

De ingebruikneming van een psychiatrische opnamekliniek bestaande uit kleine wooneenheden

Therapeutische en organisatorische aspecten

door J. A. C. Bleeker en M. L. Frohn-de Winter

Die psychiatrischen Krankenhäuser befinden sich auf dem Weg von der totalen Institution zu einer menschlichen Gemeinschaft, und damit ist ungeheuer viel gewonnen, auch wenn wir oft nicht viel mehr getan haben als selbstverständliche menschliche Bedürfnisse erfüllen.

Asmus Finzen, 1978

Inleiding

Op 20 april 1979 verhuisde de eerste afdeling van het AZUA naar de nieuwe locatie aan de rand van Amsterdam.

Tot dit ogenblik fungeerden als academisch ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam twee niet als zodanig gebouwde ziekenhuizen, een oud, het Wilhelmina Gasthuis en een zeer oud, het Binnengasthuis. Van het laatstgenoemde had de gemeenteraad al in 1875 besloten dat het wegens bouwvalligheid gesloopt moest worden. Kort na die tijd kwam een nieuw ziekenhuis aan de rand van de stad klaar, het Buitengasthuis of Wilhelmina Gasthuis, waarvan het derde paviljoen voor lijders aan geestesziekten bestemd was. 'Paviljoen III', om zijn neutrale klank even gebruikt als camouflage, werd het synoniem voor gekkenhuis in Amsterdam en ver daarbuiten. Het bleef een begrip met nare associaties tot op de huidige dag, nu de nieuwe psychiatrische afdeling in de Bijlmer voor het gemak nog wel als het nieuwe paviljoen III wordt aangeduid.

Het oude Paviljoen III, ter contrast, is een rechthoekig negentiende eeuws bouwwerk met zware muren, hoge plafonds, tralies voor de ramen en ingedeeld in grote zalen met isoleercellen langs de gangen, en zware toegangsdeuren welke met rinkelende sleutelbossen geopend werden. Telkens als wij de nieuwe co-assistenten rondleidden – andere bezoekers ontvingen we bij voorkeur niet meer de laatste jaren – beseften wij hoe iemand die er opgenomen werd zich voelde: 'wie hier binnen gaat laat alle hoop varen'.

Opmerkelijk was de blinde vlek welke degenen die er werkten of langer verbleven voor de trieste omgeving ontwikkelden: je zag de mensen die de afdelingen vormden, niet de ouderwetse en verwaarloosde zalen. Toen de beslissing was gevallen om de gehele medische faculteit en het Academisch Ziekenhuis onder te brengen in één complex en dat dit in de Bijlmermeer gelokaliseerd zou wor-

Schrijvers zijn resp. chef de clinique en hoofd van de psychologische afdeling van de Psychiatrische Kliniek Academisch Ziekenhuis der Universiteit van Amsterdam. (Hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper).

den, is vanwege de erbarmelijke conditie van Paviljoen III voorrang verleend aan de bouw van de afdeling psychiatrie. Dit werd mede mogelijk gemaakt doordat eerder als uitgangspunt was geaccepteerd dat de afdeling psychiatrie een ander karakter zou krijgen dan de overige ziekenhuisafdelingen en daarom los van het hoofdgebouw zou komen te staan. Zo kwam de afdeling psychiatrie eerder gereed dan de rest van het ziekenhuis; een situatie die nu, een jaar na de ingebruikneming ervan nog bestaat en nog minstens een jaar zal duren. Het komt er op neer dat ze moet functioneren op een hoek van een reusachtig en druk bouwterrein, dat zelf al aan de rand van de stad ligt. Wat voor effecten dat op het bedrijf heeft gehad zal in het hiernavolgende besproken worden. Eerst nog iets over de filosofie welke aan de uitvoering van de afdeling psychiatrie en in het bijzonder van de kliniek ten grondslag heeft gelegen.

Bouwprincipes

Thiel en wijlen Silbermann, die in de zestiger jaren het programma van eisen hebben ontwikkeld dat de architect (Van Mourik) als uitgangspunt voor zijn ontwerp heeft ingediend, waren van mening dat de doelstelling van een academische kliniek, patiëntenzorg mede ten dienste van onderwijs en onderzoek, het beste werd bereikt door de acute psychiatrie te bedrijven; observatie- en compensatiebehandeling zonder selectie naar aard of ernst van het ziektebeeld, of tijdstip van presentatie. Geïnspireerd door het werk van Jacobs, wiens proefschrift in het programma van eisen uitvoerig wordt geciteerd, zochten zij naar een zodanige bouwkundige structuur, dat de patiënten behalve een goede medische behandeling een optimale sociale stimulering kon worden aangeboden vanaf het begin van de opname, met als novum tegen de tot dan toe heersende opvatting ('onmogelijke bewaking en ongunstig voor het leggen van contacten') de eigen kamer.

