

De vergadering: een spiegel van het teamwerk in een psychiatrisch ziekenhuis

door R. van Ommen

Inleiding

Zoals in andere organisaties verschuift ook in de psychiatrische ziekenhuizen de verticale organisatiestructuur naar een meer horizontale, vooral de organisatie van de behandeling. Anderzijds worden als gevolg van de algehele bezuiniging steeds hogere eisen gesteld aan de bedrijfsvoering en efficiëntie. Dit kan in conflict staan met een meer horizontale organisatie van de behandeling, zoals zorgvuldig overleg met een patiënt over het afbouwen van zijn opname door steeds langere perioden van weekendverlof, met als gevolg dat er gedurende steeds langere tijd een bed leeg staat.

Daarnaast vindt er door het streven naar democratisering een verschuiving in de professionele verhoudingen plaats (Giel, 1979).¹ Echter ook binnen dezelfde professie zijn er veranderingen in de rolopvattingen zichtbaar. Zo zijn door de intrede van de psychofarmaca in de vijftiger jaren de verpleegkundigen veel meer gesprekspartner en eerst-verantwoordelijken voor het therapeutisch klimaat op een afdeling van en voor de patiënten geworden, terwijl de oudere verpleegkundigen nog zijn opgegroeid en opgeleid met de bedverpleging die een heel andere rol- en taakopvatting vereiste. Dit alles beïnvloedt het functioneren van de afzonderlijke disciplines en de multidisciplinaire behandelteams in de inrichting en werkt uiteraard door in de uiteindelijke psychiatrische zorg (Caudill, 1958).²

In zijn artikel in het M.G.V. noemt Giel twee zienswijzen bij de bestudering van organisaties, nl. die van het wetenschappelijk management en die van de tussenmenselijke relaties. De eerste zienswijze is volgens hem moeilijk te hanteren bij de bestudering van een psychiatrische inrichting vanwege de vaagheid van doelstellingen en door een aantal onzekerheden, die het productieproces van deze organisatie betreffen. Toch is vanuit deze zienswijze, uitgaande van de bedrijfsorganisatie en efficiëntie van de inrich-

Schrijver is andragoog en als wetenschappelijk ambtenaar verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie (Hoofd: Prof. Dr R. Giel) van het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

ting wel onderzoek verricht, waarbij men veelal de opname/ontslagratio als maatstaf voor het efficiënt functioneren en de productiviteit van de inrichting nam.³ Deze benaderingswijze heeft als voordeel dat men een groot aantal inrichtingen tegelijk kan onderzoeken, informatie kan halen uit de patiënteengegevens en schriftelijke vragenlijsten kan rondsturen om de arbeids- en verblijfsatisfactie te peilen. Een nadeel is dat de onderzoeker weinig inzicht krijgt in het dagelijks doen en laten binnen een organisatie. In de regel wordt onderzoek in psychiatrische inrichtingen echter gedaan vanuit de human relationsbenadering. Dit is niet zo verwonderlijk als we bedenken dat deze theorie is ontwikkeld vanuit de psychoanalyse. 'Zich bewust zijn van' wordt dan beschouwd als de belangrijkste factor op het niveau van de organisatie.⁴ Een voordeel van deze benadering is de mogelijkheid om allerlei soorten groepsinteractie en groepsprocessen intensief te bestuderen. Een nadeel is dat dit onderzoek vaak beperkt moet blijven tot een of enkele inrichtingen waardoor generalisatie van de bevindingen wordt bemoeilijkt. Om met Zwart⁵ te spreken: 'De klassieke organisatieleer schiep organisaties zonder mensen. De human relations-beweging verviel in het andere uiterste door slechts mensen te zien zonder organisationele context'.

In het onderzoek waar dit artikel over gaat, hebben we voor het gezichtspunt gekozen dat groepsinteractie en groepsprocessen worden begrensd en beïnvloed door structurele condities. Structurele condities zijn bijv. de aard van de patiëntenpopulatie, de personeelsbezetting en -opbouw, de rolopvattingen van de afzonderlijke disciplines, enz. Verder moet het in dit artikel beschreven onderzoek in de eerste plaats worden gezien om het functioneren van psychiatrische behandelteams en -disciplines in kaart te brengen om zodoende een basis te leggen voor evaluatie. Een evaluatie kan o.a. plaatsvinden tegen de achtergrond van: de kosten van de psychiatrische behandeling, de patiëntenbenadering en de personeelsopbouw. Als spiegel van het totale functioneren van het behandelteam en van de verschillende disciplines in een intramurale psychiatrische zetting hebben wij hun gestructureerde vergaderingen als object van onderzoek gekozen. Dit zijn duidelijk omliggende en herkenbare gebeurtenissen waarbinnen het teamfunctioneren tot uiting komt, bijv. in het al of niet nemen van beslissingen over de behandeling en de organisatie daarvan. In dit kader is de opmerking van Caudill² interessant nl. dat algemene onrust het eerst zichtbaar werd in de door hem geobserveerde dagelijkse afdelingsbesprekingen, twee weken daarna pas op de afdeling zelf, en daarna bij de patiënten. Dit zou betekenen dat het preventief gezien waardevol kan zijn als het teamfunctioneren regelmatig tijdens vergaderingen zou worden geëvalueerd.

