

Patient, arts en verplegende; hun onderlinge betrekkingen, toen en nu

door R. Bambang Oetomo

1 Inleiding en probleemstelling

Reeds vele jaren staat de institutionele gezondheidszorg in West-Europa en Noord-Amerika op de tocht. De steeds toenemende kritiek op de institutionele gezondheidszorg hangt samen met een steeds luider wordende roep om reorganisatie, herstructurering, meer efficiëntie, kwaliteitsverbetering en kostenbesparing. Er is een roep om verandering, om nieuwe verhoudingen. Die roep komt

Ten geleide

De drie artikelen die in dit nummer van het tijdschrift te vinden zijn, hangen nauw met elkaar samen.

De schrijvers hopen daarmee een beeld te geven over in de loop van de geschiedenis in algemene en psychiatrische ziekenhuizen gegroeide verhoudingen die ertoe geleid hebben, dat de hedendaagse patient niet tevreden is met de bejegening en de wijze van behandeling die hem ten deel valt.

Hoe kan in deze toestand verbetering worden gebracht? Welke werkwijze kan daarbij worden gevolgd? De drie auteurs hebben onderling over de onderhavige problemen met elkaar veel van gedachten gewisseld.

Ze hebben ook gezamenlijk in het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk' te Ermelo gewerkt aan de oplossing ervan.

Daarom stellen zij er prijs op om gemeenschappelijk hun visies te presenteren, zij het vanuit verschillende gezichtshoeken.

In het eerste artikel wordt door Bambang Oetomo een historische schets gegeven van in ziekenhuizen gegroeide relaties tussen arts, verpleegkundige en patient.

In het tweede wordt door H. van Andel ingegaan op de vragen rondom klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis en op welke wijze aan dit vraagstuk tot nu toe in 'Veldwijk' is gewerkt mede via een educatieve-normatieve methodiek.

In het derde artikel beschrijft F. van Ravenzwaay de inbreng in veranderingsprocessen van een externe adviseur.

De schrijvers hopen door deze artikelen een bijdrage te leveren aan de gedachtenontwikkeling over een daadwerkelijke aanpak van klimaatverbetering in psychiatrische ziekenhuizen.

R. Bambang Oetomo, H. van Andel, F. van Ravenzwaay

niet alleen van buitenaf, maar duidelijk ook van binnenuit. De wens om tot nieuwe verhoudingen te komen is in vele algemene en psychiatrische ziekenhuizen te signaleren. In de meeste van deze ziekenhuizen is het tot het wensen beperkt gebleven. Maar in verschillende andere is men sinds enkele jaren bezig met het zetten van de eerste stappen op weg naar die verandering. Momenteel hebben meerdere organisatie-adviesbureaus en vele individuele organisatie-adviseurs hun weg naar deze ziekenhuizen gevonden. Hun bemoeienissen hebben soms betrekking op de totale structuur van het ziekenhuis. In andere gevallen beperken zij zich tot het op gang brengen van processen op een enkele afdeling van het ziekenhuis.

Een vraag die bij het op gang brengen van veranderingen wel eens verwaarloosd, of zelfs over het hoofd gezien wordt, luidt als volgt: Wat treffen we over het algemeen aan in de huidige ziekenhuizen? Hoe liggen de verhoudingen aan het begin van het veranderingsproces? Van welke concrete situatie gaan we precies uit? Welke krachten houden die situatie momenteel in stand? En hoe is die situatie tot stand gekomen?

In dit artikel willen wij de aandacht vestigen op een element — een zeer belangrijk en wellicht centraal element — van de ziekenhuisverhoudingen; namelijk de verhouding tussen patient, arts en verplegende. Het komt ons voor, dat in deze driehoek de onderscheiden rollen in de loop van de tijden tot 'schijnrollen' geëvolueerd zijn. Om bijvoorbeeld iets te noemen: het optreden van verplegenden tegenover patienten in psychiatrische inrichtingen wordt vaker dan wij gewoonlijk denken door grofheid en misverstanden gekenmerkt. En niet zelden beantwoordt het optreden van artsen slechts ten dele aan de verwachtingen van patienten en verplegenden. Tenslotte kunnen nog in vele inrichtingen patienten hun behoeften vaak niet kenbaar maken. Ook in algemene ziekenhuizen hebben we soortgelijke verschijnselen. Dit zijn duidelijk dysfunctionele aspecten van het huidige ziekenhuisgebeuren. Aspecten die in de loop der tijden naar hun huidige vorm of karakter gegroeid zijn.

Wij zullen proberen die evolutie na te gaan door eerst de ontwikkeling van het algemeen ziekenhuis te beschrijven aan de hand van secundaire bronnen. Immers het algemeen ziekenhuis is lange tijd voorbeeld geweest voor psychiatrische inrichtingen; lange tijd hebben psychiatrische inrichtingen ook ziekenhuis *willen* zijn. Het lijkt ons daarom goed om werkers in psychiatrische inrichtingen ook de dysfunctionele aspecten van het algemeen ziekenhuis te tonen. Welnu, de onderlinge betrekkingen tussen patient, arts en verplegende in het huidige Westeuropese ziekenhuis zijn 'geëvolueerd' uit de desbetreffende betrekkingen in het zg. 'late gasthuis' van het begin der 19e eeuw. Op hun beurt sproten deze betrekkingen weer voort uit het 'vroeg gasthuis' van laten wij zeggen, midden 14e tot de 17e eeuw. En dit vroeg gasthuis was ten slotte in de plaats gekomen van het vroeg-middeleeuwse kloosterziekenhuis.

In de volgende paragraaf beginnen wij bij dit kloosterziekenhuis.

2 Patient, arts en verplegende in het kloosterziekenhuis

In de vroege middeleeuwen nam de kerk, krachtens de barmhertigheidsgedachte, de taak van de armenzorg op zich. Daarbij vervulden de kloosters een belangrijke functie. De eerste kloosters in Europa verrezen in de 6e eeuw. In eerste instantie waren het misie-centra. Zij boden onderdak aan armen en ongelukkigen uit de omgeving, evenals aan reizigers en pelgrims, aangezien zij ook gesticht waren aan handels- en pelgrimswegen of rivierovergangen. Van belang voor de ziekenzorg was de oprichting van de Benedictijnen Orde in 529. In hun klooster in Monte Casino gold de volgende regel:

'Zorg voor de zieken staat voor en boven alles. Daarom moet men hen in navolging van Christus helpen. Door zieken te helpen helpt men Hem. Maar laten de zieken dan ook beseffen, dat men hen helpt terwille van God. Laten zij daarom de verpleegbroeders niet in moeilijkheden brengen door buitensporige eisen te stellen. Men moet geduld opbrengen, want zo verwerft men groter verdienste. Laat het ook de grootste zorg van de abt zijn, dat men geen punt hiervan verwaarloost.'

Na 700 werd de regel van Benedictus de belangrijkste kloosterregel, vooral nadat een Concilie in 742 bepaalde, dat alle monniken en nonnen hun kloosters of gasthuizen moesten organiseren en leiden volgens genoemde regel, en hun leven daarmee in overeenstemming moesten brengen. Als gevolg hiervan werden in de kloosters ook ziekenzalen ingericht, naast de slaapzaal, de eetzaal en kerk. Naast reizigers, armen en ongelukkigen kregen toen ook zieken onderdak in het klooster en werden er ook verpleegd en behandeld. Dit luidde tevens de periode in van de kloostergeneeskunde, die tot ongeveer het eind van de 12e eeuw zou duren.

Het geneeskundig werk werd verricht door de 'medicus'. Dit was de naam voor die monniken, die door studie een bijzondere capaciteit voor de geneeskunde van die dagen toonden. De monnik-geneesheren hadden formeel geen bepaalde hiërarchische positie, geen formele rang; zij hadden geen disciplinaire macht, noch rechtstreekse voorrechten. Informeel bekleedden deze monniken echter wel een 'verheven' morele positie. De monnik-geneesheer behandelde zijn patienten, schreef geneesmiddelen voor of maakte die zelf klaar. In het laatste geval bewaarde hij ze in de apotheek. Daarnaast had de medicus de taak geneeskundige teksten af te schrijven. Buiten de kloostermuren werd door de medicus ook werk verricht, vooral wanneer het klooster bij een bedevaartplaats lag. Men kon echter geen loon voor diensten in ontvangst nemen wegens de gelofte van armoede.

De verkregen gegevens laten ruimte voor de gevolgtrekking, dat in het kloosterziekenhuis medicus en verplegende, beide 'van het ziekenhuis' zijn. Medicus en verplegende waren organisatie-genoten. Bovendien waren er geen formele rangverschillen. De sociale afstand — zo daarvan sprake kon zijn — was zeer gering. Beide 'disciplines' ontstonden en ontwikkelden zich binnen dezelfde muren. Het contact met elkaar was vermoedelijk ook intensief. Waar-

schijnlijk ontstonden onder dergelijke omstandigheden tussen deze positiebekleders een 'band', die hun bemoeienissen met de zieke zeer ten goede was gekomen. Temeer, daar wij uit de geest waarin deze zorg gevat was mogen afleiden, dat men in deze kloosterziekenhuizen toekwam aan het tegemoet komen aan ook andere dan louter lichamelijke behoeften van de zieke mens uit die periode. Na het midden van de 12e eeuw kwamen de kloosterziekenhuizen hoe langer hoe meer in verval.

3 Verhoudingen in het vroege gasthuis

Na het begin van de 14e eeuw kwamen de gods- of gasthuizen op, gesticht en beheerd door wereldlijke bestuurders, vanuit het motief van de christelijke barmhartigheid. Met het wêldoen kon men een plaats in de hemel verdienen. En voor dit wêldoen had men de armen nodig. Zo kwamen er, dank zij vele giften, huizen opgedragen aan God, waar Zijn wil wordt uitgevoerd, d.w.z. de werken van barmhartigheid werden verricht, zoals: hongerigen spijzen, dorstigen laven, naakten kleden, doden begraven, reizigers herbergen, zieken troosten, gevangenen bevrijden e.d. De gods- of gasthuizen waren aanvankelijk niet uitsluitend bedoeld voor zieken. Men bood ook onderdak aan armen, oude lieden, zwervers, werkzoekende handwerkslieden, rondtrekkende studenten, verbannen en avonturiers. De zieken vormden daarvan slechts een minderheid. Bovendien stond in deze huizen de medische zorg niet bepaald in de eerste plaats. In die tijd lagen de voornaamste behoeften van de zieke op het terrein van huisvesting, ligging en verpleging.