In opdracht aan de architect werden daartoe de volgende principes geformuleerd:

1. de patiënten zouden tijdens hun opname zolang mogelijk in relatief kleine (± 10 personen) groepen moeten kunnen samenwonen;
2. de verblijfsafdelingen zouden zoveel mogelijk kenmerken van een normale woonsituatie moeten hebben;
3. in de dagelijkse gang van zaken zouden systematisch en optimaal de drie leefmilieus voorhanden moeten zijn, te weten het eerste ofwel woonmilieu, het tweede, dat van werk en zinvolle tijdsbesteding en het derde van het openbare leven en de recreatie.

Als de belangrijkste randvoorwaarden golden:

- a. optimale veiligheid,
- b. verpleegtechnische uitvoerbaarheid en
- c. optimale bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de privacy.

U mist een randvoorwaarde: de betaalbaarheid. In de zestiger jaren stak de financiering niet zo nauw; zoals bekend leek toen alles mogelijk.

Uitwerking bouwprincipes

De hiervoor genoemde principes zijn als volgt uitgewerkt:

Ad 1: 'zo lang mogelijk in dezelfde groep'. Hiervoor golden de volgende beperkingen: (1) Als gevolg van het opname- en ontslagbeleid van een acute opnamekliniek kan de groep niet voortdurend uit dezelfde mensen blijven bestaan, zijn open groepen noodzakelijk. (2) De behoefte aan beveiliging en intensieve verpleging is gewoonlijk groot in de eerste dagen tot weken van de opname om dan vrij snel in belangrijke mate af te nemen. Op grond hiervan is een bouwkundige differentiatie aangebracht in een woonmilieu voor intensieve verpleging en beveiliging, (de intensive care units) en een woonmilieu met minimale beveiliging en met meer sociotherapeutisch gerichte verpleging, (de resocialisatie units). Hierdoor kan een patiënt tijdens zijn opname gewoonlijk niet in dezelfde groep blijven, maar moet tijdens de opname minstens eenmaal van woongroep wisselen. Strikt genomen is er nog een derde woonmilieu, al klinkt deze term hier geforceerd: dat is de afdeling voor ernstig lichamelijk zieken, welke met name van belang is voor de overname van patiënten die psychisch decompenseren op andere afdelingen van het ziekenhuis. De grootte van de groepen is als volgt: 11 personen op de intensive care afdeling (totaal 22), 8 personen op de resocialisatie-afdeling (totaal 48) en 6 personen op de ziekenboeg. De kliniek heeft dus in totaal 76 behandelplaatsen.

Ad 2: 'de huisvesting van de groepen moet zoveel mogelijk elementen van een normale woonsituatie bieden'. De afdeling voor somatisch zieken blijft in het volgende buiten beschouwing. Tussen de intensive care en de resocialisatie-afdelingen bestaan enkele opvallende verschillen: op de IC zijn de toegangsdeuren gesloten, is de tuin door een niet gemakkelijk te nemen schutting omgeven, de geslachten zijn er behalve in de tuin, van elkaar gescheiden, er is meer verpleegkundig personeel en het aantal gemeenschapsruimten is beperkt.

Naast de verschillen zijn ook de overeenkomsten belangrijk; in geen der woongroepen wordt op leeftijd noch op enige andere wijze geselecteerd. Er worden geen uniformen gedragen door het personeel. Iedere groep heeft zijn vaste behandelaars en verpleegkundigen. Iedere groep heeft zijn eigen woonkamer met aangebouwde open keukenvoorziening en zijn eigen terras en tuin. Voor ruim de helft van de patiënten is er een eigen kamer, de overigen slapen op 4-persoonszuiltjes.

