

Klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis; een proces dat een methodische aanpak vraagt

door Dr. H. van Andel*

De huidige toestand in psychiatrische ziekenhuizen noopt tot bezinning. Waarom? Er wordt zowel van interne als externe zijde ontzaglijk veel kritiek gehoord. Intern is er de roep om democratisering en humanisering (Bierenbroodspot, Foudraine). Extern uitien publiek en instanties felle aanklachten over mistanden en wanbeleid, welke geweten worden aan een onvoldoende erkenning van 'de rechten van de patient'. De werkers in het ziekenhuis krijgen het verwijt van autoritair, koud en zakelijk in hun houding te zijn, in plaats van participierend, warm en op de mens gericht.

Wanneer de vragen zo indringend worden gesteld is het goed om ze aan de praktijk te toetsen. Tevens is het nuttig om aan belanghebbenden informatie te verstrekken over de aard en de bedoeling van hervormingen die reeds aan de gang zijn of in de toekomst nog tot ontwikkeling zullen worden gebracht.

Dit artikel beoogt een beschrijving te geven over de wijze waarop veranderingsprocessen gedurende een periode van acht jaar in het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk' plaats vonden. Ze hadden en hebben ten doel om het klimaat zodanig te verbeteren, dat patienten via voorzieningen en medewerkers de optimale mogelijkheden aangeboden krijgen om bezig te kunnen zijn met het eigen herstel of indien dit niet mogelijk is met de preventie van verergering van psychische problematiek.

'Veldwijk' heeft 820 bedden verdeeld over 21 paviljoenen. Er worden ca. 650 patienten per jaar opgenomen en de personeelssterkte bedraagt ca. 700 personen.

Enkele algemene uitgangspunten vooraf

Men kan als geneesheer-direkteur of afdelingsarts de werkelijkheid van een ziekenhuis of afdeling vanuit vier verschillende niveaus bezien.

Eerste niveau : Het skelet

Tweede niveau: Te verrichten handelingen

Derde niveau : De mensen

Vierde niveau : De doelstellingen

* Geneesheer-Direkteur van het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk' te Ermelo.

In het kort enige opmerkingen hierover, beginnend bij het laagste niveau en eindigend bij het hoogste.

Eerst het *skelet*. Kijkend vanuit deze gezichtshoek wordt het oog gericht op gebouwen en terreinen. Hoe zien ze eruit? Waar zijn ze gelegen? (bijvoorbeeld al of niet in de buurt van de stad.) Welke voorzieningen zijn er in de gebouwen getroffen? Welke mogelijkheden biedt het terrein? Kort gezegd komt alles hierop neer, dat de vraag aan de orde is: Waar en waarin vinden de ziekenhuis- c.q. afdelingsactiviteiten plaats?

Het tweede niveau is dat van de te verrichten *handelingen*. Hoe zijn ze op elkaar afgestemd? Op welke wijze sluiten ze aanee? Een voorbeeld daarvan is de medicijnvoorziening. Nagegaan kan worden, waar ze in het ziekenhuis binnenkomen, hoe ze worden gedistribueerd, welke controle wordt uitgeoefend, aan welke patiënten ze worden afgeleverd en of ieder datgene ontvangt, wat door de arts is voorgeschreven. Een ander voorbeeld is het dagprogramma van een patient. Wanneer begint en eindigt het? Hoe is het in de tussentijd georganiseerd?

Het derde niveau is dat van de *mensen*. Mensen hebben opvattingen en houdingen van waaruit ze met elkaar omgaan. Ze hebben gewoonten en gedragspatronen, die meestal als vanzelfsprekend van voorgangers of voorbeeldfiguren werden overgenomen. Er gelden dikwijls normen voor gedrag, die ofschoon dagelijks toegepast toch niet wezenlijk onderkend worden, laat staan regelmatig geëvalueerd. (Bijvoorbeeld: Een dokter mag niet ter verantwoording worden geroepen door een verplegende.) Zo kan de vraag worden gesteld: Welke omgangsnormen gelden in een ziekenhuisafdeling tussen personeel en patiënten? Wordt openheid benut en is regelmatige informatie een uitgangspunt of wordt openheid afgestraft en geheimzinnigheid bevorderd? Wat voor gedragssnormen houden het aanwezige systeem in stand en werken remmend op veranderingen in de situatie? Een voorbeeld daarvan is o.a. de norm dat patiënten niet te vertrouwen zijn en dat men daarom voor hen op zijn hoede dient te wezen. Een andere vraag kan zijn: Hoe communiceren groepen personeel met elkaar? Hoe gaan bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen met elkaar om? Hoe doen verpleegkundigen dit met arbeidstherapiepersoneel? Op welke wijze is het contact tussen chronische en acute patiënten genormeerd wanneer ze binnen het ziekenhuis samenkomen? Op dit derde niveau kan men ook het individuele functioneren bezien. Van belang is dan om het netwerk van relaties na te gaan, waarin iemand zich bevindt. Een voorbeeld daarvan is de verpleegkundige. Deze leeft in een web van communicatieve verhoudingen. Enerzijds met patiënten, maar anderzijds met familie, met het afdelingshoofd, de dokter, de sociale werker, de arbeidstherapeut, de vormingswerker etc. etc. Al deze relaties oefenen invloed uit op het uiteindelijke functioneren. Wat mag wel en wat mag niet bijv. van de dokter of het afdelingshoofd ten aanzien van de behandeling van patiënten? Wordt bijv. een gesprek van een verpleegkundige met een patient zinvol gevonden, of acht men het tijdverlies, omdat het huishou-

delijke werk en de verzorging belangrijker zijn?

Ten slotte het vierde niveau, dat der *doelstellingen*. Waarom en waartoe bestaat het ziekenhuis of een afdeling daarvan? Wat moet er verwezenlijkt worden? Hebben alle afdelingen dezelfde taken of dient tot specialisatie te worden overgegaan? Zo kan men denken aan opname-, voorgezette behandelings-, revalidatie-, resocialisatie- en verpleeghuisafdelingen. De eigen doelen van al deze afdelingen houden een omschreven behandelpakket in, dat toegepast wordt in overeenstemming met de ziekte-toestand en de behandelduur van de patient. Zo kan bijvoorbeeld een verblijf in de opnameafdeling gericht zijn op observatie en een kortdurende behandeling van enkele weken tot maanden. Dit betekent, dat arbeidsrevalidatie niet in het pakket behoeft te worden opgenomen, omdat de patient blijkbaar weer snel naar zijn oude werkring terug kan. Lichte activerende bezigheden zijn dan voldoende. Een andere doelstellingsprincipe is de verdeling in patientencategorieën. Te denken valt dan aan afdelingen voor neurotici, oligophrenen of geronto-psychiatrische patienten. Neurotici behoeven o.a. groepstherapie. Met diepgestoorde oligophrenen is dit niet mogelijk. Ook hier dus: omschreven doelstellingen hebben eigen behandelmethoden tengevolge. Van belang is nog om zich te realiseren, dat dit niveau ook te maken heeft met basis-ideeën en concepten. De doelstellingen zijn daarvan het gevolg.

Deze vier niveaus kunnen niet los van elkaar worden gezien. Ze hangen onderling nauw samen. Wanneer de doelstellingen gewijzigd worden, hebben die andere werkmethoden tengevolge, welke leiden tot een aanpassing van te verrichten handelingen en van de inrichting en structurering van gebouwen. Het is van betekenis om zich deze samenhang te realiseren, indien men met veranderingsprocessen starten wil. In 'Veldwijk' ging het om verandering in het klimaat. In het vervolg zal blijken, dat ook dan alle vier niveaus in het geding zijn.

Klimaat

Wat betekent eigenlijk het begrip klimaat? Daar is niet zo gemakkelijk een antwoord op te geven. Immers spelen factoren van subjectieve en emotionele aard een belangrijke waarde-bepalende rol. In meteorologische zin gaat het om een evenwicht in de plaatselijke uitwisseling van warmte en vocht tussen het aardoppervlak en de atmosfeer. Het klimaat wordt bepaald door de gemiddelde weers-toestand en het verloop van het weer op één plaats. Welke balans wordt in het ziekenhuis bedoeld? Het klimaat wordt daar bepaald, zo zou men kunnen zeggen, door een evenwicht tussen emotionele en materiële verwachtingsbeelden van patienten enerzijds en anderzijds het totale afdelings- en ziekenhuisgebeuren, zoals dat via de vier genoemde niveaus tot uiting komt. Dit equilibrium zal voortdurend om een optimum schommelen, waardoor het nu eens als te aangenaam en dan weer als onaangenaam wordt ervaren. Klimaatverbetering of -verandering heeft in het medisch therapeu-

tisch denken altijd een belangrijke rol gespeeld. Een voorbeeld daarvan is het voorschrijven van berglucht of het verblijf in een zonnige streek. Ook kan een kamer met een bepaalde vochtigheidsgraad worden genoemd. Uitgegaan wordt van de veronderstelling, dat de ziekte niet verergert of zelfs sneller geneest, wanneer vanuit de omgeving een optimum aan positieve prikkels wordt aangedragen en de negatieve zoveel mogelijk worden uitgeschakeld. De patient kan daarop vanuit zijn eigen mogelijkheden gunstig reageren. Vele hygiënische maatregelen berusten op dit principe.