In het gasthuis werd het verpleegwerk verricht door nonnen en monniken. Voor de begrippen van hun tijd is deze periode een bloeitijd voor de ziekenverpleging geweest. Het medisch werk viel toe aan in de stad praktizerende chirurgen en doctores, die vaak slechts een los verband met het gasthuis hadden en het gasthuis aanvankelijk ($\pm$ 15e eeuw) weinig frequent bezochten.

Ondanks de overheveling naar wereldlijke bestuurders bleven de verhoudingen in het gasthuis toch lijken op die in het kloosterziekenhuis. De dagelijkse gang van zaken werd immers — toen de genezers en helers niet meer 'van' het ziekenhuis waren — bepaald door de verplegenden, die in het vroege gasthuis nog steeds uit nonnen en monniken bestonden. Een groep, die het troosten van zieken nog niet zal hebben verleerd. De grondhouding tegenover patienten zal toen nog niet wezenlijk veranderd zijn. Het voornaamste verschil met het kloosterziekenhuis betreft de posities van diegenen, die het medisch werk verrichtten. Deze hadden duidelijk veel minder frequente kontakten met de patienten als met de verpleging. Niettemin komt het ons voor, dat de patient het toen beter heeft gehad dan in het daarop volgende tijdperk van het late gasthuis.

4 Het 'late' gasthuis

Na midden 17e eeuw waren de verhoudingen rondom de patient

in de meeste gasthuizen duidelijk verslechterd in vergelijking tot de voorgaande periode. Van een toevluchtsoord werd het gasthuis een oord van verschrikking. De vele pestepidemieën tussen de 14e en midden 17e eeuw hebben vaak de gasthuizen overvol gemaakt en tot ontreddeering gebracht. Ook de godsdienstoorlogen richtten schade aan. In reformatorische landen werden de congregaties verboden, waardoor er een tekort ontstond aan verplegend personeel, dat met religieuze toewijding het werk voor en aan de zieken verrichtte. De kloosterzusters en -broeders maakten plaats eerst voor 'joncwives' en later voor zaalmeiden en zaalknechten, die onder een ziekenvader en ziekenmoeder geplaatst werden. De zieken werden toevertrouwd aan mensen, die voor een zeer gering loon zware, treurige en vaak hoogst onsmakelijke arbeid moesten verrichten. Het waren steeds inwonenden en ongetrouwden. Zij hadden een lange arbeidsdag met weinig vrije uren en waren nooit zeker van een ongestoorde nachtrust. Deze 'posities' werden bezet door 'zeer onevenwichtige' mannen en vrouwen, imbecielen, oud geworden prostituees, alcoholisten, in één woord menselijke 'wrakken'. Men spreekt dan ook over de periode van 1650-1850 als de 'donkere tijd van de ziekenverpleging'.

Hoe het de patient verging laten de volgende gegevens zien. In de steeds groter wordende gasthuizen waren zalen met 200 kribben geen zeldzaamheid. Verscheidene zieken werden in één bed gelegd. Gordijnen sloten het bed van de zaal af. In 1788 werden in het Parijse Hotel Dieu 5 à 6 zieken in één bed verpleegd. Hier bedroeg het sterftecijfer 250 per 1000 opnamen. In het Binnengasthuis te Amsterdam stierven er 210 per 1000 opnamen. Intussen werden in de 18e eeuw vastaangestelde doktoren en chirurgijns door de gasthuizen in vaste dienst genomen. Wel beschouwden deze geneeskundigen hun ambt vaak als een bijbaantje, waar zij niet al te veel tijd aan wilden besteden. De visites verliepen in zo'n tempo, dat de meelopende vader of moeder tijd tekort had om korte aantekeningen te maken voor de behandeling. Patientten werden toen al aangeduid met een nummer. Ook de behandeling gaf men met cijfers aan. Operaties werden uitgevoerd op de verbandzaal tussen de patientten in. Er bestond toen nog geen narcose. De patient werd gewoonlijk vastgebonden, of dronken gevoerd, of bewusteloos geslagen, of door mede-patientten vastgehouden. Het voedsel voor de patient was slecht. Tot de misstanden behoorden ook het opeten van voedsel dat voor zieken bestemd was door het personeel en het bij opbod verkopen van vlees aan de zieken.

Andere misstanden in het late gasthuis waren:

- het slaan van patientten
- het mishandelen van zieken die geen fooien gaven
- het slapen waar gewaakt moest worden
- het verstrekken van morfinepoeders tegen betaling
- het vorderen van onbillijke arbeid van nog te zwakke patientten
- het dienst doen van één waakster op 6 zalen met ernstige of pas geopereerde patientten, verdeeld over twee verdiepingen
- het niet toedienen van de voorgeschreven medicijnen.

In het late gasthuis kwam men niet aan de behoeften van de zieke tegemoet. Het peil van de verpleging was danig gezakt. De zieken werden dagelijks toevertrouwd aan figuren van laag allooi. Artsen die toen ook al dagelijks — ofschoon niet lang — aanwezig waren, drukten nog geen stempel op het gasthuis. Hun interventies ten behoeve van het genezingsproces waren niet effectief, door gebrek aan wetenschappelijke kennis. Zij waren niet bij machte de verhoudingen te veranderen; wellicht omdat zij nog te afhankelijk waren van de gasthuisbestuurders en omdat hun maatschappelijk aanzien nog niet voldoende was gestegen, zodat hun gezag nog te gering was. Het was net alsof de barmhartigheidsgedachte toen niet meer werkte. De zieke en arme was niet meer iemand die men nodig had om wèl te kunnen doen. Wellicht werd de patient toen de exponent van de zonde, die men ongestraft kon misbruiken en mishandelen. De zieke mens was rechteloos geworden.

5 Veranderingen na het begin der 19e eeuw

Wij willen ons nu met de vraag bezighouden, welke factoren de stoot hebben gegeven voor de transformatie van het late gasthuis tot het moderne ziekenhuis van de 20e eeuw. Van de o.i. belangrijkste van die factoren zullen we er vier de revue laten passeren, nl.:

- 1 — het ontwaken van de verpleging;
- 2 — de opkomst van de professionele organisatie der medici;
- 3 — de vooruitgang van medische kennis en wetenschap met de daardoor mogelijk geworden groei van de medische technologie, hetgeen weer tot gevolg heeft:
- 4 — de veranderde positie van de medicus in het ziekenhuis.

Vooropgesteld dient te worden, dat de in de vorige paragraaf beschreven toestanden tot ver in de 19e eeuw waren blijven bestaan. Echter met dit verschil, dat er tegen die toestanden, in tegenstelling tot voorheen — toen ze over het algemeen als vanzelfsprekend aanvaard werden — steeds sterkere protesten werden gehoord. Bovendien vonden er in deze periode enkele gebeurtenissen plaats, die als voorboden mogen worden opgevat van de groei naar de verhoudingen van het moderne ziekenhuis. Eén van die voorboden was het ontwaken van de verpleging. Dit ontwaken zette in met de oprichting van het Diaconessenhuis te Kaiserswerth in 1836. De verplegingstaak werd vervuld door diaconessen, jonge vrouwen uit de goede burgerstand, die zorgvuldig geselecteerd en gevormd werden. Het in Kaiserswerth genomen initiatief kreeg in West-Europa veel navolging, met name in Engeland, Frankrijk, Zwitserland en Nederland. Zo kreeg Utrecht bijvoorbeeld al in 1844 een diaconessenhuis. Het motief voor het diacones-zijn was de vreugdevolle dienstbaarheid, voortvloeiend uit zelfopofferende liefde.

De oriëntatie ging duidelijk meer in de richting van het ethisch-religieuze dan in die van het verpleeg-technische en vakmatige. Die oriëntatie werd later omgebogen door het optreden van Florence Nightingale, die meer dan wie ook het nieuwe beroep van verpleeg-

kundige gestalte heeft gegeven. In de door haar in 1860 opgezette en aan het St. Thomas ziekenhuis te Londen verbonden opleidings-school voor verpleegster kwam de grootste nadruk te liggen op de vakopleiding. Voor Florence Nightingale was het verplegen geen liefdewerk, maar een dienstverlening, die een beloning waard was. Het was geen er bij komende huishoudelijke plicht, maar een beroep. Evenmin was het een bewijs van religieuze toewijding of van geloof, maar een eerlijke manier om de kost te verdienen. Aan de opleiding stelde zij hoge eisen, aangezien zij van de verpleegsters een grote kundigheid verwachtte, die slechts kon worden verworven door theoretisch inzicht en praktische oefeningen. Even hoog waren haar toelatingseisen tot het beroep van verpleegster: men moest een vrouw 'van onbesproken gedrag' zijn en een behoorlijke vooropleiding hebben. Het optreden van Florence Nightingale betekende niet minder dan dat het de legitimering verschafte voor de beroepsuitoefening van vrouwen uit de betere milieus. Het reservoir van vrouwelijke krachten kon toen voor het verplegen van zieken in ziekenhuizen worden aangeboord. En met de komst van zorgvuldig geselecteerde en opgeleide verpleegsters uit de betere milieus kon het niveau van de verpleging in de ziekenhuizen langzaam stijgen.

In Nederland begonnen de eerste verpleegstersopleidingen, die op de leest van Florence Nightingale geschoeid waren, omstreeks 1882/1883. Enkele tientallen jaren eerder had de in 1844 opgerichte Vereniging voor Ziekenverpleging in Amsterdam bereikt, dat beschaafde vrouwen het verplegen van thuisliggende zieken op zich namen. Daarna begon in 1878 een andere vereniging voor ziekenverpleging met een opleiding, die echter na een hoopvolle start spoedig slechts een theoretisch karakter droeg. En het was niet vóór de eeuwwisseling, dat in sommige van de Nederlandse gasthuizen van een omslag in de situatie kon worden gesproken. Doch was die omslag — uiteraard na het overwinnen van de nodige interne spanningen — er eenmaal, dan had men een ziekenhuis, waar bij het verplegen van zieken geen corruptie meer heerste; geen zalen meer overvol waren; de handel op de zalen verdwenen was. Men had meer aandacht voor de zieken, er werd voor afleiding van de zieken gezorgd; kortom, het gasthuis veranderde in een ziekenhuis waar, afgemeten naar de verhoudingen in de voorgaande periode, vriendelijkheid en frisheid de toon aangaven. De erkenning, dat deze veranderingen onder moeilijke omstandigheden tot stand werden gebracht door de inspanningen en het doorzettingsvermogen van vele verpleegsters, kwam in een aantal ziekenhuizen tot uitdrukking door de benoeming van verpleegsters tot adjunct-directrices. Tevens is daardoor tot uitdrukking gebracht, dat de status van de verpleegsters in vergelijking tot enkele tientallen jaren daarvoor aanmerkelijk gestegen was.

