

ONIPG

428

Bibliotheek Hoofdkantoor TNO

's-Gravenhage 19 NOV. 1969

Cassee, Drs. E. Th.

Enkele sociologische aspecten van de
opleiding in ziekenhuizen.

Universitaire leerpap
Ziekenhuisorganisatie Groningen 1969

TNO

24973

*Drs. E. Th. Cassee*¹

Enkele sociologische aspecten van de opleiding in ziekenhuizen²⁾

Met een onderwerp als 'sociologische aspecten van de opleiding in ziekenhuizen' kan men vele kanten uit. Beperking lijkt dan ook geboden. Deze beperking zal op twee manieren worden aangebracht.

In de eerste plaats zal het onderwerp toegespitst worden op een onderdeel van de opleidingsproblematiek: de opleidingssituatie zelf. Daarmee wordt het gehele gebied van de invloed van de ontwikkelingen in de maatschappij op de opleiding buiten beschouwing gelaten. In een eerdere lezing in deze cyclus is hierop door Professor Lievegoed reeds ingegaan.

In de tweede plaats zal er een beperking zijn door de benaderingswijze. De opleidingssituatie zal niet — zoals misschien voor de hand lag — benaderd worden vanuit sociologische theorieën, maar vanuit hetgeen er door onderzoeken in de ziekenhuizen over bekend is. Deze empirische benadering stelt ons op het ogenblik min of meer in een gelijke positie met een archeoloog die bij een opgraving scherven vindt: vanuit verspreide brokstukken onderzoek zal getracht moeten worden een herkenbare vorm te maken.

Achtereenvolgens zullen hierbij de volgende problemen aan de orde komen:

a Aan de hand van een longitudinaal onderzoek onder een groep leerling-verplegenden zal getracht worden na te gaan wat er gedurende een opleiding verandert en van wie er vooral 'geleerd' wordt.

b Vervolgens zal aandacht geschonken worden aan de vraag onder welke omstandigheden het meest doelmatig gedrag door artsen en verplegenden wordt aangeleerd. Hierbij zal eerst moeten worden vastgesteld wat doelmatig gedrag genoemd kan worden.

¹ Hoewel de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de tekst bij mij berust, zijn de gedachten en conclusies welke hierin zijn neergelegd het produkt van een intensieve samenwerking met Prof. Dr. C. J. Lammers, Mejuffrouw Drs. M. J. Drop, Mejuffrouw Drs. I. Dommerholt en Drs. J. G. J. E. Josten zijn wij voor hun kritische opmerkingen ten aanzien van de eerste versie van dit verslag veel dank verschuldigd

² Het onderzoek dat in dit verslag besproken zal worden, vormde een onderdeel van een projekt van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde/TNO. Het werd opgezet door Prof. Dr. C. J. Lammers en Mevrouw Drs. I. Looy-Rietschoten.

c Tenslotte zullen enkele voorzichtige conclusies getrokken worden, welke de consequenties van de onderzoekresultaten voor de huidige opleidingspraktijk zullen betreffen.

Sociologisch gezien is een opleiding onderdeel van het proces, waardoor iemand van buitenstaander ingewijde wordt, lid van een organisatie of groep en drager van de normen en waarden daarvan. Dit inlijvingsproces³ heeft een tweetal aspecten: men gaat een positie innemen binnen de organisatie en raakt met die organisatie min of meer verbonden, en daarnaast leert men hoe zich te gedragen (in de ruimste zin) in die positie. Inlijving omvat dus *positieverwerving* en *rolverwerving*. Zo krijgt een leerling-verpleegster niet alleen een positie binnen de groep verpleegsters van een verpleegeenheid, zij leert ook hoe zij een patiënt moet wassen, hoe zij zich moet gedragen ten opzichte van artsen en wat wel en wat niet passend is voor een leerling-verpleegster. Uit dit voorbeeld blijkt, dat die rolverwerving meerdere dingen omvat. Het is in de eerste plaats een *scholingsproces*, waarin kennis en vaardigheden worden verworven. Minder in het oog lopend, en moeilijker vast te stellen, is de rolverwerving in de tweede plaats een *vormingsproces*: houding en gedrag veranderen gedurende de opleiding eveneens. In het nu volgende zal vooral aandacht besteed worden aan dit laatste aspect van de rolverwerving. Het gaat daarbij dus om de vraag: wat verandert er in het gedrag van de leerling ten opzichte van artsen, patiënten, hoofdverpleegster, bezoek, e.a.?

Uitgangspunt is een onderzoek dat plaatsvond in een groot algemeen ziekenhuis. Uiteraard mag men op grond hiervan niet zonder meer generaliseren. Veeleer zal men dit onderzoek moeten zien als een begin voor verder onderzoek en als een illustratie van het rolverwervingsproces van leerling-verplegenden.

Bij het onderzoek werd als volgt te werk gegaan. Aan een jaargang leerlingen werd vóór zij met de vooropleiding begonnen een vragenlijst voorgelegd. Hierin stonden een groot aantal situaties beschreven, met de vraag wat men in die situaties zou doen. De antwoorden kunnen worden opgevat als indicatoren voor het (rol) gedrag van de leerlingen in dit soort situaties. Dezelfde vragenlijst werd eveneens voorgelegd aan het einde van de vooropleiding, aan het eind van het eerste jaar, aan het eind van het tweede jaar en tenslotte aan het eind van het derde jaar. In totaal werd dezelfde vragenlijst dus vijf maal op verschillende tijdstippen in de opleiding ingevuld. Tevens werd de vragenlijst voorgelegd aan gediplomeerden in het ziekenhuis.

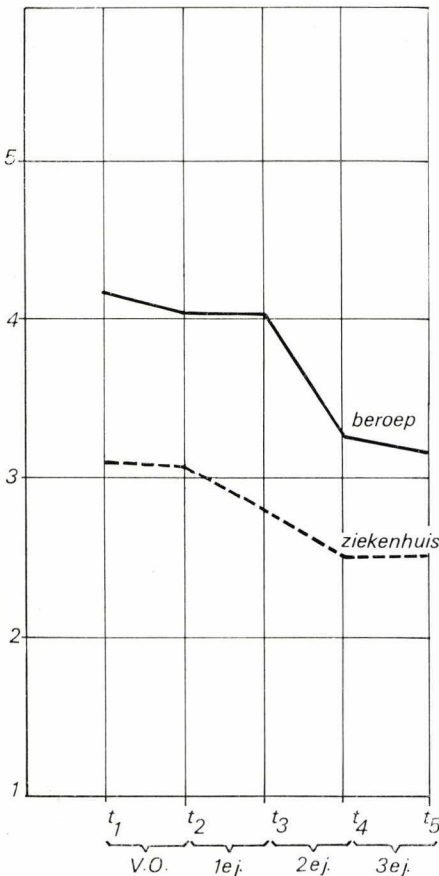
Aan de hand van de antwoorden kan nu nagegaan worden of het gedrag in de beschreven situaties zich gedurende de opleidingsperiode wijzigde. Vergelijking met

³ Zie voor een verdere uiteenzetting omtrent de sociologische aspecten van het inlijvingsproces: C. J. Lammers. Het Koninklijk Instituut voor de Marine. Een sociologische analyse van de inlijving van groepen aspirant-officieren in de zeemacht. Assen, 1963.

de antwoorden van de gediplomeerden gaf een indruk van de mate waarin de opleiding leidde tot een overnemen van het bestaande patroon van gedragingen in het ziekenhuis.

Hoewel de vragenlijst geen steekproef omvatte uit alle mogelijke situaties waarmee een verpleegster geconfronteerd wordt, kan uit het feit dat de reacties op een zeer groot deel van de situaties nauwelijks veranderden gedurende de opleiding worden afgeleid, dat de ziekenhuis-cultuur waarschijnlijk minder sterk afwijkt van de cultuur buiten het ziekenhuis dan men vaak geneigd is te geloven. Veel din-

Grafiek 1 De binding aan het ziekenhuis en de binding aan het verpleegstersberoep.



De vragen waren:

Binding aan het ziekenhuis:

'Stel dat er geen ernstige belemmeringen voor U bestonden om dit ziekenhuis te verlaten en U in de gelegenheid zou zijn om in een ander ziekenhuis, in de wijkverpleging, in een medische dienst of in het buitenland als verpleegster te gaan werken. Wat zoudt U doen?'

Ant.: 1 = ik zou meteen dit ziekenhuis verlaten.

5 = ik zou er zelfs niet overdenken om ergens anders als verpleegster te gaan werken.

Binding aan het verpleegstersberoep:

'Stel dat er geen ernstige belemmeringen voor U bestonden om het verpleegstersberoep te verlaten en U in de gelegenheid zou zijn om een ander beroep te gaan uitoefenen, of om een andere opleiding te gaan volgen. Wat zoudt U doen?'

Ant.: 1 = ik zou meteen het verpleegstersberoep vaarwel zeggen.