Klimaatverbetering heeft in de psychiatrische ziekenhuizen bij de behandeling altijd een grote rol gespeeld. Namens als Conolly, Simon en Van der Scheer geven mijlpalen aan in de ontwikkeling. Hun successen liggen alle op het terrein van klimatologische veranderingen. Het is overigens niet zo verbazingwekkend, dat in het huidige psychiatrische ziekenhuis de klimaatproblematiek opnieuw aan de orde wordt gesteld. Het tijdperk, waarin de psychopharmacologie de enige oplossing voor de behandeling en het vinden van de biologische oorzaak van psychiatrische ziektebeelden leek te bieden, is langzamerhand voorbij.

De grote winst die de psychopharmaca — afgezien van de gevallen waarin van een meer causale werking sprake is — hebben gebracht ligt voor een groot deel op een ander terrein. Ze hebben enerzijds symptoomverbetering gegeven van ziekelijk gedrag, maar anderzijds hebben ze in het ziekenhuis er toe bijgedragen de angst voor gevaarlijke en agressieve patienten weg te nemen. Ze hebben ertoe meegewerkt, dat medewerkers en patient niet bang meer voor elkaar behoeven te zijn. Ook kunnen patienten elkaar meer dan vroeger op basis van onderling vertrouwen ontmoeten, zonder achterdocht ten aanzien van onverwacht hoog opblaaiende conflicten. Deze ontwikkeling leidde vanuit de behandeltechnieken gezien o.a. naar grotere mogelijkheden voor groeps- en individuele psychotherapie. Dit was echter niet het enige. Het ziekenhuisklimaat in zijn geheel verbeterde en de weg naar verdere verbetering werd geopend.

Nog een enkele opmerking over klimaat. Er werd in het voorafgaande over gesproken, dat de kwaliteit ervan bepaald wordt door een evenwicht dat tot stand komt tussen de emotionele en materiële verwachtingsbeelden van patienten enerzijds en het totaal gebeuren in een ziekenhuis en een afdeling anderzijds. Wat wordt bedoeld met emotioneel en materieel verwachtingsbeeld? Kort gezegd komt dit hierop neer: Emotioneel verwacht een patient meestal van het ziekenhuis respect, veiligheid, geborgenheid, steun en raad voor toekomstige levensontplooiing. Materieel verwacht hij een goede verzorging en een effectieve doelgerichte behandeling van zijn psychische problematiek. Het is niet verwonderlijk, dat bij een patient deze beelden leven. Meestal voelt hij zich immers emotioneel onveilig en ongeborgen of op zijn minst onzeker. Hijervaart een duidelijk isolement en heeft het zicht op de eigen situatie en toekomst verloren. Het ziek-zijn heeft hem de mogelijkheid ontgenomen om over zijn eigen lot te beslissen. Er is geen duidelijk pers-

pectief meer. Dit geldt voor de kortdurend opgenomen patient, maar ook voor de vele langdurige en chronische verpleegden. Ook zij hebben behoefte aan respect, geborgenheid, veiligheid en steun. Zelfs als de invaliditeit reeds ver is voortgeschreden blijft de vraag, op welke wijze het leven tot verdere ontplooiing kan komen binnen het kader van het ziekenhuis.

Teilhaard de Chardin heeft in zijn boek: 'de menselijke groep' gesteld dat er drie angsten zijn, waarmee een mens in zijn leven voortdurend wordt geconfronteerd. In de eerste plaats de angst om zich niet verstaanbaar te kunnen maken en niet begrepen te worden. De angst dus voor het emotionele isolement. In de tweede plaats de angst om zich niet meer te kunnen bewegen en ontwikkelen. Deze angst heeft betrekking op de stilstand en achteruitgang van vermogens. In de derde plaats de angst om opgesloten te worden en de vrijheid kwijt te raken. De angst derhalve voor een isolement dat door anderen of invloeden van buiten wordt opgelegd.

Deze drie existentiële angsten lijken een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van een psychiatrische ziekte. Het normale levenspatroon waarbinnen ze gekanaliseerd leken, wordt doorbroken. Ze komen aan de oppervlakte van de persoonlijkheid en expliciteren de emotionele behoefte aan veiligheid, geborgenheid, bevrijding uit het isolement en een verdere levensontplooiing. Overigens liggen de materiële verwachtingsbeelden ten opzichte van de verzorging en een effectieve doelgerichte behandeling voor de hand. Zonder deze ingrediënten heeft een ziekenhuis als bedrijf immers geen recht van bestaan.

Het zal inmiddels duidelijk zijn, dat een ziekenhuis of afdeling eraan zal moeten streven om de patienten een aan hun emotionele en materiële verwachtingen aangepaste sfeer aan te bieden, opdat een klimaat ontstaat waarin de zieken zich in de eerste plaats richten kunnen op het voorkomen van verergering van hun toestand en in de tweede plaats op een kort- of langdurend herstel.

Uitgangspunten voor een verdere gedachtenontwikkeling

In het vervolg van dit artikel zal uitgegaan worden van de vraag: Hoe moet het totale afdelings- en ziekenhuisgebeuren zodanig worden gestructureerd, dat het in evenwicht is met de genoemde meestentijds voorkomende verwachtingsbeelden van patienten? Een andere vraag is: Welke veranderingen moeten er eventueel worden doorgevoerd om daaraan beter te voldoen?

Het ziekenhuis- en afdelingsgebeuren zal bezien worden vanuit de vier niveaus die in het begin werden besproken: het skelet, de te verrichten handelingen, de mensen en de doelstellingen. Steeds zullen daarbij de uitgangssituatie in 'Veldwijk' en de aangebrachte veranderingen aan de orde worden gesteld. Veel aandacht zal aan het derde niveau worden geschonken, dat van de mensen. Om hen gaat het immers in het ziekenhuis. Bovendien zijn veranderingen op dit niveau het moeilijkst, omdat mensen hun gedrag niet zo makkelijk wijzigen.

Gebouw en terreinen (eerste niveau)

Er bestond in 'Veldwijk' acht jaar geleden in deze sector een grote achterstand. Door allerlei oorzaken voldeden woon-, slaap-, werk- en ontspanningsaccommodaties nauwelijks aan redelijke eisen. Vele afdelingen waren oud en sommigen zelfs zeer verwaarloosd. Het park vertoonde een somber beeld, waarin het zonlicht mede dankzij de vele, overigens fraaie, bomen met moeite doordrong. Ter verbetering werden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

a Ten behoeve van een bevrijding uit isolement zou optimale openheid dienen te worden geschapen. Dat betekende, dat alle herinnering aan geslotenheid zou moeten verdwijnen. (bijv. grote ramen in plaats van vele kleine vierkante ruitjes en open deuren.)

b Iedere patient zou moeten kunnen beschikken over een eigen kast, eigen stoel, eigen kleding en voldoende toilet- en douche-ruimte. Enerzijds had dit met een goede materiële verzorging te maken, doch anderzijds zou de patient via het hebben van een eigen terrein een stukje geborgenheid en eigen verantwoordelijkheid kunnen ervaren.

c Ook in ander opzicht zou er over voldoende ruimte moeten worden beschikt zoals in de zit- en eetkamers en de arbeidstherapie. Gebleken is dat agressie minder voorkomt, naarmate de ruimte voor iedere patient toeneemt. Maten zijn in dit verband nog willekeurig. In onze situatie kwam het meermalen voor, dat beschikbare ruimte per patient in de woon- en recreatiesfeer verdubbeld werd en in de werksfeer verdrievoudigd.

De ten behoeve van een gevoel van veiligheid en geborgenheid uitgebreide ruimte zou enerzijds zo min mogelijk uniform moeten zijn (eigen identiteit), maar anderzijds vooral in de woonsfeer zo moeten zijn ingericht, dat deze warmte en gezelligheid ademde.

d Verzorgingsruimten zoals keukens en linnenkamers zouden zodanig moeten zijn gesitueerd, dat ze voor aan- en afvoer van goederen gemakkelijk bereikbaar waren. Op die wijze zou een efficiënte verzorging kunnen worden gewaarborgd. De medicamentenverzorging diende aangepast te worden aan de eisen van de pharmaceutische inspectie (kasten e.d.).

Ook diende gedacht te worden aan kamers voor medisch onderzoek en gespreksruimten voor artsen en andere functionarissen in allerlei afdelingen. Zij ontbraken n.l. praktisch geheel.

e De gebouwen zouden gewoon in het park moeten liggen zonder afrasteringen of heggen eromheen. Bomen die in ernstige mate het licht wegnamen dienden te worden verwijderd. (openheid en doorbreking van isolement).

Op basis van deze globale uitgangspunten werd in hoog tempo met restauraties en nieuwbouw gestart. In principe werden twee gebouwen per jaar gerestaureerd en één geheel nieuw opgetrokken.

Te verrichten handelingen (tweede niveau)

Bij het nagaan van de problemen op dit terrein bleek hoe weinig de dienstverlening in het ziekenhuis was gericht op de materiële verwachtingsbeelden der patienten. De interesse van de werkers in

service-afdelingen zoals keuken en wasserij, werd veelal meer geboeid door de eigen situatie, dan door de gedachte efficiënt bezig te moeten zijn ten behoeve van een clientèle die individueel gericht hulp nodig had. Tevens bleek dat bij hen door gebrek aan informatie over patienten onduidelijke beelden bestonden, die vaak door algemeen geldende maatschappij-vooroordelen werden bepaald.

