UJ.T
B 19

Van asyl tot revalidatiecentrum

De opkomst en doorwerking van de resocialiserings-gedachte in Nederlandse psychiatrische inrichtingen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van
doctor in de sociale wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit te Leiden,
op gezag van de rector magnificus dr. C. Soeteman,
hoogleraar in de faculteit der letteren,
ten overstaan van een commissie uit de Senaat
te verdedigen op
dinsdag 24 november 1970 te klokke 16.15 uur

door

R. Bambang Oetomo
geboren te Semarang, Indonesië, in 1925

Wolters-Noordhoff nv Groningen 1970

5/11/20

PROMOTOR: PROF. DR. C. J. LAMMERS

STELLINGEN

I

De socioloog is noodzakelijkerwijs een storende faktor in de sociale situatie, die hij onderzoekt.

II

De vraag, waarom over het verzet, gepleegd door Indonesische studenten tegen de Duitse bezetters, vrijwel niets is gepubliceerd, verdient sociologisch onderzoek.

III

Een optimaal werkklimaat is in algemene, zowel als in psychiatrische ziekenhuizen het noodzakelijke komplement van het "therapeutisch klimaat".

IV

De uitbouw of ontwikkeling van het resocialiseren binnen de psychiatrische inrichtingen vereist op den duur een grondige wijziging van de houding van het grote publiek ten aanzien van geesteszieken.

V

Het is gewenst, dat psychiaters en psychiatrische verpleegkundigen tijdens hun opleiding kennis maken met de opvattingen van kulturele anthropologen omtrent de gelijkwaardigheid der kultuurpatronen.

VI

Men mag niet berusten in de tegenwoordige praktijk in de psychiatrische verpleging, waarbij jongeren beneden de twintig jaar de volle last dragen van het omgaan met psychotische mensen.

VII

In psychiatrische inrichtingen dienen adekwate voorzieningen te worden getroffen om de spanningen, waaraan funktionarissen worden blootgesteld bij het werken met patienten of bij de invoering van organisatorische vernieuwingen, in goede banen te leiden.

VIII

Het is een illusie om te menen, dat de oplossing van de personeelsproblemen in de ziekenhuizen gevonden kan worden door de invoering van vrouwen-dienstplicht.

IX

De figuur van Monostatos in Mozart's Zauberflöte is een vroeg voorbeeld van een Europese stereotypering ten aanzien van niet-blanke bevolkingsgroepen.

X

Voor autochtone bevolkingsgroepen in Azië en Afrika is de koloniale periode niet alleen een tijd van overheersing, ontwrichting en ontworteling, maar tevens het begin van een proces van kultuurvernieuwing, waarbij westerse waarden in het leef- en denkpatroon worden opgenomen.

XI

De reaktie van De Groot (Intermediair 16 oktober 1970, p. 19) op Cohen's artikel getiteld "De psychologie is dood, leve de psychologie" (Intermediair 25 september 1970) is teleurstellend, omdat deze reaktie meer doet denken aan die van een ouderwetse vader wiens zoon met het verkeerde meisje is thuisgekomen, dan aan een zakelijke weerlegging door een evenwichtige wetenschapsbeoefenaar.

XII

De openbare erkenning in Nederland van "Ontsporing van geweld" (J.A.A. van Doorn & W.J. Hendrix, Ontsporing van geweld. Universitaire Pers Rotterdam 1970) onder de Nederlandse troepen in Indonesië gedurende de jaren tussen 1946 en 1950 heeft bevrijdend gewerkt niet alleen voor de betrokken Nederlandse militairen, maar vooral ook voor hun Indonesische leeftijdgenoten. Om deze reden die erkenning een verheugend verschijnsel te noemen.

Stellingen behorende bij de dissertatie: R. Bambang Oetomo, Van asyl tot revalidatiecentrum, 24 november 1970.

Aan de nagedachtenis van mijn ouders
mr. R. Sastromoeljono en
Siti Fatimah Sastromoeljono

Na het tot stand komen van deze studie wil ik mijn erkentelijkheid betuigen aan de Directie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO en vooral aan prof. dr. J. Koekebakker, hoofd van de afdeling Geestelijke Gezondheid.
Met dankbaarheid gedenk ik dr. J. Doff, de toenmalige geneesheer-directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek. Mijn dank gaat tevens uit naar dr. P. A. F. van der Spek, geneesheer-directeur van het Psychiatrisch Centrum 'St. Bavo' in Noordwijkerhout voor de grote bereidwilligheid bij het verlenen van hun medewerking aan het onderzoek.
Tot mijn vorming voor de praktijk van het psychiatrische inrichtingwezen hebben ongetwijfeld ook directie en medewerkers van het Psychiatrisch Centrum 'St. Willibrord' te Heiloo en vooral staf en patiënten van het Psychotherapeutisch Instituut 'De Oosthoek' te Limmen veel bijgedragen.
Voor de verzorging van het manuscript ben ik dank verschuldigd aan mevr. J. A. van Os, mevr. W. J. M. Hoogkamer en mej. L. L. E. Vermond.

Inhoud

1 DE ONTWIKKELING DER SOCIALE VERHOUDINGEN IN PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN 1

1.1 Het 'vóór-medische' tijdvak: 1800-1850 2
1.2 De opkomst der geneeskundige gestichten 18
1.2.1 De fysieke outillage 18
1.2.2 De denkbeelden over geestesziekte 19
1.2.3 De opvattingen over de behandeling en de gevolgde behandelwijzen 21
1.2.4 De sociale outillage 37
1.2.4.1 Van bediende tot verplegende 37
1.2.4.2 Van konsulent tot gezagsdrager; de evolutie van de positie van de gestichtsgeneesheer 41
1.3 De jongste tijd oftewel het tijdvak van de psychopharmaca 43

2 EEN SOCIOLOGISCHE BESCHOUWING VAN DE ONTWIKKELING VAN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING 49

2.1 Toevoeging van doeleinden 50
2.2 Verschuiving in de door de organisatie aangewende middelen ten aanzien van het personeel 55
2.3 Verschuivingen in de formele struktuur van de inrichting 61

3 RESOCIALISEREN IN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING 69

3.1 Probleemstelling 69
3.2 Wat is resocialiseren? 70
3.3 Resocialiseren als norm en als aktiviteit 72
3.4 Hoe bereiken nieuwe denkbeelden de afdeling 73
3.5 Leiderschap en kollegiale groep op de afdeling 77

4 OPZET EN WERKWIJZE VAN HET ONDERZOEK 86

4.1 Inleiding 86
4.2 Konstruktie van de gehanteerde schalen 88
4.3 Overzicht van de gehanteerde schalen 97
4.4 De maten voor normatieve en kommunikatieve integratie 97
4.5 De verwerking van de afdelingsgegevens 99

5 ONDERZOEKSRESULTATEN 100

5.1 De onderlinge samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen 100
5.2 De onderlinge samenhangen tussen de afhankelijke variabelen 104
5.3 Overzicht van de aangetroffen samenhangen tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen 106
5.4 Resocialiseringsnormen van de afdelingsartsen en paviljoenshoofden 106
5.5 Het leiderschap van afdelingsarts en paviljoenshoofd 109
5.6 De vertikale en horizontale kommunikatie 112
5.7 Samenvattend overzicht van de gevonden samenhangen 117

6 SLOT: DE ONVOLTOOIDE DERDE FASE 120

SUMMARY 132

LITERATUUR 140

BIJLAGEN

I Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items met betrekking tot *de aktiviteiten* der verplegenden 144
II Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items met betrekking tot *de normen* der verplegenden 147

Tabellen

1 Oorzaken van krankzinnigheid volgens de Inspektieverslagen in procenten 20

2 Het gemiddelde aantal patiënten per geneesheer in de jaren 1859-1899 42
3 Samenvatting van de theoretisch te verwachten samenhangen tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen 85
4 Enige gegevens over de gehanteerde meetinstrumenten 98
5 Aangetroffen onderlinge samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen 101
6 Onderlinge rangkorrelaties tussen resocialiseringsnormen, resocialiseringsaktiviteiten en de normatieve integratie 105
7 Gevonden rangkorrelaties tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen 106
8 Rangkorrelaties tussen resocialiseringsnormen van afdelingsarts en resocialiseringsnorm der afdelingsverplegenden; resocialiseringsnorm van paviljoenshoofd en resocialiseringsnorm der afdelingsverplegenden; en resocialiseringsnorm afdelingsarts en resocialiseringsnorm van het paviljoenshoofd in gunstige en ongunstige kommunikatieklimaten 109

1 De ontwikkeling der sociale verhoudingen in psychiatrische inrichtingen

Termen als 'socio-therapie', 'milieu-therapie', 'therapeutische gemeenschap' en 'administratieve therapie' duiken de laatste vijftien jaar regelmatig op in de literatuur over institutionele psychiatrie. De zojuist genoemde termen worden dan geassocieerd met veranderingen op het gebied van de behandeling en verpleging van psychiatrische patiënten. Onder meer zouden die veranderingen een 'nieuwe' houding van de verplegende ten opzichte van de patiënt te zien geven; een houding welke geschraagd zou worden door een eveneens 'nieuwe' positie van de psychiater, zowel ten opzichte van de verplegende als ten opzichte van de patiënt. Over deze nieuwe gewenste verhoudingen in de institutionele psychiatrie wordt vooral door psychiaters veel geschreven. De werken van ARTISS (1962), CLARK (1964), CUMMING & CUMMING (1962), GREENBLATT, YORK & BROWN (1955), JONES (1953), MARTIN (1968), en MEIJERING (1955) getuigen daarvan. Onze huidige wetenschappelijke kennis omtrent de bestaande verhoudingen danken wij vooral aan sociologische en/of sociaalpsychologische studies zoals die van DUNHAM & WEINBERG (1960), STANTON & SCHWARTZ (1954), BELKNAP (1956), CAUDILL (1958), GOFFMAN (1957, 1960), GREENBLATT, LEVINSON & WILLIAMS (1957) en RUSHING (1964).

Naast uiteenzettingen over gewenste verhoudingen en studies over bestaande, is er nog plaats voor een historische benaderingswijze, welke de ontwikkeling tracht na te gaan, die tot de bestaande verhoudingen heeft geleid. Aan de orde komen vragen als: Hoe vatte men in de verschillende perioden geestelijke gestoordheid op? Hoe trad men tegen geestelijke gestoorden op, wat had men met hen voor? Welke voorzieningen werden er voor hen getroffen? En welke institutionele verhoudingen vloeiden daaruit voort?

Enkele jaren voor de oorlog heeft QUERIDO (1936) een aanzet tot een dergelijke benadering gegeven door in de eerste paragraaf van het eerste hoofdstuk van zijn boek over 'Krankzinnigenrecht', het probleem van 'Cultuur en Psychiatrie' te behandelen. Een soortgelijke probleemstelling volgde SANBOURNE BOCKHOVEN (1956) in zijn omvangrijke artikel 'Moral treatment in American psychiatry' van 1956 over de ontwikkeling van de institutionele psychiatrie in de Verenigde Staten. Hetzelfde gezichtspunt nam PERROW (1965) over in een paragraaf van zijn belangwekkend overzichtsartikel, getiteld: 'Hospitals: Technology, Structure and Goals'. Perrow geeft hierin een zeer

kritische beschouwing over de sociologische interpretaties in de gepubliceerde studies van psychiatrische inrichtingen en algemene ziekenhuizen.

Van de ontwikkeling in Engeland is een overzicht te vinden bij twee werken van KATHLEEN JONES (1955 en 1960). Het eerste verscheen in 1955, 'Lunacy, Law and Conscience 1744-1845', in 1960 gevolgd door 'Mental Health and Social Policy 1845-1959'. De historische ontwikkeling van de institutionele psychiatrie in Nederland is tot nu toe nog niet het onderwerp geweest van systematische studie. In dit hoofdstuk zal een dergelijke systematische studie zeker ook niet worden ondernomen. In deze historische inleiding – die uitsluitend uit secundaire bronnen is geput – beogen wij slechts het terrein te verkennen door een summier en zeer schetsmatig beeld te ontwerpen van de ontwikkeling der verhoudingen in Nederland vanaf omstreeks het jaar 1800. Deze verkenning zullen wij trachten te ondernemen hoofdzakelijk aan de hand van enige gedenkboeken, die de geschiedenis van sommige inrichtingen weergeven en *jaarverslagen van de inspekteurs voor het 'Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten'*.

Deze geschiedenis willen wij in drie perioden onderverdelen, namelijk

a. van ongeveer 1800 tot ongeveer 1850, aan te merken als het 'vóór-medische' tijd-vak

b. van 1850 tot ongeveer 1950 waarin de 'geneeskundige gestichten' tot opkomst en uitbreiding komen.

c. van 1953 tot heden, het tijdvak van de psychopharmaca.

1.1 HET 'VÓÓR-MEDISCHE' TIJDVAK: 1800-1850

Aan het begin der 19e eeuw was de demonologische opvatting over psychische gestoordheid in Europa duidelijk op de terugtocht. Na de oprichting van de 'York Retreat' door W. TUKE in 1792 en het optreden van Pinel omstreeks dezelfde tijd (en niet te vergeten het werk van Wier, twee en een halve eeuw eerder) begon de opvatting over psychische gestoordheid als 'ziekte' enigszins veld te winnen. In Nederland was deze terreinwinst van de nieuwe opvatting aanvankelijk nog uitermate gering. De institutionele zorg voor gestoorde mensen werd in die tijd voornamelijk beheerst door de traditie van de demonologie. Er waren in dit land weliswaar sedert twee eeuwen geen heksenprocessen en brandstapels meer geweest, maar in de 'dolhuizen' en andere 'bewaarplaatsen voor krankzinnigen' maakte men nog volop gebruik van ketens en dwangmiddelen. In deze inrichtingen hield men in wezen de gestoorden voor 'gestraften voor een zondig leven' of voor slechte mensen, die te beschouwen zijn als 'wilde beesten', die geïnterneerd of gesegregeerd dienen te worden, opdat zij geen gevaar opleveren voor de menselijke samenleving.

De eerste bemoeienissen van akademisch geschoolde medici met de institu-

tionele zorg voor gestoorden sloten geheel aan bij het heersende systeem. Die eerste medici hadden slechts een zeer vaag vermoeden van de aard van de 'ziekte', waarmee zij werden gekonfronteerd. Als oorzaken voor de ziekte werden afwijkingen vermoed hetzij in de hersenen, hetzij in andere organen, of in de bloedsomloop. Er werd soms ook aan andere oorzaken gedacht, zoals die van een psyche, die vanuit zijn lichamelijk omhulsel is opgestegen, in bovenzinnelijke regionen verblijft en zijn eigen persoonlijkheid niet wil erkennen. Volgens QUERIDO (1936, p. 5) stond het ziektebegrip weliswaar voorop, 'maar ziekte, door de meest fantastische oorzaken verwekt, gebaseerd op even fantastische theorieën, en geattaqueerd met fantastische methoden'. Overigens hadden in die eerste helft van de 19e eeuw de medici slechts heel weinig of zelfs geen zeggenschap over de gang van zaken in de Nederlandse inrichtingen. Hun bemoeienissen beperkten zich tot de zorg voor de lichamelijk zieken onder de in bewaring gehouden gestoorden.

In vele inrichtingen had men een vaste dokter, die dagelijks de eventuele lichamelijk zieken kwam opzoeken. Verscheidene andere inrichtingen volgden de gewoonte om slechts dan een dokter (meestal de stadsdokter) te ontbieden, wanneer er zich een geval van ziekte voordeed. In een enkele inrichting moesten de patiënten zelf aan de dagelijkse leiding van de inrichting om geneeskundige behandeling verzoeken. In vergelijking tot de aandacht voor lichamelijke ziekten was die voor de psychische gestoordheid heel wat minder. Voor de problematiek van het gesticht hadden de medici in die dagen weinig belangstelling.

Toen in 1837 de regenten van het Cellenbroederenhuis te Nijmegen aan de part-time gestichtsdokter om advies vroegen over aan te brengen verbeteringen van de inrichting van het huis, antwoordde deze dokter, dat hij niet in staat was het gevraagde advies te geven, aangezien hij nooit andere inrichtingen had bezocht en er ook geen studie van had gemaakt (VAN DER ESCH, 1949, p. 298). Volgens het Rapport van de 'Inspekteurs der Gestichten voor Krankzinnigen' uitgebracht aan de Minister van Binnenlandse Zaken op 5 oktober 1842, was er in 23 van de 28 beschreven inrichtingen* 'geen geneeskundige behandeling terzake van krankzinnigheid'. In de vijf gevallen waarin een dergelijke behandeling aanwezig werd geacht, troffen de Inspekteurs geneesheren aan, die dagelijks aantekeningen hielden over de patiënten en de beschikking hadden over een 'dropbad' en een badkuip.

De Inspekteurs (Schroeder van der Kolk & Feith) konstateerden tevens een gebrek aan 'psychische leiding' over de patiënten. Deze werden veelal aan zichzelf overgelaten. Er was dan ook veel lediggang. In 17 van de 28 inrichtingen troffen de Inspekteurs geen werkzaamheid aan onder de patiënten. Klaar-

* Buiten beschouwing van deze beschrijvingen vielen de gestichten van Utrecht, Zutphen en Deventer, welke in die tijd als 'voorbeeldig' werden aangemerkt.

blijkelijk konden de medici in die tijd geen enkele invloed op de gang van zaken uitoefenen. Over het Buitengasthuis te Amsterdam (een inrichting voor ongeveer 150 patiënten) lezen we in dat rapport van 1842:

> Er is een inwonende geneesheer, die alle lijders dikwijls tweemalen bezoekt, echter kan hij, hoe ijverig ook, hier zeer weinig nut stichten wegens den hoogst schadelijken invloed van de lokalen en de gevolgde wijze van huishoudelijk bestuur; door volkomen gemis van werkzaamheid bij nagenoeg allen, en het aanhoudend dag en nacht liggen in de krib, waaraan enige met ijzeren boeien zijn vastgeketend, worden zij aan lediggang, luiheid en alle ondeugden uit zelfsverveling ontspruitende, gewoon; de vermenging van enige onrustigen en morsigen met anderen bederft allen, en maakt ze allen levendig; *de geringe macht aan de doktor over het dienstpersoneel toegestaan, beneemt hem alle invloed* (kursivering van ons) om de slechte verzorging der dienstboden, vooral omtrent de armste, die hen geen geldelijk voordeel kunnen aanbrengen, te weren, waardoor deze volkomen en in de hoogste graad verwaarloosd worden . . .'. (SCHUURMANS STEKHOVEN, 1922, p. 51.)

Het rapport vermeldt tevens, dat in dit Amsterdamse Buitengasthuis genoemd dienstpersoneel verantwoording schuldig was aan een door het besturend regentenkollege benoemde direkteur en direktrice; deze beiden waren echter niet ondergeschikt aan de dokter. Soortgelijke verhoudingen heersten ook in de andere inrichtingen: het soms wekelijks, soms maandelijks vergaderende regentenkollege stelde een 'Binnenvader' en een 'Binnenmoeder' aan en deze namen op hun beurt een aantal mannelijke en vrouwelijke oppassers of dienstboden in dienst. Wanneer nu de regenten een vaste dokter hadden benoemd, dan kwam deze dokter dagelijks gedurende enkele uren in de inrichting om er zijn visites te maken; na afloop daarvan, vertrok hij weer. Onder deze omstandigheden werd de dagelijkse gang van zaken in de inrichtingen vrijwel geheel beheerst door de normen, waarden en denkbeelden, welke in kringen van binnenvaders, binnenmoeders en oppassers werden gekoesterd met betrekking tot psychisch gestoorden. En afgaande op het veelvuldig gebruik van dwangmiddelen in de inrichtingen van die tijd kan men de desbetreffende normen, waarden en denkbeelden als traditionalistisch aanmerken. In 1842 verkeerden de groepen, in wier handen de leiding over de institutionele zorg voor psychisch gestoorden berustte, meestal nog in de veronderstelling, dat psychisch gestoorden ter beveiliging van de samenleving, als wilde dieren opgesloten en met geweld beteugeld dienden te worden.

Alweer volgens het Rapport der Inspekteurs waren er in genoemd jaar in 24 van de 28 inrichtingen dwangmiddelen in gebruik. Met name noemden de Inspekteurs de volgende 'middelen tot bedwang':

dwangbuis – dwangjak – dwangvest
dwangstoel
kinderstoel
gordel
voetboeien, met en zonder ketens aan de muur
handboeien – handbanden – handschoenen
stortbaden
onthouding van spijzen
opsluiting in hokken, cellen of kamers

Op grond van zulke gegevens mogen we toch wel stellen, dat in de meeste inrichtingen uit die dagen het optreden van het personeel tegenover de geïnterneerde psychisch gestoorden geleid werd door beginselen als bewaring, bewaking, onderwerping en bedwinging van deze gestoorden. Uiteraard was zulks volkomen in overeenstemming met hetgeen in de omringende samenleving als de dominante grondhouding ten aanzien van geesteszieken kan worden aangemerkt. Genoemd optreden werd waarschijnlijk ingegeven door een gevoel van bedreigd worden door het sterk afwijkend gedrag der betrokkenen. Volgens QUERIDO (1936, p. 7), is er zelfs sprake van een 'diep gewortelde haat jegens de geesteszieke'. Hoe het ook zij, in de inrichtingen stond in het optreden van het personeel tegenover de aan zijn zorg toevertrouwden, de scherpe afwijzing van de geesteszieke als medemens wel sterk op de voorgrond.

De toenmalige maatschappelijke funktie van de inrichting was duidelijk ook weinig anders dan die van het segregeren der gestoorden, d.w.z. het verwijderen uit de samenleving van maatschappelijk ongewenste elementen; in de eerste plaats ter bescherming van de gemoedsrust, de vrijheid en het bezit der niet-gestoorde leden der samenleving. O.a. komt dit tot uitdrukking in de binnen de desbetreffende sektor geldende wettelijke bepalingen, welke gedeeltelijk nog uit de Franse tijd stammen. Zo noemde men in de Franse wet van 1790 die later in de Code Pénal van 1810 werd overgenomen de psychisch gestoorden in één adem met 'kwaadaardige dieren'. In 1803 werd de bepaling van kracht, dat de rechter in een openbare rechtszitting een psychisch gestoorde de beschikking over zijn persoon en zijn goederen kan ontzeggen. Het vonnis met betrekking tot deze onder-curatelestelling moet worden aangeplakt in de rechtszaal en in de spreekkamers van de notarissen van het arrondissement(!).

Toen het Koninkrijk der Nederlanden werd gevestigd, hield één van de eerste Koninklijke Besluiten (1814) het volgende artikel in:

> 'De regtbanken van Eerste aanleg zullen zijn bevoegd om op verzoek van nabestaanden, of wel ter requisitie van onze Officieren van Justitie, tot behoud van de goede orde, wering van openbare zedeloosheid of voorkoming van ongelukken, buiten form van proces, te confineren in

een verbeterhuis zoodanige personen, welke wegens zinneloosheid, verregaande verkwisting, of andere buitensporige of slechte gedragingen, voor de zamenleving ongeschikt zijn, of zich dezelve onwaardig hebben gemaakt, zoo lang zij geene merkbare blijken van beterschap geven'.

Op grond van dit artikel kan de rechter op voorstel van de familie of van de Officier van Justitie een persoon, die een sterk afwijkend gedrag vertoont, laten segregeren. Met die procedure werd voornamelijk gedacht aan de belangen van de familie of die van de samenleving. Voor de belangen van de gesegregeerde was er vrijwel geen aandacht; met geen woord wordt in dit artikel over genezing of behandeling van de betrokkene gerept en nergens komt de medicus ter sprake. Ook vier jaar later, namelijk in het K.B. van 1818, dat o.m. overheidstoezicht over de inrichtingen in het vooruitzicht stelde, werd nog helemaal niets over de rol van de medicus bij behandeling of genezing van de geesteszieken vermeld, ofschoon dit K.B. uitdrukkelijk het doel van de 'gestichten voor krankzinnigen' definieerde als 'het genezen van die ongelukkigen'.

Het duurde tot 1825 eer in het openbaar (door Guislain)[1] de stelling werd verdedigd, dat een medicus de leiding in het gesticht behoorde te hebben. Pas 25 jaar later zou een begin gemaakt worden met het verwezenlijken van dat denkbeeld.

Toch is het een vergissing te menen, dat er in dit vóór-medische tijdvak geen enkel lichtpunt te vinden zou zijn met betrekking tot de ontwikkeling van de zorg voor geesteszieken.

Op het gebied van de plannen en nieuwe denkbeelden was er zeker enige beweging. Het begon met Nieuwenhuys, die in 1820 de toestanden in het Amsterdamse Buitengasthuis bekritiseerde en voorstellen tot verbetering geformuleerd heeft. (Het is niet onwaarschijnlijk dat, gezien hun treffende overeenkomst, de denkbeelden die Schroeder van der Kolk in 1837 zou vertolken, hun oorsprong bij Nieuwenhuys hebben gehad (VAN DER ESCH, 1963).)

In 1825 verscheen het bekroonde werk van Guislain, dat eveneens de bestaande praktijken verwierp en voorstellen tot verbetering inhield. In datzelfde jaar kwam het plan van de sociaal-voelende fabrikant Scherenberg gereed; een plan voor één of meer moderne inrichtingen van 600 à 1000 patiënten. Een jaar later (1826) volgde het reorganisatieplan van de Bije (de Staatsraad-Administrateur voor het Armenwezen en de Gevangenissen), die geporteerd was voor verspreide 'rijksgestichten' voor 500 à 600 patiënten elk.

Met betrekking tot *daadwerkelijke* hervorming was het optreden van Schroe-

[1] Wiens werk het bekroonde antwoord was op een prijsvraag, uitgeschreven door de Provinciale Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt in Noord-Holland. (SCHUURMANS STEKHOVEN, 1922)

der van der Kolk als regent van de Willem Arntsz-stichting van grote betekenis. Deze Utrechtse hoogleraar in de ontleedkunde en natuurkunde is degene geweest, die sinds 1827 de verbouwing en modernisering van de Utrechtse inrichting ter hand heeft genomen. Wat hielden de denkbeelden van Schroeder van der Kolk in, en welke vernieuwingen in het Willem Arntsz Huis vloeiden daaruit voort? Volgens Schroeder van der Kolk was er bij krankzinnigheid sprake van 'ziekte' van de levenskracht of de hersenkracht en *niet* van de ziel of het 'hogere beginsel'.

Tussen ziel en lichaam is er een wisselwerking door tussenkomst van de hersenkracht, en voor deze kracht vormen bloed en bloedstroom de belangrijkste prikkels. Afwijkingen in de hersenen, hetzij primair, hetzij als gevolg van ziekten van andere organen hebben tot gevolg, dat de hersenkracht niet normaal funktioneert. De medische therapie was dan ook vooral gericht op een herstel van de stoornissen in de bloedstroom, en afleidende middelen en plaatselijke bloedonttrekkingen namen in de door Schroeder van der Kolk voorgestane behandelwijze een grote plaats in, meer dan aderlatingen, die naar zijn ervaring meer kwaad dan goed deden.

Ook voor het belang van externe invloeden op het ontstaan, het verloop en de genezing van psychoses had de Utrechtse hoogleraar oog. Hij beklemtoonde de therapeutische waarde van een geschikte omgeving en prees de milieuverandering aan als een der beste maatregelen ter bevordering van het herstel. Daarnaast had naar zijn oordeel de patiënt ook behoefte aan psychische leiding, arbeid en ontspanning (VAN DER ESCH, 1954, p. 42-49). Voor die voorgestelde hervorming van de verpleging was de verbouwing van het gesticht een belangrijke voorwaarde. De in 1831 opgeleverde nieuwbouw voorzag in gescheiden afdelingen voor mannen en vrouwen, terwijl bovendien de geneeslijke en ongeneeslijke patiënten afzonderlijk werden verpleegd. De 'ellendige hokken' maakten plaats voor 'betere kamertjes'.

Intussen werden een aantal onbelangrijke wijzigingen in het regime tegenover de patiënt ingevoerd. De oude binnenvader, een man die nog zeer vervuld was van de traditionele opvattingen, kreeg in 1828 van de Regenten instrukties die hem bepaald dwongen van zijn gewoonten af te wijken.

- Ten eerste werd hem opgedragen de patiënten aan een tafel te laten eten om hen langzamerhand aan meer orde en ordelijkheid te wennen.
- Ten tweede gelastten de Regenten de binnenvader, de verpleegden 's avonds niet meer zo vroeg naar hun slaapplaats te laten gaan, maar hen tot 8 uur in de verblijfzalen te doen zijn, terwijl de binnenvader 'dadelijk' moest zorgen dat deze zalen behoorlijk werden verlicht.
- En ten derde werd hem bevolen, niet karig te zijn met het stro voor de ligplaatsen der verpleegden, maar het zonodig dagelijks te verversen.

Minstens even belangrijk was het bevorderen van meer aktiviteit onder de patiënten. De vrouwen werden aan huishoudelijk werk gezet, zoals wassen en

naaien o.a. van hemden waarvoor zij 12½ cent per stuk ontvingen. Aan de mannen werd gelegenheid gegeven allerlei soorten werkzaamheden te verrichten zoals o.a. tuinarbeid, hout zagen, matten vlechten e.d. Behalve een financiële beloning volgens een vast tarief voor bepaalde soorten arbeid, ontvingen de mannen tabak als beloning voor goed gedrag. Voor de ontspanning van de patiënt waren allerlei spelen beschikbaar, terwijl er ook een door schenkingen tot stand gekomen bibliotheek was. De lijfstraffen echter werden niet afgeschaft. Vermoedelijk omdat Schroeder van der Kolk van opvatting was, dat er bij krankzinnigheid sprake is van regressie, d.w.z. gestoorde mensen zijn vervallen tot onmondigheid, te vergelijken met kinderen. En kinderen kan men nu eenmaal niet zonder straffen opvoeden (HUT e.a. 1961, p. 131). Wel werden deze lijfstraffen 'tot het uiterste beperkt', terwijl de toediening ervan niet meer werd overgelaten aan de inzichten van het lager personeel.

Door dergelijke uit hooggeleerde initiatieven voortvloeiende hervormingen heeft het Willem Arntsz Huis vanaf ±1828 meer en meer het karakter van een ziekeninrichting gekregen, hetgeen voor andere inrichten (met name te Zutphen en Deventer) aanleiding heeft gegeven tot het volgen van het Utrechtse voorbeeld.

Eveneens op naam van Schroeder van der Kolk staat de felle aanklacht, in het openbaar uitgesproken (het was n.b. zijn rectorale rede van 1837), tegen de heersende toestanden in de Nederlandse inrichtingen. Schroeder van der Kolk, die sindsdien te boek staat als de grote hervormer van de Nederlandse psychiatrie, zei toen o.m.:

> 'Wend ik mij daarentegen de ogen naar ons Vaderland, dan sta ik in twijfel of hier een gevoel van droefheid dan wel schaamte rechtmatig zijn. De gewichtige en hoogst noodzakelijke verzorging van krankzinningen is ten enenmale verwaarloosd, voor deze taak van ware menslievendheid is bijna niets gedaan. Ofschoon er hier en elders bijzondere gestichten bestaan alwaar de krankzinnige bewaard en menselijk behandeld wordt, zijn zij echter meestal toevertrouwd aan de zorgen van bijzondere personen, die ten enenmale onervaren in het vak der geneeskunde en dit niettegenstaande het behandelen van zoodanige ziekte een der moeilijkste delen der wetenschap uitmaakt.
> In de meeste plaatsen zijn de krankzinnigen afgezonderd in holen en nauwe kerkers of leiden, met gevangenen en dieven vermengd, een ellendig leven. Boven de ingang van zoodanige kerkers en holen passen Dante's woorden: 'Laat varen alle hoop, gij die hier binnentreedt'.'

De grote invloed van deze rede was onmiskenbaar. Reeds in 1838 drong een ministeriële cirkulaire er bij Gedeputeerde Staten op aan, verbeteringen aan te brengen in de inrichtingen. Een passage uit deze cirkulaire laat zien, hoezeer de

desbetreffende gedachten in overheidskringen samenvielen met die in genoemde rede.