5 = ik zou er zelfs niet overdenken om het verpleegstersberoep vaarwel te zeggen.

gen die je in het ziekenhuis doet of nalaat zijn kennelijk geënt op het algemene patroon van gedragingen in ons land, en vormen een specificering daarvan naar de ziekenhuissituatie.

In het nu volgende zal alleen ingegaan worden op die situaties, waar wel een verandering in reacties is geconstateerd. Deze veranderingen zijn — ook al lijken ze vaak maar gering — niet door het toeval te verklaren. De resultaten zullen steeds in de vorm van een grafiekje worden weergegeven. Hierop zal niet al te diep worden ingegaan, omdat het uiteindelijke doel slechts is, te laten zien dat er gedurende de opleidingsperiode iets in het gedrag van leerlingen verandert en niet om aan te tonen wát er verandert en waarom.

In de eerste plaats kon een verandering worden geconstateerd in de binding die de verpleegsters voelden aan ziekenhuis en beroep. Men zou deze binding een aspect van de positie-verwerving kunnen noemen: hoe groter de binding, hoe sterker men zich identificeert met zijn positie. In grafiek 1 is de ontwikkeling in de bindingsgevoelens gedurende de drie opleidingsjaren weergegeven.

Zowel de binding aan het ziekenhuis als die aan het verpleegstersberoep nemen af gedurende de opleiding. In dit opzicht heeft de inlijving dus een min of meer negatief resultaat, hetgeen bevestigd wordt door het grote verloop onder (pas) gediplomeerden. De binding aan het ziekenhuis neemt gedurende het eerste en tweede jaar gestadig af om daarna constant te blijven. Hierbij moet worden opgemerkt, dat degenen die het ziekenhuis verlaten hebben niet opgenomen zijn in dit onderzoek. Dat de binding in het derde jaar niet verder afneemt, vindt waarschijnlijk zijn oorzaak in het naderbij komen van de eindstreep: weggaan zou negatiever gevolgen hebben dan blijven.

Ten aanzien van de beroepsbinding kan worden opgemerkt, dat de leerlingen hierin vooral in het tweede jaar een achteruitgang vertonen. Over de achtergrond hiervan kan men slechts speculeren. De gehele achteruitgang in de beroepsbinding is voor een deel waarschijnlijk terug te voeren op het 'sadder and wiser' worden van de leerlingen. De romantiek van de 'lady with the lamp' wordt geconfronteerd met de realiteit van het dagelijks leven op de afdeling. Het kan zijn dat men deze 'reality shock' het eerste jaar vooral verwijt aan het ziekenhuis, terwijl men in het tweede jaar gaat inzien dat het een en ander inherent is aan het beroep zelf.

Aan het eind van de opleiding is in ieder geval zowel de beroepsbinding als de binding aan het ziekenhuis lager dan bij de gediplomeerden in het ziekenhuis (zie tabel 1).

Tabel 1

*Binding aan de groep en ziekenhuis bij leerlingen en gediplomeerden.**

	leerlingen eind 3e jaar	gediplomeerden
Binding beroep	3.4	4.2
Binding ziekenhuis	2.0.	3.0

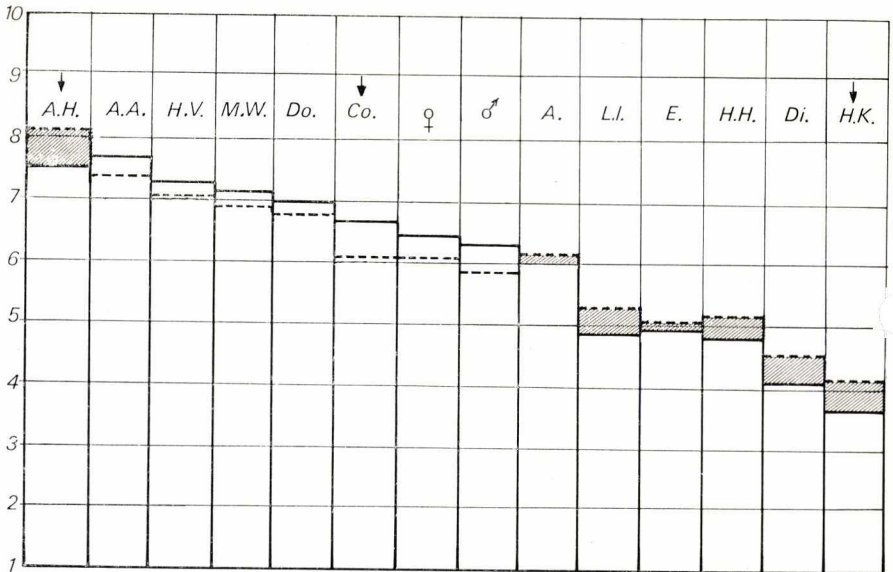
* Definiëring van de variabelen wordt gegeven bij grafiek 1.

Uit het verloop van de binding kan worden geconcludeerd dat het aspect van de positieverwerving in het inlijvingsproces in het ziekenhuis zich minder gunstig ontwikkeld. Dit geldt uiteraard in eerste instantie alleen voor het onderzochte ziekenhuis, maar generalisering naar andere ziekenhuizen lijkt, gezien het gebruikelijke verloop aan het eind van de opleiding, wel gewettigd.

Het tweede aspect aan het inlijvingsproces was de rolverwerving: het aanleren van vaardigheden en gedragingen en het overnemen van waarden en normen. De volgende situaties hadden alle betrekking op deze rolverwerving.

Hoe je je gedraagt ten opzichte van andere mensen worden voor een belangrijk deel bepaald door de hoogte van de maatschappelijke positie van die anderen. Dit geldt ook voor het ziekenhuis: de plaats in de ziekenhuishiërarchie is van belang voor het gedrag dat wordt verwacht. Daarom is in het onderzoek nagegaan of gedurende de opleiding een verandering optreedt in de visie van de leerlingen op die ziekenhuishiërarchie. Aan hen is iedere keer gevraagd op een schaal van 1 tot 9 punten aan te geven hoe hoog zij de verschillende beroepen (c.q. functies) die in het ziekenhuis voorkomen, waardeerden. In grafiek 2 is op grond van de antwoorden een vergelijking gemaakt tussen de hiërarchie, zoals die gezien werd aan het begin van de vooropleiding, en die aan het eind van het 3e jaar.

Grafiek 2 De ziekenhuishiërarchie in de ogen van leerlingverpleegsters aan het begin van de vooropleiding (—) en aan het einde van het derde jaar (- -).



- A.H. Afdelingshoofd
- A.A. Assistent-arts
- H.V. Hoofdverpleegster
- M.W. Maatschappelijk werkster
- Do. Docente
- Co. Co-assistent
- ♀ Verpleegster
- ♂ Verpleger
- A. Analyste
- L.I. Leerling-verpleegster
- E. Electricien
- H.H. Huishoudster
- Di. Dienstmeisje
- H.K. Huisknecht

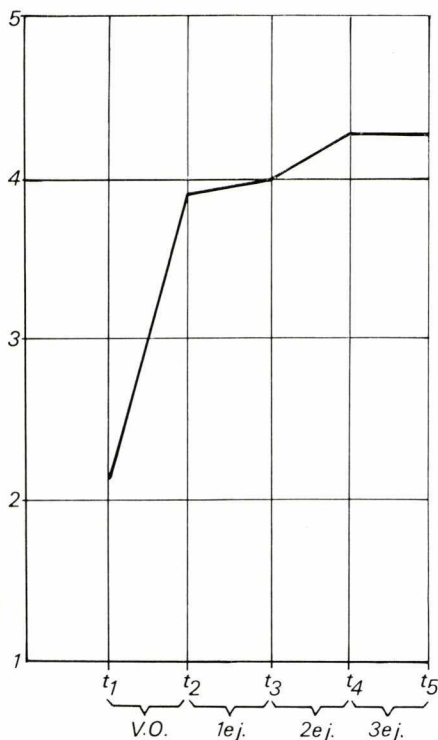
Stijging
 Daling
 ↓ Deze verandering kan niet door toeval worden verklaard.

De beroepen in de hiërarchie kunnen ruwweg worden opgedeeld in beroepen waarvoor een (gespecialiseerde) opleiding nodig is, zoals arts, analyste, maatschappelijk werkster en verpleegster, en beroepen waarvoor in mindere mate een opleiding vereist is: huishoudelijk personeel en technische dienst. Een nadere beschouwing van grafiek 2 leert nu dat bij de onderzochte groep leerlingen de eerste categorie functies daalt en de laatste stijgt. In deze stijging komt een toenemend inzicht in en waardering voor deze onmisbare functies in het ziekenhuis tot uiting.

Uit grafiek 2 kan eveneens geconcludeerd worden dat er al met al niet zo erg veel verandert: slechts in drie van de veertien gevallen kan worden vastgesteld dat de verschuiving niet door toeval veroorzaakt kan zijn. Het lijkt erop dat ook hierin tot uiting komt dat de ziekenhuishiërarchie door mensen binnen het ziekenhuis niet veel anders wordt gezien dan door mensen buiten het ziekenhuis.