Ontstaan en achtergronden van het onderzoek

Het onderzoek is gestart vanuit een plan van de World Health Organization om de activiteiten van de multidisciplinaire teams die

doorgaans de psychiatrische zorg verlenen te identificeren en te kwantificeren, waardoor het uiteindelijk mogelijk zou moeten zijn om de effectiviteit van psychiatrische interventies te meten. De afdeling Sociale Psychiatrie van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen werd belast met de uitwerking en uittesting van een in ruwe lijnen geschetst onderzoeksplan. Als object van onderzoek werden de twee maal daags plaatsvindende teamvergaderingen van het aan de afdeling verbonden crisiscentrum genomen. Bij het observeren van de vergaderingen maakten wij gebruik van een door onszelf⁶ ontworpen observatieformulier, waarmee op eenvoudige wijze een vergadering chronologisch stap voor stap kon worden gevolgd en in voorgecodeerde vorm of met korte trefwoorden kon worden aangetekend. Wij kregen zo een zo nauwkeurig mogelijke afspiegeling van het vergaderproces en het rolgedrag of de interacties van de aanwezige disciplines. Met dit formulier hebben we gedurende drie achtereenvolgende weken de teamvergaderingen op het crisiscentrum geobserveerd. Na vergelijking van een aantal formulieren die door twee observatoren onafhankelijk van elkaar waren ingevuld bleek de interobserverreliability hoog te zijn. Ook bleek het observatieformulier bruikbaar in verschillende klinische zettingen, aangezien het zonder al te veel problemen gebruikt kon worden in Nottingham bij de observatie van de wekelijks plaatsvindende teamvergaderingen van een gesloten afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis aldaar.

Het onderzoek in een psychiatrisch ziekenhuis in het noorden des lands⁷

Begin 1978 werden we gevraagd door een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis in het noorden des lands om hun overleg-situaties aan een gedetailleerd onderzoek te onderwerpen. Men vond dat men mogelijk te veel en inefficiënt vergaderde en wilde hier graag verandering in aanbrengen. Al spoedig bleken meerdere afdelingen voor dergelijk onderzoek belangstelling te hebben. Hierop besloten wij een vragenlijst te ontwerpen en die naar alle opname- en dagbehandelingsafdelingen⁸ van dat ziekenhuis te zenden om inzicht te krijgen in de vragen welke afdelingen werkelijk mee wilden doen, met welke motieven, en wat men dan graag onderzocht wilde zien. Verder bevatte de lijst een aantal vragen over wat er zoal op een afdeling bestond aan vergaderingen met tijden, frequenties, doelstellingen en aanwezige disciplines, personeelsbestand, patiëntenpopulatie, enz. Tien van de twaalf afdelingen bleken direct mee te willen doen en inmiddels had de directie zich bereid verklaard het project te financieren⁷, zodat het onderzoek op 1 november 1978 van start kon gaan.

Allereerst werden de twee afdelingen die niet aan het onderzoek wensten mee te doen benaderd om naar hun redenen te informeren. De ene meende dat het een economisch efficiëntie-onderzoek betrof, waarbij geen rekening zou worden gehouden met de sfeer op de afdeling, enz. Nadat duidelijk werd dat dit beslist niet de be-

doeling van het onderzoek zou zijn wilde men alsnog deelnemen. De andere afdeling zag er geen heil in, omdat men een volledig ander type patiënten behandelde dan de rest, nl. dementiële bejaarden, die men begeleidde naar hun sterven in plaats van naar hun ontslag. Echter nu alle afdelingen mee zouden doen besloot toch ook deze afdeling in elk geval ook aan de eerste fase van het onderzoek (het invullen van de vragenlijsten) deel te nemen. Dit laatste – min of meer onder een gevoelde druk participeren – ging eigenlijk lijnrecht tegen onze opvattingen in, omdat we steeds op elke afdeling duidelijk hebben laten blijken dat we samenwerkten met afzonderlijke afdelingen, dat zij ons hadden gevraagd om onderzoek te doen, dat zij meededen op basis van vrijwilligheid en dat we alleen aan hen verantwoording waren verschuldigd. De directie was alleen als financier betrokken bij het onderzoek en niet bij de uitvoering. Pas bij de afsluiting, het in de praktijk brengen van bepaalde onderzoeksconclusies, of bij publikatie van bepaalde gegevens zou de directie erbij betrokken worden. Deze opstelling leidde ertoe dat er een vertrouwensrelatie met de afdelingen ontstond.

Een gevolg van deze opstelling was ook dat we gedurende het gehele onderzoek intensief contact hielden met het onderzoeksveld, waardoor er van weerskanten voortdurend kon worden ingegaan op eventuele vragen, wensen en onduidelijkheden. Dit gebeurde o.a. door regelmatige schriftelijke terugrapportage, het naar aanleiding daarvan doorpraten met de afdelingen van de tot dusverre gevonden uitkomsten en het zo mogelijk in de volgende onderzoeksfasen 'meenemen' van door de afdelingen gestelde onderzoeksvragen. Dit had o.a. weer tot gevolg dat er sprake bleek van een constante (en soms toenemende) motivatie voor het onderzoek.⁹

In de rapporten en gesprekken gaven we ook suggesties voor mogelijke veranderingen en verbeteringen, wat vragen kon oproepen over de rol van de onderzoekers, zoals 'Waren wij nu onderzoekers of verzamelaars?' Immers, enerzijds hield het onderzoek zich niet bezig met het 'alleen maar' beschrijven en analyseren van waargenomen verschijnselen tijdens vergaderingen, maar anderzijds gingen wij niet zo ver dat wij de door ons geadviseerde verbeteringen en veranderingen ook gingen begeleiden. Deze tussenpositie tussen zuiver registrerend onderzoeker en organisatie-ontwikkelaar was het gevolg van de afspraak, die wij aan het begin van het onderzoek met alle deelnemende afdelingen hadden gemaakt. Wij zouden op hun verzoek aanbevelingen doen en adviezen uitbrengen, maar niet de op basis hiervan mogelijk op gang gebrachte veranderingen gaan begeleiden.