Ad 3: 'de beschikbaarheid van de drie leefmilieus'. *Het eerste milieu.* Op de intensive care heerst meer de sfeer van een verpleegafdeling. Er is voor 2/3 van de patiënten een eigen kamer. Deze zijn minder huiselijk dan die op de resocialisatie-afdelingen; er staat bijvoorbeeld een normaal ziekenhuisbed in, dat in een aantal

gevallen vast aan de grond bevestigd is, en bij de inrichting is rekening gehouden met eventuele opwindingstoestanden en suïcidaliteit. In de buurt van de IC's zijn ook twee separeerkamers. Bij bouw en inrichting van deze afdeling is gestreefd naar overzichtelijkheid en nabijheid met het oog op de verpleging.

Bij de bouw van de resocialisatie-afdeling kon het accent gelegd worden op verscheidenheid en beslotenheid en daarmee zijn deze afdelingen net zo onoverzichtelijk geworden als gewone huizen. Op deze afdeling wordt het gewone primaire milieu het dichtst benaderd. Hier woont men met zijn achten, hebben anderen niets te maken, kan men bezoekers ontvangen, eet men, ruimt men zijn eigen en elkaars boel al dan niet op, komt men terug van werk of recreatie. Dat alles met het bijbehorende lief en leed. Zoals gezegd zijn deze groepen gemengd en komen er alle leeftijden in voor. Alleen gemengd slapen wordt niet gestimuleerd. Drie woonkamers met bijbehorende vertrekken komen op een centrale hal uit van waaruit de trap naar de slaapverdieping omhoog gaat. Op de slaapverdieping zijn de kamers over drie gangetjes verdeeld, welke elk voor vrouwen of mannen worden gebruikt. Op deze wijze wordt de patiënten in deze de privacy van een doorsnee hotel geboden.

Het tweede milieu is aangebracht in de vorm van ateliers, werkplaatsen en studeervertrekken, samen de activerende of arbeidstherapie genoemd. Deze 7 ruimten zijn op enige afstand van de woonafdeling gelegen. Daar brengt men een deel van de dag door in een werk- of leersituatie met mensen uit andere woongroepen. De contacten zijn hier gestructureerd door het werk of het materiaal; minder intiem dan in de woongroep.

Het derde milieu heeft in het gebouw veel aandacht gekregen. Ontmoetingen worden bevorderd door de laagbouw; alleen om te slapen gaat men de trap op. Voor alles wat men verder buiten zijn woonkamer doet beweegt men zich over de begane grond. Alle afdelingen zijn verder slechts via één gang te bereiken vanuit de centrale hal; gaat men van een afdeling naar een andere, dan moet men altijd via de centrale hal, welke als recreatieruimte is ingericht. Onderweg in de gangen zijn er als ontmoetingspunt ingerichte 'pleintjes'. Het hele Centrum is dus kleinschalig en dorps gebouwd en ingericht. In de centrale hal luncht het personeel; het is daarmee een zichtbaar onderdeel van het derde milieu.

Voldoet het gebouw?

Hoe is het werken in dit gebouw en voldoet het aan de verwachtingen? Aangezien dit, en vooral het tweede deel van de vraag, consequenties kan hebben voor andere nieuw te bouwen psychiatrische klinieken, beschrijven we hier de voorbereidingen, welke al in 1973 zijn begonnen, en de gang van zaken in het eerste jaar na de verhuizing.