Terwijl de veranderingen in de verpleging zich voornamelijk binnen de muren van de gasthuizen aan het voltrekken waren, was al een aantal decennia vroeger een ander proces buiten de gasthuismuren begonnen. Een proces, dat uiteindelijk zou uitmonden in

de professionalisering der medici. Vanaf het begin der 19e eeuw waren de universitair opgeleide artsen in Nederland bezig met te streven hun status te verbeteren; want die status was — in vergelijking tot thans — niet hoog, wat reeds in de 18e eeuw het geval was. Tal van geneeskundigen waren in het begin der 19e eeuw — d.w.z. in de donkerste periode van de ziekenverzorging — 'willinge werktuigen' geweest in de handen der gasthuisbestuurders en hadden niet pal gestaan voor de belangen van de zieken. Het toenmalige aanzien en de waardering die de dokter genoot vonden waarschijnlijk hun bron in de omstandigheid, dat er toen zoveel verschillende soorten beroepsbeoefenaren bestonden op het gebied van het genezen van zieke mensen. En de universitair opgeleide dokter was slechts één daarvan. Daarnaast waren er nog volop chirurgijns, plattelands heel- en vroedmeesters, stedelijke heel- en vroedmeesters, vroedvrouwen en tandmeesters, om maar een aantal te noemen. Een bijzondere Kamercommissie rekende in 1863 uit, dat er niet minder dan 32 soorten bevoegde beoefenaars bestonden. De universitair gevormde doktoren moesten toen de markt nog delen, nog fel concurreren met vele genezers, die soms in de praktijk en soms op klinische scholen, de ene langer dan de andere, werden gevormd of opgeleid. Vele doktoren (en heelmeesters) leefden door die felle onderlinge concurrentie op de rand van armoede. Nu was zeker vóór 1849 de stand van medische kennis en wetenschap zodanig, dat het door de doktoren verrichte medische werk nog niet overtuigend 'superieur' (d.w.z. doeltreffender) was, vergeleken bij het werk van andere genezers. In die tijd bedroeg de kans, dat de kwaliteit van een ingreep door een dokter beter was dan die van een ingreep door andere genezers, nog steeds niet meer dan fifty-fifty. De sterftcijfers van de gasthuizen getuigen daarvan. Dit betekende dat doktoren, die een goede vooropleiding hadden genoten, een dure en lange studie aan hogeschool of universiteit volbracht hadden, van goede afkomst waren even hoog (of even laag) werden aangeslagen als genezers, die weinig vooropleiding hadden, minder (lang) opgeleid en niet-universitair waren gevormd, van geringere afkomst waren en weinig of minder beschaving hadden. Door de doktoren werd dit beleefd als 'gering aanzien' van en 'dalende achting' voor de geneeskundige stand. En hun streven was dan ook er op gericht 'om het geringe aanzien, waarin de geneeskundige stand van die dagen stond, de geringe waardering, die men in het algemeen, en niet ten onrechte, de geneeskundige toedroeg, te verbeteren'. Om dit te bereiken was aansluiting, groepsvorming of machtsvorming nodig. Voorbeelden daartoe geven de Britse apothekers al in 1815, de Britse Medical Association werd in 1832 opgericht. De Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie kwam in 1842, in 1847 de Nederlandse Maatschappij van Veeartsenijkunde. En in 1849 hield de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst haar eerste algemene vergadering in Arnhem. Sindsdien was deze professionele organisatie der Nederlandse medici in woord en geschrift voortdurend bezig met te trachten de overheid er toe te

brengen — misschien mag men zeggen: op de overheid pressie uit te oefenen — om een beleid te voeren, d.w.z. wettelijke regelingen te treffen, in overeenstemming met de wensen van de beroepsgroep. De wetten van de 1e juni 1865 waren daarvan het resultaat. Met deze wetten heeft de Nederlandse politieke elite doelbewust aan de medische professie het exclusieve recht verleend om de gezondheidszorg in Nederland te monopoliseren. Immers, voortaan zouden alle andere genezers (met uitzondering van de vroedvrouwen) onbevoegd worden om de geneeskunst uit te oefenen. Voor concurrentie van die vele andere genezers hoefden de Nederlandse medici — nu gerechtigd de titel van arts te dragen — niet meer beducht te zijn. Vervolgens garandeerden de toelatingseisen tot het beroep de legitimering van de natuurwetenschappelijke benadering van de ziekte. Hetgeen de verdwijning uit de gezondheidszorg betekende van die waarden, die met dat natuurwetenschappelijke denken niet in overeenstemming waren. Artsen waren toen de enigen met een bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst. Dit betekende, dat zij ook de enigen waren die de bevoegdheid hadden om voor anderen vast te stellen wat ziekte (of gezondheid) inhield en om die anderen voor te schrijven hoe men in dat verband diende te handelen. Dit sloot tevens in het exclusieve recht om te bepalen wie, onder welke voorwaarden, volgens welke criteria, op welke wijze, in welke takken of onderdelen van de gezondheidszorg werkzaam konden zijn. En ten slotte is aan de professie ook het belangrijke recht toegekend om te handelen volgens de regel, dat uitsluitend en alleen eigen beroepsgenoten in staat en bevoegd zijn het verrichte werk wezenlijk te controleren en te evalueren. Alleen een professie heeft het erkende recht om de controle en evaluatie van hun werk door buitenstaanders als onrechtmatig en niet tolereerbaar te verklaren.

Na het in werking treden van de wet zal het wel vele jaren geduurd hebben, eer de doktoren de vruchten konden plukken van de door hen zozeer begeerde 'verbetering in aanzien en waardering'. Persoonlijk menen wij, dat de thans zo duidelijk gebleken verbetering in de status van de medicus niet uitsluitend te verklaren is door de werking van de wetten van 1865. Die nieuwe status was op z'n minst ook een gevolg van de ontwikkeling in medische wetenschap en technologie. Niet altijd heeft het op empirische leest geschoeide natuurwetenschappelijk denken als richtsnoer voor het handelen van de meeste universitair opgeleide artsen gediend. In de 19e eeuw was dat pas na het verstrijken van de eerste decennia het geval. Voordien gaf men zich volgens Lindeboom liever over aan speculatieve beschouwingen dan aan eigen onderzoek.

Maar toen het empirisch natuurwetenschappelijk onderzoek na $\pm$ 1850 eenmaal op gang was, werd de ene ontdekking na de andere gedaan. Met name ging het om spectaculaire ontdekkingen van specifieke ziekteverwekkers; ontdekkingen die plaatsvonden tussen $\pm$ 1860 en $\pm$ 1900. Minstens even spectaculair waren de technologische vorderingen op chirurgisch gebied. Na 1850 kwam de anaesthesie in zwang. De antiseptische behandeling met carbol-

zuur begon in 1865. Later won de aseptische methode veld. Er werden toen in de ziekenhuizen (thuis opereren was niet meer mogelijk) chirurgische successen geboekt, die voordien niet mogelijk waren. Op het gebied van de interne geneeskunde werd omstreeks dezelfde periode de werking van de verschillende organen van het menselijk lichaam beter bekend. Van belang voor een betere diagnostiek waren ook de uitvinding van de röntgenapparatuur en de elektrocardiograaf. Door al deze technologische verworvenheden konden ongeveer aan het eind van de vorige eeuw — d.w.z. nog geen honderd jaar geleden (!) — voor het eerst in de geschiedenis de vroeger ongeneeslijke ziekten afdoende bestreden worden. Dit was niet minder dan een kwalitatieve breuk met het verleden. Voor het eerst was de kans om beter te worden voor een gemiddelde patient, die door een gemiddelde arts behandeld werd, meer dan fifty-fifty. Hetgeen drastische verlagingen van sterftecijfers tengevolge had en de medicus (de specialisten onder hen meer dan de niet-specialisten) aanzienlijk in status deed stijgen. Het plaatshebben van de zojuist vermelde gebeurtenissen betekende de transformatie van het gasthuis tot modern ziekenhuis. Binnen een betrekkelijk kort tijdsbestek voltrok zich het proces, volgens hetwelk de plaats waar arme zieken vaak hun laatste levensdagen onder de meest erbarmelijke omstandigheden doorbrachten, veranderde in een medisch technologisch instituut, waar ook rijke patienten in een gunstig therapeutisch klimaat werden behandeld met goede kansen op genezing. (In 1956 bedroeg het sterftecijfer in het Amsterdamse Binnengasthuis 51 op 1000 opnamen.)

In datzelfde proces veranderde de arts van een perifere beroepsbeoefenaar tot een figuur, die zwaar zijn stempel kon drukken op het ziekenhuisgebeuren. De hoge vlucht van die medische technologie maakte het ziekenhuis tot een werkplaats van de arts, d.w.z. gebouwd, ingericht en georganiseerd vooral voor *zijn* behoeften en rondom *zijn* belangen. De veranderde positie van de medicus werd aan het eind der 19e eeuw ook gesymboliseerd door de invoering van de functie van geneesheer-direkteur. Toen het eenmaal zover was, gaf de medicus het ziekenhuis bevel tot de aanschaf van apparatuur, uitbreiding van gebouwen ten behoeve van laboratoria e.d., inrichting van operatie- en behandelkamers en de aanstelling van het daarbij benodigde personeel. In de gedaante van de vrij gevestigde specialist heeft de medicus in het ziekenhuis een onaantastbare en autonome positie met macht om de koers van de organisatie te bepalen. Expliciet is zijn gezag zeer groot, impliciet wellicht nog groter. Hij is vaak niet in dienst van het ziekenhuis, maar is een gast met heel bijzondere voorrechten. Hij is nl. een figuur, 'who like "the man who came to dinner" has insinuated himself into a dominant position in which he could regulate the temperature without paying the fuel bills'.

