eigen vertegenwoordiger.

Als patiënten dat willen kunnen zij deelnemen aan behandelteam-besprekingen, wanneer het over henzelf gaat. De belangstelling is wisselend. Soms willen ze wel, soms ook niet.

In een hoofdafdeling komen de afdelingshoofden regelmatig bij elkaar onder leiding van hun groepshoofd. Het hoofd vertegenwoordigt daar zijn afdelingsstaf en neemt van daaruit vragen mee. Men regelt er overplaatsingen van patiënten, consequenties t.a.v. nieuwe therapeutische methoden, de bewaking van patiëntenrechten enz. en de personeelszaken voorzover het invulling van nieuwe behoeften of aanvulling betreft. Ook komen gemeenschappelijke behandel- en verzorgingszaken aan de orde. Verder wordt er door het groepshoofd regelmatig informatie opgegeven over beslissingen in de executieve staf. Ook wordt toetsing gevraagd van mogelijke nieuwe beleidsontwikkelingen, zodat in de executieve staf daarover besluitvorming kan plaatsvinden.

Af en toe komen de groepshoofden bij elkaar om zaken van onderling belang te regelen (de algemeen verpleegkundige staf): A.V.S. Ze geven informatie over ontwikkelingen in elkaars hoofdafdelingen, bepalen prioriteiten en regelen overplaatsingen van personeel e.d. De beslissingen worden in de executieve staf bekrachtigd. Het hoofd verplegingsdienst, voorzitter van de AVS, functioneert als ondersteuner van de individuele groepshoofden, als lid van de executieve staf en als voorbereider van de afdelingsevaluaties, die tenminste éénmaal per jaar worden gehouden in de verpleegafdelingen in het kader van een soort hospital audit.

Op deze wijze werkend zijn de volgende principes gerealiseerd:

(a) Besluitvorming vindt plaats, daar waar de verantwoordelijkheden voor het dagelijkse werk liggen.

(b) Wanneer iemand zijn zaken niet op kan lossen, moeten er gemakkelijke communicatiekanalen zijn, waarlangs hij via een groep of zelf kan zorgen dat zijn zaken worden behartigd. Uitgangspunt daarbij is, dat ieder probeert met de middelen die hij heeft, de ander te helpen om tot een oplossing te komen. Ontbreken de middelen, zoals mankracht, goederen of financiën, dan zal hulp niet altijd mogelijk zijn.

(c) De verschillende overlegorganen hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid, ook ten opzichte van elkaar.

Democratische verhoudingen behoren gebaseerd te zijn op een evenwicht van krachten. De verschillende organen houden daarbij toezicht op elkaars functioneren. Deze sociale controle is essentieel voor een gezonde bedrijfsvoering.

De organisatie in afdelingen, hoofdafdelingen en ziekenhuis is gebaseerd op coördinatie en integratie. Het gaat er steeds weer om

medewerkers en leidinggevende mensen bijeen te brengen op zo'n manier dat ze gemeenschappelijk beslissen over de door hen te verrichten taak en op die wijze helderheid krijgen over wat ze moeten doen, zich daarbij betrokken voelen en bovendien ervaren, dat ze het werk alleen niet kunnen, maar anderen in de eigen groep of daarbuiten nodig hebben voor de totstandkoming van activiteiten. Dit gebeurt op afdelings-, hoofdafdelings- en directieniveau overal op gelijksoortige manier. Het zou te ver voeren om hier nader in te gaan op de ontwikkelingen van behandelteams en de vragen rondom de arbeid, bezigheid, creatieve- en bewegingstherapie. Ik hoop dat in een volgende publikatie te doen.)

Tweede aandachtsgebied

Waaraan werd gewerkt is: Hoe functioneren medewerkers en patiënten in de verpleegafdeling ten opzichte van elkaar?

Daarover werd in het voorafgaande reeds iets gezegd voorzover het organisatorische, communicatieve en besluitvormingsprocessen aanging.