Aan de eerste fase van het onderzoek namen dus alle twaalf intra- en semimurale afdelingen van het ziekenhuis deel. De eerste fase – de analyse van de vragenlijsten – moest leiden tot een standaardisatie en inventarisatie van alle gestructureerde overlegsituaties in het onderzochte psychiatrisch ziekenhuis om te weten welke vergaderingen op een vergelijkbare wijze op alle afdelingen zouden kunnen worden onderzocht en om te zien in hoeverre dit ook prak-

tisch haalbaar zou zijn.¹⁰ Bovendien zouden latere bevindingen uit de observaties kunnen worden gerelateerd aan de overige kenmerken van de afdelingen die met behulp van de vragenlijst waren verzameld.¹¹

Aan de daaropvolgende observatiefase hebben tien afdelingen deelgenomen. Een kleine afdeling viel uit, omdat daar nauwelijks gestructureerde vergaderbijeenkomsten werden gehouden en de afdeling met dementiële bejaarden zag af van verdere deelneming. Deze tien afdelingen kenden naast overeenkomsten ook aanmerkelijke verschillen. De afdelingen zetelden bijvoorbeeld elk in een apart gebouw, en ze lagen niet allemaal op hetzelfde terrein. Sommige afdelingen behandelden dezelfde ziektebeelden maar met een verschillende visie op de behandeling. De organisatie- en vergaderstructuren verschilden vaak aanmerkelijk per afdeling. De afdelingen beschouwden zichzelf als vrij zelfstandig functionerende eenheden en werden ook door de directie als zodanig beschouwd. Door deze structurele condities is het volgens ons erg moeilijk om in dit soort onderzoek meerdere ziekenhuizen als object van vergelijking te nemen. Men moet zich in de eerste plaats richten op de afdelingen.

Omdat we in deze fase niet alle vergaderingen op alle afdelingen konden observeren moesten we een keuze maken. Deze viel op de intake-/evaluatievergadering als representant van een vergadering gericht op de behandeling van patiënten, en op de stafbeleidsbespreking die een vergadering representeerde gericht op de organisatie van de afdeling. Beide typen vergaderingen hadden als voordeel, dat ze op alle afdelingen voorkwamen en meestal wekelijks werden gehouden. Voorts vielen gelukkig weinig vergaderingen van twee afdelingen samen. Elk type vergadering zou gedurende drie achtereenvolgende keren op elke afdeling door twee observatoren¹⁰ worden geobserveerd. De vraagstelling werd geformuleerd op basis van de over het algemeen vage en brede wensen van de afdelingen, die wij hebben geoperationaliseerd tot: onderzoek naar de mate van vergadertechnische efficiëntie, de inbreng van en de communicatiepatronen tussen de verschillende disciplines.

Voor de verzameling van de gegevens hebben we in de eerste plaats gebruik gemaakt van het bijgeschaafde en verder uitgebreide observatieformulier dat was gehanteerd bij het onderzoek op het crisiscentrum van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen. Met behulp van dit formulier konden de verschillende fasen tijdens een vergadering chronologisch worden beschreven. Wij onderscheidden een drietal opeenvolgende fasen, nl.:

- de fase van informatievergaring over het aan de orde zijnde probleem;
- de fase van meningsvorming en standpuntsbepaling;
- de fase van besluitvorming en probleemoplossing.

Verder konden de in een vergadering optredende interactiepatronen met behulp van het formulier worden vastgelegd.¹²

Uitgangspunten bij observatie waren de patiënt bij de intake/evaluatie en het agendapunt bij de stafbeleidsbespreking. De kop

observeren vergadering, zoals de datum, de afdeling welke disciplines er aanwezig waren en het type vergadering. Daaronder was het formulier onderverdeeld in 19 kolommen. Hieronder volgt nu een zeer vereenvoudigd voorbeeld hoe een vergadering op dit formulier werd aangetekend:

pat. 1	patiënt/agendapunt.
8.30	tijd.
gedipl. verpl.	discipline die inbrengt.
medicatie	aard v.h. ingebrachte probleem.
ged. verpl.	informatie geven.
hoofd- verpl.	informatie vragen.
psy- chiat.	mening geven.
psy- chiat.	mening vragen.
hoofd- verpl.	samenvatten, herhalen.
hoofd- verpl.	suggesties vragen, inventariseren.
med. staf- stop 8.43	actievoorstel + tijd van indiening.
hoofd- verpl.	discipline die voorstelt.
1	sterkte v.h. voorstel.
psych. stafver. hoofdv. psych. 8.46	deelnemers aan discussie over voorstel.
med. nacht- 2	besloten actie + tijd waarop genomen.
	gemak waarmee besluit genomen.
	discipline(s) duidelijk (on)eens hiermee.
gedipl. verpl.	discipline(s) verant- woordelijk voor uitvoer.
	opmerkingen.

1 = genoemd als één van de mogelijkheden

2 = aangenomen zonder noemenswaardige tegenstand

De pijlen geven de richting van de communicatielijnen aan.

Verder hebben we aan de hand van literatuur¹³ een tweede observatieformulier geconstrueerd, waarop de verschillende rollen of soorten interacties konden worden genoteerd met de bedoeling de aard en omvang van de verschillende interacties nauwkeuriger te kunnen scoren. Op dit observatieschema werden deze genoteerd in blokjes van vijf minuten.¹⁴ Elke kolom op het formulier vertegenwoordigde een rol of type interactie.¹⁵ De 19 rollen konden worden samengevat in de volgende drie categorieën:

- taakgerichte rollen;
- groepshandhavingsrollen;
- gemengde taak- en groepsrollen.

In de praktijk bleek dit observatieschema niet helemaal waterdicht. Het zal in de toekomst dan ook worden bijgeschaafd.

De derde bron van informatie was de door ons opgestelde vragenlijst met 115 vragen die de twee observatoren onafhankelijk van elkaar na afloop van elke vergadering invulden. Hij was enerzijds bedoeld om te checken of er verschillen in waarneming bestonden en anderzijds om snel het verkregen materiaal te bewerken en nog enkele gegevens kwijt te kunnen die niet op de observatieschema's stonden, zoals een beschrijving van de ruimte waarin de vergadering plaatsvond.