Ook wil de medicus het liefst de arts-patient relatie gevrijwaard houden van de invloeden uit de organisatie, maar wèl wil hij profiteren van de technische faciliteiten en het therapeutisch klimaat, die door de ziekenhuisorganisatie geboden worden. Overigens is

het een positie die verbluffende successen heeft opgeleverd. Toch wordt er nu niet alleen maar gejuich over gehoord. In 1970 schreef Lindeboom, dat de onvermijdelijke, steeds verdergaande ontwikkeling van specialismen het verband verzwakt tussen de onderdelen van de geneeskunde. Daardoor wordt het oude Hippocratische ideaal om niet de ziekte, maar de zieke mens te behandelen, steeds moeilijker bereikbaar. Hier komt bij, dat de haast exclusieve en eenzijdige oriëntatie op de natuurwetenschappelijk-technologische benadering de zieke degradeert tot 'object' van natuurwetenschappelijk onderzoek. Querido schreef in 1960, dat er in het ziekenhuis, waar een discipline heerst van een oorlogsschip, voor de zieke mens geen plaats is. Hetgeen zeggen wil, dat normen (gedragsregels) m.b.t. de discipline welke voor de operatieruimten als functioneel zijn aan te merken, dysfunctioneel werken, wanneer zij zonder meer aan andere sectoren van het ziekenhuis (bijv. verpleegafdelingen) worden opgelegd. Vele patienten voelen zich in het tegenwoordige ziekenhuis dan ook helemaal niet op hun gemak, en dat terwijl de ziekenhuizen van nu veiliger dan ooit tevoren zijn geworden. Het onbehagen van patienten tegenover het ziekenhuis komt in de volgende populaire kreten tot uitdrukking:

Het ziekenhuis is:

- een onpersoonlijke behandelingsmachine;
- een plaats waar de patient voor de staf geen naam heeft, maar aangeduid wordt met 'een maagzweer op 268';
- een fabriek waar patienten in schone witte bedden worden opgeslagen;
- er voor het gemak van artsen, verpleging en andere stafleden.

Andere uitspraken luiden:

- de behoeften van de patient komen in het ziekenhuis op de laatste plaats;
- emotionele behoeften van de patient worden er ontkend;
- in het gevoel van de patient is de staf hardvochtig, ongevoelig en veronachtzamd;
- patienten worden als onmondige kinderen behandeld.

De vraag is nu welke verhoudingen van patient, arts en verplegende in het ziekenhuis tot dergelijke uitspraken hebben kunnen leiden.

6 Patient, arts en verpleegkundige in het moderne algemene ziekenhuis

De laatste passages uit de vorige paragraaf wijzen eigenlijk al op iets paradoxaals in de tegenwoordige gezondheidszorg. Het paradoxaal ligt hierin: Aan de ene kant is de vooruitgang van het medisch kunnen onmiskenbaar; de zekerheid en de doeltreffendheid met betrekking tot diagnose en therapie nemen dagelijks toe. Maar in plaats van dat er als gevolg van die medische vooruitgang gevoelens van tevredenheid en welbehagen gekoesterd worden, zien we in brede kring het onbehagen over en de kritiek op de geboden gezondheidszorg met de dag toenemen. In het bijzonder geldt dat voor de ziekenhuizen, waarop in steeds toenemende mate door een

vrij grote groep (ex)patienten, medewerkers, stafleden en buitenstaanders ernstige kritiek wordt uitgeoefend. Er heersen momenteel over de ziekenhuizen duidelijke gevoelens van onbehagen, misnoegen en ontevredenheid. Wat de patienten betreft, slaan die gevoelens niet zozeer op de technische kwaliteit van de geleverde medische en verpleegkundige zorg, maar vooral op de wijze waarop deze zorg aangeboden en op de geest waarin die zorg verricht wordt. Elk ziekenhuis proclameert immers: 'Bij al onze activiteiten staat de patient centraal'. Deze boodschap komt bij vele patienten eenvoudig niet over; in de aanrakingen met het ziekenhuis voelen, ervaren en beleven zij hun centraal-staan helemaal niet. Waarom komt die boodschap zo over? Wat is er eigenlijk aan de hand met de communicatie tussen ziekenhuis en patient? Bevat de boodschap soms onjuistheden of zit er wellicht te weinig eenduidigheid in? Of verloopt de communicatie op zichzelf misschien niet optimaal? Wie zijn in het ziekenhuis degenen die de kontakten met de patient onderhouden? Wat is de aard van die kontakten? En is er iets te zeggen over de gevolgen en de achtergronden ervan?

In de afgelopen jaren zijn ook in Europa interessante pogingen ondernomen om door middel van empirisch onderzoek op de zojuist gestelde vragen enige greep te krijgen. Een groep Deense studenten onder aanvoering van Annette Schioler ondernam een poging in een Kopenhagens opleidingsziekenhuis (1969). En vorig jaar publiceerden de medici (!) Engelhardt, Wirth en Kindermann hun verslag over de verhoudingen in een ziekenhuis te Kiel. Schioler's groep had als uitgangspunt, dat er in het ziekenhuis — of in iedere andere situatie, waar men met ziekte van een familielid of groepslid kampt — drie 'kernposities' te onderscheiden zijn. Ten eerste is er de patient, d.w.z. degene die beter wil worden; dan komt de verpleegkundige, d.w.z. degene die dag en nacht ervoor waakt, dat aan de behoeften van de patient tegemoet wordt gekomen. En ten slotte hebben we de dokter, d.w.z. de ziektegenezer, die de ingrepen verricht op basis van specifieke kennis om de toestand van de patient ten goede te veranderen. Hoe verloopt nu in het ziekenhuis de communicatie tussen deze drie kernposities? Wie zeggen wat, tegen wie, hoeveel, hoe en wanneer? Om gegevens hierover te verkrijgen heeft de groep waarnemingen verricht gedurende een aantal ochtendvisites op ziekenzalen. Daarbij ging het om vier verschillende doktoren. Deze vier doktoren hadden per patient een gemiddelde visitetijd (de tijd die aan het bed van één patient werd besteed) van drie minuten en 45 seconden. (De gemiddelde visitetijd voor een patient varieerde bij de vier doktoren van $4\frac{1}{2}$ tot $1\frac{1}{2}$ minuut.) In die $3,75$ minuut werden door patient, verpleegkundige en dokter uitingen gewisseld. Het totaal van geregistreerde uitingen was te categoriseren als 'instrumentele' of 'expressieve'. Instrumenteel zijn die uitingen, die louter een feitelijke of zakelijke inhoud hebben en die vaak op een taakverrichting georiënteerd zijn. Een uiting is expressief, wanneer zij socio-emotioneel van aard is. Positief-expressieve uitingen hebben b.v. tot inhoud: aanmoedigen, belonen, steunen, troosten, accepteren, tevredenheid, opluchting, e.d. Nega-

tief-expressieve uitingen houden b.v. in: afkeuren, kwetsen, denigreren, afwijzen, onzekerheid, scepticisme, etc.

Het bleek dat 71% van alle uitingen gedurende de ochtendvisites als instrumenteel konden worden aangemerkt; 21% van de uitingen was positief-expressief en 9% negatief-expressief. Hieruit valt af te lezen dat de sfeer van de ochtendvisites overwegend zakelijk en taakgericht was, met weinig ruimte voor de patient om gevoelens van verontrusting, eenzaamheid, angst e.d. te uiten. De ruimte werd overigens beheerst door de arts, die 53% van alle uitingen voor zijn rekening nam. Met 27% kwam de patient op de tweede plaats, gevolgd door de verpleegkundige met 20%. De dokter vervulde derhalve de meest actieve rol, en volgens de overige cijfers sprak hij vaker tegen de patient dan tegen de verpleegkundige. Iets minder dan driekwart van de doktersuitingen waren voorts als instrumenteel aan te merken; deze bestonden grotendeels uit het vragen en verstrekken van informatie en het geven van opdrachten aan de verpleegkundige. Een vijfde deel van zijn uitingen was positief-expressief; de meeste hiervan waren voor de patient bestemd. De verpleegkundige kreeg opvallend weinig positief-expressieve uitingen van de dokter te horen. De verpleegkundige speelde gedurende de ochtendvisite een bemiddelende rol. Zij sprak meer tegen de anderen dan de anderen tegen haar spraken. Van de drie kernposities zijn bij haar de instrumentele uitingen het grootst in aantal, nl. meer dan 80%. Het betrof hier voornamelijk het inbrengen van informatie ten behoeve van de arts. De arts was ook degene tot wie de verpleegkundige zich het vaakst richtte (meer dan 90% van de uitingen). Slechts 10% van de uitingen van de verpleegkundige was tot de patient gericht, een opvallend klein deel! De patient had de passieve rol. In vergelijking tot de anderen was hij het minst instrumenteel; wel beantwoordde hij de vragen die op feitelijkheden betrekking hadden. Hij stemde in met de door de dokter of verpleegkundige gedane suggesties. De patient was de enige, die onzeker was.

Aldus het beeld, dat de groep Schioler van de ochtendvisite getekend heeft. Daarnaast heeft de groep nagegaan welke contacten de gemiddelde patient meemaakte gedurende de werkdag van 's ochtends zeven tot 's avonds zeven. Geregistreerd werd met wie de patient contacten had en hoe lang de contacten duurden. De resultaten van deze waarnemingen waren als volgt:

Per gemiddelde patient werd van de totale tijd op een werkdag:

1% besteed aan contact met de dokter (inclusief visitetijd);

8% besteed aan contacten met verpleegkundigen en verpleeghulpverleners, zowel gedurende de visitetijden als daar buiten om;

5% besteed aan contacten met laboratorium, de röntgenafdeling, therapeuten e.d.;

28% besteed aan contacten met medepatienten, bezoekers en andere personen op de gang of in de dagzaal.

De rest van de tijd, d.w.z. 58% of meer dan de helft, was geheel gespeend van elk contact.

Uit deze gegevens blijkt, dat het grootste deel van de tijd van een

patient in het ziekenhuis 'gevuuld' wordt met passief afwachten. Er blijkt ook uit, dat het ziekenhuis met de persoon van de zieke geen raad weet. In ieder geval zien we de persoon van de zieke *niet* gemobiliseerd worden om *aktief* mee te werken of bij te dragen aan de bestrijding van zijn ziekte. Wat het ziekenhuis van een patient lijkt te verlangen is, dat hij zich als min of meer onmondig object volledig onderwerpt aan onderzoek, behandeling en verpleging. Zijn gevoelens over zijn verblijf in het ziekenhuis, over zijn ziekte, de twijfels die hij zelf heeft over zijn genezingskansen en over de betekenis van zijn ziekte voor zijn toekomstige levenswijze, komen vrijwel niet aan bod wegens de zeer kortdurende en hoofdzakelijk instrumentele kontakten met de twee andere kern-posities. Het subject-zijn van de patient wordt door het ziekenhuis haast ontkend. Hoe kan onder de gegeven omstandigheden de patient het gevoel krijgen in het ziekenhuis centraal te staan?