Na de opmerking, dat de Nederlandse inrichtingen in het algemeen slechts uitsluitend dienden tot 'bewaring der krankzinnigen', vervolgde de cirkulaire:

> '. . . Terwijl het thans door de ondervinding, zoo buiten 's lands als in een uit regte oogpunt verbeterd gesticht hier te land, voor bewezen kan worden gehouden dat het moeten zijn gasthuizen voor dit bijzondere soort van zieken, onder welke er, bij ene goede geneeskundige verzorging en menslievende en verstandige leiding, zoo vele voor eene genezing vatbaar zijn, die in eenvoudige bewaarplaatsen niet verkregen wordt, zoo al niet, gelijk dikwerf plaats heeft, eene merkbare verergering en volstrekte ongeneesbaarwording, in dezelve wordt veroorzaakt . . .' (SCHUURMANS STEKHOVEN, 1922)

Voor zover wij hebben kunnen nagaan, wordt hier voor het eerst in een officieel stuk een vermoeden uitgesproken over het verband tussen de aard van een bewaarplaats of die van een verbeterde inrichting, d.w.z. het karakter van de physieke en sociale omgeving enerzijds en het proces van genezing of voortschrijdende dementering anderzijds.

> '. . . Een plaatselijke inspektie in sommige gestichten, nog in 1837 bewerkstelligd, heeft doen zien dat er nog bewaarplaatsen zijn, waar zulke ongelukkigen moedernaakt in donkere hokken, achter zware grendels opgesloten, een aanwezen voortslepen, waarvoor de mensheid gruwt; terwijl in het reeds verbeterd gesticht personen, die elders jarenlang in zulk enen hoogst ellendigen staat hadden doorgebragt, zijn aangetroffen, in zulk eene, ja nog hun verstand missenden, maar overigens zich vrijelijk bewegenden, rustigen, ordelijken en werkzamen toestand verkeerende, dat de beschouwing van dit verschil de vurigsten wensch moest doen koesteren, dat weldra aan alle krankzinnigen in Nederland, eene door hunnen toestand gevorderde behandeling ten deel moge vallen'.

Zonder twijfel mogen we hier spreken van een officiële veroordeling van het bestaande dwang-regime in de meeste inrichtingen met de daaraan verbonden psychische verwaarlozing der geesteszieken. Daarnaast bevat de cirkulaire een pleidooi voor het ombuigen van dit regime, in de verwachting, dat een geneeskundige verzorging gepaard met een menslievende en verstandige leiding tot genezing der geesteszieken kan leiden. Met andere woorden de scherpe afwijzing van de geesteszieke begint in deze cirkulaire iets verzacht en getemperd te worden.

Uiteraard kon dit pleidooi – vermoedelijk in verband met de belangrijke

financiële konsekwenties van de aangeprezen verbeteringen – niet meteen het gewenste resultaat voortbrengen, zoals wij gezien hebben in het Rapport der Inspekteurs van 1842. Niettemin vormt de inhoud van de cirkulaire het bewijs, dat de overheid sinds 1838 ernstig heeft gepoogd om hervormingen op gang te brengen op het gebied van de institutionele zorg voor geesteszieken.

Naast die poging tot het komen van hervormingen, 'vanuit de top' is ergens aan de basis van het systeem in 1837 – d.w.z. een jaar vóór de ministeriële cirkulaire – een opvallend initiatief ontplooid op het gebied van de psychiatrische verpleging. Wij doelen op het verfrissende optreden van Johannes van Duuren, de opzichter van het Cellenbroederenhuis te Nijmegen, een man die zijn tijd zeker meer dan 100 jaar vooruit was. Men kan spreken van een 'incident', omdat dit optreden als het ware uit de lucht kwam vallen en na de pensionering van Van Duuren in 1866 weer in het niet verdween: nergens sloot het aan bij de toenmalige lijn der ontwikkeling; het gebeurde had in Nederland geen enkel precedent, noch ook vond het enige navolging. Wel heeft – alweer een ministeriële cirkulaire – in 1843, overigens zonder de naam van de opzichter te vermelden, deze merkwaardige gebeurtenis vastgelegd.

Op 4 september 1837 werd de 33-jarige Van Duuren benoemd tot opzichter van het Cellenbroederenhuis. Tot die datum was hij ambtenaar bij de stedelijke belastingen in Nijmegen. Ofschoon Van Duuren – gezien die vroegere funktie – niet ongeletterd was, kan men toch niet stellen, dat zijn vooropleiding hem voor deze nieuwe funktie heeft voorbereid: psychiatrie noch psychiatrische verpleegkunde waren toen als beroepsbeoefening bekend en werden derhalve nog nergens onderwezen. Wel had van Duuren zich op zijn nieuwe funktie voorbereid, door kennis te nemen 'van hier en daar verspreide werken omtrent behandeling der krankzinnigen' (een intrigerende vraag is, waaruit precies die lektuur bestond; zou het werk van Nieuwenhuys bijvoorbeeld daartoe hebben behoord?).

Bij zijn komst in het Cellenbroederenhuis trof de nieuwe opzichter een gebouw aan, dat inwendig aan een gevangenis deed denken, waarin 25 gedetineerden permanent in hun hokken werden opgesloten. Slechts 1 maal per week werden deze mensen voor korte tijd uit de hokken gehaald, zodat deze vertrekken konden worden gereinigd. De voorganger van Van Duuren verzekerde hem, dat hij slechts op deze wijze in staat was geweest de orde in het huis te bewaren en te voorkomen, dat de gestoorden elkaar, of hemzelf en de knechten, lastig vielen. Volgens deze voorganger hadden de 'krankzinnigen alle menselijk gevoel afgelegd', stonden zij tegenover alles onverschillig en toonden zij nooit enige dankbaarheid voor vriendelijke behandeling of vriendelijke toespraak. Een andere 'raad' die Van Duuren van zijn voorganger meekreeg, was, nimmer geloof te hechten aan welke uitingen, verzekeringen of klachten der gestoorden dan ook.

Ook de toenmalige chirurgijn van het huis kwam met herhaalde waarschu-

wingen; hij verzekerde de nieuwe opzichter, dat een bepaalde patiënt geen ogenblik, hoe kort ook, uit zijn kamer mocht worden gelaten, omdat er dan grote kans was op moord en doodslag. Maar de nieuwkomer dacht er anders over. Hij werd bezield door menslievendheid en gevoel voor mensenwaarde; hieruit sproot voort zijn 'geloof aan de mogelijkheid, dat, hetzij gedeeltelijk, hetzij geheel, sommige krankzinnigen van hunne krankzinnigheid hersteld konden worden en de overige ertoe gebracht, om onhebbelijkheden van velerlei aard na te laten, die, of schadelijk waren voor henzelve of hen beneden het dier plaatsen'. Met dergelijke gedachten vervuld moet voor Van Duuren die eerste rondgang door het gebouw bepaald stuitend geweest zijn. Lang liet hij de aangetroffen toestanden niet voortduren. Vier weken na zijn benoeming begon de serie van spektakulaire maatregelen, te beginnen met het geleidelijk aan openen van alle kamers; en op het laatst ook van diegene, die als gevaarlijk bekend stond.

> 'In den beginne echter konden slechts weinigen gebruik maken van de hen nog nimmer geschonken, noch nimmer door hen gesmaakte vrijheid om zich te bewegen; enkelen vielen flauw, toen het volle genot der versche lucht hen te beurt viel; sommigen, door jarenlang altijd in hunne kamertjes op dezelfde wijze te liggen of te zitten, of alleen door altijd opgesloten geweest te zijn, hadden bijna den lust, ja sommigen het vermogen verloren, om zich naar eisch te kunnen bewegen; één eindelijk, eene vrouw, kon zich in het geheel niet bewegen, zoo dat de opzichter verplicht was, haar naar de opene plaats te dragen.
>
> Van den eersten dag af aan, dat hij alzoo handelde, dat is, zijn menschen als het ware vrijgaf, mogt hij de zelfvoldoening smaken, dat het gedrag van geen enkele der krankzinnigen zijne hoop teleurstelde. Bij velen overtrof dat gedrag verre zijne verwachting. Het geschreeuw en geraas, 't welk zij, opgesloten in hunne kamertjes, vroeger maakten, hield als bij tooverslag op. Allerlei gebaarmakingen, het gooijen met dit of dat, ook het grijpen naar een en ander, vooral naar hen, die hunne verblijven voorbij kwamen, en de daarbij uitgestorte verwenschingen, werden slechts hoogst zelden meer gezien of gehoord, en hielden weldra, op enkele uitzonderingen na, – bij dezen of genen, bij wie dit periodiek terugkwam – eveneens geheel op. Onder elkaar verdroegen zij zich in vrede; zij gaven bewijzen van willige volgzaamheid en luisterden naar verbieden.
>
> Spoedig namen alle in sterkte en gezondheid toe; zelfs die vrouw waarvan zooeven gesproken is, leerde, schoon ineen gebogen, op haar vijftigste jaar andermaal loopen, eigenlijk met de voeten schuiven, doch genoeg om zich te bewegen, om zich derwaarts te begeven, zonder hulp, waar zij wezen wilde. En dit ontwarende, begon de opzigter van lieverlede hen te bewegen, en daarna te gewennen, zichzelve, en dat dagelijks, goed

te wasschen en reinigen, zelve zorg te dragen voor hunne kleeding, die zuiver te houden en niet te scheuren; hunne kamertjes schoon te houden en op gezette tijden schoon te maken; hunne behoeften op de daarvoor bestemde plaatsen te doen, des nachts in hunne kamertjes, des daags in de galerij enz. enz. Bij den een gelukte dit spoediger dan bij den ander, doch eigenlijk, door des opzigters geduldige en taaije volharding, bij allen; zoo dat slechts in enkele gevallen, om hen tot het van hen gevergde te bewegen, hij zijne toevlugt moest nemen tot de, nu voor hen zoveel beduidende, bedreiging, van dan weer genoodzaakt te zijn, hen in hunne kamertjes op te sluiten. Dit argument werkte meestal onmiddellijk als bedreiging, en doet dit thans vooral niet minder. En had de bedreiging het gewenschte gevolg niet, dan werd stipt woord gehouden. De opsluiting zelve, hoe kortstondig ook, en kortstondig was zij steeds, en meest slechts minuten lang, miste nooit doel'.

Behalve het laten wennen der verpleegden aan de orde, zindelijkheid en netheid, trachtte Van Duuren hen aan te sporen om nuttige arbeid te verrichten. Dit lukte bij de vrouwelijke verpleegden voor een belangrijk deel; bij de manlijke slechts zeer ten dele. Maar over het geheel genomen stond het peil der verzorging in deze Nijmeegse inrichting toch mijlen ver boven hetgeen in de andere Nederlandse inrichtingen in die tijd gangbaar was. In het bekende Rapport van 1842 schreven de Inspekteurs over Van Duuren en zijn echtgenote, dat zij als 'ware modellen kunnen worden aangeprezen'. En in het huis heerste volgens de Inspekteurs een stilte en tevredenheid, 'hoedanig in het beste gesticht niet beter zouden kunnen verlangd worden'.

De verdiensten van de opzichter vonden in 1842 dan ook een officiële erkenning, toen hem de koninklijke onderscheiding van 'Broeder van de Nederlandse Leeuw' te beurt viel. Maar al eerder hadden de Regenten van het Cellenbroederenhuis vanaf het jaar 1838 herhaaldelijk, mondeling zowel als schriftelijk, hun tevredenheid over Van Duuren betuigd (VAN DER ESCH, 1949, p. 299-300).

Voorstellen van de opzichter hadden bij de Regenten een welwillend gehoor; zoals bijvoorbeeld het revolutionaire voorstel in mei 1842 om een voormalige verpleegde als knecht in het huis in dienst te nemen. De tevreden stemming onder de Regenten over het beleid van de opzichter bereikte haar hoogtepunt op de buitengewone vergadering van 10 oktober 1842, bij welke gelegenheid de Regenten Van Duuren gelukwensten met zijn koninklijke onderscheiding.

Een tijd hierna ging er langzaam maar zeker iets veranderen in de verhouding tussen de Regenten en de opzichter. Het zou begonnen kunnen zijn op 6 maart 1844, toen een verzoek van Van Duuren om 3 dagen met verlof buiten de stad te gaan door de Regenten werd afgewezen. Zijn eerste ernstige berisping kreeg de opzichter op 6 mei in datzelfde jaar, omdat de opzichter de voorzitter van

het Regentenkollege niet had gewaarschuwd, toen twee Inspekteurs op 1 april 1844 onverwachts het huis bezochten (toen was nog niet van kracht de bepaling uit de wet van 1884, dat in de gestichten *ten allen tijde* vrije toegang wordt verleend aan de Inspekteurs).

De volgende terechtwijzing kwam in februari 1846. Een broer van de opzichter was geestesziek geworden en zou over zes weken in het geneeskundig gesticht te Zutphen worden opgenomen. Om die zes weken te overbruggen had Van Duuren zijn broer in het Cellenbroederenhuis opgenomen 'zonder kosten voor het gesticht'. Toen hij hiervan mededeling aan de Regenten deed, gelastten deze het vertrek van zijn broer binnen 24 uur. De opzichter werd aan zijn instrukties herinnerd, om niemand in het gesticht te ontvangen, laat staan op te nemen zonder machtiging van de Regenten. Op 11 januari 1847 kreeg de opzichter naar aanleiding van een vier weken eerder plaatsgevonden ontvluchting van twee verpleegden van de Regenten te horen, dat de achtergrond van de ontvluchting gelegen lag in de frekwente afwezigheid van de opzichter en het feit dat de deur tussen de manlijke en vrouwelijke afdelingen niet altijd gesloten was. De Regenten hielden Van Duuren voor, dat hij zoveel mogelijk in het gesticht moest blijven, omdat anders het toezicht teveel aan loontrekkenden werd overgelaten, 'hetgeen tot allerlei schadelijke handelingen kan leiden'. Bovendien moest de opzichter ervoor zorgen, dat de bewuste deur gesloten bleef en die slechts te openen, indien hij of de bedienden erdoor moesten.

Op 31 oktober 1850 vond er weer een ontvluchting plaats. De Regentenvergadering van twee weken later verweet de opzichter nalatigheid en gemis om de nodige voorzorgen te nemen, waardoor de ontvluchting volgens de Regenten mogelijk was geworden. De Regenten gaven Van Duuren te verstaan, dat uitsluitend hij en zijn vrouw het toezicht moesten uitoefenen over de sleutels van de hoofddeur, en, teneinde iedere ontvluchting te voorkomen, ervoor te zorgen, dat vooral de mannelijke verpleegden zoveel mogelijk in de voor hen bestemde lokalen blijven vertoeven en hen verwijderd te houden van de vertrekken van de opzichter en zijn gezin.

De opvattingen der Regenten en die van Van Duuren kwamen scherp tegenover elkaar op een vergadering van 2 juni 1851 naar aanleiding van een op 23 mei 1851 gepleegde zelfmoord van een verpleegde. Volgens de Regenten had door een nauwkeuriger toezicht van de opzichter het ongeluk zo niet voorkomen, dan toch niet op die wijze (nl. door een mes) voltrokken kunnen worden. Het kollege achtte het nu bewezen, dat het *schadelijk* was, om vooral manlijke verpleegden niet *behoorlijk te bewaken* en hen bovendien een te grote vrijheid van beweging te verlenen door het hele gesticht heen. Men gelastte Van Duuren de verpleegden de toegang te ontzeggen tot de vertrekken van de opzichter en zijn gezin en de verpleegden *steeds opgesloten te houden* in de voor hen bestemde vertrekken, waar bovendien steeds toezicht aanwezig diende te zijn (kursivering van ons). En daarmee werd Van Duuren's beleid uitdrukke-

lijk door de Regenten gedesavoueerd. De gevolgen bleven niet uit. In het verslag van 1851-1853 over de staat der gestichten schreven de Inspekteurs naar aanleiding van hun bezoek aan Nijmegen het volgende:

> 'Hoewel de krankzinnigen hier, evenals in andere bewaarplaatsen, in het algemeen zachtzinnig worden behandeld, troffen wij echter een, kort voor ons bezoek tijdelijk opgenomen, lijder aan, bestemd om naar een geneeskundig gesticht te worden overgebracht, wien men, ter zake van zijnen buitengewoon opgewekten en woeligen toestand, en van zijne bijzondere neiging tot ontvlugten, als voorzorg daartegen, de beenen aan elkander had verbonden, door middel van een ijzeren hangslot tusschen beide, hetgeen door de gestadige aanraking tot ontsteking kon leiden, terwijl hij ook blootvoets was . . .' (VAN DER ESCH, 1949, p. 306)

Hetgeen een ander beeld oproept dan het geschrevene in het verslag van 1842! De vraag rijst, of de behoudzuchtige Regenten van het gesticht Van Duuren tenslotte van zijn revolutionair elan hebben afgebracht en hem op het vertrouwde spoor van de strenge bewaking hebben kunnen zetten. Of geloofde Van Duuren zelf op den duur niet meer in zijn eigen revolutionaire benadering der verpleegden?

Laten wij thans weer terugkeren naar de verrichtingen aan de 'top' met betrekking tot de institutionele zorg voor geesteszieken.

Na de ministeriële cirkulaire van 1838, die heeft opgeroepen tot hervormingen in de institutionele zorg voor geesteszieken, werd de ontwikkeling binnen de afzonderlijke inrichtingen in zeer belangrijke mate bepaald door de invoering van de 'Krankzinnigen-wet' van 1841. Voordat deze wet in werking trad, was het – zoals wij reeds vermeld hebben – zo, dat de geneeskundigen vrijwel niet of zelfs in het geheel niet waren betrokken bij de gang van zaken betreffende de verpleging en behandeling van geesteszieken in de Nederlandse inrichtingen. Het is de wet van 1841 geweest, die daarin – langzaam maar zeker – verandering heeft gebracht; m.a.w. deze wet luidde het begin van het einde in van het 'voor-medische tijdvak'. In de Krankzinnigen-wet van 1841 werd namelijk voor het eerst bepaald, dat bij een opname van een geesteszieke en gedurende het verblijf van de patiënt in het 'gesticht', geneeskundigen een zekere rol dienen te vervullen.

In grote lijnen komen de voor ons betoog belangrijke bepalingen dezer wet op het volgende neer:

De in Nederland aanwezige inrichtingen voor geesteszieken worden allereerst onderscheiden in 'geneeskundige gestichten' en 'bewaarplaatsen'. De geneeskundige gestichten hebben ten doel het herstel van geesteszieken te bevorderen, terwijl de bewaarplaatsen ertoe dienen de volgens de wet daarvoor in aanmerking komende personen 'van de maatschappij af te zonderen'.

Bij een verzoek tot opname (door bloedverwanten van de geesteszieke te

richten aan de president van de arrondissementsrechtbank) dient een verklaring te worden overgelegd, afgegeven door een geneeskundige, die niet aan het desbetreffende gesticht is verbonden. In een dergelijke 'geneeskundige verklaring' worden de bijzonderheden van het gedrag en andere blijken van 'krankzinnigheid' van de betrokkenen vermeld. Op grond van deze geneeskundige verklaring verleent de president van de arrondissementsrechtbank machtiging tot opname in een inrichting. Dientengevolge wordt sinds 1841 niemand meer in een inrichting opgenomen zonder tussenkomst van een medicus, ook al blijft de opname-procedure een sterk justitieel karakter behouden.

Maar ook in de inrichtingen zelf wordt een geneeskundige interventie, welke in dit vroegere stadium slechts observatie inhield, door de wet mogelijk gemaakt:

De 'geneesheer' van het gesticht is verplicht gedurende vier weken na de opname zijn dagelijkse bevindingen over de toestand van de patiënt te noteren. Aan de hand van deze notities dient hij een verslag op te maken, waarin hij zijn bevindingen samenvat en een oordeel geeft over de vraag, of de toestand van de patiënt zodanig is, dat verdere verpleging in de inrichting hetzij voor zijn herstel, hetzij in het belang der openbare orde, of ter voorkoming van ongelukken, nuttig of noodzakelijk moet worden geacht.

Vergezeld van een nader verzoekschrift gaat dit verslag naar de arrondissementsrechtbank, die op grond van de vermelde stukken de machtiging verleent de patiënt in de inrichting te doen verblijven voor de duur van een 'proeftijd' van hoogstens één jaar. Als regel levert de verklaring of het verslag van de gestichtsarts voldoende grond op voor het verlenen van de machtiging.

Wanneer naar het oordeel van de gestichtsarts de geesteszieke in de loop van de genoemde proeftijd niet herstelt, zal deze geneeskundige een verklaring over de toestand van de patiënt opstellen, welke verklaring vóór het einde van de proeftijd aan de arrondissementsrechtbank dient te worden aangeboden. Hierop verleent de rechtbank een nieuwe proeftijd van één jaar. Na het einde van dit tweede jaar, kan, indien nodig, dezelfde procedure worden gevolgd. Wanneer de patiënt aan het einde van zijn derde proeftijd niet is hersteld, zal er geen andere vernieuwing worden toegestaan, maar zal de patiënt als in 'gedurigen staat van krankzinnigheid verkerende' worden aangemerkt.

Ofschoon de beslissing over het verdere verblijf van geesteszieken in de inrichting formeel in handen van de rechter blijft, zien we hier toch dat de medicus in feite een zeer belangrijke, zo niet beslissende, stem heeft verworven. Voor het ontslag van patiënten is geen rechterlijke bemoeienis nodig. Wanneer de gestichtsarts verklaart, dat bij een in het gesticht opgenomen patiënt 'geen sporen van krankzinnigheid aanwezig zijn', of dat hij 'genoegzaam hersteld' is, kan het bestuur van de inrichting het ontslag regelen in overleg met de belanghebbenden. Met andere woorden het bestuur wordt in dezen afhankelijk van de medicus, die het in dienst heeft genomen.

Aldus heeft de wet van 1841 de besturen van de inrichtingen verplicht niet slechts om medici in dienst te nemen, doch ook om deze medici een belangrijke rol toe te bedelen bij de verpleging van geesteszieken.

Desondanks heeft deze verplichting niet geleid tot een bijzonder snelle groei van het aantal gestichtsartsen in Nederlands sinds 1841. Vermoedelijk viel dit o.a. samen met de omstandigheid, dat de zorg voor geesteszieken eeuwenlang het exclusieve domein geweest was van de desbetreffende Regenten-kolleges, zodat deze zich slechts schoorvoetend van hun machtspositie lieten verdringen.

In het Willem Arntsz Huis – in die tijd één van de 'modernste' inrichtingen – dat in 1841 tot 'geneeskundig gesticht' was verklaard, benoemde men in dat jaar voor het eerst een vaste geneesheer, die 'gedurende enkele uren per dag' aanwezig was en tot taak had de 'zieken' onder de gestichtsbewoners te behandelen (VAN DER LITH, 1863, p. 125). De verwondingen van de patiënten werden door de gestichtschirurgijn behandeld; ook na 1850 was dat nog het geval.

Het duurde tot 1853 eer die taak voor 'enkele uren per dag' werd omgezet tot een volledige dagtaak. (VAN DER LITH, 1863, p. 134). Maar ook toen kreeg de arts van het Willem Arntsz Huis nog niet het beheer van de afdelingen onder zich. Dit gebeurde pas in 1858, toen Schroeder van der Kolk huismeester-regent werd en Dr. van der Lith als geneesheer-specialist de opdracht ontving om leiding te geven aan enkele vrouwen-afdelingen, waarvan het personeel in die tijd werd betiteld met 'opzichtsters' (VAN DER LITH 1863, p. 149). De andere afdelingen van het huis stonden nog rechtstreeks onder het beheer van de huismeester-regent, die dit delegeerde aan een direkteur en direktrice. Over deze twee laatstgenoemde funktionarissen had Dr. van der Lith als geneesheer-specialist echter nog geen enkele zeggenschap.

Slechts na zijn benoeming enige maanden later tot Geneesheer-direkteur (1859) werden ook de andere afdelingen, de hoofdopzichter en hoofdopzichtster (d.w.z. de vroegere direkteur en direktrice) en de zogenaamde 'Inwendige Dienst' aan hem gesubordineerd (VAN DER LITH 1863, p. 150).

Hieruit valt op te maken, dat, afgezien van de situatie in het nieuwe Rijksgesticht 'Meerenberg', het in het gunstigste geval tot 1859, d.w.z. bijna 20 jaar na het in werking treden van de wet van 1841, heeft geduurd, eer de interventies van de aan de inrichting verbonden medicus zich tot alle sektoren van de inrichting konden uitstrekken.

Vermoedelijk was de rol van de gestichtsarts in de meeste inrichtingen nog vele jaren ná 1841 beperkt tot een louter formeel-administratieve, met name in verband met de door de wet voorgeschreven procedure bij opname en ontslag van patiënten. Van een leidinggeven door de medicus aan de dagelijkse gang van zaken in de inrichtingen zou dan in die bewuste periode nog heel weinig sprake kunnen zijn.

Dat onder dergelijke 'werkomstandigheden' de positie van gestichtsarts voor

vele medici niet zo aantrekkelijk zal zijn geweest, lijkt ons een niet al te gewaagde veronderstelling. In ieder geval hebben wij, zoals eerder gezegd, uit de beschikbare gegevens voor de periode van 1841 tot 1850 (en in feite nog lang daarna, te weten tot aan het eind van 19e eeuw toe) bepaald geen snelle toevloed van artsen naar de Nederlandse inrichtingen kunnen vaststellen. Over de vraag of in diezelfde periode de invloed van de medici in de inrichtingen is toegenomen, valt weinig te zeggen. Vast staat, dat de prikkels voor de konkrete veranderingen in de jaren tussen 1841-1848 niet van de gestichtsartsen waren uitgegaan, maar van de aktiviteiten van de 'Inspekteurs voor het Krankzinnigenwezen', die zich voornamelijk tot de besturen van de inrichtingen hebben gericht. Wat de Inspekteurs in die jaren tot stand hebben gebracht lag voornamelijk ,maar niet uitsluitend', op het gebied van de bouwkundige en andere materiële verbeteringen.

In de meeste, belangrijke Nederlandse inrichtingen bestonden de verbeteringen in de allereerste plaats uit de verbouwing van de beruchte hokken tot verblijflokalen, die ook behoorlijk verwarmd konden worden. Vervolgens uit het invoeren van gescheiden afdelingen voor de verpleging van mannen en vrouwen. Voorts maakte in genoemde periode de ketenen en ijzeren voet- en handboeien plaats voor linnen dwangbuizen en jakken, en leren hand- en voetriemen. De haveloze kleding der verpleegden werd vervangen door gestichtskleding en matrassen kwamen in de plaats van los stro.

Deze materiële verbeteringen gingen soms ook samen met enige veranderingen in het regime. Zo begon men bijvoorbeeld de verpleegden te laten wennen aan het nuttigen van de maaltijd aan gedekte tafels met borden, lepels en vorken. Voordien werd het voedsel in ijzeren, koperen of houten bakken zonder meer door een kleine opening in het hol naar de geïnterneerden toegeschoven.

Een andere regime-wijziging bestond uit het verschaffen van afleiding en verstrooiing voor verpleegden uit de 'hogere klassen' in de vorm van kegel-, dam- of schaakspel. Soms kwam er zelfs een piano of een biljarttafel. Voor de verpleegden uit de 'lagere klassen' werden werkplaatsen ingericht, waarin men allerlei werkzaamheden kon verrichten, zoals naaien, breien en spinnen voor vrouwen en timmeren, boekbinden, weven e.d. voor mannen.

Overzien we de opgetreden veranderingen in de periode tussen 1841 en 1850, dan krijgen we sterk de indruk, dat zij het allereerste – maar toch ook wel duidelijke – begin markeren van de afbraak van het dwangregime. En het was op dat allereerste beginmoment van de afbraak, dat de medici als full-time gestichtsartsen op het toneel van de 'geneeskundige gestichten' begonnen te verschijnen.

1.2 DE OPKOMST DER GENEESKUNDIGE GESTICHTEN

Overziet men de cijfers over het aantal patiënten in de onderscheiden inrichtingen tussen 1850 en 1900, dan kan men niet ontkomen aan een beeld van uitbreiding en groei in de institutionele psychiatrie. Met het oog op de overzichtelijkheid zullen we het materiaal over die ontwikkeling onder vier gezichtspunten rangschikken.
Achtereenvolgens worden behandeld:
- de fysieke outillage
- de denkbeelden over geestesziekte
- de opvattingen over de behandeling en de gevolgde behandelwijzen, en tenslotte
- de sociale outillage in de gestichten.

1.2.1 *De fysieke outillage*

Wij zagen reeds in het overzicht van de vorige periode, dat sinds 1827 op initiatief van Schroeder van der Kolk de verbouwing en modernisering van het Utrechtse gesticht is begonnen; en dat dit voorbeeld min of meer onmiddellijk werd nagevolgd door de gestichten van Zutphen en Deventer. Na 1850 kwamen ook andere gestichten ertoe, aandacht te schenken aan de bouwkundige en andere materiële voorzieningen. Nu zullen, in de meeste gevallen, de gestichtsbesturen wel daartoe genoopt zijn geweest door de voortdurende toename van het aantal verpleegden.

Zo bedroeg volgens de desbetreffende verslagen over de Staat der Gestichten voor Krankzinnigen bijvoorbeeld het aantal patiënten in het Haagse gesticht in 1851 67, in 1902 382. In Meerenberg groeide het aantal van 259 patiënten in 1851 tot 1313 in 1902. Voor het gesticht in Den Bosch luidden die cijfers: 134 in 1851 en 533 in 1902. Franeker groeide in diezelfde periode van 56 (eind 1851) tot 319 patiënten; Delft van 85 tot 454 patiënten.

In de jaarverslagen van de Inspektie leest men dan ook geregeld, dat wegens 'overbevolking' een gesticht tot uitbreiding (d.w.z. bijbouwen) wenst over te gaan. En zo ontstonden nieuwe gebouwen,[1] nieuwe vleugels of nieuwe paviljoenen. Er kwamen in deze periode ook nieuwe gestichten bij, zoals die in Medemblik, Ermelo, Vught, Loosduinen, Endegeest, Zuidlaren en Grave[2].

Naast nieuwbouw kwamen er ook verbeteringen tot stand bijvoorbeeld van de kleding, voeding, ligging, reiniging, verlichting, verwarming, ventilatie, toiletten, riolering e.d. In elk inspektieverslag wordt melding gemaakt van

[1] Werkplaatsen, afzonderingskamers, ziekenzalen, magazijnen.
[2] De bewaarplaatsen (in 1851 nog 5 in aantal) zijn aan het einde van de periode geheel verdwenen. De laatste, het Cellenbroederenhuis werd in 1886 te Nijmegen opgeheven.

(ver-)bouwaktiviteiten der gestichten. Uiteraard bleven dergelijke aktiviteiten niet beperkt tot deze periode; zij zijn blijven voortduren tot de huidige dag.

1.2.2 *De denkbeelden over geestesziekte*

De uitbreiding met betrekking tot de fysieke ruimte voor de patiënten en de andere verbeteringen op materieel terrein gingen in deze periode bepaald niet gepaard met een koortsachtige ontwikkeling van de denkbeelden over geestesziekte. Enige ontwikkeling was er zeker, met name van de denkbeelden, die reeds in 1827 door Schroeder van der Kolk waren geuit. Zoals vermeld zag Schroeder van der Kolk de krankzinnigheid in de eerste plaats als een aantasting van de 'hersenkracht', veroorzaakt door stoornissen in de bloedstroom of in het bloed, die de voornaamste prikkels vormen voor genoemde kracht.

Daarnaast zag deze eerste Nederlandse psychiater ook wel in, dat er in de oorzaken van de krankzinnigheid externe faktoren een rol kunnen spelen; maar een verdere explicitering van dergelijke faktoren gaf Schroeder van der Kolk niet. Welnu, het is het gebied van deze explicitering van genoemde externe faktoren, waarin zich de ontwikkeling der denkbeelden gedurende deze periode voltrokken heeft.

Het begon in het verslag over 1854/56, waar op bladzijde 29 terloops als oorzakelijke achtergronden voor krankzinnigheid werden genoemd:

- kommer
- huiselijk verdriet
- armoede en gebrek.

De genoemde achtergronden zijn vandaag gemakkelijk te vertalen door 'sociale en emotionele ontberingen'. Volgens het inspektieverslag zouden dergelijke achtergronden tot idiotisme leiden.

Gedurende de daarop volgende jaren wordt er over de 'oorzaken der krankzinnigheid' tussen de geneesheren van verscheidene gestichten gediskussieerd. De een zocht het in de 'erfelijke aanleg'. Een tweede in een 'overprikkeling der hersenen' in verband met de vele inspanningen ten behoeve van de strijd om het bestaan. De derde gewaagde van een 'konstitutionele verandering'; de vierde van 'slechte voeding', waardoor de 'kracht tot weerstand in de strijd des levens verloren' gaat. Anderen noemden 'godsdienstige dweperij', 'teleurgestelde liefde', en 'misbruik van sterke drank'.

