

Aspecten van milieutherapeutische regelkunde

door C. Janzing

Samenvatting

Het sturen van een klinische en/of semi-murale behandel eenheid vereist een bepaald soort regelkunde. Deze regelkunde komt op veel vlakken overeen met gangbare – bedrijfskundige – managementopvattingen, maar heeft ook duidelijke, daarvan onderscheiden, eigen aspecten.

Deze aspecten worden gedict eerd door het produkt van het therapeutische milieu: de therapeutische wisselwerking tussen leden van een behandelteam en patiënten, die in hoge mate afhankelijk is van de onderlinge wisselwerking tussen behandelteamleden. Deze wisselwerking vindt plaats op twee niveaus, die van de oppervlakte- en de dieptestructuur.

Tegenstellingen tussen die niveaus kunnen de behandeling van patiënten hinderen. Milieutherapeutisch management vereist daarom naast regelkunde op het niveau van de oppervlaktestructuur – het scheppen van personele en materiële voorwaarden voor behandelen en dergelijke – ook regelkunde op het niveau van de dieptestructuur, het bevorderen van congruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur van de behandelteams.

Een aantal voorbeelden van incongruenties worden behandeld aan de hand van casuïstiek en het artikel wordt besloten met enige adviezen voor de praktijk.

Inleiding

Het sturen, managen van klinisch-psychiatrische behandel eenheden wordt dikwijls ten onrechte vergeleken met het sturen van een productiebedrijf. Ongetwijfeld zijn er overeenkomsten aanwijsbaar, toch heeft de noodzakelijke regelkunde van dergelijke behandel eenheden iets eigens. Dit 'eigene' is te begrijpen uit de aard van het 'produkt' dat een klinisch-psychiatrische behandel eenheid levert. Het produkt is een bepaalde wisselwerking met patiënten die een zeker therapeutisch effect sorteert, variërend van een ondersteunend gesprek tot een strakke leefregel, of een psychofarmaceutisch voorschrift.

Een therapeutisch milieu is een zetting waarbinnen behandelaars de wisselwerking met patiënten volgens gemeenschappelijke afspraken reguleren, uitgaande van de aard van de problematiek en van de

mogelijkheden en beperkingen van patiënten (Janzing en Kerstens 1984; Janzing en Lanssen 1985). Een therapeutisch milieu 'therapeutisch', dus in de afgesproken wisselwerking met patiënten effectief houden, vraagt regulariteit. Deze regulariteit omvat het sturen van interacties tussen behandelteamleden en patiënten en tussen teamleden onderling.

Het eigene van deze milieutherapeutische regulariteit is dat deze gericht is op de bewaking van de kwaliteit van de wisselwerkingen in relatie tot het behandeldoel van een therapeutisch milieu. Anders dan in een produktiebedrijf is binnen een klinisch-psychiatrische behandel-eenheid het ontbreken van voldoende kwaliteit binnen de interacties met patiënten synoniem met het leveren van een slecht produkt. Binnen een produktiebedrijf is die samenhang niet zo direct aanwezig, machines draaien wel door, ook wanneer medewerkers onderling conflicten hebben. Hiermee wordt niet gesteld dat een bedrijfsmatige kijk op behandel-eenheden uit den boze is. Regulariteit van een therapeutisch milieu, uitsluitend bedrijfsmatig bedreven, is onvoldoende. Er is meer nodig.

In dit artikel worden een aantal aspecten van dat 'meer', namelijk van milieutherapeutische regelkunde, uiteengezet. Daartoe werd een model ontwikkeld gebaseerd op ideeën van Kernberg (1980, 1984) en Kets de Vries (1987). Dit model kan worden beschouwd als een organisatiedynamische werkhypothese.

Niveaus van wisselwerking

Organisaties, als conglomeraten van werkgroepen met mensen, kunnen op twee niveaus worden beschreven. Het eerste niveau is de *oppervlaktestructuur*, het tweede de *dieptestructuur* (Janzing en Lanssen 1985).