Uiteraard is het de vraag in hoeverre de waargenomen situatie als regel of als uitzondering mag worden aangemerkt. Zolang er geen gegevens over andere ziekenhuizen beschikbaar zijn, is die vraag niet met zekerheid te beantwoorden. Toch lijkt het niet al te gewaagd om te veronderstellen, dat deze Kopenhagense verhoudingen ook in vele andere ziekenhuizen aan te treffen zullen zijn. Wij baseren deze veronderstelling mede op grond van hetgeen door Engelhardt c.s. naar voren is gebracht. Overigens is hun boek, getiteld: 'Kranke im Krankenhaus; Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin' te rijk van inhoud en te belangwekkend om het hier in enkele passages samen te vatten. Het is o.i. een boek, waar iedere medicus kennis van dient te nemen. Op deze plaats willen wij volstaan met het noemen van een aantal voor ons betoog relevante punten uit de inhoud ervan. De materiaalverzameling vond plaats in een kliniek voor inwendige ziekten. Hier werden binnen een tijdsbestek van 9 maanden 120 patienten tussen de 40 en 64 jaar driemaal geïnterviewd. Elk interview duurde 45 minuten. Het eerste interview werd afgenomen 1 à 2 dagen na de opname, het tweede 5 dagen daarna en het laatste op de dag van het ontslag. De gesprekken vonden in een aparte kamer plaats om de patienten de mogelijkheid te bieden ook over intieme problemen en over het opgenomen worden in het ziekenhuis te spreken. Zodoende kregen de patienten tijdens de interviews volop de gelegenheid om hun ervaringen en lotgevallen in de verpleegafdeling te vertellen. Ook met familieleden, meestal echtgenoten, van de patient werden gesprekken gevoerd met het doel wat meer gegevens te verkrijgen over de persoon en de ziekte van de patient. Tevens voerden de onderzoekers gesprekken met de behandelende artsen en de zusters over de vraag wat zij met de patienten hadden meegemaakt en wat zij van de persoonlijkheid van de patient vonden. Ten slotte namen de onderzoekers tweemaal per week aan de doktersvisite deel. De probleemstelling van dit onderzoek zou, naar het ons voorkomt, globaal als volgt kunnen luiden:

Hoe staat het in de werkelijkheid van alledag met het centraal-

staan van de patient (een patient-gerichte geneeskunde) in een algemeen ziekenhuis en met welke achtergronden hangt dit samen? Uit de titel van het boek valt het eigenlijk al af te leiden: de gevonden feiten wijzen op een onvoldoende centraal-staan van de patient. Er bestaat in een algemeen ziekenhuis nog weinig of geen patient-gerichte geneeskunde. Dit in weerwil van de bij haast iedere officiële gelegenheid, in congres toespraken of andere feestredevoeringen uitgesproken gedachte, dat deze menselijk-begrijpende of patient-gerichte geneeskunde een vanzelfsprekendheid is, die door elke goede arts in praktijk dient te worden gebracht. De werkelijkheid is anders. De arts ziet de patient overwegend als analyseerbaar object, dat — zoals een auto in een reparatiewerkplaats — uit elkaar te nemen en in elkaar te zetten is. Bij een dergelijke technische opvatting van een ziekenhuis als reparatiewerkplaats (en diagnostiek en therapie als 'olieverversen') wordt uiteraard het reageren van het subject van de patient in het diagnostisch-therapeutisch proces als overbodig en storend ervaren. Wat te registreren is, is dat artsen grotendeels psychologische en sociale factoren met betrekking tot de patient negeren. Hun verrichtingen zijn technisch van aard en hun kontakten hebben hoofdzakelijk een instrumenteel karakter. Deze gedragswijze wordt in bijna alle gevallen door de verpleegsters overgenomen. De zusters zijn duidelijk meer zaak- dan persoongericht. Zij vertonen deze gedragswijze, omdat zij door de artsen in eerste instantie beoordeeld worden naar hun technische bedrevenheid en omdat de zusters het nu eenmaal ontzettend belangrijk vinden om bij de artsen goed aangeschreven te staan. Het optreden van ziekenhuiswerkers op de verpleegafdeling wordt dus uiteindelijk bepaald door de werkopvattingen van de artsen. Het feit, dat de artsen die opvattingen koesteren, is eigenlijk niet zo verwonderlijk. Gedurende hun opleiding immers worden artsen of medisch studenten eerder berispt, wanneer zij niet weten welke specifieke lichamelijke onderzoeken ter vaststelling van een bepaalde ziekte nodig zijn dan wanneer zij de patienten in de persoonlijke omgang kwetsen. De prioriteit van de somatische oriëntatie is toch in bijna alle klinieken gangbaar. De aanstaande arts leert nauwkeurig de pols van de patient te voelen, maar het polsen van gevoelens wordt hem niet bijgebracht. Bovendien is — nog steeds volgens Engelhardt c.s. — in een bekend Duits leerboek te lezen, dat het vermogen om zich in de zieke in te voelen aangeboren en *niet aanleerbaar* is. Ook in hun verdere vorming na het behalen van het artsdiploma worden er geen oefeningen aangeboden, waarin zij zichzelf kunnen leren zien als onderdeel van een interactie-proces. Er volgt dan ook geen ontwikkeling van de vaardigheid om de *gevolgen* van het eigen gedrag voor anderen (b.v. voor patienten) te registreren of aan te voelen. Het vermogen om rekening te houden met persoonlijke gevoelens van patienten (of b.v. verpleegkundigen) is bij artsen dan ook vaak niet zo heel sterk ontwikkeld. Dit sluit overigens weer aan bij de gangbare praktijk: er wordt in de medische praktijk over het algemeen weinig rekening gehouden met alles wat niet

objectiveerbaar, niet meetbaar of telbaar is. Tenslotte wordt de technisch-instrumentele geneeskunde momenteel mede gesanctioneerd door de honoreringsregeling, doordat deze het nagaan en vastleggen van de actuele biografische situatie en de vroegere ontwikkeling van de patient niet als een specifieke verrichting beschouwt, maar slechts als iets wat uitstijgt boven het normale onderzoek. Daarentegen brengen de uitdrukkelijk technische verrichtingen, zoals maagsapanalyses of het inbrengen van een contrastmiddel in de dikke darm, honoraria op, die enkele tot vele malen hoger liggen dan het rekening houden met psychologische en sociale factoren met betrekking tot de patient.

Het betoog van Engelhardt, Kindermann en Wirth mag o.i. niet worden uitgelegd als een afwijzing of afkeuring van het natuurwetenschappelijke en technische aspect van de geneeskunde. Integendeel, nadrukkelijk stellen de schrijvers, dat het grote succes van de geneeskunde op het gebied van de ziektebestrijding — in het nabije verleden zowel als in de toekomst — afhankelijk zal blijven van de voortgang in het natuurwetenschappelijk denken en de daaruit voortvloeiende technische ontwikkelingen. Zij wijzen er slechts op, dat om tot een meer optimale diagnostiek en behandeling (een 'patient-centered' geneeskunde) te kunnen komen de huidige geneeskunde een aanvulling nodig heeft. Een aanvulling in die zin, dat aan artsen ook geleerd wordt in hun medisch denken en handelen, meer dan tot nu toe, met persoonlijke en sociale factoren expliciet rekening te houden.

Het komt ons voor, dat er voor een patient-centered geneeskunde in het ziekenhuis veel meer nodig is dan de door Engelhardt c.s. voorgestane aanvulling. Niet alleen veranderingen in de gedragswijze van artsen lijken daarvoor gewenst, doch evengoed veranderingen in de gedragswijze van verpleegkundigen. Een meer patient-gerichte verpleegkunde wordt momenteel — behalve dan door een technisch-instrumentele geneeskunde — nog door tal van andere factoren belemmerd. Om te beginnen hebben, net zoals artsen, ook verpleegkundigen nog steeds een opleiding, die bijna uitsluitend gericht is op het instrumentele handelen in het kader van de somatiek, die op het curatieve afgestemd is. Tot op dit moment worden beide groepen in de meeste gevallen nog niet opgeleid teneinde óók systematisch en methodisch te kunnen steunen, troosten, samenwerken, communiceren, voorlichten en relationeel bezig zijn. Uit studies over het functioneren van verpleegkundigen in ziekenhuizen blijkt al te vaak, dat velen van hen emotioneel zowel als cognitief weinig of niet voorbereid zijn op de gevoelige taken, die de psycho-sociale zorg voor de patient met zich meebrengt.

Het algemene beeld is, dat de verpleging op een doorsnee afdeling van een ziekenhuis weinig of niet toekomt aan het tegemoetkomen aan de sociale en emotionele behoeften van de patient. Voor een deel is dit toe te schrijven aan tijdgebrek (het praten met de patient wordt op een verpleegafdeling vaak aangemerkt als 'niet werken'), maar dat is het niet alleen. Het is namelijk gebleken, dat wanneer verpleegsters ruimer in hun tijd kwamen te zitten, slechts een deel

van hen zich met de patienten bezig hield. Vele anderen daarentegen gingen meer met collega's praten, langer koffiedrinken of meer huishoudelijk en schoonmaakwerk 'verzinne'. De belemmeringen voor het ontstaan van meer op de persoon van de patient gerichte kontakten van de verpleging lijken momenteel o.a. verband te houden met de omstandigheid, dat

- a — bij vele verpleegkundigen nog veel te weinig kennis over en begrip van de psycho-sociale en culturele determinanten van gedrag aanwezig is, én
- b — het in de praktijk van het verpleegkundig werk nog ontbreekt aan iedere vorm van gesuperviseerde oefeningen in het praten, luisteren en 'doen' binnen het kader van behandeling, opvang en begeleiding van de patient.

Tegen die achtergrond is te verwachten, dat in een interactie of contact tussen verpleegster en patient de gedragswijze van eerstgenoemde er vaak als volgt uit ziet:

De verpleegster faalt vaak om een gevoel van vertrouwen bij de patient op te wekken. In het gesprek is zij onderdrukkend, beheersend, dwingend en overredend. In haar uitlatingen legt zij de nadruk op de somatisch-therapeutische behoeften van de patient met bijna algehele uitsluiting van de emotionele behoeften. De patient krijgt weinig aanmoedigen om eigen initiatief te nemen of om eigen autonomie tot gelding te brengen. De verpleegster praat gewoonlijk meer dan de patient, maar zodra de patient met zijn bezorgdheid komt over de ernst van zijn ziekte, de uitkomsten van laboratoriumonderzoeken of zijn geringe kansen op genezing, reageert de verpleegster ontwijkend. Dan verandert zij van onderwerp of zij kapt gewoon de patient af, doet geforceerd gezellig of zij zegt: 'vraagt u dat maar aan de dokter'. Ook bij meer persoonlijk worden van het gesprek reageert de verpleegster met een terugtrekkende beweging.

Het geregeld voorkomen van een dergelijke gedragswijze doet de vraag rijzen of de verpleegsters wellicht er op uit zijn om ten koste van alles te voorkomen, dat er emotioneel contact of een band met de patient gaat ontstaan.