In 1877 kristalliseerde deze diskussie zich uit in een voorstel van de inspekteurs om voortaan de 'oorzaken der krankzinnigheid' te registreren aan de hand van een indeling naar 'lichamelijke' en 'zedelijke' faktoren. De lichamelijke oorzaken omvatten: akute ziekten, chronische ziekten, erfelijkheid, kritische perioden bij de vrouw, buitensporigheden in het geslachtsleven, misbruik van sterke drank, gebrek, en hoge leeftijd. Onder de zedelijke oorzaken werden gegroepeerd: overmatige arbeid van de geest, overdreven godsdienstzin,

verdriet, schrik, angst, en toorn. De eerste publikatie van een dergelijke statistiek van oorzaken is te vinden in het verslag over de jaren 1878 t/m 1881.

Bij het weergeven van deze statistiek en die over 1888 t/m 1890 volgen wij een *andere indeling*; in plaats van 'lichamelijke' schrijven wij 'biologische', terwijl de term 'zedelijke oorzaken' werd vervangen door 'niet-biologische faktoren'. Bovendien groeperen wij in afwijking van het inspektieverslag de rubrieken 'buitensporigheden in het geslachtsleven', 'misbruik van sterke drank' en 'gebrek' *niet* onder de 'biologische' doch onder de 'niet-biologische' oorzaken.

TABEL I

Oorzaken van krankzinnigheid in procenten

volgens de inspektieverslagen	1878/81	1888/90
Biologische oorzaken:		
Acute ziekte	5,5	8,2
Chronische ziekte	25,2	19,1
Erfelijkheid	20,9	24,3
Hoge leeftijd	4,7	7,2
Kritische perioden bij de vrouw	2,7	1,2
Niet-biologische faktoren:		
Buitensporigheden in het geslachtsleven	4,0	3,7
Misbruik van sterke drank	8,5	7,2
Gebrek	2,3	2,3
Overmatige arbeid van de geest	2,1	3,2
Overdreven godsdienstzin	6,6	3,2
Verdriet	10,7	14,3
Schrik, angst en toorn	6,8	6,1
Biologische oorzaken	59	60
Niet-biologische faktoren	41	40

Bron: Verslag 1878-1881 en 1888-1890.

Wat ons bij dit staatje, dat in de jaarverslagen tot 1941 werd voortgezet opvalt is, dat men reeds in een vrij vroeg stadium oog heeft gehad voor de niet-biologische faktoren. Uiteraard is het een sterke vertekening, wanneer men op grond van dit staatje stelt, dat toendertijd 40% van de oorzaken van krankzinnigheid werden toegeschreven aan sociaal-psychologische faktoren. Die vertekening zou geringer worden, wanneer men volgens de *oorspronkelijke* indeling te werk gaat en de 'zedelijke oorzaken' zoals overmatige arbeid van de geest, overdreven godsdienstzin, verdriet, schrik, angst en toorn, samenvoegt. Maar ook dan komt men voor de beide perioden op een percentage van meer dan 26, hetgeen ons toch nog altijd niet onaanzienlijk voorkomt.

Pas in 1926 heeft Van der Scheer de denkbeelden over geestesziekte verder

gebracht, door te stellen, dat krankzinnigheid weliswaar een grote hoeveelheid zenuwweefsel in de hersenen kan vernietigen, maar dat er meestal toch nog voldoende overblijft. Volgens Van der Scheer blijft de patiënt daardoor 'een op de omgeving reagerend individu'.

Op grond van dit nieuwe inzicht heeft Van der Scheer in navolging van Simon in Gütersloh de zg. 'aktievere therapie' in Santpoort ingevoerd. Nadere bijzonderheden hiervan zullen in de volgende paragraaf worden vermeld.

1.2.3 *De opvattingen over de behandeling en de gevolgde behandelwijzen*

Omstreeks 1850 was Meerenberg (het huidige Santpoort) het enige gesticht dat werkelijk met iets nieuws wilde beginnen. De toenmalige geneesheer-direkteur Dr. Evers had in Engeland kennis genomen van het 'no-restraint' systeem van Conolly en was daar zo van onder de indruk gekomen, dat hij dit systeem in Meerenberg wilde invoeren. Wat Evers op het oog had was zeker geen kleinigheid en wellicht was zijn beleid zelfs revolutionair te noemen. Op dat moment namelijk werden in alle andere Nederlandse gestichten vele gestoorden nog 'verpleegd' in dwangbuizen en dwangstoelen, in getraliede kribben en in onverwarmde cellen, zodat menigmaal ledematen afvroren. En ook boeien en kettingen, waarmee de gestoorden waren vastgeklonken aan ijzeren stangen of aan de muur, waren nog bepaald niet tot de zeldzaamheden gaan behoren. (Gedenkboek Santpoort, 1949, p. 106).

Evers ging ervan uit, dat er bij normale mensen sprake was van een harmonisch evenwicht van fysieke, morele en intellektuele vermogens, terwijl dit harmonisch evenwicht bij gestoorden volgens hem was verbroken. Maar zijns inziens zijn die vermogens geenszins verloren gegaan.

> 'Die deugden', zo vervolgt hij, 'schijnen dikwijls geheel uitgedoofd en vernietigd, maar zij bestaan toch en kunnen worden opgewekt. Zulke ongelukkige lijders zijn ongetwijfeld veelal ongeschikt voor de vrije maatschappelijke samenleving, maar het zijn daarom geen onbruikbare mensen, die tot niets nuttigs in staat zijn. Zij behoeven echter voor hen ingerichte gestichten, waar alles op de bruikbaarheid en ontwikkeling van hunne deugden, talenten en hogere vermogens is ingericht; waar zij onder doelmatige, geduldige en liefdevolle leiding een eigen kleine maatschappij vormen, en hun leven nuttig en tevreden slijten, waar zij worden opgevoed en ontwikkeld. Zeer dikwijls worden zij, langs deze weg van algemene leiding en opvoeding, wederom geheel bruikbaar voor de grote samenleving, en keren, na vele jaren zelfs, als hersteld in de gewone maatschappij terug'.

Met andere woorden was Evers niet uitsluitend erop gericht om de geestes-

zieken door middel van een lichamelijke en geestelijke verzorging tot een 'gestichtsaanpassing' te brengen, maar hij had tevens oog gekregen op de aanzet tot het resocialiseren.

Evers trachtte deze doeleinden te verwezenlijken door naast de fysieke of geneeskundige behandeling in engere zin, de meer algemene, of het stelsel van zedekundige behandeling (de Engelse 'moral treatment') aan te wenden. Dit laatste hield in:

- het toepassen en aanwenden van diëtistische middelen
- het aansporen der verpleegden tot arbeidzaamheid, uitspanning en verpozing
- het geven van onderwijs, het houden van godsdienstoefeningen, bijbelverklaringen, zedekundige voorlezingen e.d.
- de afschaffing van lijfsdwang, vermindering van afzondering en opsluiting
- het opwekken tot zelfbestuur der verpleegden
- het aankweken van gevoel van eigenwaarde en zedelijke vrijheid
- de betoning van vertrouwen en onveranderlijke minzaamheid door het dienstpersoneel tegenover de verpleegden
- het bevorderen van algemene bedrijvigheid, zucht tot orde en tevredenheid en tot erkenning van maatschappelijke voorrechten en plichten.

Aanvankelijk leek het erop alsof Evers' pogingen tot het invoeren van het nieuwe regime onmiddellijk zouden slagen. In zijn verslag over 1850 schreef hij:

> '... in de maanden november en december ziet men plotseling een belangrijke afname van dwangbuizen, als gevolg dezer destijds aangevangene pogingen tot afschaffing derzelve, tot invoering van het no-restraint systeem der Engelsen'.

Maar spoedig hierna kwamen er moeilijkheden. Het gesticht werd snel te klein en overbevolkt. Volgens Van der Scheer maakte die overbevolking de invoering van het no-restraint 'bijna onmogelijk': ... 'niet zelden gebeurde het, dat twee mensen, die dan met riemen aan de slaapsteden bevestigd werden om ongelukken te voorkomen, in één cel opgesloten werden'. En 'de dwangstoelen in de cellengang waren vrij veelvuldig bezet, terwijl de getraliede bedsteden nooit ongebruikt bleven'. Vermoedelijk hebben twee faktoren, of de kombinatie daarvan, tot dergelijke toestanden bijgedragen. Ten eerste kreeg Meerenberg bij zijn opening in het jaar 1849 patiënten, die voordien elders verpleegd waren.

De overgrote meerderheid daarvan heeft tot de 'moeilijkste klanten' van het Amsterdamse Buitengasthuis behoord. Deze mensen waren al vele jaren niet alleen ziek, maar ook mishandeld en verwaarloosd. In de tweede plaats was in die tijd het dienstpersoneel nog volkomen ongeschoold en – zoals dat ook telkens uit de verslagen naar voren kwam – weinig voor zijn taak berekend.

Het samentreffen van die twee faktoren heeft, dunkt ons, ertoe geleid, dat Evers' pogingen tot afschaffing van dwang toch op moeilijkheden gingen

stuiten. Die moeilijkheden ontsproten, volgens VAN DER SCHEER (1933 p. 24), 'vooral uit de gemakzucht, maar ook uit angst. Wat was toch gemakkelijker voor het personeel, dan een patiënt geneigd tot dadelijkheden, tot scheuren, enz. door een dwangbuis onschadelijk te maken. Onontwikkeld als de meesten waren, bekommerden zij zich niet om het welzijn der kranken, maar hadden alleen eigen veiligheid en gemak in het oog'. (Deze laatste zin lijkt ons weinig te getuigen van een goed begrip voor de uiterst moeilijke omstandigheden, waaronder het dienstpersoneel in die tijd zijn taak moest vervullen).

Naast die weerstanden van interne aard had Evers te kampen met tegenwerking van buitenaf. In het gedenkboek over Meerenberg lezen wij: 'Allerwege werd de methode veroordeeld, verdacht gemaakt en aangevallen' (Gedenkboek Santpoort, 1949, p. 107). Ook de inspekteurs schaarden zich achter de bezwaarden. In het verslag over 1851-1853 schreven zij (lees: Schroeder van der Kolk), dat zij het absolute afzien van dwang 'overdreven' achtten. Zij vonden het no-restraint systeem niet in overeenstemming met hetgeen zij als de juiste behandeling zagen. Naar hun oordeel dienden de geneeskundige behandeling van, én psychische leiding over patiënten gericht te zijn op het bevorderen van kalmte des gemoeds, en rust en tevredenheid; en op het voorkomen van alles wat razernij of opgewektheid (d.w.z. opgewondenheid) kan teweegbrengen of doen voortduren. En dit werd met het nieuwe systeem niet onmiddellijk op duidelijk zichtbare wijze bereikt; althans in de ogen van de inspekteurs, getuige het volgende citaat:

> 'Wij menen zelfs meermalen te hebben opgemerkt dat een razende aan wien het vrije gebruik van beweging wordt gelaten, juist doordien zijne hevigheid de bloedsomloop zeer versnelt, moeilijker tot bedaren en kalmte is te brengen, dan wanneer hij op een dwangstoel is geplaatst, waar bij gemis van beweging, het vaatstelsel en daarmee de opwekking der hersenen spoedig bedaart en de kalmte terugkeert'.

Vandaar de uitgesproken tegenzin der inspekteurs om de andere gestichten, waar nog volop met dwangmiddelen werd gewerkt, als 'minder goed' te kwalificeren in vergelijking tot Meerenberg. In dit gesticht waren sinds eind 1854 geen dwangstoelen of -buizen, 'noch enig ander middel van bedwang' meer in gebruik, behalve de tralie-bedden, die het jaar daarop werden afgeschaft. Niettemin kwam in de lijst van gestichten welke in de periode 1854/56 'het meest gevorderd in het vermijden van lijfsdwang' waren, Meerenberg niet voor; hetgeen de houding der inspekteurs tegenover dit vooruitstrevend gesticht wel heel scherp tekent.

Pas in 1863 – na de dood van Schroeder van der Kolk – werd Meerenberg in het bewuste lijstje opgenomen. Maar de kritiek op het no-restraint systeem bleef nog in vele inspektieverslagen nadien gehandhaafd; de kentering in het

oordeel over het systeem vond plaats omstreeks het einde van de jaren '80, ofschoon al in 1874 de gestichtshoofden van Delft en Zutphen zich voor het nieuwe stelsel hadden uitgesproken.

Tenslotte lezen we in het verslag over 1894-1896 voor het eerst: 'het no-restraint stelsel is de laatste jaren met grote schreden vooruitgegaan'.

Men kan zich na een beschouwing van dergelijke gegevens niet aan de indruk onttrekken, dat de afschaffing van de dwang als therapeutische oriëntatie na haar introduktie door Evers, in Nederland slechts zeer schoorvoetend en aarzelend terreinwinst heeft geboekt. Waarschijnlijk kon dit moeilijk anders, aangezien, voor zover wij weten, het invoeren van zo'n nieuw stelsel slechts onder bepaalde voorwaarden mogelijk blijkt. Er moet bijvoorbeeld aan de voorwaarde worden voldaan, dat degene die het nieuwe wil invoeren, uitdrukkelijk de bevoegdheid heeft om de dagelijkse gang van zaken in het gesticht te beïnvloeden én ook het vermogen daartoe bezit. Dus voor een zo wezenlijke ombuiging van het gangbare gestichtsstelsel was het nodig geweest dat de geneesheer:

a. in vaste dienst van het gesticht was
b. dagelijks in het gesticht aanwezig was
c. zich met enthousiasme wierp op de dagelijkse problemen rondom het omgaan met patiënten
d. de vaste wil had het nieuwe stelsel in te voeren
e. het personeel voor de nieuwe denkbeelden won
f. het personeel vaardigheden bijbracht welke voor het nieuwe stelsel waren vereist

Nu is het – voor zover wij uit de inspektieverslagen kunnen nagaan – wel gebleken, dat in de meeste Nederlandse gestichten tot omstreeks 1890 aan genoemde voorwaarden slechts zeer ten dele was voldaan. In de eerste plaats waren in 1853 niet alle gestichtsbesturen overtuigd van het nut van 'vaste' geneesheren. In dat jaar hadden slechts 6 van de 12 geneeskundige gestichten vaste geheesheren in dienst. En over de periode 1888/90 lezen we: 'In de grootste gestichten zijn nog niet alle geneesheren in vaste dienst'. Bovendien was het tot 1893 zeer de vraag, of de positie der geneesheren in de gestichten reeds zodanig was, dat zij hen de gelegenheid verschafte om voldoende invloed op de gang van zaken uit te oefenen. Het verslag over 1891/93 gaf het volgende beeld: De geneeskundige dienst is nog niet in alle gestichten tot zijn recht gekomen; in vele gestichten was bij de komst der inspekteurs in het gesticht geen geneesheer aanwezig. M.a.w. de geneesheren waren niet dagelijks op het gesticht aanwezig.

In verband hiermee rijst de vraag of de geneesheer zich wel in voldoende mate op de problemen rondom het omgaan met gestoorde mensen bezig heeft gehouden om enige 'greep' te verwerven op het dagelijks werk van het personeel op de afdelingen. Hetzelfde verslag vermeldt, dat er door het personeel *buiten*

voorkennis der geneesheren dwangmiddelen worden aangewend. En dat, terwijl reeds in 1874 in het inspektieverslag de gedachte werd geopperd dat de geneesheer 'methodische lering en leiding' aan oppassers zou dienen te verschaffen, en de eerste kursussen in het 'verplegen van krankzinningen' omstreeks 1890 waren begonnen. Onder die omstandigheden wordt het begrijpelijk, dat men in de meeste gestichten na 1850 een tijd lang op de oude voet bleef voortgaan.

Zo werden in de periode 1851-1853 voor de behandeling naast geneesmiddelen opium, joodkalium, digitalis, braakwijnsteen, laxeermiddelen enz., ook bloedzuigers aangewend. Daarnaast had men de baden en de koude douches en uiteraard de bekende dwangmiddelen. Ook de zg. werkverschaffing was in die tijd op gang gekomen en in een aantal gestichten werden op gezette tijden godsdienstoefeningen voor de geïnterneerden gehouden. In 1863 werden volgens de opgaven der afzonderlijke gestichten deze godsdienstoefeningen bijgewoond door ongeveer 50% van de opgenomen lijders. Over de betekenis van die bijeenkomsten schreven de inspekteurs in het verslag over 1860-1863 (p. 62):

> 'Vroeger was hoofddoel: de krankzinnigen, door opsluiting en verwijdering uit de maatschappij, onschadelijk te maken. Toen werd het voldoende geacht hen die lichamelijke verzorging te verschaffen, welke voor het levensonderhoud onmisbaar was; zonder na te gaan of in hen nog spranken waren overgebleven van die hogere en meer edele gewaarwordingen, die ook door de indrukken van de godsdienst opgewekt en bevredigd kunnen worden'.

Dat wil zeggen: de godsdienstoefeningen werden op dat moment gezien als middel tot het bereiken van een nieuwe doelstelling van de gestichten; men was niet meer uitsluitend gericht op de bewaring en verzorging van krankzinnigen, maar men had daarnaast oog gekregen voor een pogen om morele invloeden op de patiënten uit te oefenen. Of van dit laatste in de praktijk veel is terechtgekomen, wagen wij te betwijfelen. Uit hetzelfde verslag blijkt namelijk, dat het gebruik van de dwangmiddelen niet is gewijzigd. In 1863 waren nog precies dezelfde middelen in gebruik als in 1853; de lijst van de gebruikte dwangmiddelen bleef tot 1874 ongewijzigd. En het is niet waarschijnlijk, dat men het gebruik van dwangmiddelen zou hebben gehandhaafd, wanneer men er in was geslaagd het gedrag van de patiënten met *morele* middelen in de gewenste richting te beïnvloeden.

Een aanloop tot ons inziens belangrijke veranderingen in de behandeling was het in zwang komen van het begrip 'zielkundige behandeling' aan het eind van de jaren '60. In 1874 was dit begrip volgens het inspektieverslag 'niet helder te bepalen'. Wel zag men toen duidelijk het hoofddoel ervan, namelijk, 'rust in het gemoed van de krankzinnige', hetgeen men wilde bereiken o.a. door godsdienstoefeningen onderwijs, arbeid, uitspanning en afzondering. Een

omschrijving van het begrip kwam in 1881. Onder zielkundige behandeling werd verstaan: 'Het bevorderen van alle invloeden, welke direkt of indirekt het gevoelen, denken en willen op de goede weg leiden, of, bij afwijkingen trachten deze in het goede spoor terug te brengen'. De daarbij te volgen 'beginselen' waren al vier jaar vroeger onder woorden gebracht; zij omvatten:

- een geest van zachtmoedigheid, geduld en liefde
- waar mogelijk, toestaan van vrijheid en vermijden van ruw geweld
- langs allerlei wegen afleiding bevorderen en verschaffen
- met vriendelijkheid aansporen tot arbeid
- de behandeling te regelen naar de omstandigheid en behoefte van elk individu.

O.i. zijn dit bepaald geen beginselen, die in een gesticht of zelfs in een huidig psychiatrisch ziekenhuis 'vanzelf' zullen komen aanwaaien. De inspekteurs merkten toen dan ook op, dat de geneesheren zich wel aan die beginselen zullen houden,

> '... doch indien zij niet aanwezig zijn, wordt de zielkundige behandeling overgelaten aan suppoosten en oppassers; echter is het gemiddelde gehalte van dit personeel niet hoog, zodat hiervan weinig goeds valt te verwachten, *mits* dit personeel onderricht van de geneesheren ontvangen over de krankzinnigenverpleging'.
> (Verslag 1875-1877, p. 100).

Dit uitdrukkelijk verbinden van de overigens al eerder uitgesproken gedachte van het opleiden van personeel met de kwaliteit van de zielkundige behandeling lijkt ons een van de belangrijkste momenten in de ontwikkeling van de negentiende eeuwse gestichten. De opleidingen begonnen dan ook enkele jaren later in een aantal gestichten, en sinds 1892 werden de eindexamens afgenomen door een kommissie van de in 1871 opgerichte Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Of na het invoeren van de opleiding de kwaliteit van de zielkundige behandeling inderdaad is verbeterd blijft een grote vraag. Want, overziet men de opleidingsprogramma's van de gestichten te Medemblik, Meerenberg, Amsterdam en Deventer omstreeks 1894, dan valt op, welk een bescheiden plaats voor het vak van krankzinnigenverpleging was ingeruimd. De opleiding heeft namelijk een zeer sterke oriëntatie op de verpleging van lichamelijk zieken. Het programma van Medemblik zag er bijvoorbeeld als volgt uit: in het eerste jaar werd onderwijs gegeven in de beginselen van anatomie en fysiologie; in het tweede jaar gaf men de beginselen van de verbandleer, terwijl daarnaast de lessen van het eerste jaar werden herhaald; in het derde jaar kwamen de vormen van krankzinnigheid aan de orde. In Meerenberg bestond de kursus uit de volgende vakken:

1. bouw en verrichtingen van menselijk lichaam

2. interne verpleegkunde
3. verpleging van zieken met chirurgische afwijkingen
4. krankzinnigen- en zenuwverpleging.

En tenslotte had men op de kursus in het Israëlitisch gesticht te Amsterdam de vakken anatomie, fysiologie, pathologie, hygiëne, geneesmiddelen- en verbandstoffenleer, hulp bij plotselinge ongelukken en verpleegkunst in gehele omvang, verpleging van interne besmettelijke, oog-, kinderziekten, kraamvrouwen en krankzinnigen. Dezelfde oriëntatie treft men in de examenvakken die de Kommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft samengesteld. De examenvakken waren:

- eerste grondbeginselen van de bouw en de verrichtingen van het menselijk lichaam
- eerste grondbeginselen van de gezondheidsleer
- gronddenkbeelden van de ziekenverpleging
- verpleging en verzorging van krankzinnigen.

Het komt ons voor, dat onder dergelijke omstandigheden de eerste gediplomeerde verpleegsters en verplegers een opleiding hebben genoten die slechts ten dele is gericht op de behoeften van de zielkundige behandeling van geesteszieken. Het is dan ook geen wonder, dat er geen verdere ontwikkelingen zijn waar te nemen op het gebied van de zielkundige behandeling. Evenmin blijkt uit de verslagen, dat de geneesheren in de gestichten de bijdragen der verplegenden tot zielkundige behandeling gaandeweg groter zijn gaan achten. Wel sloot de sinds 1896 in zwang gekomen bedbehandeling nauw aan bij de sterke somatische oriëntatie van de opleiding der verplegenden.

Deze uit Duitsland afkomstige *bedbehandeling* werd in Nederland zonder enige strijd algemeen aanvaard. De gedachte achter de behandeling was, dat bedrust ook op geesteszieken een gunstige invloed uitoefende. De bedrust geeft, aldus de gedachtengang, de patiënt minder het gevoel, dat hij van zijn vrijheid beroofd is; het is zodoende gemakkelijker de patiënt te doen geloven, dat hij 'werkelijk' in een ziekenhuis is opgenomen; zijn 'rust in het gemoed' wordt hierdoor bevorderd.

Binnen enkele jaren tijds werden in de belangrijkste gestichten de korridors met cellen en isoleerkamers vervangen door ziekenzalen met bedverpleging. De verschillende gestichten gingen zelfs met elkaar wedijveren: hoe groter het aantal verpleegden in bed, hoe hoger het gesticht kwam op de ranglijst van gestichten. Toch bleek de bedbehandeling in vele gevallen niet te resulteren in een 'rust in het gemoed van de krankzinnige'. In de zalen voor 'onrustige' en 'half-onrustige' patiënten kwamen vaak toestanden voor, die met geen mogelijkheid 'rustig' konden worden genoemd. Om een indruk te geven van de sfeer in dergelijke bedzalen, laten wij Van der Scheer aan het woord:

'En kwam men op de bedzalen der onrustigen en half-onrustigen, dan mocht eigenlijk van bedrust niet gesproken worden. Dan zag men hier een patiënt worstelend met de verpleegster, die de weerspannige in bed trachtte te houden; daar een zieke met verward haar recht overeind in een ruw scheurhemd; dan weer een onooglijk uitziende, in het uiterste hoekje van het ledikant weggedoken gestalte, die bij nadering, onder uitkramen van de liederlijkste taal, scheldwoorden rond zich spuwde. Dan weer hoorde men gerinkel van een blikken bord of kroes, waarmee door de zaal gegooid werd, of vernam men het op paardengehinnik gelijkend gegiechel van een geheel in zichzelf gekeerde, dwaas lachende, met opgetrokken knieën onder een scheurdeken weggekropen waanzinnige.

Ja, dikwijls was deze zgn. bedbehandeling een voortdurende strijd tussen de uit bed lopende zieken en de verplegenden, hoorde men razen, vloeken, tieren, werd er met eten, koffie en thee gesmeten, kreeg ook menigeen een pot met urine naar zijn hoofd geslingerd, of zag men de een of andere patiënt zijn behoeften naast het bed doen'. . . . 'Hoe, vraagt men zich af, kon op zulk een zaal, temidden van zulke zieken, ooit iemand tot rust komen. Daar moest de zieke geest toch noch meer ziekelijke prikkels krijgen, en de verbroken evenwichtstoestand nog erger worden'. (VAN DER SCHEER, 1933, p. 19-20).

Wat uit bovenstaand citaat naar voren springt, is toch wel het onrustig, afwijkend en onvoorspelbaar gedrag der patiënten. Uiteraard waren de konsekwenties van een dergelijk gedrag het meest voelbaar – in de letterlijke zin van het woord – voor de verplegenden die dag in dag uit zich in de nabijheid van de patiënten bevonden. Ter illustratie volgt hier een in het negentiende Inspektieverslag (1902) opgenomen lijst van handelingen, geregistreerd gedurende de periode van 18 juli tot 5 november 1900 in de vrouwenafdeling (108 patiënten) van het gesticht te Medemblik.

Gedurende die 111 dagen werden er 73 agressieve handelingen van patiënten gerapporteerd. In enkele gevallen richtte de handeling zich tegen andere patiënten; daarnaast werd de adjunkt-direktrice eenmaal en een naaister tweemaal door patiënten geslagen. In de meeste gevallen – nl. 63 – waren het echter 17 verpleegsters, die iets te inkasseren hebben gekregen. Als voorbeeld van hetgeen een verpleegster uit die tijd op een afdeling te verduren had, nemen we de ervaringen van twee zusters: Zr. W. en Zr. K.

Zr. W. werd op:

- 18 juli aangevallen door W.M. bij het aangeven van het ontbijt
- 23 juli op de grond geworpen, gekrabd en in de keel gegrepen door M.v.T., zonder aanleiding
- 27 augustus geslagen door B.

- 3 september geslagen door A.R.
- 12 september geslagen door M.L.
- 19 september met een kom gegooid door A.R.
- 20 september getrapt door B.v.A.
- 10 oktober geslagen door J.P.
- 29 oktober geslagen door M.v.T.

De ervaringen van Zr. K. waren op:

- 23 juli in de lip gebeten door M.K.
- 28 juli geslagen door B.v.A., enige uren later door F.V.
- 10 september geslagen door B.
- 24 september gekrabd door G.d.V.
- 5 november gekrabd door M.L.

De ervaringen van Zr. W. en Zr. K. en nog van ontelbare anderen werpen wel een schel licht op datgene, waarmee de verplegenden in die tijd werden gekonfronteerd bij hun werk op de afdelingen. Namelijk met onvoorspelbaar en agressief gedrag, dat voor de persoon van de verpleegster of verpleger lichamelijk of psychisch ernstig nadelige gevolgen kon hebben. Hier kwam bij, dat er van de verplegenden werd verwacht, dat zij in een dergelijke werksituatie ten koste van alles hun emotioneel evenwicht bewaarden en naar een positief kontakt met de patiënten bleven zoeken. Wij mogen dan ook stellen, dat de kern van de opgave voor de psychiatrisch verplegenden van die dagen lag in het leveren van een grote socio-emotionele prestatie, zonder over de daarbij nodige vaardigheden te beschikken en zonder dat de organisatie waarin zij werkten de daarvoor nodige voorzieningen (b.v. voor het dagelijks opvangen en verwerken van de spanningen) heeft getroffen.

Overigens maken wij uit de gerapporteerde ervaringen van de twee zusters op, dat de Nederlandse gestichten omstreeks 1900 nog geen doelmatige techniek hebben ontwikkeld om het zo vaak voorkomende onvoorspelbare gedrag der patiënten gunstig te beïnvloeden. De daarop volgende jaren stonden in het teken van het zoeken naar een doelmatige beïnvloedingstechniek. Hier en daar werd met de zg. 'vrije verpleging' geëxperimenteerd. Maar in de meeste gestichten kon men getuige zijn van het opkomen van twee scherp te omlijnen technieken. Eerst kwam het '*wikkelen*' in zwang. Wat dat inhield, zien we in de beschrijving door Van der Scheer (1933, p. 32):

> 'Ik zie nog, toen ik in 1909 in Santpoort kwam, de zg. 'inwikkelkolonne'; een 4 à 5-tal verpleegsters achter, vóór de deur van de isoleerkamer; dan de gesloten kolonne naar binnen; dan in achterwaartse richting, gebogen, een lang pak over de vloer slepende, naar de gang. Dan op de knieën erom heen en de lang gerekte pop wordt losgewikkeld. Een paar andere zusters staan klaar met het wikkellaken, dat met een bewonderenswaardige handigheid om de uitgewikkelde patiënte wordt omgeslagen –

weer een rollerij, dan een paknaald met touwen – van onder tot boven aan de kin toe, wordt de zieke ingenaaid en in een mummiepop veranderd en naar binnen geschoven. De deur gaat op slot en men kan met de 'volgende patiënt' beginnen . . .'.

'In het ene gesticht gingen de mummiepoppen in de isoleerkamertjes, doch in de andere hield men hen op een zaal, en de zaal met 17 ingewikkelde vrouwen op bed, waarvan er 2 ingewikkeld met kleine pasjes rondsprongen, blijft mij nog steeds, als een afschuwelijk beeld van menselijke ellende, bij'.

Eén der verpleegsters onder Van der Scheer voegde er het volgende aan toe:

'Des avonds tegen 5 uur begonnen wij de mensen voor de nacht klaar te maken en werd er 'gewikkeld'. Er waren patiënten die zich door twee zusters in de badkamer lieten inwikkelen, maar dikwijls moesten er wel eens 5 à 6, ja soms wel meer verpleegsters van andere afdelingen aan te pas komen en waren dit volslagen worstelpartijen, waarbij menig schort en menige jurk gescheurd, menige blauwe plek opgelopen, menige krab of trap ontvangen werd, waarbij men na afloop even tot zichzelf moest komen en het in wanorde gemaakte kapsel weer wat in orde moest maken'. (VAN DER SCHEER, 1933, p. 20).

Het is duidelijk dat de wikkelingen over het algemeen niet hebben geleid tot de zo gewenste 'rust in het gemoed van de krankzinnigen'.

De tweede techniek ter beïnvloeding van het gedrag der patiënten was de zogenaamde *permanente badverpleging*, waarbij onrustige patiënten gedurende enige dagen, weken en soms wel maanden in lauwwarm water werden verpleegd. Deze techniek werd echter zo ongedifferentieerd aangewend, dat de daartoe ingerichte badvertrekken zich binnen korte tijd ontwikkelden tot onrustige afdelingen, waarin volgens Van der Scheer 'geraasd, gevloekt, getrappeld en gespogen werd en waar men soms het gevoel kreeg of de hel was losgebarsten'. Met andere woorden ook deze tweede beïnvloedingstechniek is in vele gevallen weinig doeltreffend gebleken. Omstreeks de eerste jaren dertig werden in vele Nederlandse gestichten deze twee fysieke beïnvloedingstechnieken geleidelijk aan vervangen door een andere techniek met een meer 'sociaal karakter'. Wij doelen op het gestichtsbeleid volgens de zogenaamde *aktievere therapie*, die Van der Scheer vanaf 1926 in Santpoort heeft trachten in te voeren.

Het begrip 'aktievere therapie' heeft Van der Scheer overgenomen van Simon, direkteur van het gesticht in Gütersloh. We kunnen deze aktievere therapie zien als een reaktie op de gangbare praktijk van bedbehandeling, die volgens Simon voor de arts en het personeel 'bijzonder gemakkelijk' is (SIMON, 1927, p. 102-103):

'Wo jeder neu ankommende Kranke ohne Rücksicht auf Art und bisherigen Verlauf seiner Krankheit grundsätzlich für mehrere Wochen oder Monate ins Bett kommt, wo das Bett auch das souveräne Heilmittel für die verschiedensten im weiteren Verlaufe der Psychose hervortretenden Schwierigkeiten, für Unruhe, unsoziale Neigungen, Nahrungsweigerung usw. geworden ist, da wird das therapeutische Nachdenken für den Arzt sehr vereinfacht, uns dasselbe trifft für den Dienst des Personals zu'.