Nog enkele andere punten:

(1) De invoering van behandelcontracten. In principe houden ze in, dat met patiënten overeengekomen wordt waaraan ze willen werken en waaraan het behandelteam zal meewerken om één en ander waar te maken, mede op basis van deskundigheid van het behandelteam zelf.

Wordt men het met elkaar niet eens, wat uiteraard voorkomt, dan kunnen er twee dingen gebeuren. De behandeling gaat niet door en de patiënt vertrekt na een kortere of langere observatieperiode, of men beroept zich op de algemeen directeur. Deze zal proberen om partijen bij elkaar te brengen in één of meerdere gesprekken. Lukt dit ook niet dan kan er beroep zijn op het bestuur van het ziekenhuis of de inspectie. Laatstgenoemde mogelijkheden worden zelden gerbuikt.

Behandelcontracten vereisen behandelplannen. Het opstellen en evalueren ervan, is een taak van de behandelteams. Ook de onderlinge taakverdeling van de behandelaars. In de teams wordt samen met de patiënt vastgesteld aan welke problemen zal worden gewerkt. Het contract.

Met de uitvoering binnen de ziekenhuisorganisatie zijn de groepsverpleegkundigen belast. Ze zijn de patiënten behulpzaam bij de realisering van de plannen en evalueren voortdurend de waarde ervan, zodat eventueel via het behandelteam of in direct overleg met de psychiater als het acute zaken betreft, kan worden bijgestuurd. Bijsturing is nodig, wanneer het plan niet in overeenstemming is met de behoeften van de patiënt of als hij tegenstrijdigheden ervaart.

(2) Een vast aan het ziekenhuis verbonden juridisch raadsman vangt vele zaken op en vervult tevens een soort ombudsfunctie: Hij koppelt klachten terug naar de verpleegafdeling en maakt ze daar bespreekbaar, indien dat niet mogelijk bleek. Verder zorgt hij voor

bijsturing, wanneer fouten zijn gemaakt.

(3) Patiëntenrechten werden duidelijk geformuleerd en bekend gemaakt: Recht van informatie, recht van beroep, recht om zelf te beslissen, recht om gehoord te worden. Daarnaast werden ook enige rechten voor behandelaars vastgesteld. Deze liepen in grote lijnen parallel met die van de patiënten. Het leek niet zinnig om alleen over patiëntenrechten te spreken en dan die van het personeel maar te laten rusten. Vanuit een evenwichtig beleid hebben beide groepen recht op gelijke steun en helderheid.

(4) Een belangrijke ontwikkeling was ook het in leven roepen van groepsverpleging. Ik vermeldde dat reeds. Gediplomeerde verpleegkundigen, die daartoe speciaal werden opgeleid, kregen de verantwoordelijkheid voor tien tot twaalf patiënten. De eigen groep. De verantwoordelijkheid ligt naast de reeds vermelde hulp aan de patiënt vooral ten aanzien van informatieverstrekking aan therapeutische bedrijven buiten de afdeling en terugrapportage daarvan aan het behandelteam; het organiseren van een therapieprogramma voor de gehele week, zodat de patiënt weet waar hij aan toe is; individuele begeleiding; groepsgesprekken primair gericht op de dagelijkse gang van zaken op de verpleegafdeling; evaluatie van de dag en toezicht (Therapeutische gesprekken met de groep gebeuren onder leiding van één van de behandelaars).

Derde aandachtsgebied

Hoe is het personeelsbeleid in het ziekenhuis?

(1) Uitgangspunt om daaraan veel aandacht te schenken was de gedachte, dat wanneer een personeelslid vanuit de ziekenhuisorganisatie een positief klimaat ervaart, hulp en steun ondervindt van medewerkers en leidinggevenden, dergelijke ervaringen van grote invloed zijn op zijn of haar gedrag ten aanzien van patiënten.

Belangrijk is in de eerste plaats de leiding van de chef. Hoe geeft hij of zij leiding? In het hiërarchische model is de chef degene die het uitmaakt, die beveelt en daar moet je als medewerker dan maar op reageren en aan voldoen.