De *oppervlaktestructuur* van een organisatie – van een (werk)groep of van samenstellingen van meerdere (werk)groepen – is *een bepaalde structurele en functionele ordening ervan die ondersteund wordt door openlijke consensus van de deelnemers en die gericht is op het bereiken van een gemeenschappelijk doel*. Zo omvat de oppervlaktestructuur van een behandelafdeling de werkroosters van medewerkers, de therapieafspraken van patiënten, het onderhoud van gebouwen, de administratieve ondersteuning etc.

De *dieptestructuur* van een organisatie – van een (werk)groep of van samenstellingen van meerdere (werk)groepen – is *een bepaalde structurele en functionele ordening ervan die wordt bepaald door persoonlijke factoren*. Hierbij is géén sprake van openlijke consensus; de ordening binnen de organisatie is een gevolg van min of meer onbewuste wisselwerkingswijzen van de deelnemers waarbij gevoelens overheersen. De dieptestructuur omvat zaken als onderlinge allianties, sympathieën en antipathieën, angsten, liefde en haat, onderling plezier en verveling en dergelijke.

In elke organisatie zijn oppervlakte- en dieptestructuren gelijktijdig aanwezig. Ze kunnen elkaar als het ware aanvullen, overlappen. Er is dan sprake van *congruentie* tussen oppervlakte- en dieptestructuur. Ze kunnen elkaar ook 'tegenwerken', als het ware min of meer haaks op elkaar staan, elkaar hinderen. Er is dan sprake van *incongruentie* tussen oppervlakte- en dieptestructuur.

Ter verduidelijking van het bovenstaande het volgende vignet.

Het instituut voor deeltijdbehandeling 'Het Lichtend Pad' als nieuwe loot aan de boom van een langer bestaand APZ, heeft een nieuw behandelteam. Drie teamleden, een psychiater en twee psychologen, hebben iets gemeenschappelijk: allen zijn 'gevlucht' uit andere werksituaties. Zo is de psychiater gevlucht uit een werkkring die voor hem te belastend was; de eerste psycholoog is gevlucht uit een behandelteam elders waar hij kampte met samenwerkingsproblemen; de tweede psycholoog is gevlucht uit een werkkring die hem na korte tijd al niet beviel, zoals dat ook bij een aantal vorige werkkringen gebeurde. Een maatschappelijk werker binnen 'Het Lichtend Pad' is al vele jaren in andere vormen van deeltijdbehandeling op kleinere schaal binnen het moederinstituut werkzaam geweest.

De oppervlaktestructuur van de eenheid is snel geregeld: taken worden verdeeld en de psychiater wordt als eindverantwoordelijke erkend en aangewezen als intermediair tussen behandel eenheid en moederinstituut.

Na een half jaar ontstaan er problemen. Deze komen tot uiting in een toenemend aantal 'drop-outs' binnen de patiëntengroep. Vele patiënten nemen slechts korte tijd deel aan het behandelprogramma, blijven thuis of melden zich voor verdere begeleiding bij de polikliniek van hetzelfde ziekenhuis. Gemeenschappelijk aan hun klachten is dat zij zich onder druk gezet, overvraagd voelen.

De directie besluit de afdeling 'Het Lichtend Pad' kritisch te laten volgen door een extern consulent, omdat veel overleg over deze problemen vastloopt in ontkenningen en rationalisaties.

De consulent constateert dat achter het hoge eisen stellen aan patiënten angst bij de behandelaars schuil gaat, met name angst voor patiënten die de behandeling zouden kunnen doen mislukken en dus de behandelaar met faalgevoelens zouden kunnen opzadelen. Voorts rapporteert hij over de 'vuilnisvatfunctie' van de betrokken maatschappelijk werker: veel van wat de psychiater en de twee psychologen bij zichzelf vrezen wordt bij hem 'uitgestort'. Het gaat zelfs zover dat men een ontslagprocedure tegen hem overweegt.

De incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur in het beschreven voorbeeld is duidelijk. De angsten en projecties bij de drie 'vluchtelingen' binnen het team staan goed samenwerken, die therapeutische wisselwerkingen met patiënten mogelijk maken, in de weg.