De voorbereiding van de verhuizing

Belangrijkste voorbereiding was een bijzondere organisatievorm (interdisciplinaire samenwerking) die ver voor de verhuizing, maar met het oog daarop, in het leven was geroepen. Deze methode is rond 1973 ontwikkeld en door wijlen Silbermann e.a. beschreven als het principe van de gescheiden verantwoordelijkheid voor de individuele behandeling en de behandeling of de benadering van de groep; bedoeld is het primaire milieu of de woongroep. Op deze wijze werd gestreefd naar een optimale combinatie van individuele psychiatrische behandeling en sociotherapeutische beïnvloeding. De individuele psychiatrische behandeling gebeurde door een multidisciplinair behandelteam, gecentreerd rond de assistent-psychiater en zijn supervisor en verder bestaand uit een psycholoog, maatschappelijk werker, een of meer B-verpleegkundigen, leerling-verpleegkundigen en co-assistenten. Dit team behandelde de patiënt gedurende zijn gehele opname, op welke afdeling hij of zij ook was opgenomen; het ging als het ware met de patiënt mee. De deelnemende verpleegkundigen hadden een liaisonfunctie; zij zorgden voor de communicatie over het beleid tussen team en verpleegafdeling of unit. De communicatie tussen 8 teams en 4 units was bijzonder tijdrovend en kwetsbaar, maar is jarenlang op een aanvaardbaar niveau gehouden. Er werd altijd verondersteld dat de kleinschalige bouw in de nieuwe kliniek dit en andere problemen vanzelf zou oplossen. Wat met name nooit van de grond kwam, was de functie van een unitpsychiater. In opzet was gedacht aan een in groeps- en sociotherapie geïnteresseerde stafpsychiater, die op zijn unit geen verantwoordelijkheid voor de individuele behandeling zou hebben – die hadden de behandelteams elk voor een deel van de daar verblijvende patiënten – maar de verpleegkundigen zou superviseren en ondersteunen bij hun aanpak van de patiënten als groep. Er was in onze staf nauwelijks een psychiater te vinden, die daar meer dan een paar weken aardigheid in hield. Een van de oorzaken daarvan was de ambivalente houding van de verpleegkundigen tegenover de unitpsychiater. Zij beschouwden de unit als hun terrein en het invoeren van zijn advies als falen. Evenwel, liet de unitpsychiater het afweten, dan voelden zij zich in de steek gelaten. Dit was al zo vóór de verhuizing, maar werd door de ruimtelijke scheiding van de vier onderafdelingen in de nieuwbouw, waardoor de verpleegkundigen meer dan in paviljoen III in kleinere zelfstandige groepen moeten werken en zich geen deel van het groter geheel meer kunnen voelen, een algemeen gevoeld probleem.

Ruim twee jaar vóór de verhuizing werd een multidisciplinaire commissie ingesteld die tot taak had alle interne voorbereidingen te entameren en te coördineren, en samen te werken met de directie van het ziekenhuis. Daarbij werd met name voortdurend aandacht besteed aan het tot werkelijkheid maken van de a.s. verhuizing, aanvankelijk door middel van bijeenkomsten met diapresentaties, kaarten en modellen, later door regelmatig georganiseerde excursies voor grotere en kleinere groepen medewerkers en ten-

slotte door kwartiermakers het nieuwe gebouw op de ingebruikname te laten voorbereiden. De verpleegkundigen bereidden hun organisatie in een werkgroep tot in detail door; nauwkeurige taakanalyse werd als uitgangspunt gebruikt voor een taakomschrijving voor de diverse verpleegkundige functies.

Ondanks deze breedopgezette benadering was het niet te vermijden dat sommige personeelsleden minder dan andere bij de voorbereiding waren betrokken. Het is gebleken dat degenen die het meest bij de voorbereidingen betrokken waren geweest, zich met de kleinste kleinigheden hadden beziggehouden, de verhuizing het gemakkelijkst verwerkten.

De verhuizing en zijn gevolgen

Het personeel

Grote moeilijkheid daarbij is het effect van de verhuizing zelf te bepalen. Wij mogen wel zeggen dat wij hopen niet nog eens een psychiatrische universiteitskliniek te hoeven verhuizen. De afgelopen drie à vier jaar heeft dat een belangrijk deel van onze tijd en energie gekost. Hoezeer ieder ervan overtuigd was dat het in het oude gebouw niet langer ging, het losmaken ging gepaard met een rouwproces waarvan de ontkenningssfase soms tot aan de dag van de verhuizing uitliep, en agressie alle mogelijke vormen aannam en soms zeer heftig was; het merendeel van ons is nu na een jaar enigszins gevorderd met de reïntegratie. Een voorbeeld ter illustratie is de gang van zaken rond de z.g. somatische unit die achterbleef op het terrein van het Wilhelmina Gasthuis.

Voor bijna alle medewerkers, en het meest naarmate men meer met de patiëntenzorg te maken had, was het moeten verlaten van het academisch ziekenhuis vóór de verhuizing een bron van verontrusting. Zozeer zelfs, dat de heftigheid van het gevoel al een aanduiding was van het feit dat hier meer aan vast zat dan de veiligheid van de patiënten. De volle omvang van het probleem dat hier zichtbaar werd is pas in een crisis van ons bedrijf welke zich enkele maanden geleden heeft afgespeeld, gebleken. Wij komen daarop nog terug.