Naast deze globale benadering van de rolverwerving via de kijk die de leerling op de ziekenhuishiërarchie heeft, waren in het formulier vragen opgenomen om veranderingen in het gedrag ten opzichte van bepaalde groepen na te kunnen gaan. Een van deze vragen had betrekking op de relatie arts — verpleegster: wie gaat er bijvoorbeeld bij een deur vóór: een arts of een (leerling)verpleegster?

Grafiek 3 Wie gaat voor: de arts of de verpleegster?



'U loopt over de gang van de afdeling en wilt de zaal opgaan. Tegelijkertijd komt er een dokter van even in de 30 jaar aan. Noch hij, noch U dragen op dat moment een of ander zwaar voorwerp. Wie behoort voor te gaan, de dokter of de verpleegster?'

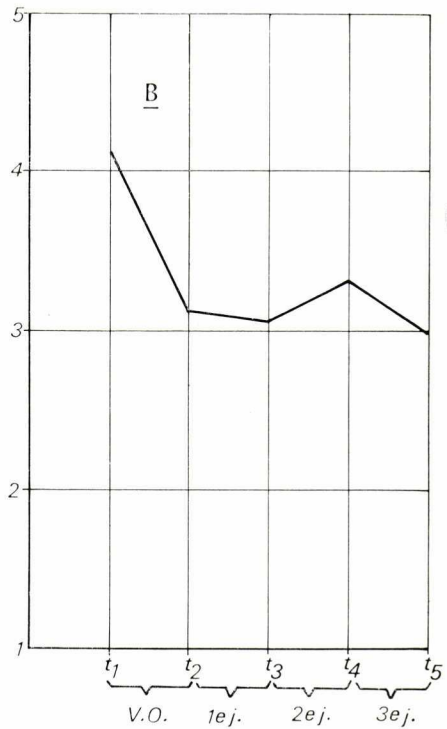
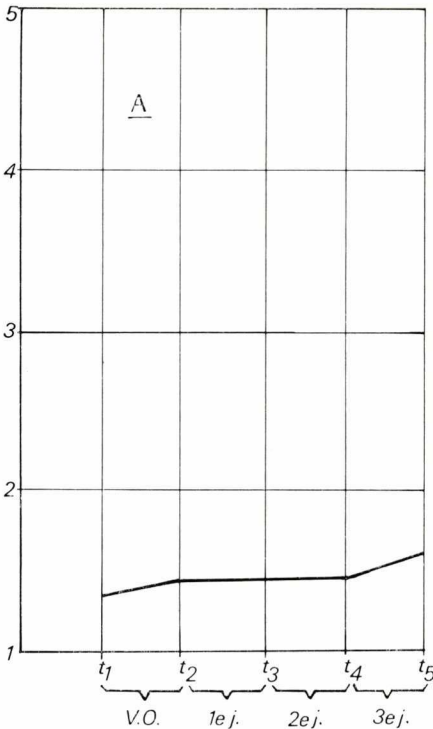
Ant.: 1 = de dokter behoort altijd voor te gaan.
5 = de verpleegster behoort altijd voor te gaan.

Blijkens grafiek 3 zijn de leerlingen aan het begin van de vooropleiding van mening, dat de arts meestal voor behoort te gaan. De enkele maanden van de vooropleiding zijn voldoende om hen te overtuigen van het feit, dat het vrouw-zijn van de verpleegster en de emancipatie van de verplegenden hiermee in strijd zijn. Na de vooropleiding menen zij dan ook, dat het de verpleegster is, die meestal

behoort voor te gaan, een mening die de volgende jaren alleen nog maar versterkt wordt.

Ook ten aanzien van de hoofdverpleegster treedt er enige verandering in de houding van de leerlingen op.

Grafiek 4 De houding ten opzichte van het gezag van de hoofdverpleegster.



A: 'Dient een hoofdverpleegster naar Uw mening, van U te verwachten dat een opdracht direct uitgevoerd wordt, of dient zij dat niet te verwachten?'

Ant.: 1 = zij dient dit altijd van U te verwachten.
5 = zij dient dit nooit van u te verwachten.

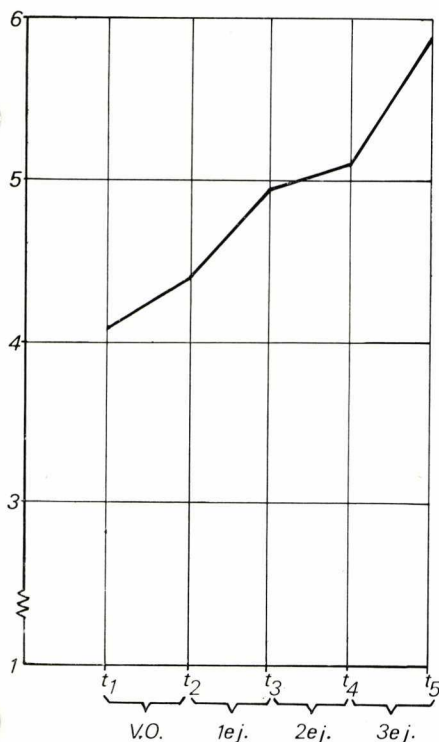
B: 'U hebt van de hoofdverpleegster de opdracht gekregen een aantal wasbeur-

ten te geven. U bent hiermee bezig wanneer een dokter U zegt hem met een infuus te helpen. Wat zoudt U doen?'

Ant.: 1 = Altijd zonder meer de dokter gaan helpen zonder de hoofd-zuster eerst om toestemming te vragen.
5 = Altijd eerst de hoofd-zuster om toestemming hiervoor vragen alvorens de dokter te gaan helpen.

Hoewel het verschil maar gering is, doch statistisch wel betrouwbaar, kan uit grafiek 4 worden geconcludeerd, dat de absoluutheid van het gezag van de hoofdverpleegster iets vermindert: aan het eind van de opleiding is men minder geneigd om toestemming aan de hoofdverpleegster te vragen voor men een dokter gaat helpen dan aan het begin. Deze veranderde houding komt ook tot uiting in grafiek 5.

Grafiek 5 De mate waarin hoofdverpleegster en 1e verpleegster persoonlijke belangstelling voor hun verpleegsters moeten hebben.



Zowel t.a.v. de hoofdverpleegster als t.a.v. de eerste verpleegster werd de volgende vraag gesteld:

'In welke mate dienen (hoofdverpleegsters resp. 1e verpleegster) naar Uw mening persoonlijke belangstelling te tonen voor haar verpleegsters?'

De antwoorden werden vervolgens opgeteld, waarbij de totaalscores de volgende betekenis hebben:

- 1 = zij dienen zeer veel persoonlijke belangstelling te tonen.
- 10 = zij dienen totaal geen persoonlijke belangstelling te tonen.

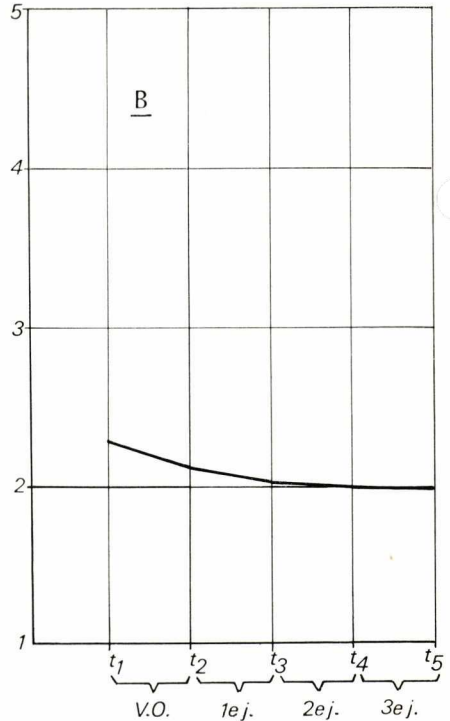
Hierin wordt de verandering weergegeven in de mate waarin men persoonlijke belangstelling van de leidinggevende verpleegsters verwacht.

Naarmate men verder is in de opleiding, verwacht men deze persoonlijke belangstelling minder. Voor deze verandering zijn een tweetal verklaringsgronden aan te voeren: in de eerste plaats, dat de leerlingen gedurende de opleiding, zelfstandiger worden, mede omdat zij ouder worden, waardoor zij minder behoefte krijgen aan persoonlijke belangstelling; in de tweede plaats, dat zij hun verwachtingen meer en meer aanpassen aan de realiteit: in het ziekenhuis is persoonlijke belang-

stelling voor leerlingen mogelijk een bloem, die maar moeilijk tot wasdom kan komen.

De verandering in het gedrag ten opzichte van patienten, is het onderwerp van grafiek 6.

Grafiek 6 De houding ten opzichte van de patiënt.