Veel aandacht werd daarom aan informatie over patienten, hun verlangens, en het begrip service besteed. De wijze waarop een reeks van te verrichten handelingen diende te worden geregeld moest afgestemd zijn op de behoeften van de consument-patient. (Bijvoorbeeld de warme maaltijd zou op temperatuur moeten kunnen worden genoten. Overigens zou de aankleding van de tafel via bestek e.d. correct dienen te zijn. De verzorging van kleding en was werd op analoge wijze gestructureerd als dat buiten het ziekenhuis gebeurde in wasserijen en stomerijen.) Het adagium was bij dit alles: Hoe efficiënter en correcter aan de behoeften van patienten wordt voldaan, des te minder irritatie wordt vanuit het ziekenhuismilieu aangedragen. Bovendien blijkt er respect uit, hetgeen de patient aanspreekt in zijn eigen waarde.

Al doende bleek dat niet alleen de efficiency van te verrichten handelingen in het geding was, maar ook de stijl waarin ze werden uitgevoerd aandacht moest hebben. Om een terminologie uit de zakenwereld te gebruiken: 'Niet de inhoud is alleen van belang, maar ook de verpakking'. Uitgaande van beelden als gast-patient en hotel-ziekenhuis werd geprobeerd om aan een aantal zaken zodanig vorm te geven, dat daaruit achtung bleek (bijv. benodigde tijdsduur bij de afhandeling van materiële vragen of nummers in de kleding vervangen door eigen namen.)

De mensen (derde niveau)

Als het gaat over personeel, patienten en de organisatie van een psychiatrisch ziekenhuis, dan is nog altijd het boek van Stanton en Schwarz toonaangevend. Zij hebben eigenlijk voor het eerst in 1954, overigens reeds twintig jaar geleden, de situatie duidelijk doorgelicht. Wat zij waarnamen, was niet bepaald opwekkend. De patient is in het ziekenhuis monddood en geheel afhankelijk van de wil van artsen en verpleegkundigen.

'The tradition was, that the doctor always knew best about illness and, since psychiatric illness involved all the patient's life, the doctor was the one to prescribe the course to be followed and the nurse's function was to carry out the treatment according to his directions. The patient was wise if he accepted and obeyed'.

Voor veel medewerkers en patienten zijn de organisatie van het ziekenhuis en de doelstellingen ervan onduidelijk. Men weet niet waar men aan toe is. Weinigen zijn op de hoogte met de plaats in de hiërarchie waar besluiten worden genomen en wie daarbij betrokken zijn. Ook is dikwijls weinig helder, wie verantwoordelijk kan worden gesteld en van wie uitvoering van besluiten wordt gevraagd. De communicatiekanalen tussen medewerkers zijn dikwijls

verstoep, aldus Stanton en Schwartz. Daardoor werden opdrachten niet of onvoldoende uitgevoerd.

'Dr. George was taking care of Miss White as an out-patient. She was living alone. The patient had an attack of influenza and had to be cared for by Dr. George and the out-patient aid, who was a male and was untrained in this type of nursing procedure. Dr. George left orders for minimum nursing care; they were not carried out by the next day. He saw the patient again, and again left orders at the hospital.

Three days later the problem of the care was raised in conference by someone else. The superintendant of nurses indicates, that she had received the orders, but had been under the impression, that there had been a mistake because the hospital nurses are not supposed to take care of out-patients'.

Ook kan het voorkomen, dat informatie onvoldoende of te emotioneerd wordt aangereikt. Dit leidt tot beoordelingsfouten en tot verkeerde maatregelen. Dergelijke verschijnselen zijn waar te nemen ten aanzien van de behandeling van patienten maar ook als het gaat over aanschaffingen e.d. Te grote inkopen kunnen worden gedaan op basis van vermeende totale ziekenhuisbehoeften. Het komt voor, dat het dan slechts gaat om een klein afdelingsprobleempje, dat echter zo dikwijls en met zoveel klem wordt gebracht, dat het een belangrijk vraagstuk schijnt, waarop een mas-saal antwoord nodig is.

'One physician had given a patient freedom after a considerable period of hesitancy. On the first trip to town the patient made a trivial blunder, which was reported to the nurse in charge. The nurse in charge was uncertain whether or not to revoke the new freedom and, partly as a result of this, partly because it was part of ordinary hospital functioning, she discussed the matter with several colleagues. On his arrival the next morning, the physician was greeted independently but in rapid succession by several people each of whom told him of the incident. He listened to the first accounts with reasonable equanimity, but then immediately after a few more accounts, he exploded asking why minor affairs had become of such outstanding importance overnight. The unintended repetition led the physician to believe, that it was a matter of general hospital concern'.

Overigens blijkt dat de informatie via de door de hiërarchie geschapen kanalen van 'boven' naar 'beneden' nog wel vrij redelijk verloopt, maar omgekeerd nogal eens stukt. Bovendien wordt de in de informatie gegeven boodschap dikwijls verkeerd overgebracht. Bij het gaan van mond tot mond worden er stukken uit weggelaten of nieuwe elementen aan toegevoegd. De functies van velen met name in de verpleegkundige sector zijn vaag en er bestaat bij de werkers aarzeling om zelf initiatieven te nemen uit angst voor 'represailles' van 'hogerhand'. Dit hangt samen, zegt Goffman, met het feit, dat 'mental hospitals do not function on the basis of psychiatric doctrine, but in terms of 'a ward system'. Drastically reduced living conditions are allocated through punishments and re-

wards, expressed more or less in the language of penal institutions. The disciplinary frame of reference lays on a relatively full set of means and ends that patients can legitimately obtain, and against the background of this authoritative but not quite official system, a great number of patient — (and personel) activities effectively become illicit or not permissible'.

Op basis van deze situatie gedragen patienten en personeel zich op een afstand van elkaar. Er bestaat veel onderling wantrouwen met als gevolg, dat de activiteiten bijvoorbeeld van de verpleging meer gericht worden op de materiële verzorging van de patient dan op gesprek en geestelijke ondersteuning. Over de patientenrol zegt Main: 'By tradition, a hospital is a place, wherein sick people may receive shelter from the stormy blasts of life, the care and attention of nursing and medical auxiliaries and the individual attention of a skilled doctor. The concept of a hospital as a refuge too often means however, that the patients are robbed of their status as responsible human beings. Too often they are 'good' or 'bad' only according to the degree of their passivity in the face of the hospital demand for their obedience, dependency and gratitude. The fine traditional mixture of charity and discipline they receive, is a practiced technique for removing their initiative as adult beings and making them patients. They are the less trouble for the staff'.

Door de staf wordt verwacht, dat de patient zijn ondergeschikte rol zo snel mogelijk aanleert. Hoe rustiger hij zich gedraagt, des te beter zal hij beoordeeld worden. Hij zal daardoor ook sneller privileges ontvangen, zoals wandelen en met weekend gaan. Bovendien zal op geleide van een rustig en lijdzaam gedrag het herstel worden beoordeeld en de opnameduur bekort. Aan de patient ontbreekt iedere macht. Hij kan wel iets verlangen, maar of hij een antwoord krijgt is geheel onzeker. Hij kan geen invloed uitoefenen op besluitvorming die t.a.v. hem plaats vindt.

Samenvattend kan worden gesteld, dat door de onduidelijkheid van de beslissingsbevoegdheid in de ziekenhuis-hiërarchie en de informatie daarover, de communicatiekanalen dikwijls verstopt zijn. Deze onduidelijkheid wordt in stand gehouden door onuitgesproken vooroordelen en normensystemen, die men onbewust hanteert. (Op dit laatste zal in het vervolg nog nader worden ingegaan). Vaak weet men niet wie of welke organen verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor besluiten en de uitvoering daarvan. Zo is in het hele systeem een grote mate van onzekerheid die leidt tot angst, achterdocht, willekeur en passiviteit. De patient doet er verstandig aan om deze situatie te aanvaarden. Hij leert dat overigens snel. Nieuwkomers worden spoedig na binnenkomst in het ziekenhuis (Caudill) ingelicht over hun afhankelijke positie en de wijze waarop zij zich daarin het beste kunnen gedragen. Er wordt aan de patient weinig mogelijkheid geboden om in zijn behandelpakket correcties aan te brengen. De ideeën van de staf zijn bepalend, zonder dat ze getoetst worden aan meningen van de patient zelf.

Tot zover gegevens uit de literatuur.

Het is niet voorbarig om de beschreven beelden in het algemeen exemplarisch te achten voor psychiatrische ziekenhuizen. Deze door sociologen en anthropologen aangedragen problematiek is ontvullend, doch eveneens zo nieuw, dat men er ten aanzien van het vinden van praktische oplossingen nauwelijks raad mee weet. De ziekenhuizen hebben tot nu toe gewerkt met andere noties n.l. de medische en hebben daar vaak successen mee geboekt. Dat gebeurt ook nu, iedere dag! Regelmatig verlaten patienten de psychiatrische instituten om hun weg naar de maatschappij terug te vinden. De vraag is echter: kan het klimaat via bepaalde veranderingsmethoden zodanig worden verbeterd, dat de hulpverlening respectvoller, steunender, doelgerichter en meer dan tot nu toe op de persoonlijke noden van de patient afgestemd, geschiedt?