De observatiefase liep van eind maart tot half mei 1979. Hierin hebben we in totaal 29 intake-/evaluatievergaderingen en 31 stafbeleidsbesprekingen, verspreid over de tien afdelingen geobserveerd. De uitkomsten uit de observaties werden neergelegd in een vertrouwelijk, voor elke afdeling afzonderlijk geschreven onderzoeksrapport. Pas toen deze tien rapporten met de afdelingen waren doorgepraat konden we overgaan tot een onderlinge vergelijking, wat zijn neerslag heeft gevonden in een voor alle medewerkers van het onderzochte psychiatrische ziekenhuis toegankelijk eindrapport.

Enkele bevindingen

Over het algemeen verliepen de gesprekken over de onderzoeksbevindingen goed; er werden ook fundamentele afdelingszaken aan de orde gesteld waarvan men meende dat deze verandering behoeften. Het onderzoek heeft op de afdelingen een discussie over het functioneren van disciplines, van die afdelingen en van het totale ziekenhuis op gang gebracht. Geen enkele afdeling maakte bezwaar tegen het gebruik van hun gegevens in een voor een breed publiek toegankelijk artikel.

De vergaderingen

- Na inventarisatie van alle gestructureerde vergaderingen binnen de inrichting bleek o.a. dat sommige vergaderingen op een aantal afdelingen dezelfde naam maar een andere doelstelling hadden, terwijl er ook waren met een verschillende benaming en dezelfde doelstelling. Na standaardisatie kwamen we op vijftien typen gestructureerde¹⁶ vergaderingen, die grof waren te verdelen in drie

categorieën: (1) gericht op de patiëntenbehandeling; (2) gericht op de organisatie van de eigen afdeling of de gehele inrichting; (3) gericht op het functioneren van de eigen discipline op de afdelingen of binnen de inrichting, of op het functioneren van de medewerkers (en patiënten) als groep op een bepaalde afdeling. In de observatiefase bemerkten wij ook, dat er soms verschillen bestonden binnen één en dezelfde soort vergadering. Zo kende men b.v. een 'spoedevaluatie' en een 'normale evaluatie' met een verschillend interactiepatroon en verloop van de vergaderprocedure. Deze klussen van verschillende vergaderingen lijkt ons niet uniek voor de betreffende inrichting. Wij vermoeden dat elk groter psychiatrisch ziekenhuis zich er wel in kan herkennen.

– Alleen tussen de middag was er op het terrein niet enigerlei personeelsgroep met de een of andere vorm van overleg bezig. Dit duidt er o.a. op dat het voor buitenstaanders vaak erg moeilijk kan zijn om iemand van een bepaalde afdeling te pakken te krijgen, aangezien de kans groot is dat hij of zij 'in vergadering' is. Dit zal dan vooral de hoofdverpleegkundige of de psychiater betreffen (de beide sleutelfiguren van een afdeling naar buiten toe) omdat zij bij de meeste afdelingsvergaderingen aanwezig zijn. De mogelijkheid bestaat uiteraard om iemand op te roepen, maar dit werkt weer storend op het vergaderproces. Er is dus kennelijk veel tijd nodig voor overleg om het therapeutisch klimaat op een afdeling op gemotiveerde wijze mee te helpen bevorderen. Dit dreigt echter ten koste te gaan van de bereikbaarheid 'naar buiten' van het (hogere) behandelingspersoneel.

De afdelingen

– We constateerden dat er grote verschillen tussen de afdelingen bestonden wat betreft het aantal ingebrachte problemen of patiënten en de daaruit voortvloeiende actievoorstellen en acties per vergaderuur. Deze verschillen kwamen niet voort uit de aard of grootte van de afdeling of het aantal aanwezigen. Ook de gevolgde vergaderprocedure en de discipline van de voorzitter hadden hierop weinig invloed.

– Het leek erop alsof er minder tijd aan vergaderingen werd besteed naarmate er per bed meer personeel was. Ook was er een trend te bespeuren dat naarmate er minder verpleegkundig c.q. verzorgend personeel aan een afdeling was verbonden de vergader tijd toenam. Eén van de factoren die hierbij een rol speelt is de aard van de afdeling. Patiënten op een chronische afdeling zullen nl. veel meer verpleegkundige zorg behoeven dan die op een neurosenafdeling. Over de laatstgenoemde categorie zal men echter veel vaker moeten vergaderen gezien de intensieve psychotherapeutische behandeling en de regelmatige doorstroming (intakes).

– In tegenstelling tot onze verwachtingen was er geen duidelijk verband te bespeuren tussen het aantal aan een afdeling verbonden parttimers en het aantal vergaderuren op die afdeling. Wij hadden nl. verwacht dat het aantal vergaderuren zou stijgen met het aantal parttimers omdat er dan vaker 'bijgepraat' zou moeten

worden.

- Aan gestructureerde praktijkbegeleiding van leerlingverpleegkundigen in de zin van duidelijk van te voren geformaliseerde vergadertijden voor deze groep werd weinig tijd besteed. Wel bleek ons dat een groot gedeelte van de praktijkbegeleiding wel wekelijks overlegsituaties kende, maar hiervan wisselden de tijden.

- Verder bleek, dat er soms een kloof heerste tussen het zogenaamde kernteam en het perifere team. Onder het kernteam verstand men de disciplines die dagelijks op een afdeling waren te vinden zoals de psychiater en de verpleegkundigen. Tot het perifere team rekende men de disciplines die incidenteel de afdeling bezochten en hun werkruimte grotendeels elders op het terrein hadden, zoals de arbeids-, bewegings- en creatief therapeuten en in mindere mate de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Aan gezien het kernteam elkaar dagelijks zag en daardoor veel gelegenheid tot informeel contact had, was men goed op de hoogte van elkaars doen en laten. Dit maakte, zoals men het uitdrukte, dat de één de steek opving die de ander liet vallen. Op de afdeling vormde men dus een hecht team. Hierdoor konden vrij gemakkelijk ad hoc beslissingen over de behandeling worden genomen. Echter de perifere disciplines, die niet zo grondig op de hoogte waren van het dagelijks afdelingsgebeuren en vaak ook niet van de directe aanleiding tot verandering in de behandeling, voelen zich soms min of meer buiten spel gezet. Als zij over deze verandering opheldering wilden vragen werd dit door het kernteam soms beleefd als een ter verantwoording geroepen worden.