De persoonlijke factoren, die de dieptestructuur vormen, zijn op te vatten als deels bewuste, deels (en meestal) onbewuste, voornamelijk emotioneel/affektieve elementen die de wisselwerking tussen mensen sterk beïnvloeden. De individuele constellaties of patronen of op-

bouw van die emotioneel/affektieve elementen zijn eigenlijk een uitdrukking van vroegere wisselwerkingservaringen. Ik vat met deze zinsnede in een 'nutshell' een object-relatiethooretisch gezichtspunt samen.

Wanneer een persoon, groep, een organisatie vanuit het gezichtspunt van de dieptestructuur wordt geobserveerd, dat wil zeggen wanneer we naar de emotioneel/affektieve 'onderstromen' kijken in de wisselwerkingen binnen en tussen personen, dan springen een drietal opvallende – welhaast wetmatige – patronen in het oog, die onderling een samenhang vertonen.

– Dieptestructuren (van personen, groepen, organisaties) hebben de tendens hun omgeving (andere personen, groepen, organisaties) in die mate te veranderen, tot een afspiegeling bereikt is van eerder op emotioneel/affektief vlak gevormde verwachtingspatronen. Met andere woorden: er bestaat een tendens tot het doen samenvallen van de emotioneel/affektieve 'binnenwereld' met de buitenwereld. Er is dus iets als een *symmetrietendens*.

– Bij incongruentie tussen diepte- en oppervlaktestructuur (binnen personen, groepen, organisaties) heeft de dieptestructuur de tendens de oppervlaktestructuur in die mate te veranderen tot er congruentie bereikt is. Hier zou gesproken kunnen worden van een *congruentietendens*.

– Is de oppervlaktestructuur van een persoon, groep, organisatie weinig hecht, gefragmenteerd, onduidelijk, inconsistent, dan zal op de duur de ordening ervan een weerslag zijn van de dieptestructuur. Er is dan sprake van terugvallen op, regressie naar meer primitieve emotioneel/affektief bepaalde wisselwerkingswijzen, zonder oriëntatie op de werkelijkheid en op een gemeenschappelijk doel. De term *regressietendens* is hier van toepassing.

Niveaus van incongruentie

Dieptestructuren van groepen zijn de resultante van dieptestructuren van de groepsleden afzonderlijk. Anders gezegd: dieptestructuren komen voort uit de vroegere objectrelaties, wisselwerkingservaringen van individuen voor zover deze werden verinnerlijkt en in de actuele wisselwerking met groepsleden worden veruitwendigd.

Bij gezonde mensen zijn vroegere positieve objectrelaties, waarbinnen acceptatie en warmte werd ervaren, de basis van op de realiteit betrokken, integrerend omgaan met anderen. Was er echter veel pijn, verlating, kwetsing, onduidelijkheid bij de opvoeders, of was er ook (aangeboren) overgevoeligheid, beperkt abstractievermogen, dan ziet de wereld voor mensen met dergelijke ervaringen, eigenschappen er

heel anders uit. Omgaan met anderen staat in dat geval dikwijls in dienst van 'pijnbestrijding' waarbij de (sociale) omgeving gemakkelijker als bedreigend wordt ervaren. Het zijn herhalingen van vroegere overlevingsstrategieën, gekoppeld aan affectief/cognitieve schemata (Ciompi 1981). In hun beleving is het leven niet meer dan een herhaling van dergelijke (vroegere) scenario's. Wanneer anderen, in hun omgeving, daar niet voldoende aan bijdragen, 'zorgt' de betreffende persoon ervoor dat dit toch gebeurt. In de transactionele analyse wordt in dit kader over 'spel' gesproken (Berne 1971).

Congruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuren worden aangetroffen in groepen waarbinnen integrerende, synthetiserende interacties overheersen. Hiermee bedoel ik die wijzen van omgaan met elkaar die:

- tegemoet komen aan de behoeften van de groepsleden en
- afgestemd zijn op de werkelijkheid van de taak waar de groep voor staat.

In dergelijke groepen komen ook tegenstellingen voor, onderlinge weerzin zelfs. Niettemin blijven de synthetiserende dynamieken overheersen: de groep valt niet uit elkaar, men kan onlust verdragen, er is onderling plezier, het probleemoplossend vermogen groeit met elke overwonnen crisis.

Incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuren is aanwijsbaar in groepen waar *fragmenterende interacties* overheersen. Deze kunnen worden opgevat als manieren van omgaan met elkaar, door groepsleden, die lijken op het steeds weer uitvoeren van ieders eigen overlevingsstrategieën. Voor de een betekent dit bij voorbeeld het voortdurend verward zijn in een vendetta tegen vermeende vijanden, voor de ander het zich vastklampen aan de leider, gekoppeld aan het afzien van zelf nadenken. Fragmenterende interacties zijn dus wijzen van omgaan met elkaar die:

- tegemoet komen aan de (vroeg)kinderlijke overlevingsbehoeften en
- niet afgestemd zijn op de werkelijkheid van de taak waar de groep voor staat.

Deze twee typering, synthetiserende en fragmenterende groepen, zijn extremen van een glijdende schaal. Daarnaast is het mogelijk dat een synthetiserende groep in ruime mate 'ongezonde' mensen kan bevatten of dat een fragmenterende groep in meerderheid uit 'gezonden' bestaat. Immers, wanneer een groep gaat fragmenteren of synthetiseren, hangt af van de samenloop van een aantal factoren:

1. de wisselwerkingservaringen van de individuen;
2. de aard van de groepstaak;
3. de aard van het spanningsveld tussen 1 en 2;
4. de omgeving van de groep;
5. het type leiderschap.

Ter illustratie van het bovenstaande een drietal vignetten.

Casus I

Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis 'Eendendonk' kent een driehoofdige directie. De geneesheer-directeur kan het heel goed vinden met de adjunct-directrice economie. Er bestaat een warme vriendschappelijke relatie: samen wandelen zij graag tijdens de lunchpauze over het bosrijke terrein, verjaardagen worden wederzijds bezocht en op vele vlakken van beider privé-leven bestaat een hartelijke wisselwerking. Het derde directielid, de directeur verpleegkunde, valt er buiten. Vele directiebesluiten worden door het eerder beschreven duo genomen, buiten de laatste om.

De directeur verpleegkunde geeft een gevoel van machteloosheid door aan zijn ondergeschikten. Een beleving van 'wij worden toch buiten spel gezet, ze moeten ons niet' wordt spoedig gemeenschappelijk gedeeld door menig verpleegkundige binnen het APZ 'Eendendonk'. In contacten met zijn medewerkers verneemt de directeur verpleegkunde vooral die verhalen van fricties tussen verpleegkundigen enerzijds en medewerkers van de beheersdiensten (onderdanen van de directrice economie) anderzijds. Voorbeelden van hoe het goed loopt en hoe het redelijk gecoördineerd hier en daar toch ook loopt, hoort hij niet. Langzaamaan vormt hij met zijn medewerkers een gesloten groep, met veel wantrouwen tegenover de rest van het ziekenhuis.

De beheersdiensten lijden onder de mis-communicatie met de verpleegkundigen; vooral bij die afdelingen, waar verpleegkundigen beheersmatige, coördinerende taken hebben. De beheersmedewerkers uiten hun frustratie bij hun superieuren en deze weer bij de directrice economie. Daarbij ontsteekt de geneesheer-directeur in hevige woede omtrent het onrecht en leed zijn economisch directrice aangedaan. Uiteindelijk roept hij het bestuur bijeen teneinde 'de kwestie rond de verpleegkundig directeur' te bespreken.

Casus II

Het algemeen ziekenhuis 'Hemelzicht' staat voor een FWG-operatie. Op dit moment zijn de civieltechnische en agrarische diensten (CTAD) aan de beurt. Het hoofd van deze dienst (HTAD) is korte tijd geleden aangesteld en uitte al gedurende de eerste week van zijn werkverband direct en indirect zijn ongenoegen over het functioneren van zijn staf. Deze staf, bestaande uit een vijftal mensen, geeft buiten het HTAD om, verontrustende berichten door aan de directie, met name aan de directeur econoom. De laatste besluit even af te wachten.