Om zover te komen kunnen enige uitgangstellingen geformuleerd worden.

1 — De ziekenhuisorganisatie zal een veranderingsproces moeten doormaken, dat ertoe leidt, dat de huidige situatie, waarin te weinig respect, veiligheid, geborgenheid en mogelijkheid tot emotionele steun voor de patient bestaat, wordt omgebouwd tot een toestand waarin dit in voldoende mate het geval is en een betere mogelijkheid wordt geboden om te komen tot verdere levensontplooiing mede via een aan de verwachtingsbeelden aangepaste verzorging en doelgerichte behandeling.

2 — Dit zal mogelijk worden, doordat aan de patientenrol rechten worden verleend die praktisch waargemaakt zullen moeten worden. Deze rechten hebben in de eerste plaats betrekking op een eigen oordeelsvorming t.a.v. de medisch-verpleegkundige behandeling. Voorzover de toestand van de patient dat toelaat (de situatie zal bij dementen anders liggen dan bij neurotici) zal het mogelijk moeten zijn, dat behandelplannen met instemming van de betrokkene tot uitvoering kunnen worden gebracht. Hij zal moeten kunnen overleggen. De patient kan dit alleen doen, wanneer hij over de juiste hoeveelheid informatie beschikt, waardoor hij zich een beeld kan vormen over de te volgen werkwijze. Ook t.a.v. de geboden verzorging zullen de rechten duidelijk moeten zijn.

3 — De communicatie tussen de verschillende therapeuten in het ziekenhuis zal zodanig moeten zijn gestructureerd, dat allen over voldoende inlichtingen over de patient beschikken. Het zal voor hen helder dienen te zijn, waarom en waartoe zij de betrokkene behandelen. Zij zullen hem voorlichting moeten kunnen geven. Wanneer zij immers daar niet toe in staat zijn of tegenstrijdige adviezen geven, dan versterkt dat de onveiligheidsgevoelens.

4 — Een primaire relatie-figuur, waarmee de patient te maken heeft is de verpleegkundige. Vaak zijn door de wisselende diensten en overplaatsingen de personen verschillend. Dit verschaft onnodige ongerustheid en gebrek aan emotionele steun. Er zal daarom naar gestreefd dienen te worden, dat één vaste verpleegkundige als begeleider optreedt, zodat in principe daarmee alle problemen of vragen kunnen worden doorgesproken. Enerzijds zal deze verpleegkundige communiceren en overleggen met de patient, ander-

zijds zal hij dit doen met de familie, met het afdelingshoofd, de dokter, de sociale werker, de arbeidstherapeut, etc. etc. In het vervullen van deze rol zal de verpleegkundige een duidelijke eigen verantwoordelijkheid dragen, zodat hij zich daardoor gesteund weet en niet in het onzekere verkeert, over wat de dokter of het afdelingshoofd goed vinden of niet. Een dergelijke onzekerheid wordt op de patient overgedragen.

5 — Het zal duidelijk moeten zijn, waar en door wie in de ziekenhuishiërarchie besluiten worden genomen en wie voor de uitvoering ervan verantwoordelijk is. Hierdoor wordt het onderlinge vertrouwen bevorderd.

6 — De therapeutische doelstellingen zullen helder moeten zijn. Wanneer de patient bijvoorbeeld niet weet, waarom de arbeidstherapie van belang is voor zijn herstel, dan zal hij weinig gemotiveerd zijn om er mee bezig te wezen. 'Hij is in het ziekenhuis om te rusten en niet om te werken', stelt hij dan terecht.

Hoe zijn de uitgangsstellingen op 'Veldwijk' praktisch uitgewerkt?

Voor een geneesheer-direkteur die zich met deze ontwikkelingsproblemen gaat bezighouden rijzen er nogal wat vragen. Bij hemzelf zowel als bij vele medewerkers zullen geheel nieuwe attitudes moeten worden aangekweekt, waardoor andere omgangsvormen met de medewerkers en als gevolg daarvan met de patienten ontstaan. Hoe moet dat? Langs welke wegen? Verder bestaat de wetenschap, dat veranderingen spanningen zullen oproepen. Hoe wordt voorkomen, dat deze negatieve invloed op de psychische toestand van patienten uitoefenen, waardoor allerlei onnodige onrust ontstaat? Ook voor vele medewerkers zullen spanningen optreden. Zij zullen in onzekerheid worden gebracht. Hoeveel zal men aan kunnen zonder een verhoogd ziekteverzuim of een toegenomen verloop? Zal het mogelijk zijn om de weerstanden die er tegen veranderingen bestaan te overwinnen?

Ongeveer zes jaar geleden werden deze vragen urgent. De nieuwbouw was behoorlijk op gang gekomen en het betekende, dat niet langer kon worden gewacht om de uitgangsstellingen in praktijk om te zetten. Aanvankelijk werd getracht om dit te doen via een regelmatige confrontatie met de eigen problemen. Met allerlei personeelsgroepen werd de situatie van patienten doorgesproken om zodoende zicht op de vraagstukken te geven. Ook werden organisatorische wijzigingen doorgevoerd. In enkele afdelingen kregen gediplomeerde verpleegkundigen onder leiding van een psycholoog de opdracht hun functie zodanig te ontwikkelen, als in stelling vier werd beschreven. Als functiebenaming werd het woord groepsverpleegkundige bedacht.

Intmiddels hadden verschillende afdelingen — Veldwijk heeft een paviljoenssysteem, die als afdelingen worden aangeduid — een eigen taak gekregen in de zin van observatie-afdeling, afdeling voor voortgezette behandeling, revalidatie-resocialisatie-afdeling en verpleeghuisafdeling. De zoëven genoemde groepsverpleegkun-

digen begonnen in de revalidatieafdeling omdat daar naar het leek op dat moment van de ontwikkeling hun hulp het meest nodig was. Tevens werden praktisch alle geronto-psychiatrische patiënten samengebracht evenals de oligofrenen en de chronische patiënten. De overigen werden aangeduid met algemeen psychiatrisch. Ondanks al deze organisatorische wijzigingen die op zichzelf genomen bruikbaar bleken en de vele gesprekken over verandering in mentaliteit, werden vorderingen slechts traag gemaakt. Het tempo was te langzaam, zeker omdat een ambitieus verbouwings- en nieuwbouwprogramma als het even kon doorgang zou moeten vinden, gezien de zeer matige woon- en werkomstandigheden van vele patiënten. Vanuit dit dilemma werd op advies van het instituut voor preventieve geneeskunde te Leiden besloten om een tweetal adviseurs aan te trekken, te weten de heren Bambang Oetomo, socioloog en Van Ravenzwaay, psychiater en organisatie-adviseur. Zij werden aanbevolen als deskundigen om raad te geven over te volgen procedures en eventueel zelf eraan mee te werken ze in praktijk te brengen. Dit alles om veranderingsprocessen te entameren en te versnellen. Dit gebeurde vijf jaar geleden.

Verscheidene gesprekken werden gevoerd over de vraag, waar en hoe een begin zou kunnen worden gemaakt. De methode die gevolgd zou worden, zou de normatieve-educatieve zijn. Deze houdt in principe in dat aan de betrokkenen mogelijkheden worden geboden om zelf aan de veranderingsprocessen te werken, mede via de formulering van huidige dikwijls belemmerende normen en het opstellen van nieuwe. (Voor meer informatie hierover moge ik verwijzen naar het artikel van Van Ravenzwaay.) De procedure die daarbij wordt toegepast bestaat uit onderzoek van, via de adviseurs, door medewerkers aangedragen problemen. Deze gegevens worden in rapporten zodanig bespreekbaar gemaakt dat groepsgewijs eigen ideeën ontwikkeld kunnen worden die tot veranderingen in de praktijk leiden. De problematiek leek in de verpleegkundige sector van het ziekenhuis het meest klemmend. Om die reden werd besloten om daar te beginnen. Uitgegaan werd van de vraagstelling: Hoe ziet de relatie verplegende-patient er uit en welke andere relaties zijn daarop van invloed? Deze vraagstelling zou slechts in enkele afdelingen kunnen worden onderzocht, daar anders zowel de investering aan tijd en geld te hoog werd. Gegevens zouden worden verkregen via persoonlijke- en groepsinterviews. Gezien de vraagstelling zouden die in de gehele verpleegkundige hiërarchie plaatsvinden, terwijl ook de medici en de psychologen erin zouden worden betrokken. Van de patiënten zou informatie worden verkregen via studenten-observaties. Een achtstal hield zich daarmee bezig, zowel overdag als 's nachts. De resultaten van al deze inspanning zouden neergelegd worden in een rapport, dat ter openbare discussie zou worden gesteld. Deze discussie werd nodig geacht om na te gaan of de resultaten van het onderzoek in overeenstemming waren met de ervaring van de medewerkers in het ziekenhuis. Een minstens even belangrijk element was de confrontatie met de eigen problematiek.

Dit voorbereidende gesprek kostte een half jaar. Na een uitvoerige introductieperiode, waarin de onderzoekers kennis maakten met de betrokkenen en informatie gaven over hun werkwijze, begon het onderzoek en kwam het rapport een half jaar later op tafel.