Doktoren en verplegenden moeten aktiever, bewegelijker en vindingrijker worden om het door de bedbehandeling vaak veroorzaakte en in stand gehouden nietsdoen der patiënten te bestrijden en tevens om de werkzaamheid van deze patiënten te bevorderen. Dit kreeg nu in Santpoort gestalte in een beleid dat betrekking had op een bepaalde benadering van de patiënt èn het doen verrichten door patiënten van regelmatige en op hen afgestemde arbeid. Uitgaande van de gedachte, dat de patiënt, ondanks alles, een op zijn omgeving reagerend wezen blijft, probeerde Van der Scheer door middel van een radikale verandering van de fysieke zowel als de sociale omgeving van de patiënt zijn gedrag te beïnvloeden. Deze beïnvloeding was erop gericht om opnieuw kontakt met de patiënt te verkrijgen en hem in staat te stellen in gezelschap van anderen te verkeren, zodat hij weer 'toegankelijk wordt voor het voorbeeld'.

De 'aktievere' therapie, of zoals STÄRCKE (1930) haar noemt 'de aktieve gemeenschapstherapie' is een poging tot het 'dringen van de patiënt in sociale richting, zowel door lokken als door drijven'. Men wilde deze poging aanwenden onder andere door:

- ten aanzien van de patiënten een houding aan te nemen die gelijk diende te zijn aan die ten aanzien van normale mensen
- het tonen van belangstelling, vriendelijkheid en kalmte door doktoren en verplegenden.
- te erkennen, dat doktoren en verplegenden opwindingsbuien bij patiënten kunnen veroorzaken (Van der Scheer schrijft zelfs dat bij opwindingsbuien van patiënten, artsen en verplegenden zich dienen af te vragen, welk aandeel zij zelf wellicht gehad hebben bij het ontstaan van de bui)
- aan ongewenste handelingen van patiënten onaangename prikkels verbinden en bij storend gedrag de patiënten meteen van de zaal te verwijderen (m.a.w. er wordt een beroep gedaan op het verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt)
- het konsekwent en onmiddellijk toepassen van de regels
- het korrigeren van stereotype handelingen
- niet te veel storende elementen bij elkaar in één ruimte te brengen (VAN DER SCHEER, 1933, p. 118-128).

En slechts wanneer een benadering langs deze lijnen bij de patiënt geen enkele uitwerking had, zou men willen overgaan tot de volgende maatregelen:

a. een kortdurende isolatie toepassen
b. de opgewonden patiënt voor korte tijd met een verplegende de tuin insturen
c. de patiënt gedurende enkele uren een warm bad geven
d. een chemisch narcoticum toedienen

Een ander onderdeel van de aktieve gemeenschapstherapie was, dat men trachtte een zo groot mogelijk aantal patiënten tot regelmatige arbeid te brengen, waarvoor zij een beloning (zakgeld) ontvingen. In navolging van Simon werden de soort werkzaamheden in vijf opklimmende klassen verdeeld. Patiënten, die het werk in een bepaalde klasse geheel beheersten, werden bevorderd naar een hogere klasse (VAN DER SCHEER, 1933, 134-136).

Na de werkuren kwam er tijd voor ontspanning; de patiënten behoefden zich niet te vroeg naar bed te begeven, want de avonduren werden vaak doorgebracht met spel, muziek en dans. Ook kregen de patiënten gelegenheid tot het beoefenen van sport en gymnastiek. En het stelsel van vrije wandelingen werd ingevoerd voor patiënten, die door hun gedrag het vertrouwen hebben verworven van de leiding van het gesticht.

De bedoeling van dit alles was, het gesticht om te vormen tot een 'proefmaatschappij'. Waarom een proefmaatschappij? Van der Scheer en Stärcke redeneerden ongeveer als volgt:

> Krankzinnigheid berust op vereenzaming, die in de loop der jaren gefixeerd geraakt en steeds groter geworden is, doordat het oorspronkelijk milieu van de patiënt onjuist of ontaktisch op de zieke heeft gereageerd. Door die onjuiste of ontaktische reakties is de zieke zijn omringende wereld gaan beleven als koud, kil, ruw en onwetend. Hij keert zich van die wereld af, vermijdt kontakten met medemensen, hetgeen gepaard gaat met het verschrompelen van zijn gevoelens.
>
> Een dergelijke vereenzaming richt een mens ten gronde. Het gesticht moet daarom de fouten van de buitenwereld tegenover de zieke niet herhalen. Het moet de vereenzaming *niet* in stand houden, maar juist trachten die te doorbreken. Vandaar het streven van het gesticht (nieuwe stijl), om de zieke niet telkens in botsing te laten komen met niet-begrijpende medemensen. Door de patiënt enerzijds begrijpend, vriendelijk, belangstellend, liefdevol en verdraagzaam tegemoet te treden (m.a.w. door aan de emotionele behoeften van de patiënt tegemoet te komen); doch anderzijds hem te korrigeren wanneer hij 'ongewenste' handelingen vertoont, kan men zijn vereenzaming doorbreken en hem weer wennen aan samenleving met anderen.
>
> In een dergelijke samenleving of proefmaatschappij kunnen de gevoelens van de patiënt opnieuw ontluiken en op dit punt begint hij te leren de maatschappij weer te verdragen.

Aldus de gedachtengang van initiatoren van de aktieve gemeenschapstherapie.

Zij beoogden het gesticht te herstruktureren teneinde bij de patiënt diè processen op gang te brengen, welke bevorderlijk zijn voor de terugkeer van de patiënt naar de maatschappij. Het is aan te merken als een poging tot het invoeren van een sociale beïnvloedingstechniek, gericht op het resocialiseren van de in het gesticht opgenomen geesteszieken. En met deze poging werd de punitieve segregatie als doeloriëntatie van het gesticht weer wat verder op de achtergrond geschoven.

Wat is er in de praktijk van deze poging terecht gekomen? Om te beginnen heeft de aktieve gemeenschapstherapie in het gesticht het aantal patiënten, dat dagelijks geen enkele bezigheid heeft drastisch verlaagd. Hierdoor werd het gesticht veranderd in een inrichting, waarin vrijwel iedere patiënt regelmatige en nuttige arbeid verricht. Uiteraard werd dit niet ineens bereikt. Aanvankelijk was het nut van het 'werk' waaraan men de patiënt zette, niet altijd even duidelijk.

In een inrichting liet men bijvoorbeeld de patiënten zand verplaatsen van de ene hoek van het terrein naar een andere, en wanneer dat voltooid was, kregen zij de opdracht het zand weer naar de oorspronkelijke plaats te vervoeren. In een andere inrichting had men bedacht de patiënten op de afdeling 's ochtends aan een grote tafel te zetten, waarop bruine bonen en groene erwten lagen, die door elkaar waren gemengd. Het 'werk' bestond uit het scheiden van de twee soorten, die dan in afzonderlijke zakken gedeponeerd moesten worden. Na het middagmaal kregen de patiënten dezelfde opgave, nadat de verplegende de gedurende de ochtenduren gescheiden bonen en erwten weer door elkaar hadden gemengd.

Maar al spoedig werd het aantal nuttige en produktieve werkzaamheden groter. Er kwamen patiëntengroepen voor tuinarbeid, weven, matten maken, huishoudelijk werk, timmeren, schilderen enz.

Het regelmatig werken bleek zo'n nuttig effekt te hebben op het gedrag der patiënten, dat omstreeks 1930 de eerste inrichtingen overgingen tot het afschaffen van de wikkelingen. Volgens een verpleger, die nog die eerste periode van de aktieve therapie heeft meegemaakt, gingen de patiënten die jarenlang geen woord geuit hadden, opeens praten toen zij aan nuttige arbeid werden gezet. Zij begonnen te vertellen over hun gezinnen en het werk dat zij deden voor dat zij in het gesticht werden opgenomen. Er kwam een soort elan in de inrichtingen; men voelde dat men 'iets' ging bereiken met patiënten van wie men vroeger dacht, dat er niets met hen te beginnen was. Dat gevoel werd versterkt door de komst van de elektro-shock therapie en de insuline comatherapie in de periode omstreeks 1938 en de eerste jaren na het einde van de Tweede Wereldoorlog.

De electro-shocks brachten patiënten vaak weer tot hun zinnen en na menig insuline-kuur kon men getuige zijn van dramatische genezingen.

Het 'omgevormde' gesticht – dat zijn patiënten probeerde te beïnvloeden

door middel van fysische therapieën en sociale beïnvloedingstechnieken – kwam vooral tot bloei toen men de schade van de Tweede Wereldoorlog te boven was gekomen. Die bloei gold in het bijzonder voor het onderdeel, dat met 'arbeidstherapie' werd aangeduid.

Bijna alle niet-bedlegerige patiënten hadden dagelijks werkzaamheden te verrichten; en deze regelmatige arbeid ging gepaard met een vermindering zowel van de onrust als van het onvoorspelbare gedrag der patiënten. Met andere woorden het 'omgevormde' gesticht kenmerkte zich door een – om een uitdrukking van Van der Scheer te gebruiken – 'rustige geordendheid'.

Maar hoe stond het in dit omgevormde gesticht met de voorbereiding tot de terugkeer van de patiënt naar de maatschappij? Hebben de patiënten in het omgevormde gesticht een goede leerschool gehad om zich opnieuw in de maatschappij te kunnen handhaven? Hebben zij in dit nieuwe systeem inzicht verworven in en vaardigheden verkregen voor het bekleden van posities in hun milieu van herkomst of in de samenleving in het algemeen?

Bij het ingaan op dergelijke vragen dient voorop te worden gesteld, dat wij ervan uitgaan, dat het systeem staat en valt met de houdingen en de vaardigheden van degenen, die het meest en het langdurigst in kontakt staan met de patiënt. De grootste last, die het '*dringen van de patiënt in sociale richting, zowel door lokken als door drijven*', met zich brengt, wordt getorst door de verplegenden op de afdelingen. Onder welke omstandigheden verkeerde nu deze groep in de desbetreffende periode?

Wij hebben het vermoeden, dat de invoering van de aktievere therapie door de geneesheren in vele gevallen van de ene dag op de andere heeft plaatsgevonden. Dat wil zeggen: het systeem waarin lichamelijk dwang nog een rol speelde, was op het moment waarop de aktievere therapie werd ingevoerd, nauwelijks verleden tijd. Wij vermeldden reeds, dat omstreeks 1930 sommige inrichtingen begonnen waren met het afschaffen van de wikkelingen. Op dat moment waren uiteraard de elementen van het oude systeem nog springlevend en bleven zij ook in het nieuwe systeem vaak nog voortbestaan. Zo was bijvoorbeeld het karakter van de houdingen der verplegenden tegenover de patiënt veelal nog te kenmerken als 'bedwingend', terwijl de geneigdheid om de patiënten 'op hun plaats te houden' slechts weinig afgenomen was. Ook het behandelen van patiënten als 'onmondigen' of als 'grote en lastige kinderen' bleef niet zelden in zwang.

Het voortbestaan van zulke elementen uit het oude systeem kan worden toegeschreven aan verschillende faktoren. De belangrijkste daarvan lijkt ons het feit, dat er geen systematische en geordende kennis bestond of ontstond die voor de verplegenden zowel als voor de geneeskundigen als basis kon dienen bij het '*dringen van de patiënten in sociale richting, zowel door lokken als door drijven*'. Vandaar, dat er onder de verplegenden (gediplomeerden en leerlingen) weinig of geen vaardigheden op basis van een dergelijke kennis tot ontwikke-

ling konden komen. Onder die omstandigheid bleef het voor de verplegenden uiterst moeilijk, zo niet onmogelijk, om de emotionele behoeften der patiënten te identificeren en te begrijpen, en voorts om aan die behoeften op een doeltreffende wijze tegemoet te komen. Kortom, ook in het omgevormde gesticht bleken er geen voorzieningen te zijn getroffen, die expliciet waren gericht op het verwerven en het ontwikkelen van de, voor het leveren van socio-emotionele prestaties nodige systematische kennis en vaardigheden door de verplegers en verpleegsters.

Uiteraard vloeide uit dit onvoldoende toegerust zijn voor de nieuwe taak een aantal onzekerheden voort bij de groep verplegenden, vooral in hun optreden tegenover de patiënten. En het gevolg hiervan was weer, dat in dit optreden de gezagshandhaving en de bewaring als doeloriëntatie nogal sterk geprononceerd bleven. De verhouding tussen verplegende en patiënt behield het karakter van een verhouding tussen 'hoog' en 'laag' zodat de patiënten in de gestichtssamenleving de positie van laag-geplaatsten bleven innemen. De patiënten werden bovendien nog teveel behandeld als betrekkelijk passieve objekten, die leiding en bevoogding van geneesheren en verplegenden nodig hadden.

Men beschouwde de patiënten zelden als partners met wie men intensief diende samen te werken om een gemeenschappelijke onderneming tot een goed einde te kunnen brengen. Hetgeen inhield, dat de patiënten in het omgevormde gesticht geen volwaardige leden van de proefmaatschappij werden.

Dit traditionele patroon werd mede in stand gehouden door de verhoudingen tussen verplegenden onderling op de afdeling. Vaak droeg de leiding over de verplegenden een autoritair karakter. Er werd onderling niet gesproken (praten was überhaupt uit den boze, aangezien het als 'niet-werken' werd gezien) over emoties, die bij de betrokken verplegenden opkwamen gedurende het dagelijks omgaan met patiënten op de afdeling. Evenmin sprak men over de vergissingen, fouten of blunders, die men zelf beging. Tekenend voor de verhoudingen in die tijd was onderstaande raad, die een jonge aankomende verpleger eens van een oudere kollega op de afdeling ontving:

> 'Zodra de patiënten onrustig of agressief worden, zorg je eerst, dat er niets tussen je rug en de muur staat; sla er dan meteen op los, maar kijk uit, dat geen van de andere verplegers het ziet'.

Voor de verplegenden was zulk een sfeer niet bevorderlijk om – wanneer een patiënt storend optrad – zich af te vragen, 'wat is mijn aandeel daarin geweest, wat heb ik, of wat hebben wij fout gedaan'? Het regelmatig diskussiëren over dergelijke vragen was op de afdeling toendertijd nog niet in zwang, zodat er weinig of geen kollektief gevonden korrekties mogelijk waren op de traditionele houdingen tegenover de patiënten.

Of de geneesheren een bepaalde invloed op deze ontwikkeling hadden kunnen uitoefenen, blijft een open vraag. Voor zover wij kunnen nagaan staat het wel vast, dat door de betrekkelijk geringe aantallen gestichtsartsen in de periode vóór de Tweede Wereldoorlog, de medicus slechts zelden gedurende een wat langere tijd op de zalen kon vertoeven. Waarschijnlijk was de geneesheer zelden getuige van interakties tussen verplegenden en patiënten of tussen patiënten onderling. Met andere woorden, de geneesheer was door zijn frekwente afwezigheid op de zaal weinig in de gelegenheid om samen met de verplegenden naar wegen te zoeken die konden leiden tot het verkrijgen van de nieuwe vaardigheden.

Onder die omstandigheden kon de taak, die aan de verplegenden was toebedeeld bij het '*dringen van de patiënt in sociale richting, zowel door lokken als door drijven*', op geen stukken na worden vervuld. Wij menen daarom te mogen stellen, dat de eerste poging tot het aanwenden van een sociale beïnvloedingstechniek in de Nederlandse gestichten niet zozeer heeft geleid tot de beoogde voorbereiding tot terugkeer van de patiënt naar de maatschappij, maar eerder tot een verlichte of meer humane bewaring en verzorging. In plaats van een 'proefmaatschappij' te worden heeft het omgevormde gesticht zich ontpopt tot een plaats, waar geesteszieken tot een 'gestichtsaanpassing' worden gebracht. Dat wil zeggen, een aanpassing aan een sociale omgeving, die in menig opzicht sterk afweek van die buiten het gesticht. De patiënt moest zich namelijk voegen in een sociale omgeving, waarin:

1. hiërarchische verhoudingen overheersend waren
2. de patiënten in die hiërarchie de laagste groepering vormden
3. het onmogelijk was om vanuit een lager geplaatste groepering sociaal te stijgen naar een hogere, of vanuit een hogere groep te dalen naar een lagere
4. voor de patiënten de dagelijkse interakties plaatsvonden hoofdzakelijk met mede-patiënten
5. voor de patiënten een scherpe scheiding werd aangebracht tussen de sexen
6. voor patiënten weinig of geen gangbare geldelijke beloningen werden verbonden aan individuele inspanning, die men bij het werken betrachtte
7. hèt kriterium voor de sociale positie van de patiënt gevormd werd door de mate van aanpassing die de betrokken patiënt vertoonde op de afdeling waarin hij verpleegd werd
8. de ten aanzien van de patiënt gehanteerde sankties voornamelijk betrekking hadden op deze aanpassing
9. de belangrijkste van die sankties bestond uit het re-segregeren, dat wil zeggen dat, indien de patiënt storend optrad voor zijn omgeving, hij tijdelijk gesepareerd (gesegregeerd), of naar een andere afdeling overgeplaatst werd, waar volgens de gestichtsleiding minder eisen aan de patiënt gesteld werden. (Dat bij een dergelijke procedure tegelijkertijd een re-socialisatieproblematiek aan de orde kwam, werd niet bewust onderkend, noch nader uitgewerkt).

Het meest in het oog vallende bij deze gang van zaken volgens het geschetste systeem was, dat de patiënt dagelijks moest omgaan met andere geesteszieken en zich aan hen diende aan te passen.

Met andere woorden: de patiënt moest zich eerst kunnen aanpassen (lees: geen moeilijkheden veroorzaken) in een groep, samengesteld uit verwarde, teruggetrokken, moedeloze, agressieve, en soms mutistische mensen, vóórdat hij door de gestichtsleiding als hersteld of herstellend werd aangemerkt en op grond van dit laatste het gesticht mocht verlaten. Ons inziens valt het te betwijfelen, of die aanpassing aan zijn mede-patiënten op de afdeling voor de betrokken patiënt nu wel aangemerkt mag worden als een leerschool, die aansluiting geeft op zijn toekomstig gedrag in het milieu buiten het gesticht.

Wij neigen daarom tot de opvatting, dat het omgevormde gesticht, dat de aktieve gemeenschapstherapie wilde verwezenlijken, tot omstreeks de jaren 1952/1953, dat wil zeggen tot aan de vooravond van de invoering van de psychopharmaca, zijn doel nog niet had bereikt.

1.2.4 *De sociale outillage*

Wij willen nu nagaan hoe gedurende deze periode de 'bemanning' van het gesticht geweest is en welke wijzigingen zich in hun onderlinge relaties hebben voltrokken. Het gaat ons om vragen als: wie hebben er in genoemde periode in het gesticht een werkkring gevonden, welke funkties hebben zij vervuld, welke posities hebben zij ingenomen en zijn er in de loop van de tijd veranderingen in die posities aan te wijzen? Uiteraard is het ondoenlijk om de ontwikkeling van de posities van alle personeelsleden te traceren.

Sommige posities zijn trouwens in de loop der jaren geheel verdwenen; zoals bijvoorbeeld die van 'parkwachters', die 'als strenge, meedogenloze agenten met hun geweldige sabels het gesticht, de tuinen en . . . de mensen bewaakten'.

Daarom beperken wij ons tot de twee ons inziens belangrijkste daarvan, namelijk, die van verplegende en van geneesheer.

1.2.4.1 *Van bediende tot verplegende*

Uit de gegevens die wij hebben verzameld, rijst – zoals de vorige bladzijden reeds hier en daar te zien gaven – bepaald geen rooskleurig beeld op over het gestichtspersoneel in de periode tussen 1850 en omstreeks 1900.

In de eerste jaren na 1850 sprak men over 'bedienden' of 'dienstboden'; enkele jaren later kwamen de termen 'oppassers' en 'oppasseressen' in zwang. Het toezicht over deze groep personeelsleden werd uitgeoefend door 'opzigters' en 'opzigteressen' en deze hadden weer de 'hoofdopzigter' en 'hoofdopzigteres' boven zich. Laatstgenoemden waren tenslotte verantwoording schuldig aan de Huismeester of, zoals dat omstreeks 1900 meestal het geval was, aan de eerste geneesheer van het gesticht.

Waaruit bestond het werk der oppassers? Van Persijn (toendertijd geneesheer-direkteur van Meerenberg) beschreef in 1874 de groep oppassers als 'personen, die de gehele dag bij de patiënten vertoeven, die de gegeven orders moeten uitvoeren en op wie alles neerkomt'.

De lijst van werkzaamheden der oppassers zou waarschijnlijk o.a. de volgende items bevat hebben:

- schoonmaken der vertrekken
- aandacht schenken aan de lichamelijke hygiëne der patiënten
- verzorgen van maaltijden e.d.
- handhaven van de orde en voorkomen van ontvluchtingen
- toepassen van de beschikbare dwangmiddelen.

Men dient hierbij te bedenken, dat de werkaktiviteiten der oppassers zich 24 uur lang afspeelden binnen de muren van de afdeling: zij aten, sliepen temidden van de patiënten. In 1863 was er gemiddeld 1 oppasser op 9,6 patiënten; in ongunstige gevallen liep de verhouding op tot 1 : 16. Waarschijnlijk hebben dergelijke werkomstandigheden velen afgeschrokken; daar kwam bij, dat de beloning slecht was. Volgens het Inspektieverslag van 1874 waren de lonen der oppassers lager dan de 'normale boden-lonen'. Toch werden er steeds mensen gevonden, die bereid waren toe te treden tot de 'bemanning' van het gesticht. Wie meldden zich voor deze funkties aan?

De berichten spreken over ongeschoolde en onontwikkelde mannen en vrouwen, die nergens anders een werkkring naar hun zin hebben kunnen vinden. Tot omstreeks 1890 namen vele gestichten als oppassers in dienst: dienstboden met een slecht verleden en die elders geen werk konden krijgen, ontslagenen uit Veenhuizen, militairen met een zogenaamd rood paspoort,[1] gewezen matrozen en 'zwervers'. Deze kwaliteit van het aanbod aan personeel verschilde wel aanzienlijk van hetgeen de gestichten vroegen. De gestichten verlangden volgens het Inspektieverslag van 1893 personen met de volgende kwaliteiten: goed gezond, geen lichamelijke gebreken, krachtig gestel, goed zedelijk gedrag, energiek, algemeen ontwikkeld, goede opvoeding genoten, met toewijding en zelfbeheersing, een overwicht op de patiënten en godsdienstzin, met enige kennis van de bouw van het menselijk lichaam, van de gezondheidsleer en de ziekenverpleging.

Dergelijke personen boden zich echter niet aan, zodat de gestichten dikwijls genoegen moesten nemen met 'wat men krijgen kon', om later tot de ontdekking te komen, dat velen onder degenen die men kreeg, 'ongeschikt' voor het werk waren. Maar dit was niet de enige reden voor het vrij grote verloop onder het personeel van meerdere gestichten.

Vermoedelijk was ook de stress onder de heersende werkomstandigheden voor

[1] Dat wil zeggen degenen die niet eervol de militaire dienst verlaten hebben.

vele oppassers toch te groot. In 1853 bedroeg het totale verloop 20%; in 1856 was dat 25%, het grootste deel hiervan bestond uit ontslagen wegens ongeschiktheid. In 1868 werden op een totaal van 348 personeelsleden 223 vervangen, van wie 110 wegens ongeschiktheid. Meerenberg, dat het meest te lijden had van een groot verloop – men sprak daar van een 'dienstbodenmisère' – moest in 1888 22 oppassers en 31 oppasseressen ontslaan; in 1889 66 oppassers en 61 oppasseressen bij een personeelsbestand van ongeveer 82 oppassers en 80 oppasseressen. De oorzaken voor een ontslag wegens ongeschiktheid waren: wangedrag, dronkenschap, diefstal en mishandeling van verpleegden.

De bestrijding van het verloop onder het personeel werd tamelijk vroeg ter hand genomen. Reeds in 1856 hadden verscheidene gestichten maatregelen trachten te treffen ter vergroting van de binding van het personeel aan het gesticht. In het ene gesticht werkte men met een regeling, waarbij oppassers met meer dan twee dienstjaren jaarlijks een verhoging van hun loon ontvingen. Een tweede gesticht hanteerde een stelsel van jaarlijkse gratifikaties voor hen, die meer dan één jaar in dienst waren; deze gratifikaties werden hoger, naarmate men langer in dienst was. Het derde gesticht werkte ook met een dergelijke jaarlijkse gratifikatie, doch in dit gesticht werd van die gratifikatie bij grove nalatigheid of bij opzettelijk verzuim een bepaalde boete afgetrokken. In het volgende gesticht kregen de in dienst getredenen na een half jaar een vaste aanstelling, indien zij geschikt werden bevonden. Het personeel met meerdere dienstjaren werd tot de 'betere posities' in het gesticht bevorderd. Uit de jaarlijkse verloopcijfers en de herhaalde klaagzangen over het peil van het personeel valt op te maken, dat genoemde maatregelen het grote verloop tot aan het einde der negentiende eeuw niet hebben kunnen keren.

In Meerenberg bijvoorbeeld werd de binding van het personeel aan het gesticht pas groter, nadat er ook op het gebied van de huisvesting, de werktijden, vakanties en vrije dagen substantiële verbeteringen werden ingevoerd. Er verrezen zusterhuizen; voor het gehuwd mannelijk personeel kwamen woningbouwplannen. De werkdag werd verkort: in 1899 duurde de dagdienst van 7 uur tot 21 uur 30, de nachtdienst van 21 uur 30 tot 8 uur 30. Om de veertien dagen kreeg het personeel een vrije dag, terwijl de jaarlijkse vakantie veertien dagen bedroeg.

Wat vermoedelijk ook in belangrijke mate heeft bijgedragen tot een grotere binding zowel aan het gesticht als aan het beroep was de sedert 1890 ingevoerde opleiding van het personeel tot verplegenden. Deze opleiding verschafte in die tijd een beter sociaal aanzien aan het beroep en iets meer zekerheid bij het werk met patiënten. Wat dit laatste betrof, vooral toen de bedverpleging in zwang kwam. Een ander gevolg van de opleiding, die vrijwel geheel door geneeskundigen werd verzorgd, was, dat de verplegenden iets meekregen van de 'optiek' en het jargon der geneeskundigen. Het is mogelijk, dat hierdoor onder de verplegenden het gezag van de dokter gaandeweg is gaan groeien. Voordien

was het gezag der medici bepaald gering te noemen. Nog in 1874 rapporteerden de Inspekteurs, dat volgens sommige oppassers, zij op het gebied van de zielkundige behandeling van patiënten bekwamer waren dan de geneesheer (Verslag 1869-1874, p. 98). Na de invoering van de opleiding zullen de betrekkingen tussen geneesheer en verplegenden vermoedelijk wel verbeterd zijn.

Of de betrekkingen tussen verplegenden en patiënten door de opleiding ingrijpend zijn gewijzigd, is een grote vraag. Immers ook de opgeleide verplegende bleef voor vele patiënten de handhaver van het gezag en degene, die dwang en geweld tegenover hen toepaste. De opleiding voorzag zelfs in instrukties voor bepaalde 'handgrepen' bij het optreden tegenover 'onrustige' patiënten. Officiële leerboeken geven uitgebreide beschrijvingen van dergelijke handgrepen. Een door een medicus geschreven leerboek uit 1938 bevat bijvoorbeeld deze met foto's geïllustreerde passage:

> 'Men plaatst zich links van de patiënt, grijpt hem met de linkerhand bij zijn linkerpols en duwt hem met de rechterhand in de rug. Bij een patiënt, die zich niet krachtig verzet, is deze wijze van ingrijpen reeds voldoende om hem te verwijderen. Indien deze methode geen voldoende zekerheid verschaft en de patiënt geneigd is zich te verzetten, dan plaatst men zich achter hem en slaat de armen om het middel van de patiënt, daarbij tevens zijn armen omvattend. Een dergelijke aanvatting van achteren is niet sportief, maar het gaat er niet om, de patiënt óók een kans te geven; integendeel, de patiënt moet tot de overtuiging gebracht worden, dat ieder verzet voor hem doelloos is en slechts voor hem onplezierige gevolgen meebrengt en niet voor het personeel. Ook in de maatschappij zal de politie niet aan overtreders van de wet een sportieve kans geven, zich aan de arm van het gezag te onttrekken. Heeft men de patiënt aldus aangevat, dan kan men, door een weinig achterover te buigen, een kleine patiënt van de grond oplichten en daardoor machteloos maken en wegdragen. Door de patiënt tevens bij de polsen te vatten, waarbij men met de rechterhand de linkerpols beetpakt en met de linkerhand de rechter, kan men hem nog beter beheersen. Is dit nog niet voldoende dan is meer hulp noodzakelijk, teneinde de patiënt te kunnen wegdragen. Terwijl de eerste verplegende de patiënt blijft vasthouden, lichten twee andere verplegenden hem even boven de knie van de grond. De ene hand ondersteunt het bovenbeen, de andere hand drukt het onderbeen naar beneden, zodat schoppen onmogelijk wordt.
>
> Op deze wijze kan men vrijwel iedere patiënt de baas worden. Patiënten, die zich zeer heftig verzetten, bijten of spuwen, kan men daarbij nog een doek over het hoofd werpen (oppassen, dat de patiënt niet stikt!). Bij dit alles vermijde men vechtpartijen, waarbij kneuzingen of erger nog, ontwrichtingen kunnen optreden. Daarom zijn worsteltrucjes, als de

ellebogen naar achter trekken, ongeoorloofd, evenals 'het omdraaien van de polsen' . . .' (TIMMER, 1938, p. 251-252).

Het is duidelijk, dat bij het toepassen van dergelijke handgrepen, misgrepen mogelijk bleven en als gevolg hiervan tussen patiënt en verplegenden toch vecht- of worstelpartijen ontstonden, die weer aanleiding gaven tot vijandschap, haat- of wrokgevoelens aan beide zijden. Vermoedelijk heeft de opleiding aan de verhouding verplegende-patiënt dan ook niet veel veranderd.

Het probleem van de opleiding voor verplegende is, dat zij nog steeds voor het grootste deel in handen is gelegd van geneeskundigen. Deze geneeskundigen hebben nooit in de positie van verplegende tegenover de patiënt verkeerd. Zij hebben dan ook geen ervaring op dat gebied. Niettemin wordt er van de medici verwacht, dat zij de verplegenden blijven opleiden. De vraag is, of op die wijze de verplegenden niet te sterk een van bovenaf opgelegde perceptie verkrijgen van de verplegende-patiënt relatie. Zolang de verplegenden niet in de gelegenheid verkeren hun opleiding voor een groot deel zelf ter hand te nemen, op basis van eigen ervaring en kennis, zal o.i. de funktie van verplegende in de psychiatrische inrichting moeilijk tot haar recht kunnen komen.

1.2.4.2 *Van konsulent tot gezagsdrager; de evolutie van de positie van gestichtsgeneesheer.*

Over het algemeen was zeker een twintigtal jaren na de invoering van de wet van 1841 in de Nederlandse gestichten weinig veranderd in de positie van de geneesheer. In die dagen werden de beslissingen in het gesticht nog vrijwel geheel genomen door de regenten-kolleges of de Huismeester. De Inspekteurs meldden dan ook in 1853, dat nog niet alle besturen het nut van een 'vaste geneesheer' inzagen; in dat jaar hadden, zoals wij reeds gezien hadden, slechts 6 van de 12 geneeskundige gestichten een vaste geneesheer in dienst. Het instituut van de part-time geneeskundige bleef tot bijna het einde der negentiende eeuw gehandhaafd. In belangrijke gestichten zoals die van Rotterdam, Amsterdam, Den Haag, Maastricht en 's Hertogenbosch waren er bijvoorbeeld in 1874 nog geen vaste geneesheren in dienst.

Overigens was het aantal gestichtsartsen, inklusief de part-timers, betrekkelijk klein en doordat het aantal gestichtsartsen naar verhouding niet veel sneller toenam dan het aantal patiënten, had de geneesheer gedurende de tweede helft van de negentiende eeuw gemiddeld een aanzienlijke 'case-load'.