De FWG-procedure begint. Het diensthoofd maakt een zogenaamde 'blauwdruk' met betrekking tot de opbouw van de salarissen bij de diverse medewerkers. Hij voert daarover geen overleg met zijn staf. Wel draagt hij zijn stafleden op deze blauwdruk te hanteren bij de indeling van de personeelsleden. Men gaat aan de slag. De onderhandelingen met veel medewerkers verlopen uiterst moeizaam. Menig indeler zegt: 'Tja, ik vind dat u eigenlijk in functiegroep x thuis hoort, maar ja, de baas zegt dat het y moet zijn'.

Uiteindelijk moet het HTAD, conform FWG-procedure, elke medewerker voor een derde gesprek ontvangen. Driekwart stapt vervolgens naar de Indelings Advies Commissie. De helft daarvan spant een procedure aan bij de kantonrechter. De werkdruk voor het diensthoofd wordt ondraaglijk groot. Enige maanden ziekteverlof zijn het gevolg.

Casus III

In de afdeling 'Helderheid' worden overwegend psychotische patiënten behandeld. Er is echter sprake van herhalende communicatieproblemen tussen teamleden onderling. Werkafspraken die worden gemaakt komen niet ter ore van medewerkers die bij voorbeeld nacht- of weekenddienst hebben. Bepaalde activiteitentherapeuten worden onvoldoende over patiënten geïnformeerd bij plotselinge afwezigheid of crisissituaties.

De afdeling 'Helderheid' is voortgekomen uit een samenvoeging van de afdelingen 'Maanstonde' en 'Zonnewende'. Dit samenvoegen is door de medewerkers van onderscheiden afdelingen met gemengde gevoelens beleefd. Enkele medewerkers van 'Maanstonde' zijn gaan solliciteren. De overige leden van de twee voormalige behandelteams vormen eigenlijk twee gesloten groepen. De twee groepen beleven elkaar als bedreigend: de een zou de ander iets kunnen opleggen, de ander kunnen devalueren. Men verzet zich tegen elkaar.

In elk van de drie casus worden wisselwerkingen tussen mensen beschreven die haaks staan op het doel van hun samenwerkingsverband. Er is dus sprake van incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuren. Binnen deze – mogelijk wat gechargeerd weergegeven, maar toch niet direct onherkenbare – situaties, zijn fragmenterende interacties beschreven.

In casus I vormt de directie een fragmenterende groep. Daarbij kunnen de wisselwerkingservaringen van de onderscheiden directieleden en de aard van de groepstaak bepalende factoren zijn.

In casus II is het type leiderschap een belangrijke bepalende factor binnen de stafgroep. Ook de aard van de groepstaak en de wisselwerkingservaringen van betrokkenen kunnen een belangrijke rol spelen.

In casus III zijn het de (nieuwe) omgeving van de twee afzonderlijke behandelteams samen met de nieuwe groepstaak die bepalend lijken voor de fragmenterende ontwikkelingen binnen het nieuwe team.

De korte analyses zijn van tentatieve aard, omdat de aard en de mate van de bijdragen die diverse factoren aan fragmenterende processen leveren, nooit precies zijn vast te stellen. De inschatting ervan hangt af van de waarnemer, zijn/haar eigen wisselwerkingservaringen en het moment van waarnemen.

Binnen de beschreven casus zijn andere interessante samenhangen binnen de dieptestructuur aanwijsbaar. Zo is het, met name binnen casus I, opvallend hoe de fragmentering in een groep binnen een organisatie haar uitstraling heeft naar de omgeving van die groep. De fragmentering binnen de directiegroep drukt zich ook uit in een fragmentering binnen de organisatie, en wel in de vorm van tegenover elkaar staande grote groepen. Deze groepen gedragen zich ten opzichte van elkaar als gesloten eenheden. Er is dus een (soort) verband tussen fragmentering in groepen binnen organisaties enerzijds en geslotenheid tussen andere groepen anderzijds. Dit verband is met name daar aanwezig waar de fragmenterende groep een 'kerngroep' binnen de organisatie is. Dat wil zeggen: naarmate de fragmenterende groep een stuurfunctie binnen de organisatie heeft.