Het viel niet mee! Als iemand van te voren gedacht had, dat de literatuurgegevens niet van toepassing waren op 'Veldwijk' en dat alles wel mee zou vallen, dan kwam hij zeer bedrogen uit. Er kwam een stroom van kritiek los van leerlingen ten aanzien van hun hoofden en hun opleiding. Hoofden klaagden over hun chefs. Ze werden onvoldoende gesteund en voelden zich in de kou staan. De kontakten tussen verplegenden en artsen rammelden. De geneesheer-direkteur trad lang niet altijd op, zoals dat van hem in verschillende situaties verwacht mocht worden. De relaties tussen verplegenden en patienten waren dikwijls gekenmerkt door onbegrip. Zo stond in het rapport o.a.: 'De patienten hebben behoefte aan een praatpaal. Ze verlangen nauwelijks meer dan dat iemand bij hen komt zitten en naar hen luistert. Aan deze behoefte wordt slechts zeer ten dele voldaan. Ook hebben de patienten behoefte aan informatie. Waarom ben ik hier? Wat gaan ze met me doen? Deze vragen worden dikwijls in zeer oppervlakkige zin beantwoord en de patient moet zich daar dan maar mee redden'. Het rapport kwam, kort samengevat, hierop neer, dat er in alle geledingen van de hiërarchie een diepgaande communicatieproblematiek bestond die samenhang met rol-onduidelijkheid en een onvoldoende zicht op verdeling van verantwoordelijkheden. Zo meende men bijvoorbeeld, dat alle besluiten in het ziekenhuis door de geneesheer-direkteur genomen werden, hetgeen in de praktijk uiteraard geenszins het geval was. Gebrek aan informatie en achterdocht tussen de verschillende belangengroepen was daarvan het gevolg. Openheid ontbrak! Velen, waaronder de schrijver, lazen het rapport met gemengde gevoelens. Pas toen werd helder geconstateerd, welke ingrijpende problemen er aan de orde waren. Ook werd duidelijk, dat wanneer veranderingen door de betrokkenen geaccepteerd zouden worden, het lange tijd zou vergen om ze daadwerkelijk in te voeren en de voornemens waar te maken. Het bleek geen eenvoudige zaak om alle losgekomen kritiek op de juiste waarde te schatten en deze aan de werkelijkheid te toetsen. Zoals afgesproken, werd het rapport in discussie gegeven. De reacties in de verschillende gespreksgroepen, die op basis van vrijwilligheid bijeenkwamen, waren fel. Ze varieerden tussen een volledige ontkenning van de waargenomen feiten en een constateren, dat de toestand eigenlijk nog veel erger was en dat het hoog tijd werd om daar iets aan te doen. Overigens werden de voorstellen die in het rapport gedaan waren om na de discussies verder te studeren, aanvaard.

Dit gebeurde in een zogenaamde plancommissie. De leden ervan waren gedeeltelijk gekozen vanuit discussiegroepen en gedeeltelijk vanuit hun functie toegetreden. Het waren: het hoofd van de verpleegdienst, een hoofdverplegende, een afdelingshoofd, een psychiater, een psycholoog, twee leerling-verplegenden, het hoofd

personeelszaken, het hoofd opleidingen, de geneesheer-direkteur en de beide onderzoekers die aan de groep leiding gaven. Deze commissie ordende gedurende een aantal conferentiedagen de stof uit het rapport en de discussie, in probleemgebieden. Deze ordening werd opnieuw in discussie gegeven om na te gaan of het werk goed was gedaan en eventuele aanvullingen te ontvangen. Bovendien werden voorstellen gedaan om verder te werken. Deze voorstellen hadden voornamelijk betrekking op het benoemen van een stuurgroep die de gesignaleerde probleemgebieden verder zou uitwerken in praktische procedures, zodat voorgestelde veranderingen tot uitvoering zouden kunnen komen. Uiteindelijk formuleerde de commissie de volgende probleemgebieden.

1 — Het onderling functioneren van werkers en patienten op een behandelafdeling.

2 — Welke verschillende besluitvormende organen zijn er in het ziekenhuis en hoe liggen de taken gedelegeerd? Welke besluiten worden, waar en door wie genomen? Hoe zijn de verantwoordelijkheden vastgelegd, hoe liggen de verantwoordelijkheden van individuele leidinggevers t.o.v. elkaar?

3 — Het personeelsbeleid. Wat zijn de doelstellingen van dit beleid? Hoe is de begeleiding van het personeel geregeld? Welke criteria gelden voor promotie, overplaatsing en ontslag?

4 — De vorming en opleiding van personeel met name in de verpleegdienst. Welke eisen worden aan een opleiding gesteld? Hoe is de positie van de leerling? Wat is de verantwoordelijkheid van de leerling?

De plancommissiefase kostte één jaar.

Vervolgens is de stuurgroep aan het werk gegaan. Deze bestond in hoofdzaak uit voormalige plancommissieleden, omdat zij het beste met alle problemen op de hoogte waren. Deze gang van zaken werd overigens door de medewerkers in de verpleegdienst goed gevonden. Niet alle plancommissieleden deden mee in de stuurgroep. Het hoofd van de verpleegdienst en de geneesheer-direkteur vielen af, omdat zij ten nauwste waren betrokken bij het, onder ten tweede genoemde probleemgebied van delegatie en besluitvorming en beter lid van een te vormen werkgroep over deze vraagstukken konden zijn. De psycholoog viel af, omdat hij naar elders vertrok. Wat de adviseurs betreft, was er slechts één nodig.

Ter bestudering van de probleemgebieden benoemde de stuurgroep een aantal werkgroepen, per gebied één. In iedere werkgroep fungeerde een stuurgroeplid als *trait d'union*. Het onderzoeker-stuurgroeplid nam de werkgroep delegatie en besluitvorming voor zijn rekening. Dit, omdat zijn organisatie-deskundigheid daar het meest vereist was. In deze groep was de gehele verpleegkundige hiërarchie vertegenwoordigd, te weten leerlingen, afdelingshoofden, hoofdverplegenden, hoofd van de verpleegdienst, en de geneesheer-direkteur. Ook de andere werkgroepen werden zo snel mogelijk samengesteld uit deelnemers met onderling verschillende functies in de verpleegdienst.

De stuurgroep had één jaar nodig om met de werkzaamheden klaar te komen. In totaal kwamen de leden negentien maal bij elkaar, waarin o.a. begrepen zijn viermaal gedurende twee dagen en viermaal gedurende één dag. Van belang is nog, dat aan het eind van het studiejaar de stuurgroep één keer met het bestuur vergaderde. Ten aanzien van het funktionieren van de stuurgroep is nuttig om nog te vermelden, dat deze gedurende de eerste maanden van zijn bestaan nogal wat moeilijkheden ondervond. De samenwerking tussen de leden die uit verschillende disciplines kwamen vlotte niet, terwijl ook de werkgroepen met gelijksoortige vragen te kampen hadden. Ook de samenwerking tussen stuur- en werkgroep haperde aanvankelijk door onduidelijke opdrachten e.d. Om deze functiebelemmeringen op te heffen en ook de verdere ontwikkeling te bevorderen, werd een proces-begeleider aangetrokken. Deze was afkomstig uit het bedrijfsleven en beschikte over grote ervaring in het begeleiden van individuele werkers en groepen in hun persoonlijk of groepsfunctioneren bij veranderende arbeidssituaties. Hij maakte alle verdere stuurgroepvergaderingen mee en bleek van grote waarde voor het slagen van dit gedeelte van het veranderingsproces, dat voor de deelnemers tevens een oefening in beleidsmatig denken inhield los van de eigen discipline.

Uiteindelijk produceerde de stuurgroep een zeer lijvig rapport, waarin duidelijke aanwijzingen stonden voor t.a.v. alle probleemgebieden te volgen procedures. Dit rapport werd ter openbare discussie aangeboden en geaccepteerd. De stuurgroepsleden stelden zich beschikbaar om de inhoud overal waar dit werd gevraagd toe te lichten. Ook door het bestuur werd het aanvaard. Nadat dit alles was gebeurd werd de stuurgroep opgeheven en aan de geneesheer-direkteur verzocht om de adviezen tot uitvoering te brengen. Vermeldenswaard is nog voor de verdere vooruitgang, dat de aanbeveling werd gedaan om een begeleidingscommissie in het leven te roepen en een procesbegeleider in dienstverband te benoemen. Dit laatste werd daarom noodzakelijk geacht, omdat het daadwerkelijk realiseren van de beleidsadviezen voor vele medewerkers een regelmatige begeleiding vraagt, zodat zij langzamerhand al oefenende in de praktijk de voorgestelde veranderingen, die dikwijls wijzigingen in gedurende jaren aangeleerde houdingen inhouden, waar kunnen maken. Inderdaad is gebleken, dat een dergelijke funktio-naris van onschatbare waarde is en niet gemist kan worden. Het gevaar is anders niet denkbeeldig dat het gehele proces tot stilstand komt. Het was een gelukkige omstandigheid, dat de proces-begeleider van de stuurgroep, bereid bleek in dienst van 'Veldwijk' te willen treden, zodat een nieuwe figuur niet behoefde te worden aangetrokken. Op dit ogenblik is ieder bezig op zijn terrein de adviezen te toetsen en tot uitvoering te brengen.