Het gemiddeld aantal patiënten per geneesheer in de jaren 1859-1899 is weergegeven in tabel 2.

TABEL 2

Het gemiddelde aantal patiënten per geneesheer in de jaren 1859-1899

1859: 122	1884: 154
1863: 174	1887: 141
1868: 165	1890: 138
1874: 155	1893: 144
1878: 165	1896: 153
1881: 159	1899: 148

(Ter bepaling van de gedachte volgen hier voor het jaar 1964-1965 de verhoudingsgetallen in 38 Nederlandse inrichtingen: patiënten: alle aan de inrichting verbonden artsen = 66 : 1; patiënten: psychiaters èn in opleiding zijnde zenuwartsen = 93 : 1; patiënten: volledig opgeleide psychiaters = 121 : 1.)

Bron: Verslagen van het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten.

Blijkbaar heeft het enige tijd geduurd eer de positie van gestichtsarts voor aankomende geneeskundigen aantrekkelijk werd. Zou het kunnen zijn, dat de door menig jonge arts nu eenmaal gekoesterde verwachting over zijn beroep, nl. dat hij de 'helper' of de 'genezer' is, in het toenmalige gesticht bijna niet in vervulling kon gaan? Of was de positie van geneesheer nog te perifeer en onduidelijk? Vast staat wel, dat er in het gesticht van de tweede helft der negentiende eeuw veel buiten de geneesheer om geschiedde. Zeker nog tot 1874 waren er in verscheidene gestichten chirurgijns werkzaam, hetgeen inhield, dat de verwondingen die de patiënten opliepen, *niet* door geneesheren werden verzorgd. Daarnaast lag het toepassen der dwangmiddelen geheel in handen van de oppassers al of niet met medeweten van de Huismeester. Wat bleef er voor de geneesheer over? In 1853 pleitten de Inspekteurs voor deze positie van de geneesheer:

> 'Hij moet *aller* toevlucht, *aller* troost, *aller* bron van bemoediging en leniging van smarten zijn. Daarom is veel contact, veel geduld en veel waarneming nodig, èn direkte ervaring over het bezigen van dwangmiddelen, toedienen van baden e.d. Voorts moet hij de bedienden aansporen tot zachtheid en mensenlievende toespraak. En tenslotte moet hij toezicht houden op het bevorderen van werkzaamheid en ontspanning der patiënten'. (Verslag 1851-1853, p. 25).

Met andere woorden: de geneeskundige werd gezien als de 'Overal en altijd Aanwezige' die de inspiratiebron is voor en drijfkracht achter alles wat in het gesticht ondernomen wordt. Gegeven de toenmalige belangstelling der geneeskundigen was dit o.i. een weinig realistisch pleidooi. Van meer realiteitszin getuigden de voorstellen der Inspekteurs van 1874. Inmiddels was namelijk in 1871 de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie opgericht, waarvan de meeste gestichtsartsen lid werden. Het lijkt waarschijnlijk, dat in de bijeenkomsten

dezer vereniging de taak van de gestichtsarts vaak het onderwerp van diskussie is geweest, en dat dergelijke diskussies van invloed waren op de opvattingen der Inspekteurs. Deze pleitten dan ook in hun verslag van 1874 voor een minder overtrokken taak der gestichtsartsen in het kader van de beschouwing over de vraag naar de 'optimale verhouding tussen geneesheer en gesticht'. Dit pleidooi bevatte de volgende taak voor de gestichtsarts (Verslag 1869-1874, p. 79-80):

1. Het behandelen van geneeslijke patiënten, d.w.z.
   - het observeren van psychische afwijkingen
   - het voorschrijven van geneesmiddelen en baden; èn bij dit laatste aanwezig zijn
   - het aanwenden van elektriciteit
   - het verschaffen van zielkundige behandeling; bestaande uit
     a. de zieke in een stemming te brengen, die bevorderlijk is voor zijn genezing; en
     b. bestrijding van onjuiste voorstellingen, die zijn ontstaan onder invloed van de ziekte
2. Het behandelen van ongeneeslijke patiënten, d.w.z.
   - het uitoefenen van toezicht op hun lichamelijke toestand
   - het schenken van aandacht aan de wisselingen in hun psychische toestand
3. Het verrichten van administratieve plichten, zoals
   - het opstellen van verklaringen en het houden van aantekeningen over de patiënt, overeenkomstig het wettelijk voorschrift
   - het schrijven van ziektegeschiedenissen
   - het verzorgen van de briefwisseling met de officier van justitie, de burgemeester en familieleden.
4. Het handhaven van wetenschappelijke kennis, door
   - het verrichten van onderzoeken, en
   - het bijhouden van de psychiatrische lektuur.

Tussen deze taakomschrijving en de werkelijke positie van de gestichtsgeneesheer gaapte in 1874 nog een grote kloof. In de eerste plaats was er volgens de Inspekteurs een tekort aan geneesheren. Als optimale getalsverhouding van arts-patiënten werd één arts op ongeveer 120 patiënten aangehouden; en volgens dit kriterium waren er in genoemd jaar in de Nederlandse gestichten twaalf artsen te weinig. Wegens dit tekort werden, volgens de Inspekteurs, *in geen der gestichten* de ziektegeschiedenissen behoorlijk bijgehouden. Een andere achtergrond voor dit feit bestond naar de mening van de Inspekteurs hieruit dat de geneeskundigen 'zonder voorbereidende psychologische en psychiatrische kennis' in de gestichten in dienst traden, zodat 'het onderwerp hunner waarneming hun aanvankelijk ten enen male vreemd' was.

Het is tegen die achtergronden eigenlijk geen wonder, dat in het verslag over

1891-1893, zoals eerder vermeld, de volgende woorden te lezen waren: 'de geneeskundige dienst komt nog niet in alle gestichten tot zijn recht'. (p. 118) Het verslag wijst op de te geringe staf van medici en het gebrek aan voldoende invloed van de geneesheer op de algemene gang van zaken in het gesticht. Er werden bijvoorbeeld door de verplegenden dwangmiddelen aangewend buiten voorkennis der geneesheren.

Het kwam in die tijd ook voor, dat, toen de geneesheren van een gesticht het ontdoen der dwangmiddelen gelastten, dit beslist werd geweigerd, zowel door de lagere als door de hoger geplaatste beambten, omdat zulks 'hun prestige zou schaden'. Uit dergelijke gegevens mogen we afleiden, dat tot omstreeks 1890 de belangrijke beslissingen in het gesticht buiten de geneesheren om werden genomen. Uiteraard hebben de geneesheren zich niet bij deze situatie neergelegd. Wellicht mogen we spreken van een strijd om de macht tussen de geneesheren en de huismeesters. In de meeste gestichten speelde zich deze machtsstrijd geruisloos af, of in ieder geval, verborgen voor de buitenwereld. Maar tussen 1890 en 1897 kwamen de moeilijkheden in drie bekende gestichten in de openbaarheid.

Ter illustratie volgt hier een samenvatting van het konflikt in het toen nog bestaande gesticht van Dordrecht.

> Volgens het verslag van 1894-1896 was er in Dordrecht geen samenwerking tussen het bestuur en de geneesheren. Zo nam de rentmeester eigenmachtig (zonder overleg te plegen met de geneesheren) patiënten op boven een bepaald maximum. Een ander punt was, dat het geneeskundig element in de verpleging niet voldoende tot zijn recht kwam. De geneesheren hebben de voorafgaande jaren niets dan tegenwerking en geringschatting van het bestuur ondervonden. De pogingen van deze geneesheren om het peil van het verplegend personeel op te heffen, stuitte af op de tegenwerking van de huismeester. Deze bemoeilijkte het deelnemen aan de kursus zodanig, dat de kursus moest worden gestaakt. Voorts werden de geneeskundige richtlijnen voor de verpleging der patiënten door het bestuur genegeerd. Daar kwam tenslotte nog bij, dat volgens de eerste geneesheer het bestuur onjuiste klachten aan de Burgemeester zou hebben toegezonden over een onvoldoende plichtsbetrachting van genoemde geneesheer.
>
> In 1895 volgde een eervol ontslag voor beide geneesheren. Hun opvolgers werden volgens het verslag van 1897-1899 met dezelfde moeilijkheden gekonfronteerd. De eerste geneesheer miste de macht om daadwerkelijk leiding in het gesticht te geven; terwijl bij de verpleging het bestuur meer de inzichten van de huismeester volgde dan die van de geneesheer. Ook andere wensen en voorstellen van de geneesheer t.a.v. de bedverpleging, verwarming, kleding, voeding e.d. werden genegeerd.

> in 1897 verzocht de geneesheer van zijn funktie ontheven te worden en publiceerde de redenen van zijn verzoek in een nota aan de Gemeenteraad. De verhouding tussen de partijen ontwikkelde zich zodanig, dat de rechter tussenbeide moest komen. (Verslag 1894-1896, p. 137).

Het was in dit geval (het gesticht te Dordrecht werd kort na dit incident op advies van de Inspekteurs opgeheven) niet duidelijk welke partij uiteindelijk de macht in handen kreeg. Maar overal elders werd de strijd beslist in het voordeel van de medicus: na omstreeks 1910 stond een geneesheer-direkteur aan het hoofd van de meeste gestichten.

Mogelijkerwijs heeft daartoe niet in geringe mate het feit bijgedragen, dat sinds 1899 het wetenschappelijk onderwijs in de psychiatrie aan de universiteiten stevig werd verankerd.

Wat heeft de medicus toen met zijn nieuw verworven macht uitgericht? In de eerste plaats waren de medici in de weer om het gebruik van dwangmiddelen tot een minimum te beperken en de verpleging 'vrijer' te maken. Vervolgens introduceerden zij de bed- en later de badverpleging en de inwikkelingen. Hun bemoeienissen met de dagelijkse gang van zaken op de afdelingen bleven in de eerste periode betrekkelijk gering. Het was de tijd, toen de taak van de gestichtsarts, volgens Stärcke, schertsenderwijs als volgt werd omschreven: 'De patiënten kollektief goede morgen wensen en zich daarna wijden aan jacht, visserij of lawn-tennis'

De bemoeienis van de gestichtsarts met en zijn invloed op de afdeling begon pas te groeien toen de specifiek medische behandelingswijzen opkwamen.

Omstreeks 1920 begon men de dementia-paralytica te bestrijden met de malaria-kuur. Ook de luminal-behandeling van de epilepsie werd in diezelfde periode ingevoerd. Later volgde de somnifeen-slaapkuur, die na een aantal jaren werd vervangen door de cardiazol- en electroshock-kuren. Zeer intensief zelfs werd de bemoeienis van de gestichtsarts met de dagelijkse gang van zaken op de afdeling bij de invoering van de insuline-kuren (omstreeks 1940).

Ten overvloede noemen we de invoering van de aktieve gemeenschapstherapie in de dertiger jaren.

Het is duidelijk, dat na de eeuwwisseling de arts zijn stempel heeft kunnen drukken op het gestichtsleven; hij is onmiskenbaar de initiator van de verschillende behandelwijzen geworden en daarmee verwierf hij het leiderschap over het geneeskundig gesticht.

1.3 DE JONGSTE TIJD OFTEWEL HET TIJDVAK VAN DE PSYCHOPHARMAKA

In de hedendaagse institutionele psychiatrie is de positie van de patiënt nogal verschillend van die in een vorige periode. Men wordt thans meestal niet meer

'geïnterneerd'; de opname vindt hoe langer hoe minder plaats door middel van de zg. krankzinnigenverklaring of door de machtiging van de Officier van Justitie. Van het totaal aantal opnamen schatten wij op grond van gesprekken met artsen in diverse inrichtingen de 'machtigingsgevallen' op ongeveer 10 tot 15%.

Het grootste deel der patiënten wordt in een betrekkelijk vroeg stadium van hun ziekte in behandeling genomen en onderwerpt zich daaraan min of meer vrijwillig. Dit laatste lijkt ons mede een belangrijke achtergrond te zijn voor de aanzienlijke verzwakking van het dwang- of bewaringsaspekt in de verpleging van geesteszieken. Men spreekt thans niet meer van 'gesticht', maar van psychiatrische inrichting. Hier en daar bezigt men de term 'psychiatrisch ziekenhuis' of 'psychiatrisch centrum', teneinde een nog grotere nadruk te leggen op die veranderde positie van de patiënt.

Deze veranderde positie heeft ook haar neerslag gekregen in de *fysieke outillage* van de inrichting. In de verblijven der patiënten is veel meer kleur en fleur gekomen, waar radio, T.V., kranten en tijdschriften niet ontbreken. In vele inrichtingen zijn goed ingerichte rekreatie- en gymnastiekzalen gebouwd, waar op sommige avonden vóór en/of door de patiënten films vertoond, toneelstukken opgevoerd en muziekuitvoeringen gegeven worden.

De *opvattingen over geestesziekte* zijn weinig veranderd; de meeste psychiaters hebben een overwegend somatische oriëntatie, ofschoon er ook meer aandacht ontstaat voor psychologische en sociale faktoren. De uitbreiding en differentiatie van de staf weerspiegelen deze ontwikkeling. In de meeste inrichtingen zijn internisten en psychologen tot de staf toegetreden. In een aantal inrichtingen werken daarnaast ook maatschappelijke werkers, bewegingstherapeuten en kreatieve therapeuten.

Ook *de behandelingswijzen* hebben weinig wezenlijke veranderingen ondergaan. De arbeidstherapie blijft een hoge vlucht nemen, al lijkt zij o.i. losgekoppeld te zijn van de andere elementen uit de aktieve gemeenschapstherapie.

Het belangrijkste feit in dit tijdvak is uiteraard de introduktie in 1953 van de psychopharmaka. Deze behandeling heeft bij wijze van spreken 'in één slag' de verhoudingen in de inrichtingen ingrijpend gewijzigd. De 'onrust' onder de patiënten is vrijwel geheel verdwenen. De frekwentie van de gevechten tussen verplegenden en patiënten is drastisch verlaagd en het gedrag der patiënten is aanzienlijk meer voorspelbaar geworden, zodat straf- en dwangmaatregelen in niet geringe mate zijn beperkt. Onder deze omstandigheid wordt de weg vrij gemaakt voor een betere verzorging der patiënten. Zonder twijfel is er op dit gebied sprake van een spektakulaire vooruitgang.

Een ander belangrijk gevolg van de invoering van de psychopharmaka ligt in de sfeer van de sociale outillage. Er komen kansen voor milieu-therapie, socio-therapie of resocialisatie. Deze benadering is gericht op het vertrouwd

maken van de patiënt met rollen die in zijn eventueel toekomstig milieu gelden. Daartoe wordt gepoogd de patiënt als een gelijkwaardig lid van de gemeenschap te behandelen. De sociale interakties met patiënten worden door de verplegenden als middelen gehanteerd ten behoeve van bedoeld leerproces. Men streeft naar een 'normale' omgang met patiënten en voor persoonlijke kontakten met patiënten gaan de verplegenden niet uit de weg. Indien mogelijk worden de initiatieven van patiënten aangemoedigd en niet meteen onderdrukt; m.a.w. er komt voor de patiënten enige ruimte voor tegenspel tegenover de verplegenden.

Rondom de resocialisatie zijn echter nog tal van problemen, die lijken op die rondom de aktieve gemeenschapstherapie. De belangrijkste belemmering is nog steeds het gebrek aan systematische kennis over de betreffende processen. Overigens is de toestand met betrekking tot de resocialisatie en de daarop van invloed zijnde faktoren nog lang niet duidelijk, zodat ons onderzoek zich hierop heeft gericht.

We hebben in deze historische schets de jongste tijd met opzet slechts een bescheiden plaats gegeven. Ten eerste, omdat wij er nog middenin zitten, zodat de nodige distantie en het vereiste overzicht moeilijk te verkrijgen zijn. En ten tweede omdat onze studie over de doorwerking van het resocialiseren juist op die jongste tijd betrekking heeft. Uit onze historische schets valt op te maken, dat in de twee voorafgaande tijdvakken de gedachte aan resocialiseren opkwam, en dat een beslissende aanvang gemaakt werd met de praktijk van het resocialiseren, maar dat de realisering op grote schaal van deze doelstelling door een aantal faktoren nog werd belemmerd. De vraag is nu, of de jongste tijd voor toekomstige geschiedschrijvers ook het tijdvak zal worden van de bloei van het resocialiseren.

Hoe zal de resocialiseringsgedachte in deze jongste tijd in de inrichtingen doorwerken? Zullen de kansen, die de pharmakologische revolutie geschapen heeft, ook inderdaad benut worden of zullen de belemmerende faktoren uit de vroegere tijdvakken nog weinig van hun kracht hebben verloren?

In de volgende hoofdstukken van dit boek zal uitvoerig worden ingegaan op bepaalde aspekten van genoemde doorwerking van de resocialiseringsgedachte in de inrichtingen.

Na deze historische schets volgt eerst in hoofdstuk 2 een poging de beschreven veranderingen in de inrichting sociologisch te interpreteren. Wij zullen daar naar een verklaringsgrond zoeken voor de dynamiek van de ontwikkeling, die de psychiatrische inrichting te zien heeft gegeven.

In hoofdstuk 3 wordt de probleemstelling voor ons empirisch onderzoek nader uitgewerkt, terwijl wij daar tevens onze theoretische uitgangspunten zullen uiteenzetten.

Dan volgt in hoofdstuk 4 een verantwoording van de opzet van het onderzoek en de gevolgde werkwijze.

De resultaten zullen wij in hoofdstuk 5 presenteren.

Het 6e of slothoofdstuk bevat een beschouwing over de betekenis van de resultaten van ons onderzoek in het licht van een aantal andere studies. Daarnaast worden in het slothoofdstuk ook enkele implikaties van onze studie voor de praktijk van de inrichtingen aan de orde gesteld.

2 Een sociologische beschouwing van de ontwikkeling van de psychiatrische inrichting

De historische schets, die wij hebben trachten te geven van de psychiatrische inrichting, geeft aanleiding tot de vraag, welke sociologisch relevante aspekten er in de ontwikkeling van de inrichting zijn aan te wijzen. Met andere woorden: onze schets van de historische ontwikkeling noopt ons thans het sociologisch perspektief, dat ons daarbij geleid heeft, te expliciteren.

Om te beginnen zien wij de psychiatrische inrichting als een organisatie, d.w.z. als een kollektiviteit die gekenmerkt wordt door een specifieke doelgerichtheid (PARSONS, 1957, p. 108; ETZIONI, 1964, p. 3). Voorbeelden van organisaties zijn bijv. legers, scholen, vakbonden, gevangenissen, politieke partijen, ondernemingen en ziekenhuizen. Een organisatie wordt formeel in het leven geroepen met de uitdrukkelijke bedoeling om bepaalde doelstellingen te bereiken. Dergelijke doelstellingen zijn scherp omlijnd. Er zijn andere sociale eenheden aan te wijzen, die *niet* formeel zijn opgericht, maar als het ware 'vanzelf' of spontaan tot stand kunnen komen. Men denke aan een stam, een volk of aan een vrienden- of kennissenkring, die geen bepaalde scherp-omlijnde doelen nastreven. Daarentegen is het doel van een organisatie als een industrieel bedrijf in een niet-kommunistisch land vrij duidelijk: een dergelijk bedrijf is opgericht om goederen te produceren die met winst verkocht kunnen worden. Zo heeft een onderwijsinrichting tot doel: het overdragen van kennis aan of de vorming van haar leerlingen.

De algemene doelstelling van de psychiatrische inrichting is als volgt te formuleren: het hoofd bieden aan de gevolgen van een toestand van geestesziekzijn, voor de samenleving en zowel voor de individuele patiënt als voor de groep van de in een inrichting opgenomen patiënten (PARSONS, 1957, p. 109).

In navolging van ETZIONI (1964, p. 6) verstaan wij onder het begrip 'doel' of 'doeleinde': een gewenste toestand of gewenste aktiviteiten, die de organisatie tracht te verwezenlijken. Etzioni maakt daarbij een onderscheid tussen *officieel geformuleerde* en *werkelijke* doeleinden. Zo kan bijvoorbeeld in een bepaald geval een politieke partij zich officieel presenteren als een steunpilaar van de bestaande politieke orde; terwijl het werkelijke doel van die organisatie – af te lezen uit zeer intensieve 'ondergrondse' aktiviteiten – bestaat uit het omverwerpen van die bestaande orde.

Een ander voorbeeld: de Olympische Spelen zijn officieel bedoeld ter realise-

ring van de gedachte, dat het gemeenschappelijk beoefenen van sport de verschillende volken van de wereld nader tot elkaar zal brengen. In werkelijkheid vormen de Spelen voor de deelnemende naties een gelegenheid om door het leveren van topprestaties op sportgebied een zo groot mogelijk nationaal prestige te verwerven; hetgeen iets anders is dan een streven naar toenadering tot andere volken.

Hoe kan men als onderzoeker nu bepalen, wat de werkelijk en wat de officieel geformuleerde doeleinden zijn? Werkelijke doeleinden zijn volgens Etzioni die, waar de grote meerderheid der organisatorische middelen, en verreweg de belangrijkste organisatorische aktiviteiten der organisatiegenoten waarneembaar op gericht zijn. Voor de officieel geformuleerde doeleinden wordt daarentegen doorgaans slechts een zeer bescheiden deel der organisatorische bronnen of middelen beschikbaar gesteld. De werkelijke doeleinden van de organisatie kunnen – zoals eerder aangeduid – afwijken of zelfs in konflikt raken met de officieel geformuleerde doeleinden. Bij een dergelijk konflikt zullen de werkelijke doelen duidelijk de voorrang verkrijgen boven de officiële (ETZIONI, 1964, p. 7).

Organisatorische doelen kunnen ook nog vervangen worden of elkaar opvolgen. Zo heeft een Amerikaanse stichting ter bestrijding van de kinderverlamming na de uitvinding van het Salk vaccin – dat deze gevreesde ziekte bijna volledig heeft kunnen uitbannen – een ander doel gevonden in de bestrijding van gewrichtsontstekingen en geboortegebreken. Een dergelijke *doelvervanging* is echter vrij zeldzaam. Men ziet in organisaties vaker, dat er *doeltoevoeging* optreedt. Als een voorbeeld van doeltoevoeging kunnen we wijzen op het verschijnsel, dat sommige kerkelijke organisaties zich ook hebben geworpen op de dienstverlening op het gebied van onderwijs en maatschappelijk welzijn (ETZIONI, 1964, p. 13).

Wij zullen ten aanzien van de psychiatrische inrichting verschuivingen en toevoegingen in de doeleinden en in de daartoe aangewende middelen trachten op te sporen. In deze analyse dienen uiteraard de daaruit voortvloeiende, of daaraan ten grondslag liggende, veranderingen in de organisatie-struktuur van de inrichting betrokken te worden.

2.1 TOEVOEGING VAN DOELEINDEN

De geschiedenis van de psychiatrische inrichting heeft een aantal verschuivingen te zien gegeven in de wijze waarop die algemene doelstelling werd opgevat. Officieel bestond het doel der gestichten, blijkens het Koninklijk Besluit van 1818, vanaf dat moment uit het genezen van geesteszieken. *In werkelijkheid* echter waren de gestichtsaktiviteiten gedurende de eerste 90 jaren der negen-

tiende eeuw bijna uitsluitend gericht op *bewaring*, dat wil zeggen op *het in bewaring houden en onschadelijk maken van maatschappelijk ongewenste of niet te handhaven individuen, ter beveiliging en bescherming van de vrijheid en het bezit der 'normale' leden van de samenleving.*

Genoemde 'werkelijke' doelstelling korrespondeerde met de toendertijd dominante opvattingen over de aard van de geestesziekte. Aan het begin der negentiende eeuw hield men in de Nederlandse gewesten de geesteszieken immers nog voor mensen, die hadden toegegeven aan lagere dierlijke instinkten en die tot 'wilde dieren' waren vervallen. Dergelijke 'wilde dieren' diende men te beteugelen en te bedwingen, zodat zij geen gevaar konden opleveren voor de fatsoenlijke en oppassende burgers. Binnen het kader van die zienswijze was het uitgebreide arsenaal van dwangmiddelen niet slechts volkomen gewettigd, maar ook rationeel te noemen.

De opkomst van de medische definitie van het sociaal afwijkende gedrag werkte aanvankelijk bepaald niet in de richting van een afzwakking van de bestaande streving der gestichten. Er was zelfs eerder sprake van een versterking. De verkondigde medische opvattingen uit die dagen waren namelijk meer als spekulatie en wilde fantasieën te karakteriseren dan als op harde feiten gebaseerde theorieën omtrent de aard van de geestesziekte. En in de uit dergelijke fantasiën voorspruitende 'behandelingsmethoden' – zogenaamd bedoeld om de 'ziekte' te bestrijden of de ziekte te korrigeren – kwam het sadisme dan ook onverbloemd tot uiting. In de woorden van Querido: 'Weliswaar werden de ketenen afgeschaft, maar de dwangmiddelen namen toe in veelheid van variatie, en waren des te verschrikkelijker, daar zij met een pseudo-medisch en humanistisch tintje beschenen werden' (QUERIDO, 1936, p. 7).

Slechts in twee gestichten (Nijmegen en Santpoort) werden onafhankelijk van elkaar, ernstige pogingen ondernomen om die van oudsher bestaande en nog steeds dominante custodiale doelstelling aan te vullen. Voor zover wij hebben kunnen nagaan lagen er geen nieuwe medische denkbeelden aan deze pogingen ten grondslag. Die grondslag is meer te vinden in de humanitaire denkbeelden, welke in die tijd van na de Franse revolutie in bepaalde kringen een grote bekendheid aan het verkrijgen waren. Vooral het denkbeeld van de 'onvervreemdbare rechten van de mens' zal vermoedelijk werkzaam zijn geweest bij de pogingen tot invoering van het no-restraint stelsel en de 'morele' behandelwijze. Deze pogingen vormden een aanzet tot de aanvullende doeloriëntatie van het resocialiseren. Door het ontbreken of niet tot ontwikkeling komen van de benodigde methoden en technieken ter behandeling der patiënten konden deze pogingen geen duurzame suksessen boeken. Het bleven twee incidentele gevallen van doeltoevoeging, waarvan geen invloed uit kon gaan naar de andere gestichten, die dan ook op de oude voet voortgingen.

Pas in de jaren zeventig ontstond de aanleiding voor het opkomen van een beklijvende doeltoevoeging. Omstreeks die tijd begonnen Duitse patholoog-

anatomen met behulp van mikroskopische onderzoekingen afwijkingen van het hersenweefsel aan te tonen. Na het bekend worden van de resultaten van dergelijke onderzoekingen ging men 'krankzinnigheid' zien als een ziekte, net als iedere andere (lichamelijke) ziekte, en wel een ziekte van het hersenweefsel. Door het gangbaar worden van die zienswijze kon de geesteszieke het objekt van medisch onderzoek worden als iedere andere zieke. Zo kwamen de geesteszieken voor het eerst in de klinische sfeer en verkregen zij toen ook het recht op dezelfde behandeling en verzorging als andere zieken. En met het in gebruik nemen van ziekenzalen (die in de plaats kwamen van de korridors en de cellen) door de meeste gestichten werd na 1890 de fase van de 'bedverpleging' ingeluid. In deze fase waren de aktiviteiten van het gesticht niet meer uitsluitend gericht op het in bewaring houden en onschadelijk maken of bedwingen van sociaal ongewenste individuen. Aan die doelstelling was duidelijk een andere toegevoegd, namelijk, die van een meer uitgesproken *verzorging* van geestes*zieken*.

Uitdrukkelijk spreken wij van toevoeging – ETZIONI (1964, p. 13) spreekt over 'goal multiplication' – en *niet* van vervanging, aangezien de oude doelstellingen in principe niet aan kracht hadden ingeboet. Want nog steeds werden de mensen in bewaring gehouden, weliswaar niet meer als voorheen in cellen, maar in ziekenzalen waarvan de toegangsdeuren als regel op slot gingen. Ook het bedwingen vond doorgang, doch niet meer met boeien e.d. maar door middel van wikkels en later van spanlakens.

Aktiviteiten gericht op genezing of resocialisering van patiënten kwamen ook in deze fase weinig of niet van de grond. Als verklaring hiervoor kan gewezen worden op twee onderling samenhangende faktoren.

Ten eerste schenen de toenmalige medici het vrijwel erover eens te zijn, dat de bij 'krankzinnigen' gekonstateerde afwijkingen van het hersenweefsel te interpreteren waren als degeneratieverschijnselen van individuen met slechte erfelijke eigenschappen. Met andere woorden: die ziekte was een gevolg van een door erfelijke faktoren gedetermineerde biologische minderwaardigheid, waardoor een behandeling niet mogelijk of zelfs niet wenselijk geacht werd.

Ten tweede zou de houding der medici beïnvloed geweest kunnen zijn door de verbreiding van het Sociaal Darwinisme, dat Darwin's theorie over het 'survival of the fittest' ook in het maatschappelijk vlak voor geldig hield. De meest geschikte mensen zijn volgens het Sociaal Darwinisme, mensen met een aangeboren biologische superioriteit, die de grondslag heeft gevormd voor hun maatschappelijk sukses. Daarentegen is het maatschappelijk falen weggelegd voor de ongeschikten, die biologisch zwak of minderwaardig heten. In de strijd om het bestaan worden dezen 'vanzelf' door de natuur geëlimineerd.

Met een oriëntatie op dergelijke denkbeelden vond men het helpen van maatschappelijk zwakken, of het kureren van 'krankzinnigen' afkeurenswaardig, omdat het kunstmatig het voortbestaan van een ongeschikt mensensoort zou bevorderen; en dit werd in strijd geacht met de wetten der natuur.

Onder die omstandigheden bleven pogingen om de zaak van het resocialiseren wat meer 'in beweging' te zetten vrijwel achterwege, totdat Van der Scheer omstreeks 1926 doorstootte naar de aktieve gemeenschapstherapie. Dit hield in het 'heropvoeden' d.w.z. in zekere zin resocialiseren van geesteszieken. Zo werd wederom getracht een nieuw doel toe te voegen aan de bestaande doeleinden der gestichten. De grondslag voor dit streven was een nuanceverandering in de opvattingen over geestesziekte. Van der Scheer zag het als een ziekte, die hoeveelheden hersenweefsel vernietigt, waardoor het mechanisme in de hersenen, dat met name de sociale aanpassing regelt, gestoord wordt. De storing bestaat uit het wegvallen van de remmen die een mens door persoonlijke ervaringen in het samenleven met anderen geleerd heeft. Wanneer deze remmen, die de oerdriften en instinkten in goede banen leiden, wegvallen, ontstaan er moeilijkheden en ernstige botsingen met andere mensen, zo zelfs dat een dergelijk individu niet meer in de samenleving is te handhaven.

Tot dit punt bevat de zienswijze van Van der Scheer niets nieuws; zij is vrijwel identiek aan de opvattingen over 'hersenziekte'. Het nieuwe bij Van der Scheer is wat hij daaraan toevoegt: nl., dat *ondanks de vernietiging van een hoeveelheid hersenweefsel, er nog voldoende gezond weefsel overblijft, zodat de patiënt als een op zijn omgeving reagerend individu blijft functioneren.* (VAN DER SCHEER, 1933, p. 66-70). Wij plaatsen hierbij als kanttekening, dat er voor het eerst min of meer expliciete sociaal-wetenschappelijke noties mee gaan spelen in pleidooien voor een nieuwe behandelingsvorm. Overigens bleef Van der Scheer in zijn aetiologie van de geestesziekte nog geheel binnen de grenzen van de somatische of organische denkwijze.

In het vorige hoofdstuk hebben wij geschreven dat de aktieve gemeenschapstherapie slechts voor een deel een vaste plaats gevonden heeft in het werk van de huidige inrichtingen; slechts de arbeidstherapie is in de inrichtingen tot ongekende bloei gekomen, terwijl daarentegen voor het 'dringen van de patiënt in sociale richting, zowel door lokken als door drijven' de bloeitijd beslist nog niet is aangebroken. Dit laatste willen wij in de eerste plaats toeschrijven aan een achterwege blijven van het ontstaan van een technologie voor het resocialiseren.