De rol van de somatische unit bij het verhuizen zelf is nu eerst aan de orde. De rationele kant van de zaak was evident; als wij ons opnamebeleid niet drastisch wilden veranderen en ernstig lichamelijk zieke patiënten wilden blijven opnemen, vanuit de eerste hulp en uit andere afdelingen van het ziekenhuis, dan was voor deze patiënten een voorziening nodig op het terrein van het Wilhelmina Gasthuis. Het bestuur van het ziekenhuis liet zich hiervan overtuigen, niet alleen, omdat het stafconvent er dringend om verzocht, maar ook op grond van de aanbevelingen van de G.G. & G.D. en de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. Het belangrijkste offer werd gevormd door ruim 13 formatieplaatsen voor B-verpleegkundigen. Deze plaatsen waren erg gewild. Een week voor de verhuizing waren er bijna 20 gegadigden. In de moeilijke maanden voor de verhuizing was de somatische unit vaak onderwerp van

gesprek in de zin van een geruststelling; we moeten weg en pionieren, maar de meest zieke mensen kunnen we veilig hier laten en wie niet mee wil van het personeel kan ook blijven. Als organisatoren van het geheel kwam ons dit vaak goed uit en wij wisten dat toen ook. Het verdere verloop overtrof onze verwachting. Nog geen week na de verhuizing ontstond er personeelsgebrek op de somatische unit. De helft van de achterblijvers bedacht zich en wilde ook naar de Bijlmer. Er ontstond een hoog ziekteverzuim onder de verpleegkundigen en er heerste een sfeer van isolement en in de steek gelaten zijn. Men had het gevoel patiënten op te moeten nemen op niet geheel overtuigende indicatie: veel chronische bedlegerigen en verpleegpatiënten. Anderzijds waren acute opnamen in de nieuwe kliniek vaker mogelijk dan verwacht. Nog geen vier maanden na de verhuizing was het personeelsgebrek zo nijpend dat de geneesheer-directeur de unit moest sluiten en de patiënten verdeeld werden over de psychiatrische kliniek en de andere (chirurgische en interne kliniek) afdelingen van het Wilhelmina Gasthuis. De patiëntenzorg heeft er onder geleden: patiënten moeten langer op de somatische afdelingen blijven; intensieve consultatie is daarbij geen volledige oplossing; de G.G. & G.D. beklaagt zich erover dat de opnamemogelijkheden voor ook lichamelijk zieken belangrijk zijn afgenomen; de bij ons opgenomen patiënten moeten vaker op en neer naar het Wilhelmina Gasthuis, wat voor hen en voor de verpleegkundigen een extra belasting is. Achteraf moeten we concluderen dat de somatische unit aan zijn impliciete psychologische doelstelling heeft beantwoord en een mislukking is geworden waar het zijn expliciete, rationele doelstelling betreft. Hij heeft mede de verhuizing mogelijk gemaakt en een voorzien probleem niet opgelost, zij het wel binnen proporties gehouden.

De patiënten

De patiënten waren tijdens de voorbereidingsfase niet of nauwelijks geïnteresseerd in de komende verhuizing en in de nieuwe kliniek. Begrijpelijk, want geen der patiënten ging er van uit nog zo lang opgenomen te zijn, of de kans te lopen nóg eens opgenomen te worden. In zaalbesprekingen en patient-staff-meeting werd door de staf het onderwerp wel gebracht, werden adviezen gevraagd, maar hierop kwam weinig respons.

Pas 2 weken voor de vastgestelde datum van de verhuizing was er duidelijk interesse. In de patient-staff-meeting en tijdens de maaltijden is uitvoerig voorlichting gegeven; het meest verhelderend en effectief bleek de voorlichting te zijn via 3 patiënten die 10 dagen vóór de verhuizing in de nieuwe kliniek een rondleiding kregen. Eén van deze drie vrijwilligers was iemand die wist vóór de verhuizing overgeplaatst te zullen worden naar een psychiatrische inrichting, maar die er op rekende later toch nog wel eens in deze nieuwe kliniek opgenomen te zullen worden.

De verhuizing van de patiënten verliep in opgewekte stemming, ieder pakte zijn eigen bagage in; de intensive care patiënten werden rechtstreeks met hun bagage naar de nieuwe kliniek vervoerd,

deels per ambulance, maar zoveel mogelijk per bus; de overige patiënten maakten een bustocht zodat voor hun komst de afdelingen in orde konden worden gemaakt en de persoonlijke bagage op de eigen kamer stond.