Ter illustratie enige grepen uit het stuurgroeprapport, gerangschikt in de volgorde van de probleemgebieden, zoals deze in het voorafgaande werden aangeduid.

Over de samenwerking op de afdeling het volgende:
het tussenmenselijke verkeer wordt geregeld door een groot aantal

afspraken. Deze 'regels' of 'normen' zijn van wezenlijk belang voor de wijze waarop mensen zich gedragen. De volgende kenmerken kunnen worden genoemd:

1 — In iedere groep ontstaan gedragsregels, die aangeven wat groepsleden onder bepaalde omstandigheden behoren te doen of te laten. Op de naleving van deze gedragsregels staan, wanneer iemand de groepsnorm niet voor zichzelf laat gelden, meer of minder scherpe sancties.

2 — Normen zijn een groepsprodukt, een produkt van sociale interactie, en resultaat van wisselwerking tussen groep en taak.

3 — Normen, als gedragsregels opgevat, zijn niet altijd 'redelijk'. Individuen kunnen bepaalde normen als onredelijk, als niet aangepast aan hun behoeften en wensen zien.

4 — Normen kunnen impliciet en expliciet zijn. Expliciete normen berusten op een min of meer duidelijk gemaakte afspraak. Ze zijn soms vastgelegd en geformaliseerd. Dit is bij impliciete normen niet het geval. Zij komen meestal aan het licht, wanneer ze worden overtreden.

5 — Normen verschillen in de mate waarin zij grenzen aangeven, waarbinnen gedrag nog toelaatbaar is. Sommige normen zijn precies geformuleerd, andere niet.

6 — De mate van overeenstemming voor de norm kan verschillen. Iedereen kan het er tenslotte over eens zijn, dat men alleen zijn collega's tutoyeert in de vrije tijd. Maar er kan veel minder overeenstemming over bestaan of dit tutoyeren in de werksituatie geoorloofd is.

7 — Een belangrijk kenmerk van normen is de mate, waarin zij door de groepsleden emotioneel aanvaard worden. Voor sommige leden van de groep betekent een norm en het er zich aan houden emotioneel veel meer, dan voor een ander. Er wordt op verschillende wijze emotioneel in normen geïnvesteerd. Met andere woorden: De individuele belevingskwaliteit verschilt. Wat voor de één een op praktische gronden gemaakte afspraak is, is voor de ander een 'hoog goed'.

Welke functies vervullen normen in groepen, organisaties of maatschappij? Normen geven oplossingen voor groepsproblemen, die in een bepaalde fase in de ontwikkeling van de groep functioneel zijn. Normen geven dus tijdelijke oplossingen, die de groep helpen een bepaalde doelstelling te bereiken. Op een ander tijdstip, als aan een ander probleem wordt gewerkt, zal de groep andere oplossingen of andere gedragsregels nodig hebben. Als groepen dus in verschillende perioden van het groepsleven met andere problemen te maken krijgen, houdt dat een ontwikkelen of opnieuw definiëren van normen in. Dat wil zeggen, dat normen voortdurend in revisie genomen zullen moeten worden. Bepaalde normen kunnen in het ene stadium van ontwikkeling functioneel en zinvol zijn, terwijl ze in een latere fase disfunctioneel en zelfs belemmerend werken.

Om normen te kunnen herzien of te herdefiniëren is het nodig ze uitdrukkelijk te verwoorden of zichtbaar te maken. Dit betekent dat groepen, wanneer normen disfunctioneel zijn geworden voor

de opdracht staan om die normen te veranderen. Dit is niet gemakkelijk, want er wordt dan tevens een stuk veiligheid opgeofferd. Ook vermindert de voorspelbaarheid van het gedrag van groepsleden. Het gevoel van onveiligheid en onvoorspelbaarheid maakt, dat de betrokkenen een aantal weerstanden voelen. Door te werken aan de normen en te onderzoeken welke functie zij in het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk' vervullen, wordt het mogelijk, bijvoorbeeld door ze te verwoorden, om normen, die de noodzakelijk geachte veranderingen in de weg staan, te wijzigen. Toegespitst op de situatie in de verpleegkundige sektor gaat het om normen die verplegenden meer of minder bewust volgen bij hun gedrag. Op een afdeling o.a. de relatie verpleegkundige-patient in ogenschouw nemend, ontstaat dan bijv. het volgende normenpatroon:

- a — de patient heeft geen inspraak in het behandelplan;
- b — conflicten moeten zo veel mogelijk voorkomen worden;
- c — gevoelens, die vaak de achtergrond zijn voor een bepaald gedrag, moeten worden verdoezeld;
- d — men behoort met alle patienten om te kunnen gaan;
- e — de patient heeft niets met de rapportage te maken;
- f — de verpleging weet, wat goed is voor de patient;
- g — in uniform kan men beter zijn gezag handhaven;
- h — de verpleging — laat staan de medepatient — maakt de patient niet beter, dat doet de dokter;
- i — de structuur is er ten behoeve van de patient; de patient heeft geen actieve rol in de behandel- en verpleegstructuur.

De volgende veranderingen in deze gedragsregels werden in 'Veldwijk' voorgesteld:

- a — het behandelplan wordt opgesteld en geëvalueerd in regelmatig overleg met de patient;
 - b — van conflicten kan men leren; conflicten zullen onderkend en hanteerbaar gemaakt moeten worden;
 - c — ieder mens is uniek; men kan niet zeggen, dat iedereen met een bepaalde patient moet kunnen omgaan; er moet ruimte zijn voor relatieve verschillen en hier moet naar gehandeld worden;
 - d — verpleegkundige rapportage over de patient moet door de betrokkene gelezen kunnen worden; hij moet de gelegenheid krijgen om erover te praten; ook de patient heeft recht op rapporteren;
 - e — een mens kan dikwijls meer, dan er uit hem komt; vertrouwen in de mens en zijn mogelijkheden is hiervoor nodig;
 - f — medepatienten en personeel moeten voor de patient mogelijkheden kreëren om zich te herstellen;
 - g — een uniform accentueert het verschil tussen verpleegkundige en patient. Waar nodig kan met werkkleding worden volstaan;
 - h — de patient participeert in de behandel- en verpleegstructuur.
- Deze principes kunnen verwezenlijkt worden door individuele- of groepscontacten van de patient(en) met verpleegkundigen.
- In de afdelingen moet t.a.v. de structurering van groepen en vergaderingen een zekere vrijheid van handelen kunnen zijn, zodat ieder zijn eigen patroon kan ontwikkelen afhankelijk van de categorie patienten die behandeling behoeft.

Ten aanzien van de problematiek van delegatie en besluitvorming eveneens enkele aanhalingen.

Er werden een aantal samenwerkingsprincipes geformuleerd, die er als volgt uitzagen:

(Slechts een paar aanhalingen. Van Ravenzwaay gaat daar uitvoeriger op in in zijn artikel.)

1 Elk individu, dus ook een personeelslid in het ziekenhuis, heeft een aantal opvattingen over de wijze waarop hij zijn werk behoort te doen. Ook zijn collega's, chefs en anderen hebben een opvatting hoe hij of zij dit werk behoren te verrichten. Op basis van deze taakopvattingen heeft men derhalve bepaalde verwachtingen t.o.v. elkaar. De individuele werker beslist niet alleen over wat zijn taak precies is en hoe hij die zal opzetten, maar collega's, chefs en anderen hebben daar hun invloed op. Men kan zich dus voorstellen, dat er eigenlijk zoiets bestaat als een 'onderhandeling' tussen collega's of tussen een chef en een medewerker over de omvang en de preciese inhoud van een bepaalde taak. Als het goed is leidt deze onderhandeling tot een soms wel, maar meestal niet omschreven overeenkomst.

2 Het subsidiariteitsbeginsel. Dit is de opvatting, dat men de taken en verantwoordelijkheden zoveel mogelijk delegeert aan de voet van de organisatie. Zodoende valt bijv. te bezien, wat men aan een afdeling kan overlaten en het betrokken personeel zelf laten beslissen, over hoe zij hun problemen willen oplossen. Ze zijn er uiteraard wel verantwoordelijk over verschuldigd aan chefs en 'zuster'-afdelingen. Op deze wijze kan per groep of afdeling beslist worden, wat het meest geschikt is, om aan de behoeften van deze patienten, met deze personeelsbezetting, in deze ruimte, tegemoet te komen.

3 Besprekingen in groepsverband kunnen de deelnemers helpen om de onderlinge relaties te ontdekken. Dat ontdekken zal creativiteit bevorderen, wanneer het op het juiste moment wordt toegepast.

Op basis van deze uitgangspunten werden taakomschrijvingen gemaakt van afdelingshoofden, hoofdverplegenden, hoofd van de verpleegdienst en de geneesheer-direkteur, waarbij het vooral ging om de onderlinge samenhang van de functies en wie voor wat verantwoordelijk kon worden gesteld. Ditzelfde gebeurde ook t.a.v. een aantal bijeenkomsten die in de beleids sfeer regelmatig werden gehouden zoals de hoofdenvergadering en de vergadering van de verpleegkundige staf (hoofdverplegenden). Er werd getracht om daarvoor duidelijke doelstellingen te maken en ze zinvol op elkaar te doen aansluiten.