Onder technologie verstaan wij in navolging van PERROW (1965, p. 915): het komplex van min of meer gestandaardiseerde, op grond van ervaring en/of systematische kennis ontwikkelde, en aan betrokken funktionarissen steeds weer over te dragen vaardigheden of technieken, die aangewend worden om het binnengekomen 'ruwe' – al of niet uit mensen bestaande – materiaal te veranderen of te bewerken in de door het doel van de organisatie aangegeven richting. Wat het resocialiseren in psychiatrische inrichtingen betreft, gaat het dus om die vaardigheden en technieken, welke nodig zijn om duurzame veranderingen te bewerkstelligen in het patroon der interpersoonlijke betrekkingen van de patiënt, zodat het voor de patiënt steeds minder en minder nodig wordt om te leven als een geesteszieke. Deze toestand wordt bereikt door de patiënt de voor

hem noodzakelijke korrektieve ervaringen te laten beleven en door het 'voeden' en doen ontplooien van het 'gezonde' deel van zijn persoonlijkheid (verg. SCHWARTZ, 1957, p. 131).

Als eerste voorwaarde voor een technologie is te noemen een zekere hoeveelheid *kennis* over de kausale samenhang tussen de uit technieken en vaardigheden voortvloeiende handelingen der funktionarissen tegenover patiënten enerzijds en bepaalde veranderingen bij die patiënten anderzijds. Vervolgens dient er de een of andere vorm van terugkoppeling ('feedback') te zijn, zodat de konsekwenties van bovenbedoelde handelingen op objektieve wijze kunnen worden bepaald. Voorts is het met een technologie mogelijk om de *uitwerking* van die handelingen herhaaldelijk te demonstreren. Uiteraard mag er een redelijke 'speelruimte' aanvaard worden voor het percentage van sukses. Dit percentage moet echter geschat kunnen worden, en ook al is het betrekkelijk laag dan nog kan het toch als belangrijk genoeg worden beschouwd om de voortzetting van de aktiviteiten te rechtvaardigen.

Tenslotte dienen technieken in voldoende mate *overdraagbaar* te zijn, zodat de meeste personen na een daartoe geëigende opleiding of training in staat mogen worden geacht die technieken te beheersen en in praktische handelingen om te zetten (PERROW, 1965, p. 915-916).

Voor de bewaring en de verzorging van geesteszieken zijn in de loop der jaren duidelijke technologieën ontstaan, maar tot nu toe is een technologie voor het resocialiseren nog niet ontwikkeld, ofschoon men hier en daar er wel mee 'experimenteert'.

Een andere belemmering voor het opbloeien van de aktieve gemeenschapstherapie lag wellicht in het feit, dat in de bewuste periode 'worstelingen' of gevechten tussen patiënten en verplegenden nog onvermijdelijk bleven. Uit dergelijke worstelingen en gevechten voortvloeiende wrokgevoelens tussen beide partijen lijken niet bevorderlijk voor het tot stand komen van vertrouwensrelaties, die juist een belangrijke voorwaarde vormen voor het op gang komen van resocialiseringsprocessen.

Pas na het uitbreken van de 'psycho-pharmakologische revolutie' werd laatstgenoemde belemmering uit de weg geruimd. De psychopharmaka hebben de inrichtingen voor een zeer belangrijk deel bevrijd van het aanwenden van fysieke dwang en geweld door de verplegenden op de afdeling. Voordien waren dwang en geweld in de ogen der patiënten onverbrekelijk verbonden aan personen van verplegenden; het chemisch middel – dat als medicijn in de vorm van pillen wordt toegediend – heeft daaraan een eind gemaakt en het bedwingen een strikt onpersoonlijk karakter gegeven. Gevechten tussen patiënten en verplegenden zijn in het algemeen bijna overbodig geworden, zodat er vrijwel geen grond is voor het ontstaan en de versterking van intense wrok- of haatgevoelens tussen beide partijen. De kansen voor het opbouwen van vertrouwensrelaties tussen verplegenden en patiënten zijn dan ook in de periode van de

psychopharmaka groter dan ooit geworden. Met andere woorden voor de inrichtingen komt er nu een reëele kans om het resocialiseren als doelstelling te verwezenlijken, indien zij er in slagen het probleem van de technologie effektief aan te vatten.

2.2 VERSCHUIVINGEN IN DE DOOR DE ORGANISATIE AANGEWENDE MIDDELEN TEN AANZIEN VAN HET PERSONEEL

Wij zullen in deze paragraaf hoofdzakelijk spreken over de middelen, die ten aanzien van het personeel worden aangewend. De middelen ten aanzien van de patiënten blijven buiten beschouwing, aangezien deze patiënten in eerste instantie *niet* tot de organisatiegenoten gerekend worden, maar tot degenen, waarop de dienstverlening van de organisatie gericht is. De bespreking van de ten aanzien van het personeel aangewende middelen leek ons nuttig, omdat zij konsekwenties hebben voor de houding die het personeel tegenover de patiënten aanneemt. Immers, deze ten aanzien van het personeel aangewende middelen maken zeer belangrijke elementen of aspekten uit van het werkklimaat, dat op zijn beurt weer de basis of het fundament vormt voor het 'therapeutisch klimaat' op de verschillende afdelingen.

Teneinde haar doelstellingen te kunnen verwezenlijken, moet een psychiatrische inrichting – zoals iedere andere organisatie – aan bepaalde voorwaarden voldoen.

In de eerste plaats dient de *toevoer* van mensen en materiaal veilig te zijn gesteld. Zonder dat er steeds nieuwe medewerkers zich komen aanmelden en fysieke en financiële middelen aangedragen worden kan de inrichting niet werken.

Ten tweede is het van belang, dat er een zekere mate van *uiterlijke samenhang* bestaat tussen de zich binnen de organisatie bevindende individuen; dat wil zeggen deze individuen dienen in zekere mate een formele band met elkaar in stand te houden én deel te nemen aan het werk van de organisatie. Een grote uittocht van, of een zich zeer veelvuldig voordoend absenteïsme onder verplegenden en doktoren zou het voortbestaan van een inrichting op den duur stellig bedreigen.

Als derde voorwaarde voor het funktioneren moet een organisatie erop kunnen rekenen, dat er een *inzet* van de organisatie-genoten is, d.w.z. dat haar werkers hetzij individueel, hetzij in samenwerking met elkaar, *prestaties* leveren, die zijn vereist voor het bereiken van de gestelde doelen. M.a.w. er moeten uitdrukkelijk 'rollen' vervuld worden: de werkaktiviteiten of taken der diverse funktionarissen dienen steeds gericht te zijn op, of bij te dragen tot de verwezenlijking van bepaalde doelstellingen of onderdelen hiervan.

De vierde en vaak verwaarloosde voorwaarde houdt tenslotte in, dat de

medewerkers ook handelingen verrichten, die uitstijgen boven de stipte vervulling van voorgeschreven rollen (*extra-prestatie*). Wij doelen op handelingen, voortvloeiend uit het improviseren, de spontaniteit, kreativiteit, vindingrijkheid, maar ook de 'koppigheid' en het doorzettingsvermogen der medewerkers bij onverwachte situaties, bij de aanpassing aan veranderde omstandigheden, of bij het zoeken naar verbeteringen, nieuwe vormen en wegen voor het werk van de organisatie. Dergelijke handelingen – die nimmer in een sluitend systeem van nauwgezette rolvoorschriften zijn te vatten – zijn toch van vitaal belang voor het voortbestaan en de doelmatigheid van een organisatie (KAHN & KATZ, 1966, p. 338).

De drijfkrachten, die in een organisatie werkzaam zijn bij het scheppen of in stand houden van bovengenoemde voorwaarden, bestaan uit:

a. *dwangmiddelen* (negatieve sankties) van physieke, ekonomische en sociale aard
b. *lokmiddelen* (positieve sankties) van physieke, ekonomische en sociale aard
c. *bindingskracht* (intrinsieke verbondenheid met de rolvervulling binnen de organisatie) van instrumentele, sociale en ideële aard.

Ad a: De *physieke* dwangmiddelen, die wij uit het vorige hoofdstuk kennen, werden uitsluitend toegepast tegenover patiënten en gevangenen, die in menig opzicht niet als organisatiegenoten te beschouwen zijn. Physieke dwangmiddelen jegens organisatiegenoten waren vooral in vorige eeuwen in zwang, toen men weinig of geen bezwaren zag in het aanwenden van stok- en zweepslagen en andere lichamelijke kastijdingen tegenover bijvoorbeeld lijfeigenen en slaven, maar ook tegenover ondergeschikten aan boord van schepen en binnen de eenheden van het landleger. Organisatiegenoten die, om welke redenen dan ook, moeite hadden zich te voegen naar het organisatiepatroon, trachtte men in die perioden met physieke dwangmiddelen 'tot rede' te brengen. In de tegenwoordige tijd schijnen deze middelen niet meer te passen of niet meer te werken. Slechts in uitzonderingsgevallen en onder groeiend protest van de publieke opinie komen zij nog voor (bijvoorbeeld bij ontgroening). Voor zover wij hebben kunnen nagaan, zijn er nimmer physieke dwangmiddelen aangewend tegenover het personeel in dolhuizen, gestichten of psychiatrische inrichtingen.

Als *ekonomisch* dwangmiddel werd door een aantal gestichten in de vorige eeuw naast ontslag ook het opleggen van een vorm van geldboete toegepast (vermindering van de jaarlijkse gratifikatie; zie onder ekonomische lokmiddelen), bijvoorbeeld bij grove nalatigheid van oppassers die al meer jaren in dienst waren. Voor zover onze kennis reikt, wordt laatstgenoemde negatieve sanktie van ekonomische aard momenteel niet vaak meer aangetroffen. Daarentegen komt het verlenen van ontslag bij ernstige overtredingen nog wel voor, ofschoon

dit minder veelvuldig gebeurt dan in vroeger tijden. Slechts in het uiterste geval gaat een tegenwoordige inrichtingsdirektie over tot het verlenen van ontslag op staande voet. Overigens treft deze sanktie de betrokkene niet alleen in het ekonomische, maar ook in het sociale vlak. Naast het verlies aan inkomen brengt het ontslag immers ook werkloosheid, dat wil zeggen een vorm van sociale degradatie of vermindering van status met zich mee. Met andere woorden: het ontslag is niet slechts een ekonomisch, maar tevens een *sociaal* dwangmiddel.

Als voorbeeld van andere in de huidige inrichtingen nog in zwang zijnde negatieve sankties van sociale aard zijn onder andere te noemen: de schorsing, berisping, afkeuring, ridikulisering en intrekking van bepaalde rechten of voorrechten.

Ad b: De eerste *physieke* lokmiddelen, die door een inrichting voor haar personeel werden toegepast, zijn vermoedelijk geweest: het in gebruik nemen van een zusterhuis en het beschikbaar stellen van woningen voor het gehuwd manlijk personeel. Ook het instellen van een kantine kan als physiek lokmiddel gezien worden.

Bij *ekonomische* lokmiddelen is te denken aan salarisverbeteringen, gratifikaties en premies. Eveneens een ekonomisch lokmiddel is de gelegenheid voor het personeel om met belangrijke kortingen duurzame verbruiksgoederen te betrekken. Het toekennen van promotie is echter behalve als een ekonomisch, ook als een sociaal lokmiddel te zien, aangezien zo'n promotie naast een inkomensvermeerdering ook een statusverhoging inhoudt. Onder *sociale* lokmiddelen voor het inrichtingspersoneel zijn tevens te rekenen: de mogelijkheid voor de opleiding tot verplegende; goedkeuring; openlijke erkenning van verdiensten; de uitleg en het veelvuldig kontakt met artsen (psychiaters).

Ad c: De dwang- en lokmiddelen kan men zien als krachten, die als het ware 'van buitenaf' hun invloed op een individuele medewerker uitoefenen. Daarentegen is de bindingskracht, of de intrinsieke verbondenheid met de rolvervulling, in de organisatie, in het individu zelf werkzaam om zo te zeggen 'van binnenuit'. De grondslag voor een dergelijke binding kan van instrumentele, sociale of ideële aard zijn (LAMMERS, 1964, p. 15-17).

Wij spreken van *instrumentele* binding wanneer het gevoel van verbondenheid is gegrond op de aantrekkingskracht, die de aard van de eigen taak of eigen werkaktiviteiten uitoefent op de betrokken funktionaris.

De basis van de *sociale* binding is gelegen in gevoelens van verbondenheid met de medemensen in de organisatie. Het is dus niet zozeer het werk zelf dat aantrekt, maar het menselijk werkmilieu in de organisatie of het organisatieonderdeel, dat door een bepaald sociaal klimaat of een uitgesproken kwaliteit der tussenmenselijke verhoudingen wordt gekenmerkt.

Ideële binding tenslotte, berust op een aanvaarding der doeleinden van de organisatie of van een organisatie-onderdeel. Deze ideële binding is heel sterk wanneer een individu zich uitdrukkelijk vereenzelvigt met genoemde doeleinden, terwijl zij zwak is te noemen bij een tamelijk passieve, cerebrale aanvaarding der doeleinden.

Bijgaand schema is bedoeld om een – uiteraard zeer vereenvoudigd – beeld te geven van de zojuist beschreven drijfkrachten, die vooral werkzaam zijn geweest bij het voorzien in de behoeften van de organisatie aan toevoer, uiterlijke samenhang, prestatie en extraprestatie, in de drie onderscheiden perioden van de ontwikkeling van de psychiatrische inrichting.

Verschuivingen in de drijfkrachten (m.b.t. het personeel) met behulp waarvan de psychiatrische inrichting funktioneerde gedurende de onderscheiden historische perioden

Doeleinden:	Tot ± 1895 hoofdzakelijk bewaring	± 1895 tot 1955 bewaring en verzorging	Na 1955 bewaring, verzorging en resocialisering
Toevoer	*Econ. lokmiddelen:* betrekkelijk laag loon toch aantrekkelijk voor 'restgroep' op arbeidsmarkt	*Econ. lokmiddelen:* salarisverbeteringen *Physieke lokmiddelen:* zusterhuis en huisvesting voor gehuwd manlijk personeel; fleurige(r) zalen *Sociale lokmiddelen:* gunstiger werktijden, regeling van vrije dagen en vakantie	*Econ. lokmiddelen:* voortdurende salarisverbeteringen *Sociale lokmiddelen:* internaatsleven voor leerling-verpl. opleiding begint vrijwel meteen na indiensttreding
Uiterlijke samenhang	*Econ. dwangmiddelen* inkomensverlies *Sociaal dwangm.:* sociale degradatie bij werkeloosheid *Econ. lokmiddelen:* gratifikatie èn premies na meer dienstjaren *Sociale lokmiddelen:* promotie naar betere posities na meer dienstjaren	*Econ. + soc. lokmiddelen:* opleiding tot verplegende, promotiekansen voor degenen die blijven (in krisistijd: econ. dwang)	Naast reeds genoemde econ. en soc. lokm. ook *Instrumentele binding:* aantrekkelijk verpleegtechnisch werk èn binding aan het beroep van verplegende
Prestatie	*Econ. dwangmiddelen:* vermindering van gratifikatie bij nalatigheid; ontslag *Sociale dwangmiddelen:* afkeuring – berisping *Instr. binding* bij degenen met uitgesproken cipiers-mentaliteit?	*Instr. binding:* na invoering van opleiding wordt verpleegtechnisch werk aantrekkelijk voor verplegenden	Naast instr. binding ook *Sociale binding:* kontakt met elkaar en met doktoren aantrekkelijk
Extra prestatie	*Soc. lokmiddelen:* uiten van waardering, goedkeuring *Sociale binding* bij figuren als Joh. van Duuren en andere vernieuwers	Naast instr. binding ook *Sociale binding:* door invoering arbeidstherapie na 1930 beginnen verhoudingen te verbeteren, meer solidariteit mogelijk met kollega's zowel als met patiënten	*Instr. binding:* opkomst technologie van het resocialiseren? *Soc. binding:* bij intensivering van de behandeling en resocialisatie uitbreiding van het kontakt met doktoren *Ideële binding:* aanvaarding door personeel van doelen als bewaring, verzorging en resocialiseren

In de eerste plaats zien we uit het schema, dat met het naderbij komen van de huidige tijd de dwangmiddelen in betekenis afnemen. Vermoedelijk is dit in laatste instantie terug te voeren op de steeds grotere verbreiding van demokratische denkbeelden in onze samenleving. De leiding van de inrichting is daardoor wat minder autoritair geworden, althans in vergelijking tot een vroegere periode.

Ten tweede valt op, dat de lokmiddelen volledig gehandhaafd bleven, of relatief in betekenis zijn toegenomen, ofschoon zij ons inziens en dit geldt vooral voor de *sociale* lokmiddelen bij het bewerkstelligen van de uiterlijke samenhang en het verbeteren van de prestatie, nog zeker niet hun optimum hebben bereikt.

Overigens valt hier als kanttekening te plaatsen, dat de verschuiving van de dwang- naar lokmiddelen niet alleen ten aanzien van het personeel heeft plaatsgevonden. Ook de middelen, die ten aanzien van de patiënten worden aangewend, hebben een soortgelijke verschuiving te zien gegeven. Dit houdt het volgende in: wanneer men momenteel in de inrichtingen meer en meer ertoe overgaat de patiënten tot bepaalde aktiviteiten te lokken (in plaats van te dwingen), dan wordt de patiënt niet meer uitsluitend (onmondig) objekt van het organisatorisch handelen. De positie van de patiënt is dan bezig te verschuiven naar een positie, die iets weg heeft van die van een organisatie-genoot. In hoofdstuk 6 wordt de positie van de patiënt in de organisatie wat meer omlijnd, terwijl in de hoofdstukken 3 en 5 gezocht zal worden naar de verbanden tussen de middelen in de personeelsorganisatie en de middelen die het personeel ten aanzien van de patiënten hanteert.

Een derde tendentie uit het schema is tenslotte, dat de binding in de loop der tijden duidelijk aan betekenis heeft gewonnen. Maar ook hier moeten wij opmerken dat de inrichting de potenties van de bindingkrachten nog te weinig heeft benut. Een aanwijzing hiervoor wordt gevormd door de momenteel nog niet te stuiten massale uittocht van jonge verplegenden, zodra zij het begeerde diploma hebben verworven. Dit heeft het aantal gediplomeerde verplegenden binnen de inrichtingen gedurende het laatste decennium aanzienlijk doen slinken. Zou het aan de 'geslotenheid' van de inrichtingsgemeenschap toe te schrijven zijn, dat de leiding en besturen der inrichtingen weinig oog hebben voor de ekonomische groei van de maatschappij en voor de daarmee samenhangende krappe arbeidsmarkt? Of hebben er andere – interne zowel als externe – faktoren een rol gespeeld bij het nog steeds voortduren van de huidige personeelsproblemen der inrichtingen?

2.3 VERSCHUIVINGEN IN DE FORMELE STRUKTUUR VAN DE INRICHTING

In iedere organisatie treft men een hiërarchie aan van macht en aanzien. Een dergelijke hiërarchie is als regel gefundeerd op deskundigheid op het gebied van en beschikkingsmacht over die middelen, die passen in het kader van, respektievelijk nodig zijn voor, de verwezenlijking van de dominante doeleinden (PERROW, 1963).

Toen het gesticht hoofdzakelijk tot doel had geesteszieken in bewaring te houden, was – zoals begrijpelijk – de betekenis van de specifieke deskundigheid op het desbestreffende gebied nog betrekkelijk gering. In die periode was de betekenis van de beschikkingsmacht over de nodige middelen veel beslissender.

In laatste instantie waren het de regenten, die de beschikkingsmacht uitoefenden over de middelen ter bewaring (en bedwinging) der geestelijk gestoorden. Immers, zij waren tenslotte degenen, die het gesticht in het leven riepen of hielden. Zij zorgden voor de financiering van het gebouw, voor de inrichting ervan en voor het opnemen van de gestoorden. Dit geheel van middelen stelden de regenten ter beschikking aan de door hen in dienst genomen binnenvaders of direkteuren, en deze droegen op hun beurt de aan hen ondergeschikte dienstboden en later de oppassers op met de beschikbare middelen de bewaring der gestoorden ten uitvoer te brengen.

Schematisch voorgesteld zag de formele struktuur van de meeste gestichten er aanvankelijk (± 1800) als volgt uit:

Regentenkollege
|
Binnenvader (en Binnenmoeder)
|
Dienstboden
|
Gestichtsbewoners

Na de invoering van de Krankzinnigenwet van 1841, die de gestichten verplichtte om geneeskundigen in het gestichtswerk te betrekken, kwamen de eerste medici – weliswaar voor slechts enkele uren per dag – als vaste medewerkers in dienst. In het Willem Arntsz Huis te Utrecht bijvoorbeeld, kreeg men omstreeks 1850 de volgende organisatiestruktuur:

Van een leidinggevende positie van de geneesheer in het gesticht kon men toen nog bepaald niet spreken. Langzaam kwam daarin verandering, dankzij de invloed die van de Inspekteurs van het Krankzinnigenwezen uitging. Deze Inspekteurs hebben, vanaf het moment dat hun ambt werd ingesteld, zich sterk ingespannen om de geneeskundigen een leidinggevende positie in het gesticht te bezorgen. Door het publiceren in de 'Jaarverslagen' van de bestaande (en vaak ongewenste) toestanden in de gestichten konden de inspekteurs voortdurend druk uitoefenen op de besturen der gestichten en bewerkstelligden zij een positieverschuiving voor de geneesheer, die van een nogal perifere figuur opschoof naar een plaats met meer invloed en meer macht in het gesticht.

In het bekende Utrechtse gesticht werd aan die invloeds- en machtsvermeerdering gestalte gegeven door het feit, dat de medicus betiteld werd met 'geneesheer-specialist', en – zoals wij reeds eerder beschreven – de volledige leiding verwierf over twee afdelingen (zie pag. 16). De formele struktuur zag er in die jaren (1858-1859) als volgt uit:

Kort hierop (waarschijnlijk in 1860) volgde opnieuw een reorganisatie, die hierin resulteerde, dat de positie van huismeester werd afgeschaft. De geneesheer verkreeg de leiding over alle afdelingen en diensten, en de betiteling van genees-

heer-specialist veranderde in die van geneesheer-direkteur. Men kreeg toen dit schema:

Regentenkollege
|
Geneesheer-direkteur
|
Hoofdopzichters + Hoofdopzichtsters
|
Opzichters + Opzichtsters
|
Overig dienstpersoneel

Ook in andere gestichten kreeg men soortgelijke verschuivingen. In 1874 hadden vijf van de dertien gestichten een geneesheer als hoofd en pas omstreeks 1890 was er in de meeste gestichten een geneesheer-direkteur. Deze verschuiving speelde zich dus voornamelijk af vóór 1890; dat wil zeggen in een periode die nog volop te kenmerken was als een, waarin de bewaring van gestoorden de aktiviteiten van het gesticht geheel beheerste. Nu kan men moeilijk stellen dat de geneesheer toendertijd aan de top van de gestichtshiërarchie was gekomen op grond van zijn deskundigheid op het gebied van de bewarings- (en bedwingings)middelen. Maar wat heeft dan wèl tot die opmerkelijke verschuiving bijgedragen? Waarom is de geneesheer – die op dat moment beslist géén deskundigheid in kon brengen met betrekking tot de verwezenlijking van de dominante doeleinden van de organisatie – tòch op die belangrijke positie terechtgekomen?

In Perrow's artikel (1963) – dat hijzelf een historische case study noemt – over de ontwikkeling der doeleinden en machtsstruktuur van een algemeen ziekenhuis vonden wij enige aanwijzingen voor een vermoedelijk antwoord op de zojuist gestelde vraag.

De theorie van Perrow gaat ervan uit, dat een organisatie op de lange duur beheerst zal worden door die individuen of groepen, die de meest 'strategische' en kritieke taken vervullen.

> 'Difficult tasks are those that cannot be routinized and/or assigned to persons of low skill levels. A task is critical not just because the organization would cease functioning if it were not performed – many tasks are of this sort – but also because it represents the distinctive problem the organization faces because of its stage of development, condition of the market, internal operations, and so forth. Several task areas are listed below that are likely to be both difficult and critical for organizations at different times:

1. Securing inputs in the form of capital or operating subventions
2. Securing acceptance in the form of basic legitimation of activity
3. Providing production skills where these are nonroutine and highly specialized
4. Coordinating the activities of organizational members
5. Coordinating relations with other organizations, clients, or consumers.

All these tasks may be important in any organization, but not all are likely to be equally important at any point in time. The importance of a particular task area will depend upon the technology employed, the market for the goods or services, and the stage of growth of the organization. An emphasis upon any one (or upon a combination of two or more) will tend to give controlling power to the group that fulfills the task.' (PERROW 1963, p. 113)

Aan de hand van Perrow's opvattingen mogen we het wellicht zo stellen, dat vóór 1841 de voor die periode moeilijke en kritieke taken van het gesticht, zoals het verwerven van geldmiddelen en de veiligstelling van de aanvaarding door de omringende samenleving nog geheel door de Regenten-kolleges konden worden vervuld. Na 1841 echter, begon de overheid zich met het gestichtswezen te bemoeien. En deze overheid kreeg – gezien de uitlatingen der Inspekteurs voor het Krankzinnigenwezen – hoe langer hoe minder vertrouwen in de dagelijkse leiding der regentenkolleges en verwachtte op dat gebied meer van een geneesheer als gestichtshoofd. Tegen een dergelijke achtergrond had het gesticht in deze ontwikkelingsfase de geneesheer als hoofd nodig, teneinde de te verrichten aktiviteiten voor de overheid en de samenleving aanvaardbaar te maken en de legitimering ervan te verzekeren.

Met andere woorden: het waren in eerste instantie externe faktoren (de wet van 1841 èn de opvattingen der inspekteurs) geweest, die ertoe hebben geleid dat de geneesheer vanuit een duidelijke perifere positie verschoven werd naar een haast onaantastbare machtspositie aan de top van het gesticht. Dit is onze verklaringsgrond voor de eerste stoot tot de ontwikkeling van de Nederlandse inrichtingen. De dynamiek van de verdere ontwikkeling werd o.i. door de volgende omstandigheden beheerst.

Nadat de geneesheer de macht in het gesticht stevig in handen kreeg, begon hij zijn stempel te drukken op de dagelijkse gang van zaken en het verloop der interne ontwikkeling van het gesticht. Dit is geheel in overeenstemming met deze woorden van Perrow: 'The characteristics of the dominant group (social background, career, ideology or point of view, personal interest and so on) will determine major operating policies and thus organizational goals'. (PERROW 1963, p. 113)

De invoering van de bedverpleging – dat wil zeggen de verzorging van geestes-

zieken op ziekenzalen – weerspiegelde duidelijk de persoonlijke belangstelling en het gezichtspunt van de geneesheer, die zich heeft laten inspireren door de gang van zaken en de verhoudingen in het algemene ziekenhuis, dat hem zo vertrouwd was geworden gedurende de jaren van zijn beroepsvorming.

Ook de opleiding voor het verplegen van 'krankzinnigen' – een opleiding, die toendertijd geheel door geneeskundigen werd voorbereid en verzorgd – vertoonde bij haar intrede in het gesticht qua inhoud der lessen weinig verschil met die voor het verplegen van lichamelijk zieken.

Omstreeks de eeuwwisseling kregen sommige gestichten als gevolg van het stempel der geneeskundigen een struktuur, die bijzonder veel leek op die van de algemene ziekenhuizen uit dezelfde tijd:

Naast het vervullen van de moeilijke en kritieke taak van 'Securing acceptance in the form of basic legitimation of activity' droegen de geneeskundigen – nadat het gesticht *met recht* het predikaat 'geneeskundig' droeg – ook bij tot het 'providing production skills where these are non-routine and highly specialized'. Tot dit laatste kunnen we rekenen: het verzorgen van de diagnostiek en het voorschrijven van therapieën voor de opgenomen patiënten; het theoretisch onderbouwen van het dagelijks beleid tegenover de patiënt; het zorg dragen voor de uitbreiding en vernieuwing van het behandelings- en diagnostisch arsenaal; en ook het bestuur voeren over het gesticht, dat over het algemeen gedurende de periode tussen 1900 en 1963 in omvang toenam. Zo groeide het aantal patiënten bijvoorbeeld in Zuidlaren van 396 in 1902 tot 1024 in 1964. In dezelfde periode groeide Boekel van 159 tot 550, Franeker van 319 tot 723, Ermelo van 470 tot 870, Loosduinen van 468 tot 827, Den Haag van 382 tot 718 en Rosmalen van 514 tot 776 patiënten.

Als gevolg hiervan werd voor het vlotte funktioneren van het gesticht de betekenis van administratie, ekonomie en van het technische onderhoud zo groot, dat de desbetreffende diensten niet slechts belangrijke uitbreidingen ondergingen, doch ook voorzien moesten worden van funktionarissen, die op de betrokken gebieden waren gespecialiseerd. Onder dergelijke omstandigheden

hebben de geneeskundigen na het verwerven van hun nieuwe positie voor de opgave gestaan het gesticht af te stemmen op: de gestage groei van het aantal verpleegde patiënten; de ontwikkeling van de psychiatrie; en de opkomst van nieuwere inzichten in de behandeling en verpleging van geestesziekten. Dit streven kwam tot uitdrukking door een uitbreiding en differentiatie van de staf.

Wij zien in de eerste plaats het aantal zenuwartsen in de inrichtingen duidelijk toenemen. In 1902 was er in de 38 inrichtingen gemiddeld één arts op 139 patiënten; in 1964 één zenuwarts op ongeveer 121 patiënten. Intussen waren er echter behalve zenuwartsen ook andere geneeskundigen in de inrichtingen gekomen: psychiaters in opleiding; specialisten zoals de internist, de biochemicus en de patholoog-anatoom; en tenslotte andere niet-gespecialiseerde medici. Telt men nu al deze in Nederlandse inrichtingen werkzaam zijnde artsen tesamen dan krijgen we voor laatstgenoemd jaar een verhoudingsgetal van 1 op 66,4.

Vervolgens deden de psychologen na het einde van de Tweede Wereldoorlog hun intrede in de inrichtingen: in 1964 waren er 47 psychologen in 31 inrichtingen. Voorts werden bijzondere therapeuten, zoals bewegingstherapeuten en kreatieve therapeuten door 22 inrichtingen binnengehaald. En tenslotte vonden maatschappelijke werkers hun weg naar 10 inrichtingen. Dit laatste zien we als een teken, dat men de betekenis van het milieu van de patiënt begint in te zien.

Op grond van bovenstaande gegevens zouden we ons de organisatie voor vele inrichtingen in 1964 als bijgaand schema *kunnen* voorstellen (zie pag. 67).

Geneesheer-direkteur
zenuwartsen
gespecialiseerde artsen
psychologen
niet gespec. artsen
bijz. therap.
maatsch.werk.
Hoofd econ. adm.
techn. dienst
Adjunkt-direktrice
of Hoofd v.d. verpleging
Hoofd
adm.
Hoofd
techn.
dienst
Inkoper
Hoofd
huish.
dienst
Hoofd
arb.-therapie
Hoofd verple-
gende (zaal-
of pav. hoofden)
Docent
opl.
adm.
pers.
techn.
pers.
huish.
pers.
werkleider
arb. ther.
verplegenden
en leerlingen

Uit zo'n schema valt af te lezen hoe groot tegenwoordig het aantal beroepsgroepen is, dat in de inrichtingen kan worden aangetroffen. Sommige van die groepen hebben een eigen hiërarchie of hiërarchie-tje. Ongetwijfeld hebben die verschillende groepen specifieke 'social characteristics' met vermoedelijk de daarbij behorende neiging om eigen doeleinden of doeleindjes na te streven. Wanneer zulke omstandigheden zich voordoen, is er een niet geringe kans dat er 'koalities' worden gevormd tussen twee of meer groepen teneinde de eigen doeleinden beter veilig te stellen. Of er kunnen zich tussen twee groepen duidelijke tegenstellingen ontwikkelen. Een derde mogelijkheid is, dat door de leiding van de inrichting pogingen ondernomen worden om al die verschillende groepen tot optimale samenwerking te brengen ten behoeve van het gemeenschappelijk doel. Dat bij dergelijke pogingen kommunikatiemoeilijkheden aan de dag zullen treden, is zo goed als zeker te voorspellen.

Wij achten het kommunikatieprobleem zo essentiëel voor het funktioneren van de organisatie, dat wij dit aspekt binnen de hiërarchie van de verpleegafdelingen nader willen bezien. Daartoe hebben we een onderzoek verricht naar de samenhang tussen een bepaalde sektor van de normen en handelingen der verplegenden enerzijds en de vertikale en horizontale kommunikatiepatronen binnen de verpleegafdeling anderzijds.

In het volgende hoofdstuk wordt deze probleemstelling uitgewerkt en zullen we trachten onze hypothesen nader uiteen te zetten.