Opvallend snel was men gewend, zeer enthousiast over het gebouw, de eigen ruimten, de vele mogelijkheden om zelf voor de maaltijden te zorgen, bezoek zelf met koffie e.d. te kunnen ontvangen, over de huiselijkheid. Terwijl het personeel aanvankelijk moeite had met de afgelegen ligging van de kliniek was dit voor de patiënten geen probleem, ook niet dat hun bezoek vaak meer dan één uur moet reizen.

De overgang van gescheiden seksen naar gemengde verpleging op de resocialisatie-afdelingen verliep als vanzelfsprekend. Opvallend was de soepele assimilatie in deze woongroepen en mede daardoor de resocialisatie van bejaarden, die opvallend vaker naar huis terug kunnen.

In de eerste maanden kwamen via huiskamerbesprekingen en patiënt-staff-meeting diverse constructieve ideeën naar voren over praktische zaken, vernieuwing van huisregels e.d.

Vanaf het begin is duidelijk geweest dat men de eigen huiskamer en de eigen afdeling als zijn terrein beschouwt; vaak wordt de opmerking gehoord 'toen ik weer thuis was', waarmee men bedoelt terug in de kliniek te zijn na een bezoek aan huis. Zo wenste men niet dat het bezoek in de keuken kwam of zelf voor koffie zorgde. Hieruit is misschien ook te verklaren dat de centrale hal niet door de patiënten als recreatieruimte gebruikt wordt, verder dat ook groepsactiviteiten van alle patiënten van de kliniek gezamenlijk maar een enkele keer tot stand gekomen zijn en dat de patiëntenraad slechts 2 à 3 maanden heeft gefunctioneerd, namelijk toen er een actieve stimulering door een verpleegkundige was. Toch lijkt dreiging van hospitalisatie minder vaak aanwezig dan in het oude Paviljoen III: door de grotere openheid – van gebouw en van beleid – lijkt de drempel naar terugkeer in de maatschappij minder hoog te zijn; de opnameduur is niet veranderd. Er lijkt tussen de patiënten openlijker over ziek-zijn, eigen ziekteproces gesproken te worden; men probeert elkaar te helpen, te begrijpen, maar ook elkaar duidelijk te maken wanneer gedragingen niet acceptabel zijn, of persoonlijke verhalen te belastend. Uit hun reacties hebben wij de indruk dat deze architectuur bijdraagt tot de emancipatie van de patiënten, door het appèl op zelfstandigheid, individueel en in de primaire groep. Een gevoel van eigenwaarde en het besef patiënt te zijn blijken elkaar niet uit te sluiten.

Wanneer zijn de verhuisproblemen voorbij?

Deze vraag heeft ons het eerste kwartaal van 1980 beziggehouden, dus ruim 3/4 jaar na de verhuizing, en wel omdat de kliniek er slecht voorstond. Dat was af te lezen aan de meest gewone en objectieve graadmeter voor de gezondheid van een ziekenhuis, het bedbezettingspercentage. Met de bezettingsgraad ging het als

volgt: Met halve bezetting (40 pat.) overgekomen in april zagen we in 6 weken (fase a) de kliniek zich vullen (leegstand tot 4 à 6 bedden). Deze leegstand verdubbelde zich tot december (fase b) geleidelijk aan tot 8 à 12. Daarna zakte de bezetting verder tot een leegstand van 20 à 25 bedden, hetgeen ruim één derde van de capaciteit is. Dit bleef constant tot en met maart '80 (fase c). Sindsdien is de kliniek weer vol in bedrijf (fase d). Dus: een goede start, waarna langzaam terreinverlies en rond de jaarwisseling een duidelijke decompensatie tot en met maart, waarna herstel is ingetreden.

Het werkklimaat in deze tijd vertoonde de volgende kenmerken:

Fase a: Blijdschap over de nieuwe accommodatie en trots over het pionieren. Belangstelling van het Wilhelmina Gasthuis, nieuwe omgeving, pers. Verliefdheid.

Fase b: Toenemende irritatie over onvolkomenheden en over gebrek aan gehoor bij centrale diensten en ziekenhuisdirectie. Gevoel overbelast te zijn en in de steek gelaten. Klachten over oneigenlijke inzet van verpleegkundige mankracht. Patiënten liepen gemakkelijk weg over de te lage tuinschutting. Meer ziekteverzuim, met name van verpleegkundigen; rond november weigerde de directie verder uitzendkrachten in te zetten.