Over het 3e probleemgebied, het personeelsbeleid ook een enkele opmerking uit het stuurgroeprapport, als voorbeeld.

Het personeelsbeleid zal vooral gericht zijn op de ontwikkeling van eigen capaciteiten en ontplooiing van de medewerker. Daartoe kunnen allerlei middelen gebruikt worden, zoals bijv. een duide-

lijk promotie- of salarisbeleid, maar ook een op de eigen ontplooiing gericht vormings- en opleidingsbeleid. De B-verpleegkundige basisopleiding zal voorlopig nog wel aan de huidige eisen moeten blijven voldoen. Getracht zal echter worden om de communicatiefunctie van een groepsverpleegkundige reeds in het basis-programma in te bouwen.

Voor het kader zullen kursussen ontwikkeld moeten worden, die gericht zijn op vaardigheden in leidinggeven, waarbij, naast een aantal praktische zaken zoals vergadertechniek, de wijze van omgaan met medewerkers als belangrijk wordt gezien.

Er zullen duidelijke taakomschrijvingen van iedere medewerker moeten worden gemaakt.

Het werk op de afdelingen zal niet geregeld moeten worden via diensten zoals dat momenteel het geval is, maar via takenpakketten die onder de medewerkers kunnen worden verdeeld al naar gelang hun ervaring.

In het zgn. dienstensysteem n.l. heeft iedere dienst een bepaald programma af te werken, dat overigens niet afgestemd is op de capaciteiten en kundigheden van de betrokkenen. En zo komt het voor, dat de ene keer een leerling een bepaalde dienst vervult, terwijl een volgende keer dezelfde taak door een gediplomeerde gebeurt.

Tenslotte nog een fragment uit het vierde probleemgebied, dat aangeduid wordt met 'opleiding en vorming'.

Hier werd bijv. veel aandacht besteed aan gedachtengangen die een goede integratie van theorie en praktijk beoogden. De positie van de leerling-verpleegkundige, die zowel werkkraft als scholier is, werd geanalyseerd. Wanneer er scholen komen lost dit vraagstuk zich vanzelf op, maar zolang dit nog niet het geval is, zal ook een modus vivendi moeten worden gevonden. Daarbij zal het in principe zo moeten zijn, dat de school-idee prevaleert. Omdat er een tekort aan gediplomeerde krachten is, zal men er voor moeten waken, dat de leerling taken krijgt toebedeeld die boven zijn vermogen liggen en zijn geestelijke weerstand te zwaar belasten. Vooral zal er in de B-opleiding meer aandacht moeten zijn voor het leren herkennen en bespreken van processen die zich tussen mensen onderling of in groepen afspelen. Eveneens zal geleerd moeten worden, hoe omgegaan kan worden met de confrontatie met gevoelens en met de opzettelijke beïnvloeding van menselijk gedrag en het kritisch kijken naar de wijze waarop men daarbij zelf functioneert. Ook zal men veel moeten weten van de confrontatie met ziekelijk menselijk gedrag.

Uiteindelijk is belangrijk om het eigen werk via ingestudeerde methodieken, alleen of in groepsverband te kunnen evalueren.

Wat is er in andere sectoren van het ziekenhuis gebeurd?

In de arbeidstherapie en bezigheidstherapie is op gelijksoortige wijze als in de verpleegdienst via onderzoek en vervolgsituaties een veranderingsproces op gang gebracht. Daar is momenteel de stuur-

groep-fase aan de gang. Het zou te ver voeren in het kader van dit artikel diep hierop in te gaan. Opvallend is echter wel, dat de grondhouding van het personeel in de arbeidstherapie een geheel andere is dan die in de verpleegdienst. Er was geen sprake van een afhankelijkheidsproblematiek of van frustraties die optraden door gebrek aan vrijheid van handelen. Integendeel. De attitude werd veel meer bepaald door een therapeutisch prima donna-gevoel. Iets in de geest van 'Wij zijn degenen, die de patient in hoofdzaak beter maken. Wij doen dit goed. Immers worden er regelmatig mede dankzij onze inspanning patienten ontslagen. Deze laatsten voelen zich trouwens bij ons veel meer op hun gemak dan bij de verpleegkundigen'. Deze houding werkte belemmerend op de herkenning van de afhankelijkheidsproblematiek van patienten. Bovendien bleek dat een arbeidstherapeut in 'Veldwijk' meer keek naar de arbeidsprestatie dan naar de geestelijke problematiek van de zieke. Dat ligt bij de bezigheidstherapeut anders. Deze let wel op het ziekelijk gedrag en tracht daarop invloed uit te oefenen. De scholing daartoe is echter onvoldoende, al is via eigen experimenterervaring wel het één en ander bereikt.

In de medisch-psychologische kring speelt het veranderingsproces na een aantal conferentiedagen over het eigen funktioneren en teamwork, zich nu af in de behandelteams en de ontwikkelingen op de afdelingen. De adviezen van het stuurgroerapport zijn daarbij een leidraad.

In de administratieve, huishoudelijke en technische diensten bleef het proces tot nu toe beperkt tot uitvoerige informatie over de gang van zaken elders in het ziekenhuis. Enkele werkmethoden werden onder de loupe genomen en veranderd. Tevens werd een aantal kadercursussen georganiseerd, waarin geoefend werd t.a.v. vaardigheid in en stijl van leidinggeven.

De doelstellingen (vierde niveau)

Een doelstelling houdt een algemene formulering in van de richting waarin, in ons geval, een psychiatrisch ziekenhuis of een onderdeel daarvan wil werken of zich ontwikkelen. Dergelijke uitgangspunten zijn enerzijds nodig voor de oriëntatie van patienten en medewerkers — zij kunnen hun plannen daarop afstemmen — maar anderzijds ook voor de buitenwereld c.q. de maatschappij. Deze laatste vraagt bepaalde vormen van dienstverlening en het is van belang, dat een instelling zich duidelijk herkenbaar maakt, zodat het publiek weten kan op welke diensten gerekend mag worden.

Dit zelfde is trouwens ook binnen een instituut het geval. Iedere medewerker moet kennis hebben van datgene waaraan door de totaliteit en de diverse onderdelen c.q. afdelingen wordt gewerkt. Zij kunnen immers dan pas zinvol het eigen werkveld structureren, wanneer ze uitgaande van een algemene richtlijn, zelf de dagelijkse praktijk ontwerpen. In een ziekenhuis geldt dit echter niet alleen voor medewerkers maar ook voor de patienten. Wanneer zij zinvol mee zullen spreken in behandelplannen en oordelen moeten over

behandelmethode en de resultaten daarvan, dan zullen zij goed op de hoogte dienen te zijn met de bedoelingen en achtergronden. In het voorafgaande werd als voorbeeld de arbeidstherapie genoemd. Een patiënt zal daaraan niet of nauwelijks deelnemen, wanneer hem niet duidelijk kan worden gemaakt wat de bedoelingen zijn. Hetzelfde is bij overplaatsingen van de ene naar de andere afdeling het geval. Wanneer iemand zich bijv. geruime tijd in de observatieafdeling heeft bevonden en gewend is aan deze omgeving en het dagprogramma, dan zal hij overplaatsing naar bijv. revalidatie- en resocialisatie-afdeling slechts aanvaarden, wanneer het via de doelstelling en de daaruit voortvloeiende werkmethode van deze afdeling aan de betrokkene duidelijk is geworden, dat het zinvol voor hem is om de bindingen in de observatieafdeling los te laten en nieuwe elders aan te gaan.

Overigens zal ook de familie van een patiënt op grond van heldere behandelbedoelingen gemakkelijker een andere afdeling aanvaarden. Doch dit terzijde!

Ook aan dit onderdeel van het totale veranderingsproces is in de laatste jaren in 'Veldwijk' veel aandacht geschonken. Het is het vierde niveau, het laatste of zo men wil het hoogste van alle, die in het begin van dit verhaal werden genoemd. Het is mede daarom het hoogste, omdat het te maken heeft met basisideeën en concepten, waaraan in doelstellingen een werkbare vorm wordt gegeven. Zo behoort bijv. naar onze mening een psychiatrisch ziekenhuis een toevluchtsoord te zijn waar patiënten een zodanige hulp krijgen, dat hun ziekelijk gedrag verdwijnt en zij zich binnen het kader van hun eigen mogelijkheden, als dat maar even kan, verder kunnen ontwikkelen. Dat betekent, dat er in het behandelproces veel ruimte is gebracht om te leren. Dit leren heeft niet alleen betrekking op het verkrijgen van meer vaardigheden op het terrein van de sociale interactie van de patiënt met zijn omgeving, maar ook op creativiteit of algemene ontwikkeling en technische behendigheden.

Aanvankelijk ontbraken afdelingsdoelstellingen geheel. Patiënten werden daardoor overal door elkaar verpleegd, zonder op hun behandelpakket acht te geven. Dit veranderde, hetgeen er toe leidde, dat veel patiënten moesten worden overgeplaatst. In ons geval enkele honderden. Alle afdelingen kregen hun eigen doelstelling. Te ver zou het voeren om de gevonden formuleringen in extenso te beschrijven, daarom twee voorbeelden tot slot, n.l. de doelstelling van een psychiatrisch ziekenhuis en een revalidatie- en resocialisatie-afdeling.