A 'In het ziekenhuis pleegt de afdelingsarts een zaalvisite te maken. Een paar patienten praten en lachen met elkaar en betrekken U in hun gesprek. Wat zou U doen?'

Ant.: 1 = U zegt de patiënten direct met hun gesprek op te houden.

5 = U laat hen doorgaan met praten en neem zelf ook deel aan het gesprek.

B 'In welke mate vindt U dat de gemiddelde patient zich behoort te houden aan vastgestelde tijden in verband met bepaalde verrichtingen zoals wassen, rusten, eten e.d.?'

Ant.: De patiënt dient zich in alle omstandigheden strikt aan vastgestelde tijd te houden.

5 = De patiënt behoeft zich alleen in bijzondere gevallen aan vastgestelde tijden te houden.

Ook deze veranderingen zijn — hoewel gering — niet door toeval te verklaren. In beide grafiekjes gaan zij in dezelfde richting. Gedurende de opleiding vindt een verschuiving van evenwicht tussen de individuele behoeften van de patient en de regels van de organisatie plaats in de richting van de laatste. Men verwacht aan het einde van de opleiding meer aanpassing van de patient aan de regels dan aan het begin.

Het voorgaande kan als volgt worden samengevat. Gedurende de opleiding is er in dit onderzoek een zekere mate van rolverwerving te constateren. Zowel ten aanzien van de artsen als ten opzichte van verpleegsters gaat men zich anders gedragen. Deze rolverwerving houdt globaal genomen een iets toenemende distantie in ten opzichte van gezag en patienten.

Er vindt dus gedragsverandering plaats: het vormingsproces waarvan in het begin van dit hoofdstuk gesproken werd, voltrekt zich naast het scholingsproces. In welke richting verandert het gedrag van de leerlingen zich? Passen zij zich aan en vertonen zij na de opleiding hetzelfde gedrag als de gediplomeerden? Of vormt de opleiding een impuls voor vernieuwing? Een vergelijking met de antwoorden van de gediplomeerden brengt aan het licht dat in die situaties, waarin de reacties van de leerlingen zich gedurende de opleiding wijzigen, de wijziging steeds gaat in de richting van de antwoorden van de gediplomeerden. De leerlingen nemen dus het reeds bestaande patroon van gedragingen over. Zij conformeren zich aan de ziekenhuisadat. Deze ziekenhuisadat leren zij vooral in de praktijk, door het voorbeeld van oudere-jaars en gediplomeerden. Dit blijkt uit de antwoorden op de vraag van wie men vooral de werkwijze op de afdeling en het gedrag ten opzichte van patienten, artsen en verpleegsters leerde (tabel 2).

Op het gebied van de scholing, hier geïndiceerd door de werkwijze op de afdeling, spelen de docentes nog een relatief belangrijke rol. Bij de vormingskant van het rolverwervingsproces is hun aandeel van ondergeschikt belang. Het gedrag ten opzichte van anderen neemt men vooral over van oudere-jaars en gediplomeerden, zo blijkt uit de laatste kolom van tabel 2.

Als dit gegeven gegeneraliseerd mag worden naar andere ziekenhuizen (waarbij aangetekend kan worden dat onderzoek in het bedrijfsleven in dezelfde richting wijst) dan is het zinvol om zich af te vragen of de vaak geopperde veronderstelling, dat de mentaliteit van de verplegenden vooral via allerlei opleidingen veranderd zou kunnen worden, wel houdbaar is. Veeleer maakt dit onderzoek het waarschijnlijk dat hiervoor veranderingen in de organisatiestructuur op z'n minst genomen een noodzakelijke voorwaarde zijn⁴. Daarnaast geeft het feit dat de leerlingen zich blijkbaar conformeren aan het bestaande gedragspatroon in het

⁴ Tot een gelijke conclusie komt o.m. Fleishman op grond van onderzoek naar het effect van bazen-opleidingen. Zie: E. A. Fleishman, E. F. Harris en H. E. Burt: *Leadership and Supervision in Industry*; Columbus, Ohio 1955.

Tabel 2 Wie noemt men aan het eind van het tweede jaar van de verpleegsters-opleiding als degenen van wie men vooral de werkwijze op de afdeling en het gedrag ten opzichte van de patiënten, artsen en medeverpleegsters overneemt?

	I werkwijze	II patiënten	III artsen	IV verpleeg- sters	II-III-IV beroeps- rol
1e jaars l.l.	4.4	4.4	4.4	16.2	8.3
2e jaars l.l.	4.4	4.4	8.8	20.6	11.3
3e jaars l.l.	22.1	20.6	19.1	39.7	26.5
gediplomeerden	39.7	41.2	33.8	29.4	34.8
oudsten	23.5	27.9	22.1	16.2	22.1
docentes	33.8	13.2	13.2	13.2	13.2
1e verpleegster	38.2	38.2	23.5	11.8	24.5
hoofdverpleegster	42.6	30.9	25.0	14.7	23.5
artsen	5.9	1.5	4.4	1.5	2.5
Totaal*	214.6%	182.3%	154.3%	163.3%	166.7

N = 68 2e jaars leerlingen.

* Men kon meer dan een persoon of groep noemen, waardoor het totaal percentage boven de 100 komt.

ziekenhuis aanleiding tot de vraag of dit een gunstig verschijnsel is. Is het bestaande gedragspatroon het meest doeltreffende? Zijn niet veel van de bestaande omgangsvormen en de daaraan ten grondslag liggende normen en waarden gebaseerd op de verhoudingen van vroeger? Brengt conformering dientengevolge niet het gevaar voor verstarring en een gebrek aan doeltreffendheid met zich mee? De snelle veranderingen op medisch-technisch, verpleegkundig maar vooral ook op sociaal gebied maken dit tot een klemmende vraag. Aan de hand van onderzoek zullen wij trachten om materiaal aan te dragen voor de beantwoording daarvan. Hierbij zal eerst moeten worden ingegaan op een andere vraag n.l.: wat is doeltreffend gedrag? Dit zal het onderwerp zijn van de volgende paragraaf.

Therapeutisch gedrag

Bij de vraag naar de doeltreffendheid van het gedrag zullen wij ons beperken tot het gedrag ten opzichte van de patient. Uiteraard wordt veelal de belangrijkste bijdrage tot de genezing van de patient gegeven door kennis en techniek van artsen en verpleegsters. Maar het lijkt zinvol om zich af te vragen of de manier waarop deze kennis en techniek gebracht worden, de wijze waarop men zich gedraagt dus, ook van invloed zijn. Met andere woorden: bestaat er naast de therapie ook nog therapeutisch gedrag? Therapeutisch gedrag kan worden gedefinieerd als gedrag dat de genezing van de patient bevordert.

Een tweetal onderzoeken laat zien dat er inderdaad een relatie bestaat tussen het gedrag van de arts of de verpleegster en de genezing van de patient.

Het eerste onderzoek is gedaan door *Davis*⁵ en heeft betrekking op het gedrag van medici. Hij onderzocht in een Amerikaanse kliniek 154 arts — patient gesprekken. Hiertoe nam hij deze op met behulp van een bandrecorder en analyseerde hij ze met behulp van een vast schema⁶. Tevens ging hij na in hoeverre de patienten zich hielden aan de voorschriften welke de arts hen gedurende het gesprek had gegeven. Door het optreden van de arts in verband te brengen met dit gegeven krijgen we informatie over wat therapeutisch gedrag is. Immers men kan stellen dat gedrag van een arts dat leidt tot het opvolgen van zijn voorschriften therapeutisch gedrag is.

Een analyse van de resultaten van *Davis*' onderzoek brengt aan het licht dat de patienten zich beter aan de voorschriften hielden bij artsen die hen veel informatie gaven en niet weigerden antwoord te geven op de gestelde vragen. Het zorgen voor een open communicatie met de patient kan dus gezien worden als (een aspect van) therapeutisch gedrag van een arts.

In haar onderzoek, betrekking hebbende op verpleegsters, komt *Johnson*⁷ eigenlijk tot eenzelfde resultaat. Zij deed het volgende experimentele onderzoek: een groep van 28 operatie-patienten werd in tweeën gesplitst, zodanig dat beide groepen gelijk waren t.a.v. de soort operatie. De experimentele groep werd voor de operatie door een verpleegster bezocht. Deze legde uit wat er met de patient zou gebeuren en waarom. Zij vertelde wat de patient ongeveer zou voelen na de operatie en wat deze het beste kon doen of nalaten om het ongerief zo klein mogelijk te

⁵ M.S. Davis, *Deviant Interaction in an Institutionalized Relationship: Variation in Patients' Compliance with Doctors' Orders*. Paper voor het 6th World Congress of Sociology, 1966.

⁶ Gebruikt werd het door Bales ontwikkelde schema voor interactie-analyse. R.F. Bales; *Interaction Process Analysis*, Cambridge, 1951.