Op grond van een door de Engelse psychologe Menzies in 1960 gepubliceerd onderzoeksverslag over verpleegsters in een Londens ziekenhuis van 700 bedden neigen we ertoe die vraag bevestigend te beantwoorden. Menzies wijst er in haar analyse nog eens op, dat verplegen o.a. inhoudt: het geregeld geconfronteerd worden met groot menselijk leed, met menselijke ellende, met dreiging of nadering of concrete aanwezigheid van de dood. Bijna dagelijks maakt men op een verpleegafdeling onpasselijkheid van zieken mee. Niet zelden worden er mensen met ernstige verwondingen of zelfs verminkingen binnengebracht. Verzorging van deze mensen betekent ook werken met ontlasting en urine en naaktheid van het andere geslacht. Het werken onder dergelijke omstandigheden roept onwillekeurig bij verplegenden gevoelens op. Gevoelens van verontrusting, angst, benauwdheid, twijfel, weersin, schuld, verlegenheid en onzekerheid. Dergelijke gevoelens drukken uiteraard zwaar op

de persoon van de verplegende; de verplegende zou er onder door gaan, wanneer niets aan deze situatie gedaan wordt. Toch zijn in de bestaande verhoudingen zulke gevoelens niet bespreekbaar voor de betrokkene, dus niet verwerkbaar. Om in die situatie de dagelijkse werkopgave zo draaglijk mogelijk te houden — aldus de bevinding van Menzies — heeft de verplegingsdienst in de loop der jaren, zonder het overigens zelf te weten, een defensie- of afweermechanisme ontwikkeld. Een mechanisme, dat dient om zich tegen het al te sterk opdringen van dergelijke gevoelens te pantseren en te beschermen. Dat mechanisme tracht dit te bereiken door de energie en aandacht van verplegenden te concentreren op technisch-instrumentele taken en de vervolmaking van de daartoe vereiste kundigheden na te streven. En daarmee worden tevens intensie relaties met patienten voorkomen.

Wat wij in dit verband nog naar voren willen brengen is, dat de verplegingsdienst wegens zijn huidige plaats in de ziekenhuisorganisatie als het ware 'gedwongen' werd het beschreven mechanisme te ontwikkelen. Immers, de verpleging heeft in het ziekenhuis wel de verantwoordelijkheid voor de emotionele zorg voor de patienten gedelegeerd gekregen, maar de vooral sociale middelen om die verantwoordelijkheid werkelijk te kunnen dragen worden haar tot nu toe onthouden. Nog steeds wordt aan de verpleging onvoldoende invloed toegekend, zodat zij nog niet bij machte is om de ziekenhuisorganisatie die voorzieningen te laten treffen, die als noodzakelijke voorwaarden voor de verpleegkundige taakvervulling kunnen worden aangemerkt, zoals b.v. het invoeren van een psychologische begeleiding voor verpleegkundigen uit afdelingen met ernstige zieken, het instellen van een psychische Eerste-Hulpdienst in het ziekenhuis of het regelmatig houden van sociale vaardigheidstrainingen vooral voor het verpleegkundig kader. De ziekenhuisorganisatie is vandaag de dag bepaald nog niet optimaal afgestemd op het verschaffen van middelen en mogelijkheden van groei, ontwikkeling, ontplooiing en werkverdoening voor de werkers op de verpleegafdelingen. Vaak zien de verpleegkundigen zichzelf meer als figuren die het werk van medici en van de ziekenhuisleiding vergemakkelijken, dan als zelfstandige beroepsbeoefenaren die samenwerken met collega's uit aanverwante gebieden. In de ziekenhuisorganisatie worden gezag, aanzien en voorrechten hoofdzakelijk verleend aan verpleegkundigen, die aan de top posities bekleeden, terwijl dat vrijwel geheel onthouden wordt aan verpleegkundigen, die dagelijks met patienten bezig zijn. Meestal is er in het ziekenhuis slechts sprake van een neerwaartse communicatie, bestaande uit vele bevelen, opdrachten, regels en voorgeschreven procedures, die door de topleiding zijn vastgesteld. De kanalen voor opwaartse communicatie van plannen, suggesties en klachten, afkomstig uit lagere regionen van de verpleegsector, zijn gewoonlijk weinig of niet toereikend. De uitgesproken afgescheidenheid van de verschillende diensten, departementen of afdelingen, zoals de klinische laboratoria, de röntgenkamers, de E.E.G.-afdeling, e.d., leidt tot moeilijkheden in laterale communicatie en daardoor

tot gevoelens van psychische geïsoleerdheid. Het ontbreken van pogingen om op de verpleegafdelingen te experimenteren met nieuwe werkverhoudingen en nieuwe methoden van patientenverzorging werkt tenslotte een gevoel van achterstelling ten opzichte van de omringende wereld van bedrijven en andere dienstverlenende organisaties in de hand. Al met al komt de huidige ziekenhuisorganisatie ook al niet tegemoet aan de behoeften der verpleegkundigen aan sociale goedkeuring, aan erkenning van de belangrijkheid van hun werk, aan een gevoel iets tot stand te hebben gebracht, aan emotionele steun in niet zelden angstige en benauwende werkomstandigheden. Zoals de organisatie nu reilt en zeilt, houdt deze weinig of geen rekening met de belangen en behoeften der verpleegkundigen, terwijl deze vooral afhankelijkheid, minderwaardigheidsgevoelens en ontevredenheid bij de meesten van hen doet ontstaan en deze gevoelens in stand houdt.

En hoe ervaart nu de patient in deze fase van ziekenhuisontwikkeling zijn verblijf op een verpleegafdeling? Na de voorgaande bladzijden is de volgende, hier en daar wat aangezette tekening niet verrassend meer:

Niet zelden ondervindt de patient, dat het liggen op een ziekenzaal zijn verontrusting eerder doet toe- dan afnemen. Er wordt hem geen zekerheid verschaft, zijn spanning wordt niet verminderd. Vanuit zijn bed ziet hij vele gezichten aan- en voorbijlopen: funktionarissen van de medische administratie, de sociale dienst, de verpleging, de laboratoria, de voedingsdienst, de schoonmaakdienst, e.d. Deze funktionarissen kunnen op ongelegen momenten komen. Het komt nogal eens voor, dat zij grof of ongeïnteresseerd zijn. Zij stellen zich niet aan de patient voor; geven injecties, prikken bloed of nemen zijn temperatuur op zonder een woord te spreken of iets uit te leggen. Slechts heel weinigen hebben belangstelling voor zijn individualiteit. Zijn gevoel van eenzaamheid wordt daardoor wel versterkt. Hij ervaart tevens een verlies van onafhankelijkheid en zelf-identiteit; men berooft hem van het nemen van besluiten: er wordt hem vrijwel nooit iets gevraagd. Hij wordt onmondig en voelt zich tot object gemaakt van agressieve bezigheden van de medische staf. Hij bemerkt, dat een zeer fundamentele behoefte van hem veronachtzaamd wordt. Namelijk de behoefte aan een figuur, die vriendelijk en geïnteresseerd is; die ook ruim de tijd voor hem neemt en die niet meteen de kamer of het bed verlaat op het moment, dat er 'echt contact' ontstaat. Iemand, die hem in zijn identiteit bevestigt door hem te laten praten over thuis, zijn werk, familie en vrijetijdsbesteding. Iemand met wie hij 'moeilijke' vragen in verband met zijn toestand kan bespreken. Vragen als: 'Wat hebben de talloze proeven en onderzoeken precies aangetoond?' 'Denken ze, dat ik kanker heb?' 'Word ik wel gauw beter?' 'Zal ik nog ooit weer aan het werk kunnen?' Met dergelijke vragen weet men op de verpleegafdeling vaak geen raad. Zij worden dan ook geregeld ontweken, wat de patient nog meer dan tevoren bezorgd maakt en in de kou zet. Des te groter wordt dan de behoefte aan iemand, die hij vertrouwen kan, die

warmte naar hem uitstraalt, die wezenlijk om hem geeft en hem voortdurend steun verleent. Momenteel is zo iemand voor de patient een zeldzame parel op een verpleegafdeling.

Wat wij hierboven hebben willen betogen is, dat de huidige ziekenhuisorganisatie noch aan de sociaal-emotionele behoeften van de patient, noch aan die van de verpleging tegemoet komt. Het ziekenhuis is tot nu toe *niet* gebouwd, ingericht, bemand en georganiseerd voor de patient noch voor de verpleging. Niet de patient, noch de verpleging staat centraal. Centraal staat de arts-specialist, die de koers, het beleid wil bepalen en als coördinator van het totale ziekenhuisgebeuren wil optreden. Het ziekenhuis van vandaag is nog meestal een specialist-centered instituut. Of, zoals Hattinga Verschure het zegt: 'De specialisten worden, als spil van hun afdelingen, de centrale figuren in het ziekenhuis waar alles om draait: de specialist bepaalt de methoden van onderzoek en behandeling; hij instrueert de verpleging en het para-medisch personeel; hij bepaalt in hoge mate, samen met de andere specialisten, het medisch beleid; hij meent dat de organisatie er is, vooral voor *zijn* behoeften; op de bouwkundige vormgeving van een ziekenhuis hebben specialisten grote invloed.'

Welnu, naar het ons voorkomt zijn de in deze paragraaf beschreven verhoudingen het gevolg van het feit, dat het ziekenhuis vaak nog te zeer gebouwd, ingericht, bemand en georganiseerd is rondom de belangen en behoefte van het vrije ondernemerschap van de specialist, die bijna exclusief natuurwetenschappelijk denkt, alleen van technisch-instrumenteel handelen weet en in de meeste gevallen onmachtig is op psycho-sociaal terrein.

De huidige verhoudingen kunnen als volgt worden samengevat:

- de arts-specialist speelt de coördinator van het afdelingsgebeuren, maar vervult die rol in werkelijkheid niet; vaak wegens tijdgebrek, maar vaak ook omdat hij voor de emotionaliteit van de patient en van de verpleging op de loop gaat; bovendien ervaart de arts door de aard van zijn beroep geen succesbeleving aan zijn organisatorische bemoeienissen met de afdeling; hij laat dit over aan de verpleging, echter weer niet zo expliciet, dat laatstgenoemde zich er werkelijk verantwoordelijk voor voelt;
- de verpleging speelt de onmachtige, verschuilt zich achter de dokter, kijkt hem naar de ogen, maar is degene die enerzijds t.a.v. de patient de zaken beslist en anderzijds vaak niet datgene aan de patient kan bieden wat zij graag zou willen geven;
- de patient speelt de onmondige en afhankelijke, ofschoon hij in wezen de opdrachtgever is van al die activiteiten die aan hem worden verricht.