In het coördinerend en integratieve model is de chef degene die de mensen bij elkaar brengt, samen met hen gemeenschappelijke basisfilosofieën ontwikkelt, samen met hen tot beslissingen komt en zorgt deze in onderling overleg tot uitvoering te brengen. Deze stijl van leidinggeven is steunend in plaats van bevelend. Toezicht houdend, beherend en evaluerend, als een steeds terugkerend proces ter ondersteuning, in plaats van ad hoc, controlerend en standjes uitdelend.

Er zijn naast deze stijl uiteraard bepaalde deskundigheden nodig zoals vergaderingen leiden, letten op het besluitvormingsproces en op de emotionele kanten in de vergaderende groep. Hoe gaat ieder met elkaar om? Zijn de gesprekken open, luistert men naar elkaar en wordt er indien nodig feedback gegeven?

Daarnaast voert de chef persoonlijke gesprekken met medewerkers. Ze hebben ten doel om steun te bieden bij het dagelijks bezig

zijn, om waardering uit te spreken zowel in positieve als in negatieve zin, zodat de betrokkene weet hoe de chef over hem of haar denkt, maar ook omgekeerd.

(2) Er werd zorg voor gedragen dat ieder personeelslid deel uitmaakte van een groep. Zo kon ieder meedoen aan het afdelingsgebeuren en via de chef alle informatie ontvangen over het afdelings- en ziekenhuisbeleid, om zijn werk daarop af te stemmen en er invloed op uit te oefenen. Opvallend was hoeveel mensen niet tot een groep behoorden. Een toegewezen taak met een omschrijving daarvan werd niet langer meer gezien als een soort ijzeren wet, zodat iemand kon zeggen: Dat behoeft ik niet te doen, want dat behoort niet tot mijn taak. Een taakomschrijving werd niet meer dan een poging ad hoc om enige oriëntatiepunten aan te geven. De betekenis ervan is zeer tijdelijk. Immers ieder mens heeft een aantal opvattingen over de wijze waarop hij zijn werk wil doen. Zijn collega's, zijn chefs en de patiënten hebben daar ook een mening over. Op basis van deze meningen over en weer hebben mensen verwachtingen ten aanzien van elkaar. De individuele werker beslist niet alléén over wat zijn taak precies inhoudt en hoe hij ermee bezig is, maar ook anderen, chefs, collega's en patiënten hebben daar hun invloed op. Men kan zich voorstellen, dat er onder collega's of tussen een chef en zijn medewerker, of tussen een medewerker en een patiënt, een soort onderhandeling bestaat en ontstaat over de inhoud van wat gedaan moet worden, mede op grond van de individuele mogelijkheden van een ieder. Wat de één niet kan, kan de ander of vult de ander aan. Zo ontstaat daarover een gesprek en verdwijnt de krampachtigheid. Men behoeft niet bang te zijn af te gaan, wanneer blijkt dat men iets niet kan. Het regelmatige gesprek over de vraag: Wat doen we samen en hoe verdelen we de taken is ook van belang voor de verdere ontplooiing van iedere gesprekspartner. Wanneer er flexibiliteit bestaat dan kan vastroesten worden voorkomen en ontstaan steeds weer mogelijkheden die mensen nodig hebben om zich te ontplooien. Immers kan het gebeuren dat iemand vandaag iets nog niet kan, maar over enige tijd wel. Dan moet daarvoor de ruimte zijn.

(3) Er werd en wordt naar gestreefd om fouten bespreekbaar te maken. 'Je kunt er iets van leren'. Uiteraard is het van belang, om ze zo min mogelijk te maken. Als ze echter gemaakt worden moet er de mogelijkheid zijn om ze aan de orde te stellen. Op deze wijze kunnen preventief maatregelen worden ingevoerd, of bestaande processen bijgestuurd.