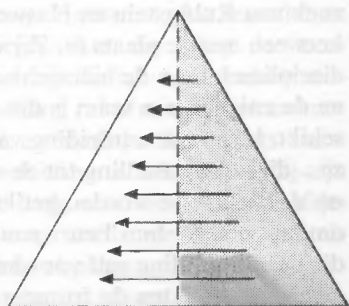
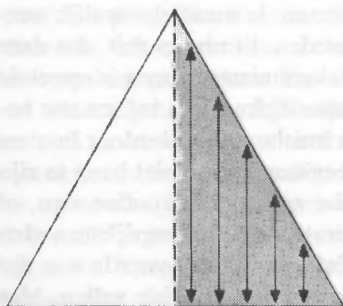
De disciplines

- Wat de aanwezige disciplines betreft verschilden de twee soorten vergaderingen aanmerkelijk van elkaar. Als we de discipline-opbouw op een afdeling voorstellen als een pyramide met de psychiater(s) aan de top en de leerlingverpleegkundigen aan de basis dan kunnen we stellen, dat de deelname aan de intake/evaluatie vaak een lengtedoorsnede van deze pyramide vormde. Met andere woorden: bijna alle op een afdeling werkzame disciplines waren meestal bij de intake/evaluatie vertegenwoordigd, van hoog tot laag. De deelname bij de stafbeleidsbespreking vormde daarentegen meestal een dwarsdoorsnede door deze pyramide en wel zo, dat alleen de top in de stafbeleidsbespreking was vertegenwoordigd. Daarom is het volgens ons belangrijk dat de verticale communicatie tijdens de intake/evaluatie goed in het oog wordt gehouden. Na afloop van de intake/evaluatie wordt dan immers de horizontale communicatie belangrijk. De vertegenwoordigers van een bepaalde subafdeling moet de besproken zaken nu meedelen aan zijn collega's (zelfde discipline) van die subafdeling. In de stafbeleidsbespreking was het net andersom, met doorgaans relatief veel vertegenwoordigers van dezelfde (hogere) discipline, met name stafverpleegkundigen. Aanschouwelijk gemaakt zien de discipline-opbouw en de communicatielijnen in en na de intake/evaluatie en de stafbeleidsbespreking er als volgt uit:

intake/evaluatie

discipline-opbouw en communicatielijnen *tijdens* een vergadering

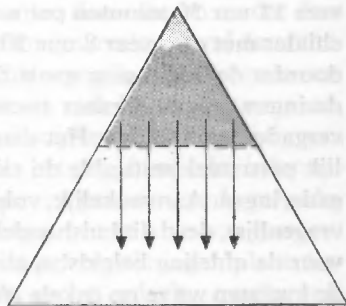
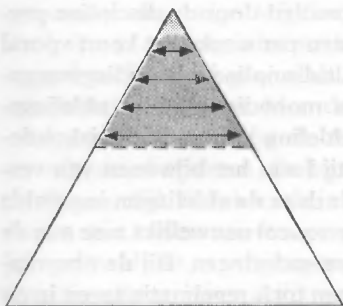
gewenste verloop van de communicatielijnen *na* een vergadering



stafbeleidsbespreking

discipline-opbouw en communicatielijnen *tijdens* een vergadering

gewenste verloop van de communicatielijnen *na* een vergadering



△ d_i = afdeling

■ = aanwezige disciplines

↕ ↔ = communicatielijnen

– De discipline van de psychiater nam doorgaans een centrale positie in beide soorten vergaderingen in, alhoewel meer in de intake/evaluatie dan in de stafbeleidsbespreking. De oorzaken die men hier voor aanwees waren o.a.: hij is een belangrijk onderhandelaar, hij is coach van de arts-assistent, mede door meer kennis heeft hij vaak de behoefte tot verklaren, hij beschikt over meer informatie die hij via andere wegen heeft gekregen (b.v. telefonisch contact met de huisarts van een patiënt). In de besprekingen met de afdelingen over dit punt kwam echter ook naar voren dat de psychiater deze centrale positie vaak tegen zijn zin inneemt, bijvoorbeeld op basis van traditie.

– Verder viel ons de unieke positie van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen binnen de vergaderingen op. Deze discipline plaatste o.a. vaak besproken onderwerpen in een breder kader en probeerde te voorzien wat de mogelijke consequenties op langere termijn zouden zijn van de te nemen besluiten. Ook in het onderzoek van Rubinstein en Haswell¹⁷ namen de maatschappelijk werkers een aparte plaats in. Zij verklaarden dit uit het feit, dat deze discipline buiten de hiërarchische ziekenhuisstructuren is opgeleid en de enige in een team is die over specifieke eigen informatie beschikt, bijv. naar aanleiding van een huisbezoek. Hierdoor hoeven ze – dit in tegenstelling tot de verpleegkundigen – niet bang te zijn op de vingers te worden getikt omdat ze het fout zouden zien, of omdat ze voor hun beurt zouden praten. De belangrijkste reden die deze discipline zelf voor hun unieke positie aanvoerde was dat ze eigenlijk buiten de formele lijnen van een afdeling vallen. Met andere woorden: ze zouden niet zo snel met een afdeling waaraan ze zijn verbonden worden vereenzelvigd, zoals wel vaak het geval is met de psychiaters en de (hoofd)verpleegkundigen. Deze disciplines bepalen immers, naast de opgenomen patiënten, het 'gezicht' van een afdeling.