Alle drie spelen zij schijnrollen; niemand krijgt wat hij vraagt, iedereen wil anders dan hij doet.

En wat is nu aan deze situatie te doen? Wij menen, dat bij reorganisaties, herstructureringen, kwaliteitsverbeteringen, kostenbesparingen, ziekenhuisplanningen, echeloneringen, horizontalisering,

die aan de hier gesignaleerde problematiek voorbijgaan, de patient in het ziekenhuis weinig baat zal vinden. Gezien de aard en de omvang van de problematiek is te verwachten, dat niet minder dan een kolossaal transformatieproces soelaas kan bieden. Een proces, dat minstens vele jaren zal duren, grote moeite en inspanning van velen zal vergen; met de kans, dat het nimmer ophoudt, aangezien de oplossing van bepaalde problemen steeds het ontstaan van weer andere problemen genereert. Wij denken aan een proces, dat o.a. de volgende met elkaar verweven aspecten in zich heeft:

Het bewust maken bij alle betrokkenen van de relevante feiten in hun onderlinge samenhang.

Het aanvullen van de bestaande opleidingen.

Het meer afstemmen van de organisatie van het ziekenhuis op de behoeften van de patient en de verpleging. De toerusting en de formele plaats van de verpleging in de organisatie dienen van dien aard te zijn, dat zij haar functies op het socio-emotionele vlak daadwerkelijk kan vervullen.

En last but not least het verlossen van de arts-specialist van de druk van het vrije ondernemerschap. Wanneer de arts-specialist niet meer onder de druk staat van zijn vrije ondernemerschap met het daaraan verbonden streven naar het maximaliseren van zijn inkomen, zal hij wellicht meer tijd vinden om ook in te gaan op de socio-emotionele behoeften van de patient, van zichzelf en van de verpleging.

Hopelijk leidt dit proces tot een ontwikkeling naar de situatie, waarin de patient of de klant tenslotte krijgen zal wat hij al een hele tijd van het ziekenhuis ook heeft gevraagd.

7 De uitgangssituatie in psychiatrische ziekenhuizen

Elders hebben wij (Bambang Oetomo, 1970) trachten te betogen, dat de geschiedenis van psychiatrische inrichtingen op te vatten is als een proces van doeltoevoegingen. Aanvankelijk — zeker tot aan het midden der vorige eeuw — kon het doel van een gesticht aangemerkt worden als het bewaken en bedwingen van gestoorden. Tegen het einde van die eeuw kwam daar de lichamelijke verzorging als doeloriëntatie bij. Dit vond plaats nadat de dagelijkse leiding van de gestichten in handen was gekomen van geneesheren. Deze artsen hebben in de daarop volgende periode geprobeerd de gestichten te organiseren naar het model van het algemeen ziekenhuis. Dit ziekenhuismodel was de artsen namelijk vertrouwd geworden gedurende de eerste jaren van hun beroepsvorming. Zo kwamen er voor de gestichten patienten in ziekenzalen. De verpleegopleiding werd opgezet volgens een zelfde patroon als in het A-ziekenhuis. De namen van de funktionarissen werden eveneens zonder meer daarvan overgenomen, evenals de cultus van het soppen en schoonhouden der zalen.

Andere attributen, uit het A-ziekenhuis afkomstig, waren de uniformen, het autoritaire hiërarchisch systeem met een éénrichtingsverkeer in de communicatie, en het denken in termen van aantallen bedden.

Dit A-ziekenhuismodel bleef lange tijd ongewijzigd; in sommige gevallen wellicht tot op de dag van vandaag.

In een aantal andere gevallen begon er pas de allerlaatste tijd behoeften aan modificaties te ontstaan. Het ontstaan van laatstgenoemde behoeften hield verband met het opkomen van de jongste doeltoevoeging van het psychiatrisch ziekenhuis. Die jongste doeltoevoeging heeft betrekking op het 'resocialiseren' of het 'begeleiden' van psychiatrische patienten. De gedachten erover zijn helemaal niet nieuw. Reeds in de vorige eeuw hield de term 'zielkundige behandeling' denkbeelden in, die met de huidige term 'begeleiden' overeenkomsten vertoont. Hetzelfde kan van de actieve gemeenschapstherapie van na 1930 gezegd worden. Ook de 'milieu-therapie' en de 'therapeutic community' lijken ons belangrijke pogingen om gestalte te geven aan het resocialiseren of begeleiden van patienten op weg naar een nieuwe toekomst. Toch betekenden deze bewegingen geen doorbraak in de institutionele psychiatrie, ofschoon de kansen ervoor aanmerkelijk groter werden, na de pharmacologische revolutie van 1953/54. Na deze revolutie werd het toepassen van lichamelijk geweld door verplegenden tegenover patienten veel minder noodzakelijk (slechts af en toe in plaats van dagelijks vele malen). Waarschijnlijk daarmee samenhangend verbeterde de image van de inrichtingen. Patienten kwamen meer op vrijwillige basis in de inrichting hulp zoeken. De hekken rondom vele inrichtingen werden gesloopt, de inrichting werd meer 'open'. De mensen gaan de inrichting ook meer zien als een tijdelijke schuilplaats voor een bui. Maar het begeleiden en resocialiseren blijft moeilijk. Ons onderzoek van 1964 (gepubliceerd in 1970) toonde aan, dat het resocialiseren nog slechts incidenteel voorkwam en nog niet algemeen verbreid was. De organisatorische voorwaarden om het systematisch in praktijk te brengen leken toen nog niet in voldoende mate vervuld. Zodat wij voor het einde der 60-er jaren de conclusie kunnen trekken, dat het psychiatrisch ziekenhuis overwegend nog steeds een asylerende en verzorgende functie heeft. Uit deze functie vloeit de huidige structuur van een psychiatrisch ziekenhuis voort en in die structuur is de verhouding patient, arts en verplegende ingebed.

Zeker zo'n vier of vijf jaar geleden bestond het werk van een psychiatrisch verplegende voor een heel groot deel uit het schoonhouden van de afdelingsvertrekken. Daarnaast was het bewaken van de patient uitermate belangrijk: de verplegende diende voortdurend op te letten waar de patienten bleven en er op toe te zien, dat ze niet agressief werden. Tijd voor persoonlijke kontakten was er vrijwel niet. Maar afgezien van dit tijdgebrek kregen de verplegenden met betrekking tot dit kontakt geen concrete richtlijnen en geen instructies, noch van de leidinggevende verplegende, noch van de afdelingsarts. Bovendien had men geen scholing ontvangen met betrekking tot het aangaan van kontakten met de patient. Ook nu nog hebben vele verplegenden vaak geen methodische oefeningen gehad in relationele vaardigheden. Zij kunnen daarom ook niet vertrouwd zijn geraakt met het relationeel functioneren tegenover

de psychiatrische patient. Als gevolg hiervan heerste er in vele verpleegafdelingen een kille sfeer. De verpleging had in de meeste gevallen de neiging om bij pogingen tot het leggen van contacten met patienten haar eigen gevoelens te ontkennen. Vaak ontbraken dan ook warm-menselijke contacten, waar patienten naar snakken. Trouwens, de afdelingsorganisatie noch de totale ziekenhuisorganisatie was er op gericht het relationeel functioneren van de verpleging op het allerlaagste niveau — d.w.z. daar waar de meest frequente interacties tussen de patient en de verplegende plaatsvonden — te bevorderen of mogelijk te maken. In deze periode werd de gang van zaken op een afdeling niet zelden gekenmerkt door het ontbreken van communicatie onder verplegenden over de problemen rondom het aangaan van relaties met patienten. Met betrekking tot het functioneren van verplegenden op relationeel gebied kwam het in de dagelijkse praktijk hierop neer, dat er weinig of geen begeleiding geboden werd. Hierbij dient vermeld te worden, dat het psychiatrisch ziekenhuis als geheel toen nog geen oog had voor of nog geen helderheid verworven had over het belang van deze zaak. Het was er dan ook nog niet op uit om afdelingen de middelen te verschaffen, die voor het relationeel functioneren vereist waren. Immers, het verplegend functioneren betekende in die tijd vrijwel hoofdzakelijk het verrichten van verzorgende en bewakende taken aan veelal onmondig gehouden objecten. En uitsluitend met het oog daarop was de organisatie op afdelings- zowel als op ziekenhuisniveau ingericht.

Tot voor kort werd er nog massaal verpleegd. Het aantal ingezette verplegenden was voornamelijk berekend om de bewaking en de lichamelijke verzorging veilig te stellen. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de afdelingen formeel georganiseerd werden. Het onvermijdelijke gevolg was het infantiliseren (alles werd voor de patient beslist en geregeld) en hospitaliseren. Door de macht van het personeel over de patient ontstond een grote sociale afstand tussen de twee groepen en volgens Goffman een daarbij behorende 'ondergrondse' subcultuur der inrichtingbewoners.

Overigens was het in die fase opvallend, dat de leidende medici van een inrichting de geschetste situatie op het laagste niveau vaak wel onderkenden, maar geen verband zagen tussen het gebeuren op dat laagste niveau en het gebeuren op andere niveaus. Zo kon een geneesheer-directeur of een afdelingsarts wel erkennen, dat de relaties tussen verplegende en patient nog veel te wensen overlieten, maar hij kon niet inzien, dat zijn eigen optreden (bestaande uit het niet coördineren, het niet geven van instructies, aanmoedigingen, steun en het niet bieden van opvang) tot die relaties bijdroeg en die onbevredigende relaties in stand hield. Immers, het optreden van een verplegende tegenover patienten is slechts een onderdeel in een ontzaglijk netwerk van interrelaties binnen de ziekenhuisorganisatie en ten nauwste samenhangend met de rol van de psychiater. In de meeste inrichtingen is de psychiater formeel het hoofd van een verpleegafdeling. Formeel heeft hij de eindverantwoordelijkheid voor het afdelingsgebeuren. Van hem wordt ver-

wacht, dat hij de patient onderzoekt, de medicijnen en de behandeling voorschrijft, en dat hij de afdelingsactiviteiten coördineert. De coördinatieve taak levert in de huidige fase problemen op. Coördineren houdt namelijk in: organisatorisch bemoeienis hebben met de verpleegafdeling. Maar ook de psychiater beleeft wegens de aard van zijn beroep geen succesgevoel aan die organisatorische bemoeienis met de afdeling. Hij heeft er vaak ook geen enkele ambitie voor. Hij voelt zich het meest thuis als hij met (liefst individuele) patienten bezig kan zijn. De zorg voor de organisatie van de afdeling laat de psychiater graag over aan de hoofdverplegende; maar hij doet dit weer niet zo expliciet, dat de hoofdverplegende die eindverantwoordelijkheid inderdaad voelt en op zich neemt. Want nog altijd blijft de ziekenhuisregel geldig, dat een verplegende, voor hij iets doet, het eerst aan de dokter moet vragen. Onder de gegeven omstandigheden laat het zich denken, dat in vele verpleegafdelingen de coördinatie van afdelingsactiviteiten wat te wensen over zal laten. Aan de rol van de psychiater zit tegenwoordig nog een ander probleem. Zijn medische achtergrond noopt hem vaak tot een patientenbenadering, die als objectiverend en rationeel is aan te merken. Er is vanuit die benadering nog weinig oog voor de emotionaliteit en irrationaliteit van de existentiële bedreiging, die meestal vanuit het ziek-zijn of gestoord-zijn op de persoon van de patient afkomt. Weliswaar hebben tegenwoordig de sociale en psychologische factoren met betrekking tot de patienten meer en meer — in ieder geval meer dan vroeger — in het denken van de psychiater een plaats gekregen, doch zijn nog niet voldoende omgezet in een relationeel bezig zijn met de patient. Wellicht omdat, zoals Bloemsma in 1970 uiteenzette, het sociaal-wetenschappelijk aspect toch nog niet hecht genoeg in het psychiatrisch-medisch denken is geïntegreerd.