⁷ Jean E. Johnson; *The influence of purposefull nurse - patient interaction on the patients' postoperative course*. In: *Exploring progress in medical surgical nursing practice*. New York, Am. Nurs. Ass. 1966, p. 16—22.

laten zijn. Bovendien moedigde zij de patienten aan om vragen te stellen en trachtte zij hun zelfvertrouwen te vergroten.

Tussen de experimentele en de controle-groep — die niet voor de operatie werd bezocht, maar volgens de bestaande ziekenhuisroutine werd behandeld — bleek geen verschil te bestaan in de hoeveelheid pijn die men zei te hebben. Wel echter bleek — en dit is een opmerkelijk feit — dat de experimentele groep gemiddeld één dag korter in het ziekenhuis lag. Het gedrag van de verpleegster had dus een therapeutisch effect. Hier bleek het geven van informatie en het aanmoedigen tot vragen gunstig in te werken op de genezing.

Uit deze onderzoeken kan worden geconcludeerd dat therapeutisch gedrag vooral communicatief gedrag is: het geven van informatie en het aanmoedigen van de patient om zich te uiten over zijn onzekerheden en problemen, is doeltreffend voor de genezing van de patient. Hoewel verder onderzoek op dit terrein hoogst noodzakelijk is, biedt dit gegeven ons de mogelijkheid om in te gaan op de vraag: hoe leert een arts of verpleegster nu therapeutisch gedrag. Hierbij wordt therapeutisch gedrag opgevat als communicatief gedrag.

Therapeutisch gedrag en afdelingsklimaat

Zoals eerder werd geconstateerd leert men zijn beroepsrol waarschijnlijk vooral van de mensen met wie men samenwerkt. Op de afdeling dus. Het ligt dus voor de hand om de vraag naar de achtergrond van het aanleren van therapeutisch gedrag toe te spitsen op de afdeling. Het probleem wordt dan welke afdelingsstructuur therapeutisch gedrag bevordert of belemmert. Onderzoek dat zich specifiek op deze vraag richt, is er nog niet, maar uit een tweetal onderzoeken kan wel informatie verkregen worden welke een voorlopig antwoord mogelijk maakt.

Revans⁸ vergeleek de uitkomsten van een enquête onder hoofdverplegenden in 15 ziekenhuizen met de gemiddelde verpleegduur in die ziekenhuizen voor bepaalde diagnoses. In die enquête werd onder andere ingegaan op de relatie tussen de hoofdverpleegster en haar superieuren en de andere afdelingen en op haar visie op leerling-verplegenden. In beide bevallen viel de nadruk op de communicatie. Bij de relatie met superieuren werd o.a. gevraagd of de betrokken hoofdverpleegster het eens was met de volgende uitspraken:

- de medici schenken te weinig aandacht aan de suggesties van de verpleegsters;
- de directrice staat te ver af van de problemen op de zaal;
- in dit ziekenhuis is het overleg tussen verpleegsters en directie een eenzijdige zaak.

Uit de antwoorden stelde hij een index samen die aangaf in hoeverre de hoofdver-

⁸ R. W. Revans: *Standards for Morale. Cause and effect in Hospitals* London, New York, Toronto 1966, p. 39 e.v.

pleegster een gebrek aan openheid en tweezijdigheid in de communicatie met haar superieuren en met andere afdelingen percipieerde.

De houdingen ten opzichte van de leerlingen werd eveneens gemeten met behulp van reacties op uitspraken.

Voorbeelden hiervan zijn:

— je kunt je alleen met leerlingen bezighouden ten koste van andere, waarschijnlijk belangrijker taken;

— leerling-verpleegsters moet worden geleerd dat zij niet uit zichzelf een dokter mogen aanspreken;

— de hoofdzuster moet altijd zelf het contact met de artsen onderhouden.

Ook hieruit werd een index berekend, welke aangaf in hoeverre communicatie met de leerlingen stroef en weinig open was.

De gemiddelden op deze indices werden vervolgens per ziekenhuis uitgerekend en gerangordend naar grootte (zie tabel 3, kolom A en B): een vergelijking van beide rangorden brengt aan het licht dat er een grote mate van overeenkomst is: gebrekkige communicatie met superieuren gaat gepaard met gebrekkige communicatie met leerlingen.

Tabel 3 De rangnummers van 15 ziekenhuizen, gerangschikt volgens vier kenmerken:

A: de houding van hoofdverpleegsters t.o.v. hun superieuren;

B: de houding van hoofdverpleegsters t.o.v. leerlingen;

C: gemiddelde verpleegduur van 'interne' patiënten;

D: gemiddelde verpleegduur 'heelkunde' patienten

	A	B	C	D
I	1	5	1	1
II	2	1	2	3
III	7	6	5	6
IV	4	3	8	2
V	3	2	6	14
VI	6	4	7	7
VII	8	12	4	9
VIII	5	10	14	13
IX	14	11	3	10
X	13	15	12	4
XI	11	9	9	8
XII	9	13	11	11
XIII	12	7	13	5
XIV	15	8	10	12
XV	10	14	15	15

Toets van Friedman $K = 2835$ $p < 0,001$.

Revans (rang)ordende de ziekenhuizen vervolgens naar de gemiddelde verpleegduur voor een aantal chirurgische en interne diagnoses (kolom C en D). Brengen we deze gegevens in verband met de uitkomsten van de enquêtes dan moet geconcludeerd worden dat in ziekenhuizen waar de communicatie gebrekkig is, de verpleegduur gemiddeld genomen langer is.

Hoofdverpleegsters die weinig openstaan voor contact met hun leerling-verpleegsters, zitten vooral in ziekenhuizen met een langere verpleegduur. Uit het onderzoek van Johnson bleek dat de communicatie met een patient de verpleegduur gunstig beïnvloed, en het ligt voor de hand om te concluderen dat onvoldoende communicatie met de leerling leidt tot onvoldoende communicatie met de patient. Dit communicatie-gedrag wordt vooral daar aangeleerd waar de afdeling en het ziekenhuis als geheel worden gekenmerkt door een open communicatiestructuur. Achter deze samenhang gaat mogelijk het volgende mechanisme schuil:

Als een afdelingsarts de suggesties van de hoofdzuster apprecieert en haar naar haar mening vraagt, zal zij proberen zo goed mogelijk geïnformeerd te zijn. Zij zal daartoe haar (leerling)verpleegsters aanmoedigen om met haar over de patienten te praten. Dit heeft tot gevolg dat deze (leerling)verpleegsters meer gestimuleerd worden om met de patienten te praten en dit zal de patienten aanmoedigen tot het stellen van vragen. Een open communicatie-structuur tussen verplegenden en artsen onderling stimuleert dus het aanleren van therapeutisch gedrag. Een verstoring in de communicatie werkt daarentegen belemmerd. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van *Seeman en Evans*⁹, die nagingen hoe het gedrag van assistent-artsen (de zgn. 'internes') samenhangt met de afdelingsstructuur.

Zij gingen hierbij als volgt te werk. Door ondervraging van de verpleegsters op de 14 afdelingen waarop het onderzoek betrekking had, deelden zij door middel van een door hen geconstrueerde schaal deze afdelingen in twee groepen in: sterk gestratificeerde en weinig gestratificeerde afdelingen. Sterk gestratificeerd waren die afdelingen waarin het afdelingshoofd 'op zijn strepen stond' en de afstand tussen zichzelf en zijn ondergeschikten benadrukte. De communicatie was op deze afdelingen eenzijdig (van boven naar beneden) en gering.

De 'internes' rouleerden over deze 14 afdelingen en moesten steeds na afloop van hun verblijf op een afdeling een vragenlijst invullen over hun gedrag en hun leerervaring. Tevens werd er door een oudere arts (niet het afdelingshoofd) een beoordeling gemaakt over het optreden van zijn assistent. Seeman en Revans vergeleken vervolgens de uitkomsten van deze enquêtes en de beoordelingen tussen sterk en weinig gestratificeerde afdelingen. Hierbij bleek o.m. het volgende:

Op de weinig gestratificeerde afdelingen vonden de assistenten dat ze meer leerden dan op de sterk gestratificeerde. Openheid in de communicatie maakt het mogelijk, zo kan ter verklaring hiervan worden aangevoerd, dat men onzekerheid en twijfel

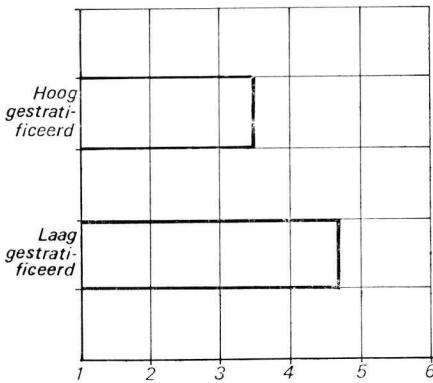
⁹ M. Seeman en J. W. Evans: *Stratification and Hospital Care: I The Performance of Medical Internes*. Am. Soc. Rev. 1961.

over eigen optreden kan uiten en feedback krijgt over zijn gedrag waardoor¹⁰ bijsturing mogelijk is en men niet onzeker blijft 'doormodderen' tot het helemaal fout gaat.