– De hoofdverpleegkundige besteedde van alle disciplines de meeste tijd aan het bijwonen van vergaderingen, gemiddeld ongeveer 11 uur 30 minuten per week, gevolgd door de discipline psychiater met ongeveer 8 uur 30 minuten per week. Dit komt vooral doordat de verpleging naast de multidisciplinaire afdelingsvergaderingen ook doorgaans twee eigen monodisciplinaire afdelingsvergaderingen kende. Het aan de afdeling verbonden huishoudelijk personeel besteedde de minste tijd aan het bijwonen van vergaderingen. Aanvankelijk, volgens de door de afdelingen ingevulde vragenlijst, deed dit huishoudelijk personeel nauwelijks mee aan de voor de afdeling beleidsbepalende vergaderingen. Bij de observatie kwamen we ze op enkele afdelingen toch regelmatig tegen in de stafbeleidsbespreking, hetgeen we meer aannemelijk vinden. Immers het is te verwachten dat men naast psychiaters, verpleegkundigen en andere behandelaars toch ook het huishoudelijk personeel voor het organisatorisch gedeelte van de afdeling bij een beleidsvergadering nodig heeft (zou moeten betrekken). Echter indien deze discipline in een stafbeleidsbespreking was vertegenwoordigd speelde zij ten opzichte van de andere disciplines vaak een minder actieve rol. Dit kan er onder meer op duiden dat ook het organisatorische aspect van een afdeling vaak een aangelegenheid is voor direct bij de behandeling betrokken disciplines.

– Wat de discipline van voorzitter betreft leek het op de meeste afdelingen een ongeschreven wet te zijn dat een hogere discipline zoals een psychiater of een hoofdverpleegkundige voorzitter was. Wij achten het echter wenselijk dat er een discussie op gang wordt gebracht over de noodzakelijkheid daarvan. Bijvoorbeeld¹⁸: in een intake/evaluatie waarbij een patiënt gedurende enige tijd aanwezig is en waarbij een psychiater tegelijk voorzitter en behandelaar is, kunnen een aantal aspecten door elkaar gaan lopen, nl. het

therapeutische aspect (interactie tussen patiënt en psychiater/behandelaar); het leeraspect (interactie tussen (leerling)verpleegkundigen, assistenten en psychiater/opleider); en het taakgerichte aspect (interactie tussen andere deelnemers en psychiater/voorzitter om te komen tot het opstellen of bijsturen van het behandelingsplan). In dergelijke situaties lijkt het ons gewenst, dat een niet zo direct bij het besproken probleem betrokken discipline de voorzittersrol op zich neemt. Op korte termijn leek het ons echter zinvol een halfjaarlijkse of jaarlijkse training (al of niet in het ziekenhuis) te geven voor de voorzittersrol, en hierbij ook alle arts-assistenten tenminste één maal in hun opleiding te betrekken. Zij zijn de vermoedelijke voorzitters van de toekomst. Geen enkele afdeling sprak zich duidelijk negatief uit over het houden van zo'n trainingsdag. Integendeel, men wilde deze algemeen toegankelijk maken en niet alleen beperkt tot de hogere disciplines.

De problemen

– Vanwege het dagelijkse informele contact in het kernteam werd vaak – en dan vooral in de intake/evaluatie – niet alle beschikbare informatie geleverd. Men nam aan – echter zonder dat men dit naging – dat de meeste aanwezigen wel op de hoogte zouden zijn. Toen dit punt in een bespreking aan de orde werd gesteld merkte een van de aanwezige A.B.C.-therapeuten daarentegen op dat deze discipline vaak meer informatie in de intake/evaluatie gaf dan functioneel nodig werd gevonden voor het opstellen of bijsturen van een behandelingsplan. Men deed dit om zich hoorbaar te maken, omdat men aannam dat de andere disciplines nog te weinig van dit vakgebied afwisten. Ook gebeurde het nogal eens dat informatie die eigenlijk thuishoorde in de door ons geobserveerde vergaderingen al in andere soorten vergaderingen aan de orde was geweest. Dit laatste duidt er volgens ons op dat er vergaderingen plaatsvonden die elkaar inhoudelijk voor een groot gedeelte overlappen. Misschien is een sanering van het aantal vergaderingen mogelijk, of in ieder geval verkorting van de vergadertijd.

– Wij constateerden verder dat de zogenaamde medische disciplines (artsen, verpleegkundigen) bij de intake/evaluatie vaak algemene problemen aandroegen, terwijl de sociale disciplines (therapeuten, s.p.v.-ers) vooral met specifieke ofwel sociale problemen kwamen. Met andere woorden: de therapeuten en s.p.v.-ers droegen problemen aan die direct verband hielden met hun eigen vakgebied, terwijl de artsen en (psychiatrisch) verpleegkundigen ook wel problemen ter sprake brachten die niet direct met hun werkterrein te maken hadden. Hetzelfde bleek uit ons onderzoek op het crisiscentrum te Groningen. Het lijkt ons daarom zinvol dat er een bezinning plaatsvindt op het veranderende takenpakket en de rol van de psychiatrisch verpleegkundige, vooral in hoeverre de opleiding hierbij nog aansluit.

– Verder viel op dat in de intake/evaluatie het functioneren van de patiënt binnen de inrichting grote nadruk kreeg en dat er relatief weinig aandacht was voor zijn functioneren in zijn sociale omge-

ving buiten de inrichting. Men kan zich afvragen in hoeverre een psychiatrisch ziekenhuis zelf debet is aan haar geïsoleerde positie in onze maatschappij.

– In beide typen vergaderingen werden vaak problemen aangesneden zonder dat hier duidelijke actiebesluiten uit voortvloeiden, of men besloot voorlopig niets te ondernemen. Dit vaak onafgesloten eindigen van een probleem viel ook Caudill¹⁹ op. Voor de intake/evaluatie gold dat, als het streven naar een beslissing sterk was, er ook sprake was van een goed vergaderklimaat. Hiermee bedoelen we goede meubilering, voldoende ruimte en schrijfvlak voor iedereen, weinig verstoring door het inschenken van koffie en het oppiepen van disciplines, enz. Misschien dat verbetering van het vergaderklimaat de besluitvorming kan vergroten.