En hoe hebben psychiatrische patienten het gedurende deze nadagen van de pharmacologische revolutie? In materiële zin betrekkelijk goed. Ofschoon de grote slaap- en verblijfzalen gehandhaafd zijn, is het interieur ervan vaak (helaas nog niet in alle gevallen) in overeenstemming gebracht met wat buiten de inrichting meer en meer gangbaar wordt. Op het gebied van de kleding hebben belangrijke veranderingen plaatsgevonden: uniforme gestichtskleding (bijv. het manchesterpak en de wit-blauw gestreepte jurk) heeft plaats gemaakt voor kleren die iedereen buiten de inrichting draagt. Hiermee gepaard ging er meer bewegingsvrijheid komen, terwijl ook de geldmiddelen van de patienten wat ruimer zijn geworden. Kortom, de welvaart die na de Tweede Wereldoorlog in West-Europa kwam, is niet helemaal aan de psychiatrische patient voorbijgegaan. Maar of het probleem waar de patient mee zit, het probleem waarom hij hulp zoekt of hulp gezocht heeft, of dat probleem in het psychiatrisch ziekenhuis al voldoende bewerkt kan worden, valt te betwijfelen, zolang de voorwaarden voor het relationeel functioneren der ziekenhuiswerkers nog in onvoldoende mate zijn vervuld.

Aldus de drie kern-posities in het psychiatrisch ziekenhuis van vier of vijf jaar geleden. Ook hier lijken ons de dysfunctionele aspecten van de onderscheiden rollen herkenbaar te zijn. Na of omstreeks 1970 zijn met betrekking tot en rondom de drie posities opmerkelijke verschuivingen te constateren.

Om te beginnen achtten vele jonge verplegenden het werken in uniform een belemmering voor het aangaan van contacten met de patient. Het uniform accentueerde het onpersoonlijke en de uitwisselbaarheid van de functionaris; terwijl in de moderne psychiatrische verpleegkunde juist de gedachte opkwam, dat men meer als persoon de patient tegemoet moest treden ten einde een relatie aan te kunnen gaan. Dit betekende een belangrijke stap in de richting van het optimaal en relationeel functioneren in het laagste niveau.

Een andere verschuiving was de opkomst van de behandelings-teams in de afdelingen, waardoor de rol van de psychiater veranderingen ging vertonen. In plaats van hoofd van de afdeling of 'captain van het team' werd de arts-psychiater iemand die met zijn specifieke kundigheid een consultatieve inbreng had in de behandelings-teams. De coördinerende functies bleken zonder al te grote problemen door een ander overgenomen te kunnen worden.

Als derde verschuiving noemen we de steeds duidelijker toenemende belangstelling en aandacht voor sociale en psychologische factoren bij onderzoek en behandeling van patienten. Tot de behandelings-teams gaan ook maatschappelijk werkenden en sociaal-psychiatrische verpleegkundigen behoren. De psychologen zijn vaak van de test-toer af en komen meer en meer op de behandeltoer. En op de afdelingen zien wij als behandelingsactiviteiten diverse vormen van groeps-, gezins- en 'relatie'-therapieën.

Ook de positie van de patient verschuift. Vroeger mocht hij alleen maar zeggen: 'Het gaat goed met me,' of 'Het gaat slecht met me.' Verder kon hij alleen maar afwachten en ondergaan wat de inrichting met hem ondernam of niet ondernam. Nu ontstaat er voor hem — bijvoorbeeld gedurende een 'zaalvergadering' — een gelegenheid om uitvoerig commentaar te leveren op hetgeen in hemzelf en rond hem heen gebeurt. En in z.g. 'open rapportbesprekingen' kan hij zelfs — als hij dat wenst — de door de verpleging dagelijks over hem gemaakte rapporten corrigeren. Sommige behandelings-teams hebben het stadium bereikt dat zij de behandelingsplannen uitdrukkelijk in overleg met de patient zelf opstellen.

Ten slotte willen we als laatste verschuiving noemen het toegenomen aantal vergaderingen en besprekingen binnen zowel als buiten de afzonderlijke afdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis. Het belang van de 'communicatie' en 'organisatie' wordt niet alleen meer door de leiding van het ziekenhuis, maar ook door de medewerkers in alle hiërarchische niveaus ingezien. Hetgeen ook wel eens moeilijkheden oplevert.

Waar leidt dit alles naar toe?

Wij dachten dat het nog steeds gaat om de opgave in het psychia-

trisch ziekenhuis een klimaat te scheppen, waarin
a — aan de sociale en emotionele behoeften van de patient kan worden tegemoet gekomen, en

b — de patient aan de problemen, waarmee hij zit en waarvoor hij hulp zoekt, kan werken.

Om dit klimaat rondom de patient te kunnen scheppen is het nodig de activiteiten om de patient heen te coördineren. De coördinatie dient in handen te zijn van degene, die

1 — de ambitie er voor heeft en

2 — krachtens de positie die hij in de organisatie inneemt ook daartoe het meest in de gelegenheid is.

In 'Veldwijk' gaan de gedachten in deze uit naar de groepsverpleegkundigen, waarbij dan uiteraard zowel de afdelingsorganisatie als de totale ziekenhuisorganisatie op de nieuwe opgave dienen te worden afgestemd. Het gaat dus niet uitsluitend en alleen om het invoeren of opvoeren van kennis en vaardigheden der verplegenden, even urgent is het afstemmen van de organisatorische verhoudingen. Slechts als de verpleging in de organisatie 'centraler' dan tot nu toe komt te staan, kan aan de behoeften van de patient tegemoet worden gekomen.

Summary

Patient, physician and nurse; their mutual relationship then and now — This article deals with 'fake roles' of patient, physician and nurse. These fake roles originated over the years in mental as well as general hospitals. We call them fake roles because dysfunctional aspects of theirs with respect to therapeutic objectives have grown in the meantime into nearly unacceptable dimensions.

Which are the forces in the background of this situation and which forces are maintaining it?

Of the most important forces we mention here the lack of relational skills among physicians and nurses, and the present nature of organizational structure in hospitals.

In the general hospitals fake roles can be summarized as follows:

The doctor pretends to be the coordinator, but does not really play that part. The nurse pretends to be powerless, hides herself behind the doctor and is at the same time the one who really makes decisions with respect to the patient. The patient pretends to be inferior and dependent, but actually he is the one who commissions all therapeutic activities in a hospital.

Also in psychiatric hospitals we find similar roles.

The task for psychiatric hospitals in the near future is to create a social climate in which:

a — social and emotional needs of patients can be met, and

b — patients can work on their problems which are occupying them at a given moment.

For such a purpose the broadening of knowledge and increasing of skills are a necessary but insufficient condition. Attuning hospital organization to the therapeutic goals is not less urgent.

Literatuur

- Bambang Oetomo, R., *Van asyl tot revalidatiecentrum*. Groningen, 1970.
- Bloom, S. W., *The doctor and his patient*. New York, London, 1956.
- Bloemsma, F., Dysfuncties van het medische en het medisch-therapeutische model in de psychiatrie. *Ned. Tijdschrift voor Psychiatrie* 12 (1970) p. 353-361.
- Brown, E. L., Nursing and Patient-Care.
In: Davis, F. (ed.), *The Nursing Profession; Five sociological Essays*, New York, 1966.
- Engelhardt, K., Wirth, A. en Kindermann, L., *Kranke im Krankenhaus; Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technische Medizin*. Stuttgart, 1973.
- Freidson, E. (ed.), *The hospital in modern society*. London, 1963.
- Freidson, E., *Profession of Medicine*. New York, 1970.
- Goffman, E., The characteristics of total institutions.
In: *Symposium on preventive and social psychiatry* 15 — 17 april 1957. Washington D.C. 1958.
- Hattinga Verschure, J. C. M., Het P-model; een alternatieve geleding van de ziekenhuisstructuur. *Het Ziekenhuis*, jrg. 1, 1971, nr. 8.
- Kuyper, P. J., Het Hotel-Dieu te Beaune, een middeleeuws ziekenhuis.
Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde, 1957, pag. 1659-1664.
- Leontine, E. Z., Enkele problemen van het ziekenhuis in een wereld in evolutie. In: *Hospitalia*, jrg. 14, 1970, no. 3, p. 128-141.
- Lindeboom, G. A., *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*, Haarlem, 1970.
- Menzies, I. E. P., A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety; a report on a study of the nursing of a general hospital, *Human Relations*, 13 (May 1960), pag. 95-122.
- Van der Meij de Leur, A. P. M., *Van olie en wijn; geschiedenis van de verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*, Amsterdam, 1971.
- Pollak, K., *The Healers; the doctor then and now*. London, 1968.
- Querido, A., *Godshuizen en Gasthuizen*, Amsterdam, 1967.
- Van Ree, F., *De rechteloosheid van de opgenomen 'psychiatrische patient'*. Bennebroek, 1974 (ongepubliceerd verslag).
- Schioler, A., *Hospital communication with patient* (ongepubliceerd manuscript), Kopenhagen, 1969.
- Vermeulen, H., Iets over de beoefening der geneeskunde in de Benedictijner kloosters, *Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde*, 1944.
- Vroege, N. H., *Sociologie van de arts*, Utrecht, 1968.