Het omgekeerde is echter ook mogelijk. Fragmenterende processen tussen groepen binnen organisaties kunnen leiden tot fragmentering binnen kerngroepen. Zo zouden in casus I de verpleegkundigen van oudsher een centrale rol kunnen hebben gespeeld binnen 'Eendendonk', voerend tot een zich afzetten tegen onder andere beheersdiensten. Welke directie ook optreedt, steeds komt op kerngroep-niveau deze fragmentering tot uiting.

Schematisch kunnen de beschreven samenhangen aldus worden weergegeven.

<i>Niveaus van fragmentatie:</i>	<i>Voorbeelden:</i>
fragmentering binnen kerngroepen	directie
fragmentering binnen de omgeving van kerngroepen	2e managementniveau
	gesloten groepen
fragmentering in de organisatie	gesloten werkeenheden
	den
fragmentering bij medewerkers en patiënten	regressie binnen werkeenheden

Deze samenhangen wijzen op een *totale onderlinge afhankelijkheid*, op het niveau van de dieptestructuur, van mensen, subgroepen en groepen binnen een (ziekenhuis)organisatie.

Het betreft hier niet een absoluut, causaal verband, maar een *waarschijnlijkheidsverband van circulair karakter*. Dit is het beste te begrijpen wanneer we de (ziekenhuis)organisatie opvatten als een systeem met permanente terugkoppeling tussen subsystemen en elementen. Alle communicatielijnen, alle verbindingen tussen de elementen, omvatten boodschappen die op het niveau van de dieptestructuur worden geïnterpreteerd als een bevestiging van een gemeenschappelijk gedeeld gevoel, fantasie, verwachting. Deze gemeenschappelijke affectieve kaders worden dikwijls gevormd door de dieptestructuren van de kerngroepen, kernpersonen binnen de organisatie. Ze zijn resultante van wisselwerkingen tussen de dieptestructuren van die kerngroepen en de omringende groepen (symmetrietendens).

Dit alles betekent bij voorbeeld dat we via de medewerkers de baas leren kennen en omgekeerd. Ook betekent dit dat gezonde, geïntegreerde mensen het naar alle waarschijnlijkheid niet lang volhouden in een zieke, gefragmenteerde organisatie. Echter de neurotisch geïntegreerde, de eigenzinnig narcistische persoonlijkheid e.d. hebben er allen baat bij een passende fragmentering in de organisatie te behouden. Hier ligt dikwijls de voornaamste weerstand bij (noodzakelijke) organisatieveranderingen.

Milieutherapeutische regelkunde

De in de vorige paragraaf beschreven gedachtengang voert tot de gevolgtrekking dat dieptestructuren binnen ziekenhuisorganisaties

nooit zonder gevolgen voor de aldaar verblijvende patiënten kunnen zijn. Dit geldt zowel voor Algemene Ziekenhuizen als Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen. Is een behandel eenheid gefragmenteerd dan zijn patiënten op vele mogelijke manieren het slachtoffer. Zo kan de behandeling gewoon verkeerd worden uitgevoerd omdat informatie niet werd doorgegeven; in andere gevallen wordt onlust binnen het behandelteam uitgeageerd over de hoofden van patiënten. In de behandeling van borderline-patiënten, of van schizofrenen leidt dit tot welhaast voorspelbare symptoomverergeringen bij patiënten. Het laatste 'voedt' dan weer de teamfragmentatie.

Milieutherapeutische regelkunde vraagt om rekening houden met oppervlakte- én dieptestructuren, zowel binnen personen, werkgroepen en de totale organisatie. Echter ook zal de wisselwerking met de omgeving van de organisatie nauwlettend in het oog moeten worden gehouden. In het algemeen is het doel van de milieutherapeutisch werkende regelkundige dié voorwaarden te scheppen die een effectieve wisselwerking tussen behandelaars en patiënten mogelijk maken. 'Effectief' is dan die interactie met de patiënt die hij, in therapeutische zin, nodig heeft. Dit betekent dat, in het licht van het bovenstaande, de manager moet streven naar die congruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur binnen de organisatie die het leveren van een goed 'produkt' inderdaad bevordert. Dit 'congruent-maken-en-houden' is de primaire taak van de milieukundige manager.