– Tenslotte hebben wij een evaluatieformulier ontworpen, waarmee afdelingen in het vervolg regelmatig hun eigen vergaderingen op een gemakkelijke manier zouden kunnen evalueren. Over het algemeen stond men hier gereserveerder tegenover dan t.o.v. de voorgestelde trainingsdag voor voorzitters. Men vreesde er weer een papierwinkel bij te krijgen en sommigen vonden de vragen in het concept nog te abstract of te veel gericht op het verzamelen van cijfers; betere aansluiting bij het specifieke van de betreffende afdeling of vergadering zou nog moeten worden gevonden.

Enkele algemene punten

– Doorgaans bleef het lezen van onze rapporten en de bespreking daarvan beperkt tot de zogenaamde stafdisciplines. De lagere gediplomeerd- en leerlingverpleegkundigen zouden zo'n zwaar werkprogramma hebben dat ze geen tijd hadden zich in de rapporten te verdiepen. Vanwege de kosten zijn misschien ook te weinig exemplaren per afdeling uitgereikt (met uitzondering van het eindrapport steeds drie stuks), waardoor ze bij de stafdisciplines zijn blijven hangen.

– Bij de besprekingen bleek dat men nogal eens de neiging had de uitkomsten als harde feiten te interpreteren. Wij hebben er echter steeds de nadruk op gelegd dat alle gegevens uit alle rapporten moeten worden gezien als een grove momentopname van wat er tijdens onze onderzoeksperiode in het onderzochte psychiatrische ziekenhuis plaatsvond en dat de opmerkingen en conclusies in alle rapporten alleen waren bedoeld als openingen voor een discussie over deze materie. Verder hebben we er steeds op gewezen dat we o.a. het functioneren van disciplines onderzochten en niet van afzonderlijke personen.

– Bij de eerste bespreking van uitkomsten werd duidelijk dat er inmiddels aardig wat verschuivingen in de vergadertijden en de personeelsbezetting hadden plaatsgevonden. Voortdurend bijwerken van een vergader- en personeelsrooster is dus noodzakelijk voor een up to date beeld van een inrichting.

– Een veel gehoorde opmerking was dat bepaalde groepsfuncties van de geobserveerde vergaderingen te weinig naar voren kwamen in de rapporten. Maar het was een feit dat de intake-/evaluatiever-

gaderingen en de stafbeleidsbesprekingen een taakgericht karakter hadden. Dit was, gezien de door de afdelingen zelf opgegeven doelstellingen²⁰ voor deze vergaderingen, ook te verwachten. Viervijfde van de interacties bij de intake-/evaluatievergaderingen hadden een taakgericht karakter. Voor de stafbeleidsbesprekingen hebben we dit nog niet uitgebreid geanalyseerd. Wel bleek uit een eerste analyse, dat het functioneren van het aanwezige team in die vergadering meer aandacht kreeg. We hebben daarom opgemerkt dat, als de teams van mening zijn dat de groepsfuncties in de intake/evaluatie meer naar voren moet komen dan nu het geval is, men iets aan het vergaderen moet veranderen. Mogelijk is de discipline-opbouw in beide soorten vergaderingen hierop van invloed. In de intake/evaluatie waren immers bijna alle op een afdeling werkzame disciplines vertegenwoordigd en in de stafbeleidsbespreking bijna uitsluitend de hogere disciplines. Een conclusie die Caudill²¹ in zijn onderzoek trekt is nl. dat hoe hoger de status van een deelnemer in een vergadering is, des te vrijer deze zich voelt om emoties te uiten.

– Het voor alle medewerkers van de inrichting bestemde eindrapport heeft men met aanmerkelijk minder enthousiasme gelezen dan de eigen afdelingsrapporten. Men vond het veel ontoegankelijker en kon er veel minder mee dan met het eigen afdelingsrapport. Dit kwam vooral omdat in het eindrapport alle afdelingen bij elkaar waren gevoegd, zodat men zichzelf niet duidelijk meer herkende. Wel had men de indruk dat de afdelingen uiteindelijk minder van elkaar verschilden wat betreft het vergaderproces dan men aanvankelijk had vermoed.

Ten slotte

Tot zover de gang van zaken en enkele uitkomsten van het onderzoek, waarin we hebben geprobeerd om, via hun vergaderingen, multidisciplinaire teams werkzaam in een psychiatrisch ziekenhuis in het noorden des lands een spiegel voor te houden van hun functioneren. Deze 'uitkomsten' moeten vooral worden gezien als aanknopingspunten voor een discussie, omdat er slechts twee van de vijftien typen vergaderingen zijn onderzocht en dan ook nog maar drie maal per type per afdeling.

Dit onderzoek is niet erg diepgaand en theoretisch onderbouwd geweest als gevolg van o.a. de tijdsdruk waaronder het project plaatsvond⁷, de veelheid van afdelingen die meededen en de (dienstverlenende) opzet van het onderzoek. Evenmin hebben we nauwelijks het door ons ontwikkelde onderzoeksinstrumentarium uitgebreid op haar betrouwbaarheid en validiteit kunnen toetsen, en we moesten ons beperken tot wat er aan rolgedrag in de vergaderingen was te observeren. We konden dit rolgedrag alleen relateren aan gemakkelijk toegankelijke gegevens zoals de patiëntenpopulatie, de grootte van de afdeling, de personeelsbezetting. Individuele rolopvattingen die het rolgedrag in vergaderingen vermoedelijk in belangrijke mate bepalen moesten helaas buiten beschouwing blijven. Dit niettegenstaande de vertrouwensrelatie die we in de loop van

het onderzoek met alle betrokkenen hadden opgebouwd, waardoor het theoretisch heel wel mogelijk was (en is) om bijv. door middel van diepte-interviews de rolopvattingen vast te leggen. In dit artikel zijn slechts enkele, ons inziens, essentiële resultaten en ervaringen weergegeven. Met de door het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid toegezegde subsidie zijn we nu in staat om het destijds als dienstverlening gestarte onderzoek verder uit te bouwen en te verdiepen, waarbij we meer kunnen ingaan op de invloed van rolopvattingen op het rolgedrag in vergaderingen en het onderzoeksinstrumentarium verder kunnen valideren en op haar betrouwbaarheid toetsen. Wij hopen dan ook dat dit artikel de eerste van een reeks zal blijken te zijn.