Een tweede conclusie, welke voor ons betoog van meer belang is, was dat ook het gedrag van de internes verschilde naar gelang zij op een sterk of weinig gestratificeerde afdeling werkten.

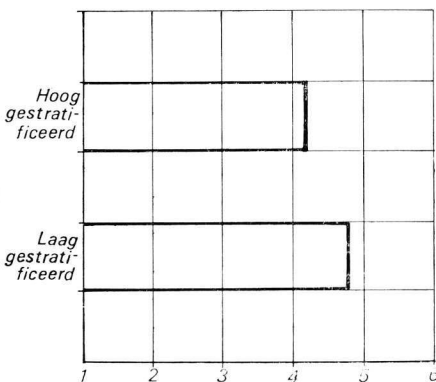
Op de minder gestratificeerde afdelingen werd hun gedrag ten opzichte van de patiënten systematisch beter beoordeeld. Inhoudelijke informatie over dit gedrag geven de vragen aan de internes zelf, welke in grafiek 7 zijn weergegeven.

Grafiek 7 Een vergelijking van de activiteiten van 'internes' op hoog gestratificeerde en laag gestratificeerde afdelingen.



A Hoe vaak kwam het in de afgelopen maand voor dat U aan familie van een patiënt uitlegde hoe zij voor hem moesten zorgen na zijn ontslag uit het ziekenhuis.

Ant.: 1 = Nooit.
6 = Heel vaak.



B Hoe vaak kwam het in de afgelopen maand voor dat U aan een patiënt min of meer gedetailleerd uitlegde wat hem mankeerde of wat voor behandeling hij kon verwachten?

Ant.: 1 = Nooit.
6 = Heel vaak.

¹⁰ Zier hiervoor ook o.a. James N. Mosel: How to feedback performance results to trainees, in: E. A. Fleishman (ed) Studies in personnel and industrial psychology. Homewood, Illinois, 1961.

Zowel ten opzichte van de familie van de patienten, als ten opzichte van de patienten zelf rapporteren de internes meer communicatie op de weinig gestratificeerde afdelingen. Evenals bij het onderzoek van Revans blijkt ook hier therapeutisch gedrag afhankelijk van de openheid van de communicatie-structuur van de afdeling.

Op grond van deze gegevens kan dus worden geconcludeerd dat therapeutisch gedrag vooral wordt geleerd op een afdeling waar de communicatie tussen opleider en opgeleide open en tweezijdig is. In hoeverre de verhoudingen op de afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen aan deze voorwaarde voldoen blijft voorts nog een moeilijk te beantwoorden vraag. Een enquête onder 80, uit verschillende ziekenhuizen afkomstige, cursisten van een aantal stafopleidingen geeft weinig aanleiding tot optimisme: in 75% van de gevallen wordt de mening van de leerlingen over verpleging en benadering van de patient meestal niet gevraagd, terwijl op slechts de helft van de afdelingen de leerlingen worden aangemoedigd om met patienten te praten. In dit licht bezien lijkt een zich conformeren aan de ziekenhuisadatum een zaak, welke niet zonder bedenken is.

Samenvatting en conclusies

Uit de verschillende scherven sociologisch onderzoek kan de volgende urn worden opgebouwd, waarbij ontbrekende stukken voorts nog hypothetisch blijven en nader onderzocht moeten worden:

Gedurende de opleiding verandert het rolgedrag van de leerling. Deze verandering voltrekt zich m.n. wat betreft het vormingsproces vooral onder invloed van de gediplomeerden (de docentes spelen hierbij een geringe rol), in de richting van de bestaande ziekenhuisadatum.

Het is de vraag of hierbij het meest doeltreffende gedrag wordt aangeleerd. Ten opzichte van de patient is dit het therapeutisch gedrag, d.i. gedrag dat de genezing van de patient bevordert. Vooral op de afdelingen waar een open communicatie tussen leerling (zowel arts als verpleegster) en leidinggevend bestaat wordt het aanleren van dit therapeutisch gedrag gestimuleerd. Een geringe communicatie tussen de verschillende hiërarchische lagen werkt niet bevorderend. De communicatie-structuur van de afdeling is niet los te denken van de communicatie tussen afdeling en de rest van het ziekenhuis, met name de directie. Alleen in de ziekenhuizen waar sprake is van een open communicatieklimaat kan worden verwacht dat bij de leerling therapeutisch gedrag ten opzichte van de patient wordt gestimuleerd. Daar leidt het overnemen van de bestaande ziekenhuisadatum niet tot een vermindering van de doeltreffendheid van de organisatie.

Een consequentie hiervan is, dat veranderingen in het doel van de opleiding in de richting van een bevorderen van therapeutisch gedrag bij leerlingen, niet in de eerste plaats via de opleiding gespeeld moet worden. Hiervoor is een bezinning op

de gehele organisatie noodzakelijk, te beginnen met de directie zelf. Een verandering in gedrag kan pas tot stand komen door een klimaatsverandering, waarbij een grote mate van open overleg tussen opleiding, afdelingen en directie noodzakelijk is.

Vraagpunten, beantwoording en discussie

Vraag 1:

Welke problemen roepen — in het licht van de inleiding gezien — verpleegsterscholen op? Op welke manier kan men deze ondervangen?

Groep 1

Verpleegstersscholen komen in verschillende vormen voor; men heeft zich bij de beantwoording beperkt tot die vorm waarbij de verpleegstersschool uitgaat van twee of meer ten dezen samenwerkende ziekenhuizen. Om tot deze vorm van samenwerking te kunnen komen, is het noodzakelijk dat besturen en directies bereid zijn een stukje eigen autonomie prijs te geven. Bij samenwerking van ziekenhuizen van verschillende confessionele kleur, zullen ter handhaving van de eigen kleur facultatieve lessen in het programma moeten worden opgenomen.

De specifieke verlangens en methodes van de specialisten, de 'ziekenhuisadat' zal doorbroken moeten worden. Onder leiding van de directie zal men moeten komen tot een evaluatie van de verpleegkundige technieken en methodes, teneinde zoveel mogelijk uniformiteit in deze te bereiken.

Het gevaar bestaat dat er een kloof ontstaat tussen de school en de praktijk in het ziekenhuis. Verwacht wordt, dat de interesse van de hoofdverpleegsters in de begeleiding van de leerlingen in de praktijk geringer zal worden, nu de opleiding niet meer 'in huis' maar elders plaats vindt.

De brug over deze kloof dacht men te kunnen slaan, door een goede communicatie tussen school en ziekenhuis te organiseren. Gesuggereerd werd zo mogelijk hoofdverpleegsters ook lessen te laten geven aan de school, zodat men zich toch nog meer persoonlijk bij de opleiding betrokken voelt.

Door de separate opleiding bestaat het gevaar dat de opleidingseisen worden verzwaaard, waardoor de in de inleiding gesignaleerde afstand tussen theorie en praktijk verder wordt vergroot. Door de hoofdverpleegsters te laten fungeren als con-

tactpersoon tussen school en praktijk, dacht men dit bezwaar goeddeels te kunnen ondervangen .

Over het probleem hoe het bestuur van een dergelijke school moest worden samengesteld werd geen communis opinio bereikt.

Groep IV

Onder de 'verpleegstersschool' wordt verstaan de school in de Nederlandse situatie, waarbij de leersituatie losgemaakt wordt van de werksituatie (vormingssituatie).

Als voordelen worden gezien:

- a* gemakkelijk controleerbare leersituatie
- b* controle op spreiding der leerresultaten
- c* speelruimte (even terugvallen in puberteitssituatie)
- d* als inderdaad de rol van docenten minder belangrijk is, is het goed de leerstof te combineren
- e* basiskennis kan helpen om later een goed beroepsbeeld te krijgen
- f* economisch gebruik van docenten.

Nadelen kunnen zijn:

- a* isolatie der opleiding van de in-service training
- b* kennisoverdracht moeilijker als ze los gekoppeld is van de praktijk
- c* moeite voor leerlingen om over te schakelen van medewerker tot leerling.

Als oplossingen worden gezien:

- a* praktijkdocenten op grote schaal inzetten (als brug tussen opleiding en ziekenhuis)
- b* intensieve communicatie tussen docenten en afdelingshoofden.