Fase c: Steeds meer ziekteverzuim tot 30%, nog steeds voornamelijk van verpleegkundigen, wat ook openlijk als compensatie voor het te zware werk werd benoemd. De directie adviseerde bedden te sluiten. In deze fase werd het duidelijk dat het niet meer om een verhuizingseffect kon gaan. Daarbij werd o.m. bekend dat onze verpleegkundige formatie (45 verpl.k./70 pat. + leerl.) groter is dan die van vergelijkbare instituten in Nederland.

Was er iets mis met de werkstructuur? Moest de verpleging in kleine groepen, elk met hun 24-uursdienst, als onwerkbaar worden afgeschaft? En daarmee het in de bouw vastgelegde principe, de kleine groepsverpleging?

Bij nadere analyse bleken de verpleegkundigen in de nieuwe werkomgeving zwaarder belast. In het streven de zelfstandigheid van de unit vorm te geven kregen zij meer en ook oneigenlijke taken, met name de verantwoordelijkheid voor de gehele organisatie van de patiëntenzorg. Door de te lang tevoren uitgedachte organisatiestructuur was een onduidelijke beroepsidentiteit van verpleegkundigen, artsen en maatschappelijk werkenden in de hand gewerkt, met als gevolg branchevervaging. Anderzijds hadden de artsen en de maatschappelijk werkers hun patiënten verspreid over de verschillende verpleegunits, en lagen hun werkkamers op vrij grote afstand daarvan, waardoor zij zich niet met een unit konden identificeren. Begrijpelijke oorzaken voor een samenwerkingsprobleem dat vooral voor de verpleegkundigen zichtbaar nadelige gevolgen had:

1. hun werklast werd te groot;
2. hun statuswaardering bleef achter bij de subjectief ervaren belasting;

3. zij misten de daadwerkelijke samenwerking en de emotionele steun van de arts.

Samengevat: Deze organisatievorm werkte in de hand dat relatief veel tijd en energie aan het zoeken naar een eigen identiteit werd besteed wat ten koste ging van de werkkraft en tot decompensatie van de kliniek leidde.

Opmerkelijk was daarbij dat het niet bereiken van de 'productienorm' (90% bedbezetting) niet door ons werd geïnterpreteerd als insufficiënt functioneren. Kennelijk werd de bedreigende consequentie hiervan, namelijk een dreigende sluiting van de kliniek, een tijdlang door niemand waargenomen. Dit werd waarschijnlijk veroorzaakt door een schijnautonomie der disciplines, die zich tot in de directie van het ziekenhuis voortzet, waardoor men geen gemeenschappelijke doelstelling en daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheid meer ervaart.

Fase d: Dit beseffende heeft de staf van de kliniek, met het oog op dreigende opheffing, doen besluiten, iedereen gehoord hebbende, de organisatie te vereenvoudigen. Opdat ook psychiaters en maatschappelijk werkers naast de verpleegkundige staf zich met een unit kunnen identificeren zijn er ook een vaste psychiater, assistenten en een maatschappelijk werker per behandelafdeling aangesteld. De verpleegkundigen zijn tevreden over het feit dat ze hun eigen artsen ter plaatse hebben. De artsen beklagen zich weliswaar over de toegenomen drukte, maar de kliniek is weer vol sinds vijf maanden. Verder is de werksfeer duidelijk verbeterd en blijken minder sederende medicatie en dwangmiddelen nodig. De patiënten hebben niet ongunstig gereageerd op het feit dat ze nu tijdens de opname een keer van arts moeten wisselen.

Pas deze organisatievorm, die bij nader inzien dezelfde trekken vertoont (kleinschaligheid, vast team per woon/behandeleenheid) als die welke voor de patiënten al eerder positieve effecten bleek te hebben, heeft het optimale gebruik van de kliniek voor de patiëntenzorg mogelijk gemaakt en daarmee de verhuizing, bijna een jaar na dato, afgerond.

Literatuur

- Jacobs, D. (1968), 'Het psychiatrisch Centrum; aspecten van beleidspsychiatrie in het psychiatrisch centrum'. Lochem, De Tijdstroom.
- Silbermann, R. M., Schalken, H. F. A., Jong, H. de (1974), 'The Principle of Separate Responsibility and the Therapeutic Community', *Psychiatrica Clinica* 7, 328-33.