3. Resocialiseren in de psychiatrische inrichting

3.1 PROBLEEMSTELLING

Wij hebben in de vorige hoofdstukken gezien, dat vanaf omstreeks 1800 zich langzamerhand een aantal veranderingen voordeed in de Nederlandse inrichtingen voor psychisch gestoorden. Die tot stand gekomen veranderingen – en de situatie van dit moment kan bijvoorbeeld als neerslag van dergelijke veranderingen worden beschouwd – zijn op te vatten als een resultaat van een proces van doeltoevoeging. Deze toevoegingen staan in nauwe wisselwerking of hangen innig samen met bijvoorbeeld *opvattingen* over de aard van de psychische gestoordheid ('zinneloosheid' als gevolg van straf uit de hemel; 'krankzinnigheid' als een uiting van een somatisch-organische afwijking, of geestesziekte als gevolg van een biochemische ontregeling, e.d.); *methoden van behandeling* (dwangverpleging, no restraint systeem, bedverpleging, badverpleging, 'aktievere' therapie, elektroshock therapie, 'open deur systeem', gedifferentiëerde medikamenteuse behandeling, enz.); *fysieke en sociale outillage*; *organisatorische struktuur*, e.d.

De meest recente en belangrijke doeltoevoeging – die zich heeft voltrokken of bezig is te voltrekken – betreft o.i. het resocialiseren van patiënten in de inrichting. Bij deze doeltoevoeging kan men zich afvragen, onder invloed van welke sociale krachten zij heeft plaatsgevonden en via welke 'mechanismen' de landelijke verspreiding van de denkbeelden omtrent resocialisering zich voltrokken heeft. Het antwoord op diè vragen – welke een makro-sociologische studie zouden vergen – willen wij in het midden laten; wij zijn voornamelijk geïnteresseerd in het antwoord op vragen als:

- hoe dringen in een inrichting deze denkbeelden door?,
- op welke wijze komt aanvaarding ervan door het personeel tot stand?

en bovenal:

- onder invloed van welke processen en krachten gaat men die denkbeelden in praktijk brengen, zodat de officieel gestelde doeleinden inderdaad ook de werkelijke doeleinden worden?

Eigenlijk zou men dit proces longitudinaal dienen te bestuderen. Dit heeft echter niet plaats gevonden, zodat wij genoegen dienen te nemen met een

momentopname. Dat wil zeggen: met een analyse van verschillen terzake van aanvaarding en in praktijk-brenging van de nieuwe resocialiseringsdoeleinden *op het moment van onze studie*. De analyse is *niet* gericht op het proces van invoering, maar op het eindresultaat ervan. Langs die weg hopen wij het nodige inzicht te verwerven in de sociale krachten welke het doorwerken van zo'n proces van doeltoevoeging binnen een inrichting belemmeren of bevorderen.

3.2 WAT IS RESOCIALISEREN?

Afgaande op de vanaf 1947 gepubliceerde denkbeelden van vooraanstaande psychiaters mogen we stellen, dat men in de inrichtingen over het algemeen streeft naar de ontwikkeling van asyl tot revalidatiecentrum. Steeds veelvuldiger gaan de inrichtingen zich werpen op pogingen om hun patiënten opnieuw vertrouwd te maken met het leven buiten de inrichting. Momenteel wordt daartoe voornamelijk het toekennen van de volgende privileges aan patiënten gehanteerd: vrij wandelen op het terrein van de inrichting; boodschappen doen in het dorp of in de stad; het weekend-verlof; vakantieverlof; exkursies; proefverlof; enz.

Als gevolg van een dergelijk beleid krijgen vele patiënten reeds gedurende de behandelingsperiode zelf de gelegenheid om zich voor te bereiden op het hervinden van hun plaats in het maatschappelijk leven. Immers, weekend-, vakantie- en proefverlof verschaffen de patiënten oefentijden voor interakties met familie, vrienden, kennissen, werkgevers of eventuele kollega's. Het is echter zeer wel in te denken, dat deze interakties die hoofdzakelijk buiten de verpleegafdeling vallen, door de patiënten optimaler kunnen worden benut, naarmate zij van tevoren binnen hun afdeling beter daartoe werden voorbereid. Voorbereid in deze zin, dat door de aktiviteiten van de verplegenden de betrokken patiënten in de eerste plaats min of meer bekendheid hebben verkregen met de rollen, die van hen worden verwacht en in de tweede plaats enige vaardigheid hebben verworven om de desbetreffende rollen inderdaad te vervullen.

Patiënten zijn beter voorbereid op hun sociaal funktioneren buiten de inrichting, naarmate zij in hun verpleegafdeling meer resocialiserende aktiviteiten van verplegenden hebben meegemaakt.

Om enkele vormen te noemen: verplegenden zouden de patiënten bijvoorbeeld meer en meer – voorzover hun toestand dit toelaat – als huisgenoten tegemoet kunnen treden. Huisgenoten, die 's morgens naar hun werk gaan en 's avonds thuis komen. Deze huisgenoten willen 'thuis' nogal eens over hun ervaringen op het werk vertellen. Of zij willen het hebben over familieleden; of over het nieuws van de dag uit de dagbladen, radio en t.v. In hun vrije tijd willen zij zich soms wijden aan liefhebberijen of zij gaan eens een avondje uit. Bij deze voorbeelden zouden verplegenden zich als 'helper', 'belangstellende',

of als 'partner' van de patiënt kunnen presenteren. Het resocialiseren is dus niets anders dan de zich binnen de verpleegafdeling afspelende processen van het revalidatie-beleid van de inrichtingen. Het is op deze plaats wellicht nuttig nader in te gaan op de vraag wat het resocialiseren inhoudt.

Ter inleiding kan erop worden gewezen, dat de opkomst van de resocialisatiegedachte nauw verband houdt met de veranderde opvatting over de aard van de psychische gestoordheid. In de tweede helft van de 19e eeuw beschouwde men geesteszieken als ongeneselijk. Men zag de 'aandoening' als een, zij het ook mikroskopische afwijking in de anatomie van het hersenorgaan, die bovendien erfelijk bepaald was. Daarnaast dacht men ook aan een ontregeling van het menselijk organisme.

Omstreeks de eeuwwisseling heeft Freud de eerste belangrijke poging ondernomen om de verschijnselen op dit gebied langs psychologische weg te verklaren, dus om genoemde verschijnselen *niet* in eerste instantie terug te voeren op somatische gegevenheden of biochemische processen. Het bekend worden van zijn theorieën – door sommigen een revolutie genoemd – is echter voor de ontwikkeling van de institutionele psychiatrie in Nederland van zeer geringe betekenis gebleven.

Freud's werk bloeide vooral in de spreekkamers van partikuliere zenuwartsen of psycho-therapeuten, die financieel-draagkrachtige, individuele patiënten behandelden. Maar aan de grote massa geesteszieken is de opkomst van de psycho-analytische behandelmethode geheel voorbij gegaan. Vermoedelijk heeft deze vrij intensieve behandelmethode in de inrichtingen geen levensvatbare kans gehad wegens o.a. het zeer grote aantal patiënten dat een arts gewoonlijk toegewezen kreeg.

Na de Tweede Wereldoorlog is men naast de somatische zienswijze wel begonnen om het gedrag van de geesteszieke meer psychologisch te belichten. Daarnaast kwam de opvatting tot ontwikkeling dat genoemd gedrag in verband kon worden gebracht met slechte konditionering en sociale of emotionele ontberingen. Of sociologisch geformuleerd: geestesziekte houdt verband met een proces van de-socialisatie (GREENBLATT, YORK & BROWN, 1955, p. 106) met een voortschrijdende vermindering van de vaardigheden om sociale rollen te vervullen en als gevolg hiervan een verlies van de tevoren beklede sociale posities. Volgens deze opvatting bestaat de 'ziekte' van de patiënt uit *zijn* (in-adequaat) participatie-patroon in inter-persoonlijke betrekkingen; d.w.z. zijn bepaalde (lees: 'ongezonde') wijze van 'omgaan' met anderen. Echter, men wil dit ongezonde participatiepatroon slechts als een deel, zij het een sterk naar voren springend deel, van de persoonlijkheid van de patiënt beschouwen.

Een ander heel belangrijk deel van de persoonlijkheid van de patiënt – een deel dat helaas niet zo gemakkelijk zichtbaar is – wordt gevormd door een tendentie tot het bekleden van zinvolle sociale posities. Iedere patiënt, zo menen

de voorstanders van de resocialisatiegedachte, heeft ergens het verlangen om beter te worden. Met andere woorden: men acht de vatbaarheid voor invloeden en het vermogen tot leren van de patiënt niet geheel uitgeschakeld.

Op dit laatst aangeduide deel van de persoonlijkheid van de patiënt wil nu het resocialiseren aangrijpen. En bij dit resocialiseren denken we aan het leggen van kontakten en ontwikkelen van vertrouwensrelaties met patiënten, met het doel de patiënt te helpen om zich passend en gemakkelijk te gedragen in groepen of tegenover individuen, opdat hij zich weer een sociale positie in het milieu van herkomst of een nieuw toekomstig milieu kan verwerven.

Resocialiseren is een specifieke vorm van socialisatie, aangezien het hier om gedesocialiseerden gaat, d.w.z. om mensen, die aanvankelijk weinig gemotiveerd zijn om gesocialiseerd te worden. Het komt voor de verplegenden – bij uitstek potentiële 'resocialiseerders' – in de eerste plaats neer op het scheppen van een klimaat, waarin de kommunikatie tussen patiënten en verplegenden op doeltreffende wijze kan verlopen. Voorts op het aanvankelijk vervullen van de rollen van helper, aanmoediger, beloner, oefenmeester, steungever, vertrouwensman, gids, tutor enz. tegenover de patiënt.

En tenslotte, naar gelang de toestand van de patiënt zulks toelaat, op het langzaam overgaan naar de rol van partner, of zelfs de rol van iemand die zich terugtrekt en zichzelf voor de patiënt overbodig aan het maken is. Dit teneinde de bevoogding van de patiënt op een zo vroeg mogelijk moment te beëindigen.

3.3 RESOCIALISERING ALS NORM EN ALS AKTIVITEIT

Een norm is een gedragsregel, die verwijst naar doeleinden of waarden (VAN DOORN & LAMMERS, 1959, p. 92-100). In dit kader gaat het om *gedragsregels, die uit het resocialiseringsdoel zijn afgeleid, of dit doel impliceren.*

Normen kunnen echter variëren van gedragsregels waaraan slechts lippendienst wordt bewezen en die op geen enkele wijze het daadwerkelijk gedrag beïnvloeden, tot gedragsregels waar een duidelijke stuwkracht van uitgaat. Om deze reden zullen wij als te verklaren variabelen niet slechts het normbesef en de aktiviteiten met betrekking tot het resocialiseren beschouwen; doch tevens de mate waarin de normen in de werkelijke aktiviteiten worden nageleefd.

De mate waarin de werkelijke aktiviteiten met de desbetreffende normen overeenstemmen wordt door Landecker 'normatieve integratie' genoemd. Een hoge mate van normatieve integratie houdt in, dat de leden van een groepering in hun werkelijke gedrag zich sterk richten op de door de groep gekoesterde doeleinden of waarden. In een dergelijk geval vormen de gekoesterde normen een effektief richtsnoer voor het gedrag der groepsleden. (Vergelijk LANDECKER, 1951, p. 335). Bij een tamelijk grote diskrepantie tussen norm en gedrag daar-

entegen werkt de norm niet effektief; we kunnen dan spreken van een geringe normatieve integratie.

Wat houdt deze normatieve integratie nu voor een verpleegafdeling in? Wat is eigenlijk een hoge mate van normatieve integratie, d.w.z. een relatief geringe diskrepantie tussen normen en aktiviteiten?

In principe kan een hoge mate van normatieve integratie op drie manieren tot stand komen:

Ten eerste: de normen worden zo laag gesteld, dat het konformeren daaraan vrijwel geen inspanning kost; het gaat bijna vanzelf (indien normatieve integratie deze betekenis heeft, is zij bepaald niet iets wat als een wenselijke situatie voor de psychiatrische inrichtingen kan worden aangemerkt).

Ten tweede: de normen liggen bepaald niet laag, maar de aktiviteiten worden als het ware opgetrokken in de richting van de normen.

Ten derde: normen zowel als aktiviteiten bewegen zich naar elkaar toe. De normen worden dan lager, of beter 'realistischer' gesteld, terwijl de aktiviteiten daarentegen nu een 'hoger' plan gebracht worden.

Wat wij op dit punt m.b.t. het resocialiseren in de verpleegafdeling zullen aantreffen, lijkt ons bijzonder moeilijk te voorspellen. Wij zullen daarom moeten afwachten wat het onderzoeksmateriaal ons hieromtrent te zeggen heeft.

In paragraaf 5 zullen wij nader ingaan op de vraag welke faktoren deze normatieve integratie bevorderen of belemmeren.

3.4 HOE BEREIKEN NIEUWE DENKBEELDEN DE AFDELING

Zoals uit ons historisch overzicht bleek, bestond reeds in de eerste helft van de 19e eeuw iets, wat als resocialisering kan worden aangemerkt. Toch kunnen we stellen dat dergelijke aktiviteiten betrekkelijk nieuw zijn voor de huidige psychiatrische inrichtingen, tenzij men de arbeidstherapie ook als een aktiviteit in deze richting zou willen zien. Maar zelfs als men dat zou willen, dan nog blijft het resocialiseren in zijn volle omvang in de praktijk van de huidige inrichtingen een moeilijk probleem.

De kennis over dit onderwerp is nog gebrekkig en ook zijn de vaardigheden ervoor nauwelijks systematisch ontwikkeld. Reakties van patiënten op de door verplegenden te initiëren interakties zijn nog lang niet nauwkeurig te voorspellen. Resocialiseren is dan ook nog steeds een pogen met vallen en opstaan; het vergt een grote emotionele inspanning van de verplegenden en is vaak een bron van veel twijfels. Het is dus niet verwonderlijk dat het resocialiseren nog niet zo vast in het denken en handelen der afdelingsverplegenden is ingeplant.

Indien echter de inrichting een stap nader wil komen in de richting van revalidatiecentrum dan kan zij niet ontkomen aan een opvoering van het resocialiseren op de afdelingen. De grote vraag is nu, op welke wijze een derge-

lijke verandering tot stand kan komen; onder welke voorwaarden zal het betrekkelijk nieuwe element van het resocialiseren in sterkere mate in het werk van de verplegenden vertegenwoordigd zijn; en wanneer zal zulks in mindere mate het geval zijn? Dit brengt ons op een andere vraag, nl. *welke zijn de mogelijke bronnen voor zo'n verandering in de werkaktiviteiten der afdelingsverplegenden*?

In theorie zijn er vier belangrijke bronnen voor verandering aan te wijzen:

a. opleiding en vorming der verplegenden;

b. invloed van externe groeperingen;

c. de leiding van de verpleegafdeling, resp. de leiding over de gehele inrichting;

d. de kollegiale groep binnen de verpleegafdeling.

Ad a.: Het is in principe mogelijk, dat als gevolg van de opleiding veranderingen worden bevorderd. Zo heeft bijvoorbeeld in Santpoort de invoering van de opleiding voor de B-verpleging omstreeks de eeuwwisseling de uitbreiding van de bedverpleging mogelijk gemaakt. In die bewuste periode droeg de opleiding in Santpoort zonder twijfel bij tot de veranderingsprocessen, welke het krankzinnigengesticht omvormden tot ziekenhuis voor gestoorde mensen. Het is echter zeer de vraag, of de tegenwoordige opleiding voor de B-verpleging in het algemeen in die mate aandacht schenkt aan het probleem van resocialisering, dat zij op dit punt een vernieuwende invloed kan uitoefenen op de werkaktiviteiten der verplegenden op de afdeling.

Op grond van het bestuderen van de opleidingsprogramma's menen wij te mogen konstateren, dat over het algemeen genomen deze opleiding een nogal sterke gerichtheid heeft op het verwerven door de leerlingen van vaardigheden en technieken voor de somatische verpleging en de daartoe nodig geachte kennis. En ofschoon er in sommige lessen – en vooral in de allerlaatste tijd – gesproken wordt over de wenselijkheid van het aktiveren en heropvoeden van patiënten, kan van een uitgebreide behandeling van de problematiek rondom het resocialiseren nog bepaald geen sprake zijn. Om die reden komt de huidige opleiding niet in aanmerking om als primaire bron voor bovenbedoelde verandering beschouwd te worden. Het is zelfs in het algemeen zeer de vraag, of vele opleidingen in ziekenhuizen niet meer konserverend dan vernieuwend werken (CASSEE, 1968, p. 53).

Daarnaast is er nog een – wellicht belangrijker – reden, waarom wij in deze studie de faktor opleiding als bron voor verandering buiten beschouwing willen laten. Het is namelijk zo, dat in dit stadium van de ontwikkeling van de psychiatrische inrichting deze opleidingsfaktor *vrij konstant* zal zijn voor alle verplegenden zeker van één inrichting of misschien zelfs van meerdere inrichtingen. Onder dergelijke omstandigheden lijkt het ons niet aannemelijk, dat verschillen tussen afdelingen in de aanvaarding en praktisering van het resocialiseren uit de opleiding te verklaren zijn.

Ab b.: De mogelijkheid, dat externe kontakten kunnen leiden tot verandering, is aan te tonen met het geval van de invoering van de aktievere therapie in Santpoort. Die invoering werd door de toenmalige direkteur, Van der Scheer, tot stand gebracht, nadat hij zich persoonlijk op de hoogte had gesteld van het werk en de denkbeelden van Simon uit Gütersloh. Zo kunnen bijvoorbeeld ook kontakten der verplegenden in landelijke of internationale kommissies van beroepsverenigingen of gezondheidsorganisaties, stafkursussen, vaktijdschriften, leerboeken, geschriften van oud-patiënten als CLIFFORD BEERS (1948) en FRÉ DOMISSE (z.j.) of een roman als 'The snake pit' van MARY JANE WARD, en uiteraard de inspekteurs van het krankzinnigenwezen of van de geestelijke volksgezondheid hun invloed uitoefenen op veranderingsprocessen op de afdeling.

De vraag waarmee wij nu gekonfronteerd worden is echter, of er ten aanzien van de invloed van externe groeperingen verschillen tussen afdelingen bestaan. En, of deze faktor verband houdt met de mate van aanvaarding en praktisering van het resocialiseren.

Het is zeer waarschijnlijk, dat die verschillen inderdaad bestaan: niet alle afdelingen worden op gelijkmatige wijze bemand door verplegenden, die een stafkursus hebben gevolgd; niet in alle afdelingen zitten verplegenden met ervaring op het gebied van het zitting nemen in landelijke of internationale kommissies en ook de oriëntatie op vaktijdschriften en andere literatuur zal niet in alle afdelingen precies gelijk zijn.

Die invloeden van externe groepen zijn – voor zover zij niet via de leiding van de afdelingen lopen – echter niet in onze onderzoeksopzet opgenomen. Wij zijn er namelijk van uitgegaan, dat tussen een groot aantal afdelingen op dit punt geen al te systematische verschillen zullen voorkomen. Dit neemt niet weg, dat ook dit thema zeer de moeite waard is van een onderzoek.

De externe invloeden die wel via de leiding werken, behandelen we onder ad *c.*

Ad c.: Dat ook de leiding van een inrichting een verandering tot stand kan brengen, blijkt uit het voorbeeld van de aktiviteiten van Van der Scheer, die omstreeks 1930 – zoals hiervoor reeds is opgemerkt – als geneesheer-direkteur van Santpoort de arbeidstherapie in deze inrichting heeft ingevoerd. Een voorbeeld van meer recente datum menen wij in het werk van Dr. Martin de 'Physician Superintendent' van het Claybury Hospital in Essex, Engeland, te vinden.

Martin is sinds 1955 begonnen in zijn inrichting een serie van veranderingen te initiëren. Met als resultaat, dat het Claybury Hospital, een inrichting voor 2000 patiënten met 1000 man personeel, binnen een periode van zes à zeven jaar veranderd is van een konventionele inrichting tot een inrichting, waarvan een belangrijk deel der verpleegafdelingen werkt volgens de beginselen van de 'therapeutic community' (MARTIN, 1968).

Als voorbeeld van de invloed van de leiding van een verpleegafdeling is de ervaring van Dr. Artiss te noemen. Artiss was vanaf 1956 tot omstreeks 1960 zaalarts (Ward Officer) in één van de twaalf zalen van de neuropsychiatrische afdeling van het Walter Reed ziekenhuis te Washington. Hij slaagde er als zaalarts in een nieuw kommunikatiesysteem tussen de dokter en de andere personeelsleden van de zaal tot stand te brengen. Dit kommunikatiesysteem was volgens zijn inzichten een noodzakelijke ingrediënt voor de door hem voorgestane milieu-therapie (ARTISS, 1962).

Bij deze voorbeelden kan men zich afvragen, wat de aard van het leiderschap van de drie genoemde geneesheren geweest is. Zeer algemeen gaat het om de vraag, op welke wijze het leidinggeven het tot stand komen van veranderingen of vernieuwingen kan bevorderen. Voor onze verpleegafdelingen is die vraag als volgt toe te spitsen: gaan verschillen in kwaliteiten van het leiderschap tussen afdelingen systematisch samen met verschillen in de mate van aanvaarding en praktisering van het resocialiseren?

Het leek ons zeer wel mogelijk, deze vraag aan te vatten door middel van een schriftelijke ondervraging der betrokkenen op de afdeling.

Ad d.: De studies van de vertegenwoordigers van de groepsdynamica hebben duidelijk aangetoond, dat bepaalde groepsprocessen een belangrijke faktor kunnen zijn voor het tot stand komen van veranderingen in het gedrag van de individuele leden van een groep. Onder invloed van dergelijke groepsprocessen heeft men veranderingen in het gedrag van individuen tot stand zien komen op het gebied van voedingsgewoonten, arbeidsprestaties, misdaad, alkoholisme en groepsvooroordelen (CARTWRIGHT & ZANDER, 1968, p. 27).

Nadat de werking van genoemde processen in zeer uiteenlopende groepen is waargenomen, leek het ons niet uitgesloten, dat binnen een verpleegafdeling de kollegiale groep de mate van het resocialiseren kan beïnvloeden. Wij staan dan voor de vraag, op welke wijze de aard van de verhoudingen binnen de groep verplegenden op de afdeling de mate van aanvaarding en praktisering van het resocialiseren bepaalt. Ook deze vraag leek ons geschikt om behandeld te worden aan de hand van een schriftelijke ondervraging der betrokkenen op de afdeling.

Wij komen tot deze konklusie: de aard van het leiderschap en de invloed van de kollegiale groep binnen de afdeling lijkt ons de meeste kans te bieden om systematische verschillen tussen afdeling in aanvaarding en praktisering van het resocialiseren te verklaren aan de hand van een enquête.

Onze toegespitste probleemstelling luidt daarom als volgt: *welke kwaliteiten van het leiderschap en van de verhoudingen tussen de verplegenden op de afdeling bevorderen of belemmeren de aanvaarding en praktisering van het resocialiseren?*

In de volgende paragraaf worden een aantal samenhangen geformuleerd, die wij verwachten aan te treffen tussen de zojuist genoemde onafhankelijke variabelen enerzijds en het resocialiseren anderzijds.

3.5 LEIDERSCHAP EN KOLLEGIALE GROEP OP DE AFDELING

Het doordringen van de resocialiseringsgedachte op de afdelingen in een psychiatrische inrichting is te beschouwen als een proces van het aanvaarden van nieuwe denkbeelden en het in praktijk brengen van die denkbeelden door de verplegenden op de afdeling. We hebben hier te maken met een vorm van kultuur-aanvaarding; het gaat om het overnemen van een kultuur-element door de verplegenden van een groep of van personeel, die voor genoemde verplegenden assimilatieve funkties heeft of hebben. Assimilatieve funkties heeft een groepering of persoon voor een andere groepering, wanneer de laatste partij er naar streeft de denkbeelden van de eerste partij over te nemen, dan wel er naar streeft niet te gaan afwijken van die denkbeelden. Een groepering met dergelijke assimilatieve funkties noemt men ook een referentie-groepering.

De vraag is nu: welke groepen of welke funktionarissen kunnen de desbetreffende assimilatieve funktie vervullen voor de verplegenden? Volgens de door LAMMERS (1963, p. 19-30) samengevatte referentiegroepen theorie is er verband te leggen tussen deze assimilatieve funktie en het rangverschil tussen beide partijen: Hoe meer twee partijen elkaar rangschikken als 'hoger' en 'lager', hoe groter de kans dat de 'hogere' partij voor personen uit de 'lagere' partijen gaat fungeren als een referentie-kader. Het rangverschil mag echter niet té groot zijn. Op grond hiervan lijkt het aannemelijk, dat in onze psychiatrische inrichtingen de afdelingsarts en het paviljoenshoofd een gerede kans hebben om bedoelde assimilatieve funktie voor de afdelingsverplegenden te vervullen.

Het is voorts aannemelijk dat paviljoenshoofd en afdelingsarts eerder deze assimilatieve funkties zullen vervullen, naarmate zij een sterk uitgesproken *instrumenteel leiderschap* op de afdeling uitoefenen. Onder instrumenteel leiderschap verstaan we alle aktiviteiten die gericht zijn op het bereiken van het doel van de afdeling of het verrichten van de afdelingstaak. Het gaat daarbij voornamelijk om het hebben van aandacht voor de arbeidsprestatie en om het organiseren van het arbeidsproces op de afdeling (PHILIPSEN, 1965a, p. 99-100).

Bovengenoemd rangverschil en instrumenteel leiderschap zijn wellicht noodzakelijke, maar bepaald niet voldoende voorwaarden voor die assimilatieve funktie. Om te beginnen is het ook nodig dat de relatie der betrokken verplegenden jegens de potentiële referentiepersonen een zekere intensiteit bezit. Pas dan immers, gaat men de eigen denkbeelden met die van anderen verge-

lijken. En deze intensiteit van de relatie kan pas weer ontstaan na een bepaalde frekwentie van interaktie tussen beide partijen.

Het verband is als volgt te formuleren: hoe hoger de frekwentie van een interaktie tussen twee partijen, hoe groter de kans dat de ene partij voor individuen van de andere partij gaat fungeren als referentiekader.

We hebben tot dusver in het midden gelaten of het referentieproces in positieve richting uitgaat of niet. Dit zou afhankelijk zijn van de aard van de sociale integratie tussen beide betrokken partijen.

Bij meer samenwerking tussen beide partijen kunnen er meer positieve houdingen jegens elkaar komen en meer gelijkgezindheid ten opzichte van voor beide partijen relevante zaken. We krijgen dan deze samenhang: hoe positiever de verhouding tussen twee partijen, hoe groter de kans dat de ene partij voor personen uit de andere partij als positief referentiekader gaat fungeren.

Op grond van de uit de referentiegroepen theorie verkregen samenhangen kunnen we nu voor het resocialiseren op een afdeling van een psychiatrische inrichting het volgende stellen:

> Wanneer de leiding van een afdeling de opvoering van het resocialiseren voorstaat, dan wordt de kans dat de afdelingsverplegenden de leiding als referentiepersonen aanvaarden groter naarmate er tussen de leiding en afdelingsverplegenden een tamelijk intensief sociaal kontakt van positieve aard of een bereidheid daartoe bestaat.

Dat wil zeggen onder de zojuist genoemde voorwaarden is er een grote kans dat de verplegenden op de afdeling resocialiserende denkbeelden en normen van afdelingsarts en paviljoenshoofd zullen overnemen.

> Samenvattend: het resocialiseren zal als doeloriëntatie door de verplegenden meer aanvaard worden naarmate, om te beginnen, afdelingsarts en paviljoenshoofd het resocialiseren voorstaan; tevens wanneer van beide funktionarissen betrekkelijk veel instrumenteel leiderschap uitgaat en bovendien nog de vertikale kommunikatie tussen arts en hoofd enerzijds en verplegenden anderzijds intensief en positief van aard is.

Is eenmaal het resocialiseren als norm voor hun gedrag en een gerichtheid op een doel door de verplegenden aanvaard, dan luidt de volgende vraag, welke omstandigheden het meest bevorderlijk zijn voor het in praktijk brengen, of de naleving, van de resocialiseringsnormen. Of in andere woorden, onder welke voorwaarden zullen de resocialiseringshandelingen vaker plaatsvinden?

Immers, de tot nu toe genoemde faktoren hadden vooral betrekking op de bereidheid der verplegenden tot het *aanvaarden* van door de leiding voorgestane denkbeelden en normen. Of de verplegenden zich in hun werkelijk gedrag ernaar zullen richten, hangt van veel meer af dan van de bereidheid alleen. Er moeten bijvoorbeeld ook objektieve *mogelijkheden* voor het resocialiserende gedrag der verplegenden aanwezig zijn. Daartoe is in de allereerste plaats nodig dat de

leiding van de afdeling een dusdanig kontakt met de verplegenden onderhoudt, dat er ruimschoots gelegenheid bestaat voor instruktie, nadere explikatie en gedachtenwisseling over problemen rondom het resocialiseren van psychiatrische patiënten. De kans dat een dergelijk kontakt tot ontwikkeling komt of in stand wordt gehouden, is groter naarmate:

- afdelingsarts en paviljoenshoofd meer instrumenteel leiderschap uitoefenen
- de kommunikatie tussen afdelingsarts en verplegenden positief van aard is
- een geslaagd overleg tussen paviljoenshoofd en verplegenden vaker voorkomt.

Ook de aard van het resocialiseren stelt eisen aan de verhouding tussen leiding en verplegenden op de afdeling en aan die tussen verplegenden onderling. Resocialiserende aktiviteiten houden immers voor de verplegenden in: een zeker vermogen tot het nemen van risiko's; een bereidheid tot leren uit nieuwe ervaringen en uit eigen fouten; een geneigdheid tot experimenteren met het eigen gedrag ten aanzien van patiënten en de moed om een persoonlijke inzet te geven bij het leggen van kontakten met patiënten.

> *Het spreekt haast vanzelf, dat het in stand houden van houdingen van dien aard afhankelijk is van een in voldoende mate aanwezig zijn van emotionele zekerheid onder de betrokken afdelingsverplegenden.*

Waar hangt die emotionele zekerheid nu mee samen?

In de eerste plaats met de *wijze van leidinggeven.* Met name wanneer de verhoudingen op de afdeling zo liggen, dat de verplegenden gemakkelijk kunnen kommuniceren met de leiding; uitingen van waardering ontvangen als zij goed hebben gewerkt; geregeld aanmoedigingen krijgen van de leiding; bij het maken van fouten door hun superieuren worden opgevangen en bij hen kunnen 'uithuilen'; en met betrekking tot afdelingsarts en paviljoenshoofd een gevoel van veiligheid hebben. Kortom een hoge mate van *sociaal leiderschap* van afdelingsarts en paviljoenshoofd.

Onder sociaal leiderschap verstaan we alle aktiviteiten gericht op het funktioneren van de afdeling als geheel en op het goed funktioneren van de afzonderlijke individuen. Dit sociaal leiderschap kan aangemerkt worden als het leidinggeven aan de tussenmenselijke verhoudingen. Het gaat hierbij echter *niet* in hoofdzaak om een 'lief en aardig zijn' zonder konsekwenties, of om een leiderschapsstijl, waarbij oppervlakkig schouderklopjes worden uitgedeeld aan ondergeschikten en waarbij deze ondergeschikten bij de voornaam genoemd worden. Sociaal leiderschap slaat op een diepergaande zorg voor de behoeften van de groepsleden, tot uitdrukking komend in een dusdanig optreden van de leidinggevende, waaruit blijkt dat de betrokken leidinggevenden zich op de werksituatie richt als op een geheel van niet alleen (medisch en/of verpleeg-) technische, maar ook menselijke verhoudingen (PHILIPSEN, 1965a, p. 97-98; idem 1965, p. 161).

In de tweede plaats zullen ongetwijfeld *positieve kontakten met afdelingsarts* en paviljoenshoofd aan die emotionele zekerheid van de afdelingsverplegenden

ten goede komen. Dat wil dus zeggen: ook hiervoor zijn de kommunikatie tussen afdelingsarts en afdelingsverplegenden enerzijds en het overleg tussen paviljoenshoofd en afdelingsverplegenden anderzijds van belang.

In de derde plaats zal de emotionele zekerheid worden bevorderd, wanneer de afdelingsverplegenden *onderling* met gemak *kommuniceren* over het werk met patiënten; vertrouwen in elkaar hebben; met elkaar goed samenwerken en elkaar steunen. Dit is van belang met het oog op de kans om door de patiënten tegen elkaar te worden uitgespeeld. En deze kans neemt af, naarmate er meer duidelijkheid en openheid bestaat in de verhouding tussen de verplegenden onderling.