(4) Veel personeelsleden die in het ziekenhuis komen zijn niet op de hoogte van afspraken, die in de loop der tijden zijn gemaakt, noch kennen zij allerlei procedures, zoals: Wat te doen bij een suïcide, of bij overlijden, bij brand of voor het verkrijgen van een dieet, etc. etc. Om aan deze onwetendheid tegemoet te komen werd een dienstboek aangelegd, waarin beschrijvingen van de verschillende procedures zijn te vinden.

(5) Uiteraard zijn ook allerlei praktische zaken, zoals dienstplanning, vrije dagen, overplaatsingen e.d. in overeenstemming

met goede arbeidsverhoudingen geregeld. Het zich houden aan C.A.O.-afspraken is ook een stukje van een gezond arbeidsklimaat. In dit opzicht was men vooral in de verpleegdienst nogal eens slordig. Frustraties daarover hebben een slechte invloed op het klimaat en de onderlinge verhoudingen.

Vierde aandachtsgedebied

Hoe zijn de opleidingen georganiseerd? Wat is de plaats van onderzoek?

Om alle veranderingen reëel handen en voeten te geven in de praktijk van iedere dag, was het nodig, dat gevonden uitgangspunten werden omgezet in nieuwe gedragswijzen. Mensen veranderen hun gedrag niet zo maar. Daar is oefening voor nodig en zicht op nieuwe situatie, zodat deze extra uitnodigen om het anders te doen. Daartoe werd een groot aantal oefendagen georganiseerd, ter plaatse in de afdeling en daarbuiten. Voor groepsverpleegkundigen o.a. werden geheel nieuwe opleidingen gemaakt.

Voor leidinggevendenden, alleen of met hun medewerkers samen, werden trainingen georganiseerd om zich de nieuwe stijl van leidinggeven eigen te maken, om vergader- en discussietechnieken te leren, om zich te verdiepen in processen van besluitvorming en evaluatie ervan, etc. etc.

Steeds duidelijker kwam in het ziekenhuis een scheiding tot stand tussen mensen die als regelaars, managers optreden en mensen die meer in de professionele sfeer bezig zijn zoals artsen, psychologen, maatschappelijk werkenden, creatieve therapeuten, etc. etc. Om dingen tot stand te brengen kunnen de professionals hun zaken kwijt aan de regelaars, die dan op hun beurt ervoor zorgen dat ze realiteit worden. Voor de artsen was dit een moeilijk proces, omdat ze eraan gewend waren om ook ten aanzien van allerlei regelzaken in het ziekenhuis mede dirigerend op te treden.

Deze ontwikkeling vroeg een voortdurende begeleiding, die eens per zoveel tijd dan ook plaatsvond in gespreks- en oriëntatiedagen. In het voorafgaande sprak ik reeds even over de diensten. Ook zij werden in het veranderingsproces betrokken. Dat kon moeilijk anders. Immers wanneer zich binnen de verpleegafdelingen op grote schaal veranderingen voltrekken, dan ervaren ook de andere diensten daarvan de gevolgen. Met name de technische, civiele en administratieve diensten waren gewend om nogal te heersen over de afdelingen. Zij maakten uit wat er moest bijgehouden, gedaan of gegeten worden en overleg was over het algemeen nogal summier. Deze grondhouding veranderde. De servicegedachte kreeg de overhand. Ten dienste staan van, steun bieden aan. Om goed vorm te geven aan deze gedachtengang waren meerdere organisatorische wijzigingen nodig. Niet zo verwonderlijk!

Immers betekent verandering van beleid haast altijd een verandering in de communicatiestructuur en dus in de organisatie. Ik moge dit verder laten rusten. In het begin van mijn betoog merkte ik immers op, dat ik niet of nauwelijks over de randvoorwaarden en

de veranderingen daarin zou spreken.

Tot slot wil ik nog iets zeggen over de 'organisatie en ontwikkelingsgroep' die langzamerhand in de loop van de laatste jaren binnen 'Veldwijk' vorm kreeg. Deze bestaat uit zes medewerkers, twee arbeidskundigen, één socioloog, één bedrijfskundig ingenieur en twee bedrijfspsychologen.