Noten

- 1 R. Giel (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat. *M.G.V.*, nr. 10.
- 2 William Caudill (1958), *The psychiatric hospital as a small society*. Harvard University Press, pag. 13.
- 3 Zie o.a. Leonard P. Ullmann (1967), *Institution and outcome; a comparative study of psychiatric hospitals*. Oxford.
- 4 A. Etzioni (1960), Interpersonal and structural factors in the study of mental hospitals. *Psychiatry* 23. Twee voorbeelden van studies in een psychiatrische inrichting op basis van een psycho-analytische/human relationsbenadering: William Caudill (zie noot 2) en R. Rubinstein en H. D. Haswell (1966), *The sharing of power in a psychiatric hospital*, Yale University Press, New Haven.
- 5 C. J. Zwart (1972), *Gericht veranderen van organisaties*. Lemniscaat, Rotterdam.
- 6 Prof. dr R. Giel, hoogleraar sociale psychiatrie en hoofd van het crisiscentrum, Drs G. H. M. M. ten Horn, medisch sociologe, Drs H. C. Sauër, psychiater en schrijver dezes.
- 7 In verband met voortzetting van het onderzoek lijkt het ons niet zinvol het ziekenhuis met name te noemen, alhoewel men zelf hiertegen geen bezwaren had. Het ziekenhuis financierde het onderzoek in eerste instantie voor een half jaar, later verlengd tot een jaar.
- 8 De polikliniek hebben wij geen vragenlijst gestuurd, omdat deze afdeling op dat moment al intensief bij een ander onderzoek vanuit de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Groningen was betrokken.
- 9 J. K. van Dijk en M. Slagter (1979), *Het verbeteren van de overleg- en kommunikatiestructuur in een psychiatrische inrichting*. De Tijdstroom, Lochem, pag. 96: 'Ook bleek, dat de terugrapportage van de gegevens soms zo lang op zich liet wachten (soms 2 tot 3 maanden) dat sommige werkoverleggroepen de gegevens weinig relevant meer vonden'.
- 10 De vergaderingen zouden worden geobserveerd door schrijver dezes en een stagiaire medische sociologie die vanaf januari 1979 aan het onderzoek was verbonden. Dit betekende praktisch dat we alleen die vergaderingen konden observeren, die elkaar niet in tijd overlaptten.
- 11 Een van de tekortkomingen die Van Dijk en Slagter (1979) bij hun pogingen tot invoering van werkoverleg signaleren is het verzuim van een grondige analyse vooraf van de overleg- en organisatiestructuur van de afdelingen (pag. 136).
- 12 Ook is het mogelijk om aan de hand van dit schema de besproken pro-

blematick als uitgangspunt van onderzoek te nemen. Bijvoorbeeld: krijgen de problemen van een psychotische gehuwde vrouw dezelfde aandacht en behandelingsaanpak in een intake/evaluatie als die van een psychotische ongehuwde vrouw?

- 13 O.a. D. Nylon (1967), *A handbook of staffdevelopment and human relationstraining*. Fihl Jensens Printing Office, Copenhagen/Washington.
- 14 Reinier Laman Trip, de aan het project verbonden stagiaire medische sociologie, observeerde de vergaderingen met behulp van dit schema. Op basis van de door hem verzamelde gegevens uit de intake/evaluatievergaderingen heeft hij later nog een deelonderzoek verricht om te bekijken in hoeverre het mogelijk was een bepaalde typering van de interactiepatronen binnen dit soort vergaderingen op te stellen. In het kader van dit artikel zal ik hier niet verder op ingaan. Wel worden waar mogelijk enkele conclusies uit dit onderzoek vermeld.
- 15 In navolging van Nylon onderscheidde we de volgende rollen of soorten interacties: in de categorie 'taakgerichte rollen': activeren, zoekt informatie, zoekt mening, geeft informatie, geeft mening, uitwerken (= probleemverheldering), coördineren (van ideeën, meningen), samenvatten; in de categorie 'groepshandavingsrollen': instemming, bewaking (= het voor 'stillere' groepsleden mogelijk maken om ook een bijdrage te leveren), normen stellen, volgen, uiten van groepsgevoel; in de categorie 'gemengde taak- en groepsrollen': evalueren, diagnosticeren, peilen van consensus, bemiddelen, verminderen van spanning, niet functioneel gedrag (= onderling fluisteren en grapjes maken, enz.).
- 16 Onder 'gestructureerd' verstaan we vergaderingen met een van tevoren vastgestelde begin- en eindtijd en doelstelling.
- 17 R. Rubinstein, H. D. Haswell (1966), *The sharing of power in a psychiatric hospital*. Yale University Press, New Haven, pag. XVIII.
- 18 Dit voorbeeld kwam niet in deze vorm op een of meerdere afdelingen in ons onderzoek voor.
- 19 William Caudill (1958), pag. 297.
- 20 De door de afdelingen (vaak verschillend geformuleerde) doelstellingen van beide soorten vergaderingen luiden aldus:
intake/evaluatie: verslag (van de observatieperiode) van nieuwe patiënten en opstellen van een voorlopig behandelingsplan (intake), opstellen van een behandel/verpleegplan en bijsturen hiervan (evaluatie);
stafbeleidsbespreking: beleidsvoering van de gehele afdeling en meedenken in het beleid van de gehele psychiatrische inrichting.
- 21 William Caudill (1958), pag. 264.