Een der deelnemers vroeg zich af waarom, indien verpleegstersscholen problemen oproepen, dergelijke scholen worden opgericht, en niet wordt vastgehouden aan de traditionele wijze van opleiden. Naar diens mening is één verpleegstersschool voor meerdere ziekenhuizen een onmogelijke constructie, evenals trouwens het expliciet differentiëren van de opleiding uit het ziekenhuis. De methode, waarbij gedurende een vrij lange tijd alleen gestudeerd wordt, is niet de aangewezen weg voor de leerling-verpleegsters, bij wien niet het studie-aspect, doch het werk-aspect vooropstaat. Gepleit werd daarom voor een constructie, waarbij voor studie per periode één of enkele dagen (naar gelang de periode groter is) worden aangewezen. Op deze opmerking werd ingehaakt, waarbij werd gesteld dat de stichting van een verpleegstersschool doorgaans het resultaat van een compromis is. Men kan voorstander zijn van een spreiding van de studie, derhalve het bloksysteem verwerpen. Aan de andere kant biedt combinatie van de opleiding der verschillende ziekenhuizen in een verpleegstersschool meer mogelijkheden voor een hogere kwaliteit der opleiding; docentselectie (uit ruimere kring dan de beperkte staf in het eigen ziekenhuis) en een betere outillage zijn realiseerbaar. Opgе-

merkt werd dat er geen wezenlijk verschil bestaat tussen de gedifferentieerde opleidingsvorm in een groot ziekenhuis en een verpleegstersschool voor meerdere, kleinere, ziekenhuizen, voor wie samenwerking noodzaak is. Over de mérites van het bloksysteem bleken de meningen verdeeld.

Een der deelnemenden wees er op dat de inleider onderscheid heeft gemaakt tussen het leerproces en de vorming; het eerste liet hij verder buiten beschouwing terwijl dit onderdeel in de discussie de boventoon voert. De vorming echter is een geheel andere zaak, die in de structuur van het gehele onderwijs veel te weinig aandacht krijgt. De vorming zou de taak zijn van het ziekenhuis, volgens de conclusie van één der deelnemers uit de inleiding; het leerproces zou moeten ressorteren onder een andere instantie, de verpleegstersschool. Integratie echter leek hem zeer geboden. Over 'vorming' werd nog opgemerkt dat het daarbij niet gaat om het aankweken van een bepaald gedrag, maar om een vorm geven aan bepaalde zaken. De docent speelt daarbij een actieve rol; de opgeleide beleeft het geheel passief, laat dit bezinken.

De inleider meende dat over de essentie van 'vorming' enig misverstand was gerezen: niet het gedrag is primair, maar de daarachter liggende instelling; deze is echter alleen meetbaar door de gedragingen, waarin zich de instelling uit.

Voorts bestreed de inleider te hebben gesteld dat het ziekenhuis de vorming als taak heeft, terwijl het leerproces aan een andere instantie zou zijn opgedragen. In de inleiding is alleen gesteld, dat in het onderzochte ziekenhuis de vormingskant nauwelijks door de docenten wordt beïnvloed. Verpleegstersscholen hebben zijns inziens bezwaren: indien de opleiding buiten het ziekenhuis wordt gegeven, zal in het ziekenhuis een proces van emotionele afstoting van te leren zaken optreden; verder komt in het schoolsysteem de vorming moeilijker tot zijn recht; men beperkt zich tot kennisoverdracht; het gedrag wordt daardoor echter niet beïnvloed. Differentiatie van de opleiding geeft een veel geringere greep op het gedrag. De vorming is meer afhankelijk van de zaal dan van de school (welke mening echter werd bestreden). De suggestie alle hoofdverplegenden bij de opleiding te betrekken, leek hem onverwezenlijkbaar; ook een roulatiesysteem zou, wegens het zeer grote aantal, geen oplossing bieden.

Dat leerling-verplegenden niet studie-minded zouden zijn, achtte hij een vooroordeel, dat zichzelf bewijst. Uitgaande van een dergelijke opvatting structureert men de opleiding zodanig, dat inderdaad elke belangstelling voor studie wordt onderdrukt. Dikwijls is de instelling van docenten onvoldoende; te weinig interesse wordt voor het opleidingswerk, dat als bijzaak wordt beschouwd, betoond. Deze instelling moet grondig veranderen; daarbij kan men zich afvragen of inderdaad bepaalde delen van het onderwijs door medische specialisten moeten worden verzorgd; in de Verenigde Staten worden veel van deze vakken ook door verplegenden gedoceerd.

Over de mogelijkheden van een vruchtbare integratie van docent en hoofdverpleegster was de inleider niet optimistisch, in tegenstelling tot enkele deelnemers, die in de praktijk het tegendeel hadden ervaren.

Vraag II:

Welke problemen roept — in het licht van de inleiding gezien — opleiding binnen het ziekenhuis op? Op welke manier kan men deze ondervangen?

Groep II

In het licht van de vorming (rolverwerving, gedragsaspect) wordt gestreefd naar een positieve identificatie speciaal met de groep waarmee men te maken krijgt. Dit punt wordt belangrijk geacht.

Identificatie met één figuur, in casu de hoofdzuster is obsoleet en kan oorzaak zijn van spanningen. Gedacht wordt aan de figuur van een instructiezuster die in overleg met de hoofdzuster en de docente de leerlingen begeleidt. Deze begeleiding heeft slechts zin wanneer het gemeenschappelijke doel wordt gezien. Het 'moeten' komt daardoor sneller tot het 'willen' uit innerlijke overtuiging. Expliciet wordt gesteld dat vorming geen 'kneding' is, maar zelfvorming, zodat men gaat voldoen aan eisen die men zelf durft te stellen aan anderen.

De instructiezuster is gekoppeld aan de afdeling.

Een open communicatie, gekenmerkt door voorbeeld geven, open discussies, inzicht geven en informatie verstrekken, wordt nagestreefd. Iedereen in institutioneel verband doet daaraan mee, in casu de artsen. Hier ligt een taak voor de directie. Factoren van buitenaf kunnen de ontwikkeling van het instituut sterk beïnvloeden. Waardevolle aspecten, historisch bepaald, behoeven niet altijd verkeerd te zijn.

Voor bepaalde categorieën is een besliste beroepskeuze gemaakt en voor hen geldt zeker dat vorming en opleiding niet eindigen bij de diplomering. Groepsvorming, groepsbespreking en open communicatie kunnen tal van problemen ondervangen. Voor gediplomeerden geldt dat uitwonen de communicatie bevordert.

Groep V

A Problemen aangaande de opleiding binnen het ziekenhuis.

1 Er is een *gebrekkige communicatie* tussen de docenten en het hoofd van de opleiding. Er bestaat een discrepantie tussen de theorie en de praktijk. De docente is soms te theoretisch geschoold en blijft moeilijk bij.

Helemaal haalbaar is dit natuurlijk niet, omdat niet alles praktisch is door te voeren. Theorie en praktijk zijn vaak niet op elkaar afgestemd.

Als motief wordt onder meer aangevoerd het gebrek aan tijd. Vaak is dit een rationalisatie en veelal ook is er een kadertekort.

2 Tussen docent en afdelingshoofd bestaat vaak een tekort aan begrip en bereidheid. Men verstaat elkanders taal onvoldoende. Ook kan het zijn, dat er een pseudo-communicatie is.

3 Hoofdzusters kunnen elders hun opleiding hebben genoten en hierdoor een afwijkende theoretische kennis hebben opgedaan.

4 De verschillende artsen stellen wel eens verschillende eisen aan de verpleging, waardoor verwarring kan ontstaan.

B Oplossing van de problemen

1 Verbetering van communicatie door een open communicatie tussen docenten en hoofdverplegenden.

Dit kan geschieden door het vormen van discussiegroepen van verschillende aard:

a docent en hoofdverplegenden

b hoofdverplegenden onderling

c hoofdverplegenden en leerlingen

d groepen waarin ook artsen kunnen worden betrokken.

2 Invoeren van een praktijkdocente en wel minstens één per afdeling.

3 De hoofdverpleging dient men *rijp te maken* voor het opleidingsstaak. (een taak voor de directie onder meer).

Men moet voldoende mogelijkheden scheppen voor *nascholing* van de verpleegsters, die gediplomeerd zijn.

4 De hoofdverplegende dient voldoende in staat te zijn om taken te delegeren naar de leerlingen. Zij dient voldoende controle uit te oefenen op de uitgevoerde taken en de leerlingen voldoende informatie te geven.

De uit de antwoorden gebleken aanbevolen therapie is verbetering van de communicatie. In hoeverre kan worden gesteld dat slechte communicatie afhankelijk is van het toeval? In hoeverre is sprake van persoonlijke voorkeuren van verplegenden en docenten? Bij dergelijke constellaties is er geen greep op het contact.

Men dient de communicatie te formaliseren, bv. door het instellen van een opleidingsraad, bestaande uit vertegenwoordigers van de directie, docenten, hoofdverplegenden en leerlingen. Deze raad moet geen vrijblijvend gesprekscollege zijn, maar met bevoegdheden bekleed zijn, ten aanzien van opleiding en praktijk. In een dergelijke raad kan bv. aandacht worden besteed aan de geconstateerde discrepantie tussen theorie en praktijk.