Voorbeeld 1 — de doelstelling van een psychiatrisch ziekenhuis is om in een bepaalde regio aan ter opname komende of aan chronische verblijvende patiënten, een zodanige geestelijke c.q. sociale, c.q. lichamelijke hulp en steun te bieden, dat zij zelfs wanneer ernstige invaliditeit dat belemmert, in staat zijn om hun door de psychische problematiek vertraagde levensontplooiing opnieuw voortgang te doen vinden.

Voorbeeld 2 — de doelstelling van een revalidatie- en resocialisa-

tie-afdeling is om aan patienten, die door hun psychische en lichamelijke problematiek meerdere maanden tot jaren in het ziekenhuis moesten verblijven, een zodanige geestelijke, c.q. sociale c.q. lichamelijke hulp en steun te bieden, dat zij in staat zijn om zich te ontwikkelen naar een hernieuwde confrontatie van henzelf met de maatschappij en zo tot ontslag kunnen komen.

Wat heeft alle inspanning tot nu toe gebracht?

1 — Een duidelijke diagnose van de problemen en op welke wijze aan een oplossing kan worden gewerkt.

2 — Door het formuleren van normen die de huidige situatie in stand houden en het vaststellen van nieuwe normen, is de weerstand tegen verandering bespreekbaar geworden en een duidelijker zicht ontstaan op datgene wat er met de veranderingen wordt beoogd. Door deze gang van zaken zijn de spanningen die telkens weer optreden, wanneer er iets verandert, minder groot en sneller hanteerbaar.

3 — Er is ontspanning gekomen in de relaties tussen groepen van medewerkers onder elkaar en ook tussen individuen. Men is gevoeliger geworden voor communicatieproblemen en de oplossing daarvan. Er wordt geoefend om de principes van delegatie en besluitvorming in praktijk te brengen. Zodoende is er een grotere bereidheid ontstaan om naar elkaars problemen te luisteren en ze gemeenschappelijk op te lossen. Het onderlinge wantrouwen door gebrek aan zicht op elkaars identiteit is afgenomen.

4 — De patient wordt op meerdere plaatsen in het ziekenhuis direkter dan voorheen betrokken in het gesprek over behandelplannen. Ook geeft hij meer dan vroeger feed-back over zijn bejegening.

5 — Het personeelsverloop is in de verpleegkundige sector onder gediplomeerden afgenomen. Er is een gestadige toename van groepsverpleegkundigen, zodat ze steeds meer in de afdelingen een rol gaan spelen. Hun aantal bedraagt momenteel ongeveer 43, zoals door 'Veldwijk' enige jaren geleden was gepland. Zij functioneren in de observatie-, voortgezette behandelings-, resocialisatie- en revalidatieafdelingen. Er werd een speciale opleiding voor hen in het leven geroepen.

6 — In de B-opleiding werd het vak 'gesprekstechniek' ingevoerd, waarbij vooral de nadruk werd gelegd op het herkennen en bespreken van processen, die zich tussen mensen onderling of in groepen afspelen. Voor leidinggevendenden werden in een vormingscentrum kaderkursussen georganiseerd die betrekking hadden op stijl van leidinggeven, communicatie etc.

7 — De evaluatie is tot nu toe empirisch en berust hoofdzakelijk op de ervaring, dat veel gemakkelijker dan voorheen over problemen van gedachten wordt gewisseld, dat mensen sneller om informatie vragen, wanneer ze zaken niet begrijpen en dat geruchtvorming binnen het ziekenhuis is afgenomen. Het lijkt echter nodig om objectieve maatstaven te vinden. In het komende jaar zal veel aandacht aan meetmethoden moeten worden geschonken.

8 — Er waren medewerkers die door onvoldoende kijk op de veranderingen aan spanningen bloot stonden. Zij behoefden extra ondersteuning. Bij de patiënten deden zich enkele onrustige periodes voor gekenmerkt door angstgevoelens en agressiviteit. Deze verschijnselen bleven echter beperkt.

9 — De informatiestroom is van 'boven' naar 'beneden' en omgekeerd in de hiërarchie beter en ook eerlijker geworden. De indruk bestaat, dat afspraken efficiënter worden afgewerkt. Ook is de feedback over de afwerking verbeterd.

10 — Het aantal klachten door patiënten geuit over hun behandeling is significant afgenomen. Het spreekuur van de geneesheer-direkteur verliep. Was het aantal klachten gemiddeld ongeveer 4 per week, het verminderde tot een enkele per maand. Ook familieleden klagten minder frequent. Men is kennelijk in staat om elkaars problemen in de afdelingen zelf op te lossen.

Slotkonklusie: Verbetering van het klimaat in een psychiatrisch ziekenhuis kan geen modegril zijn. Het is een opgave, waaraan systematisch en constant gewerkt moet worden. Het ziekenhuis in al zijn geledingen dient daarbij betrokken te zijn. Klimaatbewaking behoort een vast punt van het totale ziekenhuisbeleid te zijn. De resultaten van alle inspanning tot verbetering worden pas op langere termijn zichtbaar en behalve een voortdurend enthousiasme, is een belangrijke tijdsinvestering nodig om de gewenste doelen te bereiken.

Samenvatting

In dit artikel werd getracht een beschrijving te geven over veranderingsprocessen in het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk'. Zij hadden ten doel om het klimaat te verbeteren. Klimaat werd beschreven als een evenwicht tussen de emotionele en materiële verwachtingsbeelden van patiënten en het totale afdelings- of ziekenhuisgebeuren, zoals dat tot uiting komt via vier niveaus, te weten: het skelet, te verrichten handelingen, de mensen en de doelstellingen.

Wat verwacht een patient meestal op een afdeling? Hij verwacht dat voldaan wordt aan zijn behoefte aan respect, veiligheid, geborgenheid, emotionele steun en raad voor toekomstige levensontplooiing. Hij rekent er op dat dit gebeurt via een goede materiële verzorging en een effectieve en doelgerichte behandeling van de psychische c.q. lichamelijke problematiek.

Het is van belang, dat psychiatrische ziekenhuizen bezig zijn met verbetering van het klimaat, omdat daardoor afgezien van het humane aspekt, de patiënten of sneller genezen of bij hen verergering van psychische problematiek wordt voorkomen, naar mede blijkt uit literatuurgegevens. Dank zij de psychopharmaca kan thans effectiever dan een aantal jaren geleden aan deze verbetering worden gewerkt.

In het vervolg van het artikel wordt t.a.v. de vier niveaus nagegaan hoe de uitgangssituatie in 'Veldwijk' was en welke veranderingen tot nu toe werden doorgevoerd. Veel aandacht werd geschonken

aan het derde niveau: de mensen. Hoe kunnen de werkers in het ziekenhuis hun houding zodanig veranderen, dat een beter antwoord aan de verwachtingsbeelden van patienten ontstaat?

Er wordt een beschrijving gegeven van een zogenaamde normatieve educatieve methode, waardoor aan betrokkenen de mogelijkheid wordt geboden om zelf mede via een formulering van het huidige normensysteem een nieuw te ontwerpen en zo aan de gewenste veranderingsprocessen te werken. De procedure die daarbij werd gevolgd bestond uit onderzoek van, via adviseurs, door medewerkers aangedragen problemen. Deze gegevens werden door de deskundigen in rapporten zodanig bespreekbaar gemaakt, dat de mogelijkheid werd geboden om groepsgewijs eigen ideeën te ontwikkelen die tot veranderingen in de praktijk konden leiden. Deze werkmethode werd primair toegepast in de sector van de verpleging. Dit leidde uiteindelijk tot een door een aantal medewerkers gemaakt stuurgroeprapport, dat momenteel in de praktijk wordt gebracht. Een gelijksoortig proces is in de arbeids- en bezigheidstherapie aan de gang. In de medisch-psychologische kring (klinische staf) werd een aantal konferentiedagen belegd waarin het eigen functioneren en teamwork aan de orde kwamen. Het proces speelt zich nu af in de afdelingsteams.

Voor de overige diensten bleef de inspanning beperkt tot incidentele veranderingen. Informatie werd gegeven over wat in andere diensten gebeurde en kadertraining werd gericht op vaardigheid in en stijl van leidinggeven.

Summary

Improvement of the climate in a psychiatric hospital, a process that asks for a methodical approach — Processes of change in a psychiatric hospital are discussed. They are related to a methodical improvement of the climate. Climate was described as a balance arising between the emotional and material needs and expectations of patients and those of the hospital, as they present themselves via four levels: the skeleton, the procedures, the people and the goals. To the third level much interest was given: the people. Based on the nurse-patient-relationship, a normatif-educational method to improve this relationship was discussed. This method was also meaningful for improvements in other sectors of the hospital.

Literatuur

- P. Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel 1969.
- W. Caudill, *The psychiatric hospital as a small society*, Harvard University Press, 1958.
- J. Foudraïne, *Wie is van hout*. Amboboeken, Bilthoven, 1971.
- E. Goffman, *Asylums*, Pinguin books, 1968.
- A. H. Stanton and M. S. Schwartz, *The mental hospital*. New York, Basic Books Inc., 1958.
- Teilhard de Chardin, *De menselijke groep*. Het Spectrum, 1965.