Er kunnen dus aan milieutherapeutische regelkunde twee aspecten worden onderscheiden:

1. het regelen van de oppervlaktestructuur, dat wil zeggen het zorgdragen voor personele en materiële voorzieningen, voor goede informatiestromen, voor budgetbeheersing, voor overleg met externe instanties etc. Een dergelijk regelen noem ik *oppervlakte-management*;
2. het regelen van de congruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur. Daar waar incongruentie is zal de manager passend moeten ingrijpen. Hij zal dieptestructuren, waar het kan, beïnvloeden. Een dergelijk regelen noem ik *dieptemanagement*.

Dieptemanagement moet niet worden opgevat als een vorm van groepspsychotherapie: er wordt geen verandering van personen nagestreefd.

De beschreven onderlinge dependentie van onderdelen van een organisatie op het niveau van de dieptestructuur heeft als onontkoombare consequentie dat het management van een ziekenhuisorganisatie zowel oppervlakte- als dieptemanagement moet zijn.

Een uitputtende beschrijving van dieptemanagement valt buiten het kader van dit artikel. Wel zal ik hier drie globale strategieën van dieptemanagement beschrijven.

Wanneer er incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuren wordt geconstateerd, leidend tot fragmenterende processen, dan kan congruentie op drie manieren worden hersteld:

1. aanpassen van de oppervlakte- aan de dieptestructuur;
2. aanpassen van de dieptestructuur aan de oppervlaktestructuur;
3. wijzigen van het doel, de taak en/of de omgeving van de taakgroep/organisatie.

Ad 1 – Wanneer de manager voor deze strategie kiest, dient hij heel goed te weten wat hij doet. Hij zal zich steeds de vraag moeten stellen of hij wel/niet meegaat met regressieve, fragmenterende tendensen in de organisatie. Het is zeer verleidelijk om mee te gaan met de druk van een gefragmenteerd behandelteam, waarbij een 'disfunctionerend' teamlid alle schuld van het probleem krijgt. Dikwijls blijkt vervanging van het zwarte schaap, als beperkende oplossing, een periode van nieuwe gelijkaardige problemen in te luiden.

Aan de andere kant kan de manager, bij voorbeeld bij een reorganisatieproces, onderzoeken in hoeverre er samenwerkingsverbanden te vormen zijn tussen mensen die elkaar 'liggen'. Op deze wijze kan congruentie geschapen worden. Goed personeelsmanagement, in de zin van selectie, teamontwikkeling, is ook onderdeel van deze strategie. Andere voorbeelden hiervan zijn het maken van werkroosters die aangenam aansluiten op persoonlijke wensen, het geven van extra faciliteiten aan medewerkers die het goed doen, die een goede werksfeer bevorderen door hun uitstraling e.d. Vanuit deze strategie opererend zou men tot de conclusie kunnen komen dat een behandelafdeling beter af is met het werken onder de toegestane formatie, met behulp van gezonde, stevige personen dan met het werken met voldoende menskracht maar dan onervaren, of als personen minder geschikt.

Ad 2 – Het aanpassen van de dieptestructuur aan de oppervlaktestructuur vormt een belangrijk stuk van het aandachtsgebied van de milieutherapeutisch werkende regelkundige. Technieken die tot deze strategie behoren zijn intervisie, supervisie van organisatie-eenheden, van behandelteams, functioneringsgesprekken, vormen van 'peptalk' e.d. In het algemeen heeft deze strategie tot doel dat de manager bij zijn medewerkers een zekere mate van gevoeligheid voor signalen van incongruentie helpt ontwikkelen. Tevens helpt deze strategie de reeds verkregen gevoeligheid te behouden, ja zelfs aan te scherpen. In het algemeen is het voor leden van behandelteams van belang dat zij oog krijgen voor de betekenis van bepaalde processen, bepaalde gebeurtenissen, zoals afscheid nemen, geheimen, onderlinge conflicten e.d.