Ze zijn als staforgaan aan de directie gekoppeld en hebben tot taak om enerzijds onderzoek te doen en anderzijds de resultaten ervan om te zetten in structuren, strategieën en veranderingsprocessen en daarbij begeleiding te geven. Meestal gebeurt dat dan in de afdelingen zelf. Training on the job.

Onderzoek en de uitwerking ervan gebeurt samen met de medewerkers in het betrokken werkveld. De resultaten worden dan pas aan de directie ter overweging aangeboden, wanneer onderzoekers en veldwerkers het geheel met elkaar eens zijn.

Zo hebben de arbeidskundigen op basis van tijdsmeting een systeem van personeelsbeheersing in de verpleegafdelingen ontwikkeld op grond waarvan nagegaan kan worden of er in een bepaalde afdeling mensen te veel of te weinig zijn. Ook kan bij voorbeeld bij therapieverandering worden aangegeven hoeveel mankracht dit meer vraagt en welk gekwalificeerd personeel vereist is.

Nieuwe organisatiestructuren werden ontworpen door poliklinieken, teamverpleging e.d.

Uitgangspunt is steeds: onderzoek ten behoeve van de realisering van veranderingen. Het doel ervan is, om de organisatiestructuur en de samenwerking tussen mensen die daarin gestalte krijgt, aangepast te doen zijn aan de steeds wisselende situaties die zich voordoen op het terrein van therapeutisch- en personeelsbeleid. Ook vanuit de buitenwereld worden veranderingen aangedragen. Denk bij voorbeeld aan wetgeving.

De bedrijfspsychologen helpen betrokkenen om de veranderingen waar te maken in de praktijk. De socioloog doet dat eveneens, maar hij is ook bezig om onderzoek te doen naar achterliggende normen en waarden.

Slotopmerkingen

Ik heb geprobeerd om u een zeer globaal beeld te schetsen van al die zaken, waarmee we in 'Veldwijk' gedurende de laatste vijf jaar bezig zijn geweest op beleidspychiatisch terrein. Achterwege bleven de veranderingen in de randvoorwaarden, zoals gebouwen, terreinen en administratie. Ook familieraad, ondernemingsraad en bestuur werden niet vermeld. Ziekenhuismanagement in zijn totaliteit was niet het focus van mijn onderwerp. In andere publikaties hoop ik daarop nader in te gaan.

Het beleidspychiatisch proces heeft zich in de loop van jaren voltrokken; tien tot twaalf jaar. We hebben het langzaam gedaan, stap voor stap, zodat de realisering ervan geen al te grote schokken zou geven. Desondanks waren er momenten, waarin spanningen voorkwamen, vooral op die ogenblikken, wanneer patiënten of mede-

werkers emotioneel ervoeren dat zij een veranderingsstap moesten maken. Ondanks het voorzichtig en behoedzaam manoeuvreren, waren er in beide groepen enkele uitvallers. Bij sommige patiënten terugval in ziektepatronen en misschien ook wel suïcide. Bij sommige personeelsleden een zich terugtrekken in ziekte.

Het blijft een intrigerende vraag, of het mogelijk zou zijn geweest om veranderingen door te voeren zonder deze neveneffecten van menselijke aard.

Er tegenover staat echter de winst van een duidelijk verbeterd klimaat, een heldere werkstructuur en onderlinge verhoudingen die gegroeid zijn in de richting van een positieve attitude, waarin mensen, patiënten en personeel elkaar veiligheid, erkenning, mededogen, eigen keuze en zelfbeschikking bieden, waardoor ze zich in onderlinge relatie en afstemming op elkaar kunnen ontplooiën en ontwikkelen in de door hen gewenste richting.

Literatuur

- Andel, H. van (1974), Klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis; een proces, dat een methodische aanpak vraagt, *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Andel, H. van (1979), Over zorg gesproken, *Symposiumverslag januari 1979*, Uitgegeven door psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk'.
- Doff, J. (1960), Administrative psychiatry, *Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid*, p. 159-171.
- Kuin, P. (1977), *Management is meer*, Elsevier.