Een andere mogelijkheid tot formalisering der communicatie is het per afdeling beleggen van patienten- besprekingen tussen hoofdverpleegsters en/of instructiezusters en de leerlingen, die getraind moeten worden op het stellen van vragen; de drempel hiervoor moet overwonnen worden. Een instructiezuster dient

op elke afdeling aangesteld te worden; om aansluiting te behouden, dient zij periodiek te wisselen met collegae van andere afdelingen. Zij dient geen invloed te hebben op de beoordeling van de leerlingen, opdat deze niet worden geconfronteerd met een bedreigend effect en aldus nalaten alle gewenste informatie te verzoeken. De betrokken groep lichtte nog toe dat door haar voor de vervulling der instructietaak was gedacht aan recent gediplomeerden, die qua leeftijd en opzet der gevolgde opleiding dicht bij de leerlingen staan, en deze taak slechts voor een bepaalde tijd vervullen.

Eén der deelneemsters wees op de mogelijkheid docenten zowel het theoretische als het praktische onderwijs op te dragen, waarbij voor een afdelingsgewijze begeleiding van het laatste onderdeel moet worden zorg gedragen.

Gepleit werd voor inspraak van de hoofdverplegende bij de aanstelling van een instructiezuster; deze immers neemt een deel van haar taak over, terwijl de hoofdverplegende met het toezicht op haar taak is belast. De inleider was weinig geporteed voor een dergelijke ingewikkelde constructie.

Een der deelnemers trok in twijfel of de leerlingen in staat zouden zijn op niveau mee te spreken in het overleg van de opleidingsraad. De inleider repliceerde dat in de raad de belangen van de leerlingen aan de orde komen; in de raad staat niet de inhoud, maar de vorm en opzet der opleiding ter discussie. Men zou een vergelijking kunnen maken met de Studieraden in het Hoger Onderwijs.

Vraag III:

Op welke manier kan de opleidingsfunctie, welke de afdeling heeft, worden expliciteerd? Hoe kan dit verenigd worden met de andere doelstellingen van de afdeling? Wat zijn de consequenties voor de leidinggevendenden?

Groep III

Bij het beantwoorden van deze vraag heeft men zich beperkt tot het *vormings*aspect van de opleiding, voor zover dit uit het geheel van de opleiding af te grenzen valt. De technische vorming is nl. niet los te denken van de attitude-vorming van de leerling.

Het gaat in dit geval om methodieken en systemen die in de organisatie van de afdeling kunnen worden ingebouwd en die er toe moeten leiden dat het contact met de patient en de centripetale informatie die daarvan het gevolg kan zijn zo goed mogelijk op gang gebracht wordt, zodanig dat deze kan bijdragen tot genezingsbevorderende maatregelen voor zover er uit de communicatie zelf niet reeds een positieve beïnvloeding van de patient voortvloeit.

Dit brengt men zich mee dat allereerst het klimaat voor deze communicatie in beiderlei richtingen dient te worden voorbereid. Het hoofd van de afdeling zal zich niet autoritair moeten opstellen, maar daarentegen zodanig dat zij/hij zich met begrip en ontvankelijkheid en waardering tegenover genoemde informatie en

degene die deze informatie inbrengt opstelt.

Het klimaat van de afdeling is sterk afhankelijk van de wijze waarop men zich gedraagt (reageert) tegenover de vormende invloed die van de praktijkdocenten uitgaat en hierbij gaat het natuurlijk in de meeste gevallen om de technische vaardigheid welke wordt aangeleerd.

Door een gebrek aan eenstemmigheid van inzicht in de verpleegkundige methode kunnen gemakkelijk frustraties ontstaan bij de leerlingen. Het hoofd van de afdeling zal in een dusdanig contact met de docenten dienen te staan dat deze frustraties zoveel mogelijk worden voorkomen. De hoofden zouden door hun waardering te uiten, het in de opleiding geleerde moeten bevestigen.

De hoofden van de afdelingen zullen zich dan ook op de hoogte moeten blijven stellen van de moderne inzichten op hun vakgebied.

Alleen een intensieve communicatie van het hoofd van een afdeling met de praktijkdocent zal het klimaat voor de vorming van de leerling meer geschikt kunnen maken. De explicitering waarvan in de vraag sprake is zal dus neerkomen op het invoeren van regelmatige afdelingsbesprekingen over de actualiteiten ter plaatse welke besprekingen door de (praktijk-)docenten zullen moeten worden bijgewoond.

Men zou verder kunnen invoeren dat bepaalde leerlingen naar aanleiding van een verplegingsopdracht tot een volkomen natuurlijk gesprek met de patient komen en het verloop daarvan aan het hoofd van de afdeling bekend maken (al of niet in een gemeenschappelijke bespreking).

Groep VI

Volgens de groep gaat het om de bewustmaking van de opleidingsfunctie welke de afdeling ook onder haar taken heeft.

De meester-gezelverhouding die gezien wordt tussen gediplomeerden en leerlingen, heeft het grote voordeel dat de kritisch vragende leerling de gediplomeerde voortdurend confronteert met wat ze doet — waarom ze 't doet, hoe ze 't doet of niet. Juist daardoor kan de opleidingsfunctie een belangrijke stimulans zijn voor de wijze waarop de andere doelstellingen van de afdeling worden nagestreefd. Vaak heeft het leidinggeven op een afdeling een verkeerde image. Vaak wordt leidinggeven teveel vereenzelvigd met administratie en verantwoording; te weinig wordt benadrukt dat leidinggeven betekent het klimaat scheppen, begeleiden, oplossingen vragen in plaats van geven, fouten bespreken in plaats van kapitelen, evalueren in plaats van controleren.

Op deze wijze kan een veel sympathiekere image van leidinggeven ontstaan. Ongetwijfeld moet dit inzicht beginnen bij de directie, de specialisten, de hoofdverplegenden en doorwerken naar hun medewerkers en de patienten.

Anderzijds zal dit ook methodisch benaderd moeten worden door in de gehele opleiding aandacht te besteden aan organisatie, leiding geven e.d., d.w.z. reeds in de

vooropleiding en nog steeds in de nascholing.

De leidinggevendenden moeten ook praktisch in de gelegenheid worden gesteld zich met de opleiding bezig te houden, d.w.z. hiervoor hun handen vrij hebben doordat hun afdelingssecretarissen een heleboel routine-administratiewerk uit handen nemen, ook anderzijds door dat ze in gelegenheid worden gesteld door middel van een dialoog met de docenten directer in contact te komen met de theoretische zijde van de opleiding.

Nieuwere bedrijfsorganisatorische opvattingen zouden in de ziekenhuizen op hun bruikbaarheid beproefd moeten worden. Te vaak nog denkt men aan hiërarchische organisatievormen en taakanalyses. Groepsgewijze organisatie staat daar tegenover waarbij de groep speelruimte krijgt om de aan de groep opgedragen taak tot op zekere hoogte naar eigen inzichten te organiseren en te vervullen (Likert).

Bij de opleiding van leerling-verplegenden is het zeer belangrijk dat ze worden gevormd tot zelfstandig functioneren. Daartoe is het nuttig dat zij patiënten waarvoor zij de zorg hebben door de werkwijze van de afdeling, ook kunnen beschouwen als hun eigen patiënten en omgekeerd de patiënten duidelijk het gevoel hebben dat zij een eigen zuster hebben.

Daartoe moeten zij niet alleen de zorg hebben voor deze patiënten maar ook op de hoogte zijn van de ziekteverschijnselen van hun patiënten, van diagnoses en therapie, kortom een inzicht hebben in de status van de patient. Tevens moeten ze van hun patiënten ook iets weten over de maatschappelijke- en gezinsomstandigheden. Ze moeten ook vrijelijk vragen kunnen stellen aan de afdelingsartsen, die daarvoor tijd behoren te hebben.

Een belangrijke stimulans voor een beter functioneren van de verpleging en voor een verdere ontplooiing van de opleiding bestaat in het animeren van onderzoek op verpleegkundig gebied en het publiceren van de resultaten van dergelijke onderzoeken.

Op deze wijze kunnen geneeskunde en verpleegkunde — beide in snelle ontwikkeling — als onderling sterk samenhangende disciplines en deskundigheden zich naast elkaar ontplooiën.

De inleider stemde volledig in met het met name door de laatste groep gegeven antwoord. Terecht werd er gewezen op de groepsgewijze organisatie, waarbij de lagere echelons zijn betrokken bij het werk van hogere geledingen. De voorgestelde afdelingsbesprekingen zullen geformaliseerd moeten worden, al zullen door steeds wisselende diensten moeilijkheden rijzen. Ook deze besprekingen zullen niet het karakter van een vrijblijvend gesprek moeten hebben, hetgeen teveel het geval is. In de praktijk blijkt werkoverleg dikwijls te falen; concrete maatregelen blijven te veel uit. Weliswaar zijn de goede bedoelingen veelal aanwezig, maar het overleg mondt te veel uit in uitleg, dus in éénzijdige communicatie.