Ad 3 – De manager kan ook besluiten het doel van de taakgroep, het behandelteam te veranderen, of enigszins te veranderen. Te zwaar belastend werk bij voorbeeld kan tot incongruenties en fragmenterende processen voeren, te weinig belasting evenzeer. Ook de aard van de zetting waarin men werkzaam is, heeft hierbij een bepaalde betekenis. De keuze voor een bepaalde behandelopzet brengt een bepaalde wijze van samenwerken mee met typische problemen en valkuilen (Janzing

en Lanssen 1985). Zo komen behandelteams in problemen omdat men geen duidelijke, gemeenschappelijke keuze voor een behandelplan heeft gemaakt. De manager kan deze aanzienlijke verbetering bereiken door het team te helpen tot een juiste keuze en consequente uitvoering ervan te komen.

Het valt buiten het kader van dit artikel om in detail op deze technieken in te gaan. Daartoe zijn passende trainingen en/of consultaties geschikter.

In het algemeen kan de manager die met dieptestructuren omgaat van een aantal onderscheiden strategieën gebruik maken. In bepaalde situaties is de ene strategie te prefereren boven de andere, soms dienen combinaties van 1 en 3 of 2 en 3 toegepast te worden. Belangrijk is dat de manager let op de wisselwerking tussen hemzelf en de organisaties, de groep waarvoor hij werkt. Hij dient op zijn hoede te zijn voor regressieve processen, oog te hebben voor zijn eigen aandeel in dit geheel.

Het doel van milieutherapeutische regelkunde, op elk niveau binnen een ziekenhuisorganisatie, is dat er voldoende integratie en differentiatie binnen die organisatie en de onderdelen ervan blijft bestaan. De milieutherapeutisch opererend manager ziet erop toe dat integratieve, probleemoplossende krachten ruim baan krijgen en in alle gelegingen doordringen. Aan de andere kant zal hij fragmenterende tendensen onderkennen en bewerken. Goede milieutherapeutische regelkunde omvat het streven naar gezonde differentiatie binnen behandelteams en het aanpakken van rigiditeit en geslotenheid. Immers in het erkennen en het kunnen verdragen van eigenheid, afzonderlijkheid, ligt de kracht om een veelheid van ingewikkelde problemen, van crises het hoofd te kunnen bieden. Gesloten groepen zijn spanningsgevoelig: zij sluiten zich meer naarmate de druk groter wordt, omdat de gefragmenteerde groepsleden dreigen te bezwijken. Is er echter een gezonde differentiatie en openheid, dan is er ook bereidheid tot reflecteren, tot discussiëren en crises kunnen zo beter worden bewerkt.

Een goede organisatie van een APZ als een samenstelling van therapeutische milieus, is een geheel waarbinnen de subgroepen open systemen zijn, die echter tegelijkertijd voldoende afgrenzing bezitten. Dit betekent dat die subgroepen informatie ontvangen en geven maar tevens hun eigen grenzen bewaken. Binnen die subgroepen is men in staat interne verschillen, spanningen en tegenstrijdigheden te verdragen en daaruit voortvloeiende problemen op te lossen.

Het produkt van een therapeutisch milieu is een bepaalde wisselwerking met patiënten, die hen kan helpen op een betere manier om te (leren) gaan met hun crises, spanningen en angsten. Uiteraard dienen de werkers in een therapeutisch milieu ook zelf daarmee raad te weten.

Literatuur

- Berne, E. (1971), *Mens erger je niet*. NVSH, Den Haag.
- Janzing, C., en J. Kerstens (1984), *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*. Stafleu, Alphen a/d Rijn.
- Janzing, C., en J. Lansen (1985), *Milieutherapie*. Van Gorcum, Assen.
- Kernberg, O. (1980), *Internal world and external reality*. Jason Aronson, New York.
- Kernberg, O. (1984), *The couch at sea, I.J.G.P.*, 34, 3-29.
- Kets de Vries, M., D. Miller (1987), *The neurotic organization*, Jossey Bass, Londen.

Schrijver is psycholoog-psychotherapeut en werkzaam binnen het APZ 'Vredelust' te Halsteren en de OEP van het RIAGG te Breda. Daarnaast heeft hij een adviespraktijk voor organisatie en management.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 14-2-'89.