Maar afgezien van genoemde kans zijn deze onderlinge verhoudingen ook om andere redenen van belang. Wanneer zij optimaal zijn, is het immers gemakkelijker om de taken onderling te coördineren. Het maken van afspraken met betrekking tot een gemeenschappelijke en konsekwente gedragslijn tegenover een bepaalde patiënt gaat vlotter, evenals de onderlinge berichtgeving over het doen en laten van patiënten en het uitwisselen van ervaringen bij het werk met patiënten. In die sfeer zullen de verplegenden weinig behoefte voelen om elkaar 'vliegen af te vangen', of om populair te willen zijn bij de patiënten ten koste van andere verplegenden. En vermoedelijk zullen zij onder die omstandigheden elkaar bij moeilijkheden niet in de kou laten staan, maar zullen zij juist sneller een in moeilijkheden geraakte kollega kunnen en willen opvangen. Hetgeen zeggen wil, dat een optimale onderlinge kommunikatie van de groep afdelingsverplegenden eveneens een voorwaarde vormt voor de aanwezigheid van emotionele zekerheid.

Behalve deze emotionele zekerheid zijn voor het omzetten van resocialiserende normen tot resocialiserende aktiviteiten ook nodig bepaalde vaardigheden met betrekking tot het leggen van kontakten met patiënten.

En zoals bekend, verkeren die – nogal moeilijk te verwerven – vaardigheden thans nog in een zeer vroeg stadium van ontwikkeling. Onder de gegeven omstandigheden gaat het erom, die minimale vaardigheden in ieder geval te handhaven, of als het enigszins mogelijk is, langzaam op te voeren. En gezien het gekompliceerde karakter van die vaardigheden, hebben de verplegenden daarbij wederom de aanwijzingen en uitleg van, benevens de gedachtenwisseling en overleg met de leiding, de afdeling nodig.

Tot nu toe zijn als bevorderende faktoren voor resocialiserende aktiviteiten onder verplegenden aangemerkt:

1. het aanvaarden van resocialiseringsnormen door de verplegenden;
2. een hoge mate van instrumenteel en sociaal leiderschap van afdelingsarts en paviljoenshoofd;
3. een optimale kommunikatie tussen afdelingsarts en verplegenden;
4. geslaagd overleg tussen paviljoenshoofd en verplegenden, en
5. een frekwente kommunikatie tussen de verplegenden onderling.

Overzien we het betoog van deze paragraaf, dan lijkt ons vooral het volgende van belang.

Leiderschap van afdelingsarts en paviljoenshoofd, alsmede de vertikale en horizontale kommunikatie kunnen op zijn minst op twee manieren het resocialiseren op de afdeling bevorderen. Ten eerste in zover zij de kommunikatie van en over de resocialiseringsdenkbeelden of normen van leiding en verplegenden vergemakkelijken. *En ten tweede in zover deze stijl van leiderschap en kommunikatie onwillekeurig resocialiseringsaktiviteiten oproept.*

Aldus vormen bovengenoemde leiderschaps- en kommunikatiefaktoren enerzijds kanalen, waarlangs de voorstanders van het resocialiseren onder afdelingsartsen, hoofden en verplegenden hun ideeën aan de anderen kunnen overkrijgen. Anderzijds vormen die faktoren een sociaal klimaat waaraan de verplegenden een stuk emotionele zekerheid kunnen ontlenen, en dat hen tevens oefening in interpersoonlijke vaardigheid, e.d. verschaft. Op grond daarvan gaan zij min of meer 'vanzelf' over tot het resocialiseren!

Wellicht vereist dit laatste enige toelichting. Wij kunnen ons een afdeling voorstellen, waarin de volgende gewoonte heerst. Afdelingsarts, hoofd en verplegenden komen vaak of regelmatig bijeen, teneinde de problemen of de gang van zaken rondom de patiënten vrijuit te bespreken. In deze besprekingen wordt de mening van iedere aanwezige gevraagd. Over de ervaringen van deze of gene met bepaalde patiënten wordt zo nodig uitvoerig gediskussieerd. De leiding stelt niet alleen het maken van suggesties, van welke zijde ook afkomstig, op prijs, maar besteedt er ook de nodige aandacht aan. In de besluitvorming betreffende te volgen gedragslijnen tegenover patiënten wordt iedere aanwezige zoveel mogelijk betrokken.

Als gevolg van de aard van die bijeenkomst zullen de verplegenden proberen zo goed mogelijk beslagen ten ijs te treden, d.w.z. zo goed mogelijk over de patiënten geïnformeerd te zijn. De verplegenden worden door de aard van die bijeenkomsten als het ware gestimuleerd om steeds direkte en relevante gegevens over de patiënten te verwerven. Bovendien wordt de vindingrijkheid der verplegenden m.b.t. de benadering van de patiënt op die wijze steeds aangemoedigd en gehonoreerd.

Voor de verplegenden wordt het onder die omstandigheden relevant om goede kontakten met de patiënten te leggen en de patiënten te leren kennen. En dit zijn nu precies de eerste stappen van het resocialiseren.

Wij zien daaruit, dat de 'nieuwe' aktiviteiten niet uitsluitend hetzij als voorschrift, hetzij als instruktie van-boven-af behoeven te komen. Het is evengoed mogelijk, dat dit soort aktiviteiten onder bepaalde voorwaarden onwillekeurig gegenereerd wordt door een bepaalde wijze van optreden en omgang met elkaar van het personeel. Dan gaat het initiatief niet (of niet alleen) uit van de leiding, maar het komt (ook) van-onder-op van het uitvoerend personeel, dat het werk op de afdeling doet. Vanaf dàt moment echter wordt de vraag, of de leiding

openstaat voor die initiatieven van-onder-op, uitermate belangrijk. De leiding van de afdeling kan namelijk die eerste aarzelende stap der verplegenden op het gebied van het resocialiseren daadwerkelijk steunen en verder aanmoedigen, of zij kan die eerste pogingen hoogstens tolereren of zelfs meteen afkeuren.

Daarnaast is uiteraard ook de vraag van belang, hoe de verplegenden zelf tegenover deze nieuwe aktiviteiten staan. Kunnen zij deze in overeenstemming brengen met de op dit punt door hen aanvaarde normen, en tot welke hoogte menen zij daarin al of niet mee te kunnen gaan?

Hieraan is nog toe te voegen, dat deze kommunikatiefaktoren *tezamen* een krachtige druk vormen op de medewerkers van de afdeling om de heersende normen na te leven of zich te richten op de aanvaarde doeleinden en gekoesterde waarden. Het geheel van die kommunikatiefaktoren werd door Landecker (1951) kommunikatieve integratie genoemd. Hij omschrijft haar als 'integration (among persons) with respect to an exchange of meanings', die 'ranges from communication throughout the group to the prevalence of barriers to communication within the group'. Wanneer nu resocialiseringsnormen door leiding en verplegenden zijn aanvaard, dan bevordert de kommunikatieve integratie de kans op naleving van die normen. Of, anders gezegd, kommunikatieve integratie hangt samen met normatieve integratie.

Een illustratie van die samenhang vormt de studie van R. ANGELL over 'the moral integration of American cities' (1951). De uitkomst van dit onderzoek luidt, dat steden met een grotere mate van (ethnische) heterogeniteit of een grotere mate van mobiliteit een geringere normatieve integratie vertonen dan steden waarvan de bevolking een meer homogeen of stabiel karakter draagt.

Voor onze verpleegafdeling lijkt vooral de mobiliteit als negatieve faktor voor de normatieve integratie van belang. Immers, een groot deel der verplegenden in psychiatrische ziekenhuizen en inrichtingen wordt gevormd door leerling-verplegenden, die ten behoeve van hun opleiding binnen een beperkt aantal jaren in principe op verschillende afdelingen ervaring moeten opdoen. Dit betekent, dat zij slechts gedurende betrekkelijk korte tijd in een bepaalde afdeling kunnen blijven. Zodoende vertegenwoordigen de leerlingen een sterk mobiel element in de formatie van verplegenden op de afdeling. Men kan het ook aldus stellen: het tegenwoordige systeem in de psychiatrische inrichtingen waarbij leerling-verplegenden als min of meer volledige werkkracht op de afdeling worden ingezet, vormt een ernstige bedreiging voor de stabiliteit onder de groep van afdelingsverplegenden.

En hoe is nu de samenhang tussen deze instabiliteit en de normatieve integratie te verklaren? Freeman e.a. schrijven n.a.v. Angell's studie het volgende: wanneer iemand voor het eerst tot een groep toetreedt, brengt hij normen mee, die hij elders verworven heeft. Deze elders verworven normen kunnen nogal verschillen van of zelfs in strijd zijn met, die, welke in de nieuwe groep gekoes-

terd worden (FREEMAN e.a. 1956, p. 175). Dit is ook de reden, waarom sommige verenigingen of organisaties een initiatie-periode voor nieuwe leden instellen. Gedurende zo'n proefperiode worden de nieuwelingen ingelijfd, of, in andere woorden, geïntroduceerd in het doen en laten of hebben en houden van de groep (LAMMERS, 1963, p. 89 e.v.). Tegelijkertijd worden die nieuwelingen in de bewuste periode gadegeslagen door oudere groepsleden, die erop toezien, dat de groepsnormen voldoende zijn ingeslepen, voordat de nieuwelingen als volwaardige leden van de groep worden erkend.

Het zijn dus de elders verworven en vaak in inhoud verschillende normen en verwachtingen van nieuwelingen, welke tot gevolg hebben, dat een hoge mate van mobiliteit, of een uitgesproken instabiliteit samengaat met een zwakke lage normatieve integratie. Voor de verpleegafdeling is dan ook de verwachting uit te spreken dat naarmate het percentage leerlingen op een afdeling groter is, de normatieve integratie zwakker wordt.

Behalve door middel van elders verworven normen werkt de instabiliteit echter ook nog op een andere wijze door. Wanneer de mobiliteitsgraad hoog is, bestaat er een grote kans, dat de kommunikatielijnen, die binnen de groep tot stand zijn gekomen, verstoord worden. In de allereerste periode immers, zullen nieuwelingen nogal geïsoleerd zijn, of op een afstand staan, van de andere (oudere) leden van de groep, zodat eerstgenoemden nog niet in het kommunikatienetwerk zijn opgenomen. Bovendien heeft een hoge mobiliteitsgraad tot gevolg, dat leden, die reeds een aantal effektieve kommunikatie-kanalen met andere groepsleden tot stand hebben gebracht, uit de groep vertrekken.

Op die wijze tendeert een hoge mobiliteitsgraad ertoe, de kommunikatie binnen de groep te verzwakken en daarmee – zij het indirekt – ook de normatieve integratie. Dit brengt ons meteen op de faktor, die wij reeds noemden. Landecker vermoedde reeds in zijn bewuste artikel, dat de normatieve integratie 'iets te maken zal hebben' met de 'kommunikatieve integratie' (LANDECKER, 1951, p. 336).

De aard van de samenhang tussen normatieve en kommunikatieve integratie was Landecker in 1951 nog niet geheel duidelijk, want hij schrijft: 'The precise statement of these relationship awaits research . . .'. Enkele jaren later is men toch iets verder gekomen. In het boek van Freeman e.a. (1956) waaraan ook Landecker zijn medewerking verleend heeft, wordt het begrip normatieve integratie weliswaar iets ruimer gesteld dan in het oorspronkelijke artikel van Landecker, maar het volgende citaat uit Freeman lijkt ons toch ook van belang voor de door ons gehanteerde definitie:

> 'Social norms depend for their support on the mutual reinforcement of moral convictions among persons in close contact with one another. This fact has an important implication for the extent of normative integration in the group. A group structure marked by the involvement

of each member in intimate and sustained communication is a basic asset for normative integration. In small groups this may take the form of *direct* face-to-face communication among all the members. In large groups the optimum condition for normative integration is a comprehensive net-work of interlocking ties, through which each person is linked *directly* to some and *indirectly* to all other group members. Individuals who have become isolated from the flow of all but the most impersonal kind of communication fail to receive reinforcement for previously learned norms. The lower the proportion of such persons is in a group, the stronger its normative integration will tend to be' (FREEMAN e.a. 1956, p. 174).

Met andere woorden: bij een hoge graad van kommunikatieve integratie is een sterke normatieve integratie te verwachten. Voor de verpleegafdelingen is dan te stellen, dat een hoge graad van kommunikatieve integratie, d.w.z. wanneer zowel de vertikale kommunikatie met de afdelingsarts, als het overleg met het paviljoenshoofd *èn* de horizontale kommunikatie der verplegenden optimaal zijn, de normatieve integratie op de afdeling bevorderd zal worden.

Tenslotte is nog een faktor te noemen, die de mate van het voorkomen van resocialiseringsaktiviteiten beïnvloedt. Namelijk *de aard van de groep patiënten* die op de afdeling verpleegd wordt, en die per slot van rekening de belangrijkste tegenspelers vormen voor de verplegenden bij hun resocialisatie-pogingen. Nu kan resocialisatie in principe op bijna alle soorten afdelingen plaatsvinden, d.w.z. zowel op afdelingen met akute patiënten, als op afdelingen voor voortgezette behandeling of voor 'verblijfspatiënten'. Echter de kans (en/of de hoop) dat resocialiserende aktiviteiten aanslaan, is het grootst bij het werken met pas opgenomen patiënten. En aangezien op dit moeilijke terrein een dergelijk 'aanslaan' bemoedigend werkt, verwachten we ceteris paribus, dat er meer resocialiseringsaktiviteiten verricht zullen worden in afdelingen met akute patiënten dan in afdelingen voor voortgezette behandeling of voor verblijfspatiënten. De aard van ons materiaal liet niet toe deze hypothese aan exakte toetsing te onderwerpen.

In de twee volgende hoofdstukken wordt het onderzoek verslagen over de samenhangen tussen onafhankelijk variabelen als normatieve oriëntatie van de leiding der afdeling, leiderschap en kommunikatie enerzijds en de afhankelijke variabelen als resocialiseringsnormen, resocialiseringsaktiviteiten en de normatieveintegratie onder de afdelings-verplegenden anderzijds. Tenslotte volgt hieronder in tabelvorm een overzicht der op theoretische gronden verwachte samenhangen tussen genoemde variabelen. Of deze samenhangen door ons onderzoek zullen worden bevestigd zal in hoofdstuk 5 blijken.

TABEL 3

Samenvatting van de theoretisch te verwachten samenhangen tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen

onafhankelijke variabele / afhankelijke variabele	R normen AV	R aktiviteiten AV	R normatieve integratie AV
R normen AA	+	0	0
R normen PH	+	0	0
I_{AA}	+	+	0
I_{PH}	+	+	0
S_{AA}	0	+	0
S_{PH}	0	+	0
Vertikale kommunikatie AA	+	+	+
Overleg PH	+	+	+
Horizontale kommunikatie	0	+	+
Kommunikatieve integratie	0	0	+

Betekenis der afkortingen:
R = Resocialiserings-
AA = Afdelingsarts
PH = Paviljoenshoofd
AV = Verplegenden van de afdeling
I = Instrumenteel leiderschap
S = Sociaal leiderschap

4. Opzet en werkwijze van het onderzoek

4.1 INLEIDING

Ons onderzoek had ten doel de vermoede samenhangen, die in het vorige zijn uiteengezet, te toetsen door middel van een ondervraging onder het verplegend personeel en de medische staf van twee psychiatrische inrichtingen. Uiteraard gingen een literatuurstudie en een uitgebreide verkenning hieraan vooraf. Immers, de sociologie in Nederland was – en is misschien nog – weinig vertrouwd met de institutionele psychiatrie. In het begin der zestiger jaren waren er hoogstens twee of drie sociologen op dit gebied werkzaam, ofschoon er reeds in 1928 in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder een laboratorium voor 'Experimentele Sociologie' onder leiding van Dr. A. Stärcke was ingericht. Stärcke heeft zich voornamelijk bezig gehouden met de sociologie der dieren, maar kwam toch snel tot verrassende uitspraken. In 1935 schreef hij o.m.:

> 'Veel medici, die door de aard van hun beroep meest sterk individualistisch zijn aangelegd, gevoelen behoefte aan geneeswijzen, waarbij het medisch of diktatoriaal karakter meer bewaard blijft, daarbij gesteund door analoge stromingen buiten de ziekeninrichtingen. Hetzelfde doet zich voor bij verplegenden, voor de meesten waarvan het ideaal blijft een verpleging, waarbij de patiënt in bed als een hulpbehoevend kind geholpen moet worden' (HUT, e.a., 1961, p. 97).

De redenen, waarom deze tak van de institutionele psychiatrie zich niet verder heeft kunnen ontwikkelen, liggen vermoedelijk in de omstandigheid, dat de empirische sociologie zich vóór de Tweede Wereldoorlog nauwelijks had aangediend. Doch ook ná die oorlog bleven psychiatrie en sociologie lange tijd min of meer onbekenden voor elkaar, zodat er omstreeks 1963 het sociologische onderzoek in de Nederlandse inrichtingen nog bepaald niet 'in' was; dit in tegenstelling tot de situatie in de Verenigde Staten. Door het grote aantal empirische studies in Amerika op het gebied van de psychiatrische sociologie krijgt men de indruk, dat het sociologisch onderzoek ginds niet zelden een volkomen geaccepteerd en gewaardeerd onderdeel van de psychiatrie geworden

is. Sociologische onderzoekers in Amerikaanse inrichtingen hebben zo ook in de loop der jaren een grote kollektieve ervaring kunnen opdoen.

In Nederland is zulks nog lang niet het geval. Vandaar de noodzaak van een uitgebreide exploratieve fase, gedurende welke de onderzoeker kennis heeft gemaakt met de meeste typen inrichtingsfunktionarissen en talloze gesprekken heeft gevoerd met psychiaters, hoofden, verplegenden, werkleiders voor arbeidstherapie, leerlingverplegenden en patiënten. Uiteraard hebben wij ons gedurende deze verkenningsperiode – die nagenoeg de vorm van een participerende waarneming heeft gekregen – vertrouwd kunnen maken met de dagelijkse gang van zaken op de diverse afdelingen van de inrichting.

Die kennismaking met de inrichting als leefwereld heeft uitdrukkelijk als voedingsbodem gediend voor de rijping van de definitieve probleemstelling. Aanvankelijk – d.w.z. vóór onze intensieve kontakten met de inrichting – lag het in onze bedoeling om de samenhang te bestuderen tussen normen en aktiviteiten enerzijds en de aard van het leiderschap anderzijds. Maar bij het afsluiten van de exploratieve fase besloten wij ook de vertikale en horizontale kommunikatiepatronen als onafhankelijke variabelen in onze probleemstelling te betrekken, aangezien wij pas toen de betekenis van deze kommunikatie scherp zijn gaan inzien en tegelijkertijd de indruk hadden gekregen, dat die kommunikatie lang niet altijd bevredigend verliep.

Nadat de definitieve probleemstelling was vastgesteld, rees de vraag, volgens welke methode wij de vermoede samenhangen zouden gaan toetsen. In principe hadden wij de keuze tussen de interview-methode, de methode van de participerende waarneming en de methode van de schriftelijke enquête. Wij kozen voor de laatste, omdat deze methode, gegeven de aard van de probleemstelling en onze theoretische uitgangspunten, de minste tijd vergde en een cijfermatige verwerking gemakkelijk maakte. De studie, die wij voor ogen hebben is immers een studie 'in de breedte'. Het alternatief zou een studie 'in de diepte' zijn; een 'case-study', waarbij het meer gaat om een diepergaande analyse van één afzonderlijk geval. En waar wij op af willen stevenen is toch meer om een inzicht te verwerven in de *algemene* krachten, die bij een bepaald facet van het funktioneren van psychiatrische afdelingen werkzaam zijn.

Welnu, om dat te bereiken leek ons een studie in de breedte de meest geëigende weg. Een generaliserende facetstudie dus, waarvoor het benodigde materiaal werd verzameld met behulp van uniforme vragenlijsten, die aan alle betrokken funktionarissen van de afdelingen werden voorgelegd. Het voordeel van zo'n schriftelijke enquête is bovendien, dat zij instrumentontwikkeling kan bevorderen of mogelijk maken.

De voor onze enquête aangewende vragenlijst, die op haar bruikbaarheid was getoetst bij een groep kursisten van een stafkursus voor B-verplegenden, werd in twee inrichtingen (ieder met een kapaciteit van ongeveer 750 bedden) ingevuld door de gehele medische staf, alle zaal- en paviljoenshoofden en bijna

alle gediplomeerde en leerlingverplegenden. In de ene inrichting namen van de totale 133 gediplomeerden en leerlingen er 122 deel aan de enquête; in de andere inrichting werd door 133 van de 141 verplegenden aan de enquête deelgenomen.

Als analyse-eenheid hanteerden wij de afzonderlijke verpleegafdelingen, d.w.z. de zalen of paviljoenen. Voor de ene inrichting lieten wij, met het oog op de te geringe aantallen verplegenden, 5 van de 16 afdelingen buiten beschouwing; in de andere inrichting was dat met 1 van de 11 afdelingen het geval. Onze resultaten hebben betrekking op de – per afdeling – gemiddelde antwoorden in 21 afdelingen met tezamen 206 verplegenden (zie paragraaf 5 van dit hoofdstuk).

In de volgende paragraaf gaan wij nader in op de konstruktie van de schalen, die in de analyse werden gehanteerd. Deze schalen hebben betrekking op de door ons relevant geachte faktoren zoals:

- aktiviteiten en normen der verplegenden op het gebied van het resocialiseren;
- de wijze waarop leiding wordt gegeven op de afdeling;
- de vertikale kommunikatie, en
- de horizontale kommunikatie.

4.2 KONSTRUKTIE VAN DE GEHANTEERDE SCHALEN

a. De resocialiseringsschaal

Wie als geïnteresseerde in de sociale interakties in het paviljoen of de afdeling de dagelijkse gang van zaken gadeslaat, ziet in eerste instantie slechts aktiviteiten van de verplegende op het gebied van de huishouding (schrobben, boenen, stofzuigen, bedden opmaken, kledingstukken uitkloppen, enz.). Aan die aktiviteiten komt meestal geen patiënt te pas. Vaak zijn trouwens vele patiënten op die tijden niet in het paviljoen te vinden; zij zijn dan immers bezig in arbeidstherapielokalen. Interakties tussen verplegenden en mobiele patiënten vinden in het paviljoen voornamelijk plaats: vlak nà het opstaan en vlak vóór het naar bed gaan, gedurende de avonduren en vlak vóór, gedurende en vlak nà de maaltijden. Deze interakties hebben in het allergrootste deel der gevallen betrekking op het wassen, aan- en uitkleden, het innemen van medicamenten, de toewijzing van tabaksrantsoenen, zakgelden, het nuttigen van de maaltijden e.d.

Aanzienlijk minder vaak gaan de kontakten tussen verplegenden en patiënten over bezoeken van of aan familieleden, over weekend- of vakantieverloven, over pikniks, dagjes uit en de 'buitenwereld' in het algemeen. In een nog kleiner aantal gevallen (bijv. tijdens een partijtje biljart of tafeltennis waaraan zowel verplegenden als patiënten deelnemen) krijgt het kontakt een minder zakelijk en meer ongedwongen karakter. Persoonlijke gesprekken tussen verplegenden

en patiënten komen in de avonduren en de weekenden wèl, doch zeer sporadisch voor. En tenslotte zijn er die gevallen te vermelden, waarbij de verplegende 'korrigerend' of 'disciplinerend' tegenover de patiënt optreedt, bijvoorbeeld wanneer deze blijk heeft gegeven van zijn voornemen bepaalde regels van het huis te overtreden, of wanneer hij die overtreding inderdaad begaan heeft.

Op grond van die waarnemingen voelden wij ons gesterkt in de reeds in hoofdstukken 1 en 2 ontvouwde gedachte, dat er drie dimensies in het optreden van de verplegende tegenover de patiënt te onderscheiden zijn, namelijk de verzorgende, bewarende en resocialiserende.

Nu is het evenwel de vraag, of de verplegenden zelf, tot op zekere hoogte, verschil zien tussen de drie genoemde dimensies.

Om die vraag te beantwoorden zijn wij als volgt te werk gegaan: in onze vragenlijst hebben wij een lijst opgenomen met uitspraken ('items') over de bewaring, verzorging en resocialisering. Aan de hand van deze Bewarings-, Verzorgings- en Resocialiseringslijst, afgekort BVR-lijst, die 42 items bevat, wordt de verplegende gevraagd het optreden van zijn of haar mede-verplegenden tegenover de patiënten op de afdeling te beschrijven. De konkrete vraag luidt: 'Wilt u aangeven hoe vaak of hoe zelden de verplegenden op de zaal of het paviljoen waar u thans werkt, onderstaande handelingen en aktiviteiten in de praktijk verrichten?' Daaronder volgen de uitspraken, met daarachter vijf antwoord-mogelijkheden: altijd, vaak, soms, zelden en nooit.

In onze instruktie vroegen wij de geënquêteerden om dat antwoord aan te kruisen, dat het meest overeenstemde met de betreffende handeling of aktiviteit van hun kollega's op de afdeling. Met andere woorden: wij vroegen de invullers duidelijk – zij het niet met dezelfde woorden – om te generaliseren. Bij het antwoord achter ieder item hebben wij aan 'altijd' de waarde 5 toegekend, aan het antwoord 'nooit' 1, terwijl de tussenliggende antwoorden de dienovereenkomstige cijferwaarden kregen. Van de 42 items hadden er:

1. 12 betrekking op bewarings-
2. 12 op verzorgings-, en
3. 18 op resocialiseringsaktiviteiten.

Ad 1.: Bij het samenstellen van deze items gingen wij ervan uit, dat de *bewarings*-aktiviteiten der verplegenden gericht waren op:

- autoritaire gezagshandhaving (sterk voorbeeld: agressieve patiënt onmiddellijk overmeesteren en in bedwang houden)
- handhaving van rust en orde op zaal of paviljoen (voorbeeld: onder alle omstandigheden de zaal rustig houden)
- bescherming van de samenleving buiten de inrichting (voorbeeld: nauwlettend toezien dat patiënten geen kans krijgen om weg te lopen)
- het behouden van distantie tegenover de patiënt (voorbeeld: patiënten als moeilijke kinderen beschouwen).

Ad 2.: Ons uitgangspunt bij de items om de verzorgingsaktiviteit te meten was, dat deze gericht waren op:
- bevordering van de lichamelijke gezondheid der patiënten (voorbeeld: de lichamelijke gezondheid van de patiënten op hoog peil brengen of houden)
- het in stand houden van properheid, orde en netheid (voorbeeld: toezien dat de patiënten zich netjes gedragen)
- bevordering van het welbevinden van de patiënt (voorbeeld: de patiënten zoveel mogelijk op hun gemak stellen)
- het scheppen van een huiselijke sfeer en gezelligheid (voorbeeld: de patiënt zich geheel thuis laten voelen op de afdeling)
- het in zekere zin behouden van afstand tegenover de patiënt (voorbeeld: als een patiënt zijn hart wil uitstorten, meteen tegen hem zeggen: 'dat moet je aan de dokter vertellen').

Ad 3.: Bij de *resocialiserings*aktiviteiten dachten wij aanvankelijk aan:
- het tegemoet treden van de patiënt als gelijkwaardige (voorbeeld: persoonlijke belangstelling tonen voor de individuele patiënt)
- het leren van sociale rollen aan de patiënt (voorbeeld: de patiënt leren hoe hij met anderen om moet gaan)
- het bevorderen van emotioneel evenwicht en geestelijke gezondheid van de patiënt (voorbeeld: met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden)

Indien nu de geënquêteerde verplegenden inderdaad deze drie dimensies als tot op zekere hoogte onafhankelijk van elkaar aanvoelen, dan zullen uitspraken, die bedoeld zijn om één bepaalde dimensie weer te geven 'samenklonteren' en meer onderlinge samenhang vertonen dan met items van andere dimensies.

Wij hebben dit nagegaan met behulp van de techniek van de faktoranalyse. Met deze techniek is het mogelijk te bepalen, of er met het oog op het patroon van onderlinge korrelaties tussen de items, een beperkt aantal onderliggende faktoren overeenkomsten vertoont met de van tevoren veronderstelde dimensies. Op onze BVR-lijst werd voor elke inrichting afzonderlijk een faktoranalyse met drie faktoren uitgevoerd (zie Bijlage I).

Overziet men de uitkomsten van de faktoranalyse, dan blijkt, dat voor de ene inrichting (X) twaalf resocialiseringsitems aan onderstaande kriteria voldoen:
- een item moet een zo hoog mogelijke samenhang met één faktor vertonen (bijv. een lading van >0.55)
- een item moet verhoudingsgewijs een zo laag mogelijke samenhang vertonen met de andere te onderscheiden faktoren (bijv. een lading van <0.25)
- een dergelijke item moet tevens *van tevoren* bedoeld zijn als indikatief voor de faktor waarmee het een hoge samenhang vertoont.

Voor inrichting X zien wij met betrekking tot de handelingen en aktiviteiten der verplegenden het volgende:

	Voldoen aan kriteria	Voldoen niet aan kriteria	
Bedoeld als R-item	12	6	18
Andere items	0	24	24
	12	30	42

Hieruit konkluderen wij, dat in inrichting X een belangrijk aantal voorspelde resocialiseringsitems met elkaar en niet met andere items samenhangen; hetgeen als een aanwijzing kan worden beschouwd dat in deze inrichting het resocialiseren duidelijk van de andere dimensies van de verplegersrol kan worden onderscheiden.

En hoe staat het met de andere inrichting (Y)?

	Voldoen aan kriteria	Voldoen niet aan kriteria	
Bedoelde R-item	9	9	18
Andere items	0	24	24
	9	33	42

Wederom zien wij een samenklonteren van een aantal resocialiseringsitems, zij het in mindere mate dan in de eerste inrichting. Wij kunnen echter wel stellen, dat ook in inrichting Y het resocialiseren door de geënquêteerde verplegenden duidelijk van de andere dimensies wordt onderscheiden.

De negen items uit inrichting Y zijn ook terug te vinden onder de twaalf 'geslaagde' items uit inrichting X, zodat wij deze negen items als resocialiseringsschaal bij onze verdere analyse gehanteerd hebben. De items luiden:

- teruggetrokken patiënten aanmoedigen tot meer kontakten met anderen
- de patiënten leren hoe zij met anderen moeten omgaan
- met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden
- het kontakt tussen de patiënt en zijn familie bevorderen
- patiënten helpen aan mogelijkheden om zich buiten de inrichting te ontspannen
- de patiënt leren zich in de ander te verplaatsen
- de patiënt laten oefenen in het dragen van verantwoordelijkheid
- attent zijn op mogelijkheden voor de patiënt om buiten de inrichting werkzaam te zijn
- de patiënt leren zelf iets met elkaar te organiseren.

Deze negen items, die volgens de faktoranalyse het meest typerend zijn voor de resocialiseringsdimensies van de rol der verplegende, hebben wij gebruikt om ons meetinstrument te konstrueren. Wanneer wij nu de skore op de negen

afzonderlijke items bij elkaar optellen, dan krijgen we de skore van de mate waarin – *volgens de geënquêteerde verplegende* – resocialiseringsaktiviteiten voorkomen op de afdeling waar hij of zij werkzaam is. Deze skores vormen een schaal met 37 waarden, die loopt van 9 tot 45. Een bepaalde waarde geeft het beeld aan, dat de geënquêteerde verplegende koestert over de omvang der resocialiseringsaktiviteiten op haar of zijn afdeling.

Wij mogen aannemen, dat dit *beeld* over het resocialiseren de werkelijkheid ook min of meer representeert. Dat daarbij over de gehele linie een kleuring en vertekening in de richting van het ideaal zal zijn opgetreden ligt in de lijn der verwachtingen.

Bij gebruik van een meetinstrument als dit is het ook van belang enige informatie te hebben over de betrouwbaarheid. De vraag is namelijk, in welke mate bij de beantwoording meetfouten voorkomen. Wij hebben dan ook voor deze resocialiseringsschaal de interne samenhang berekend, d.w.z. de onderlinge samenhang van de items binnen de schaal. Het is immers zo, dat naarmate de antwoorden op de items binnen het meetinstrument meer onderlinge samenhangen vertoont, de betrouwbaarheid van de totaalskore groter wordt. Die interne samenhang is weer uit te drukken in een soort korrelatiekoëfficiënt (PHILIPSEN, 1965, p. 166).

De maximaal bereikbare waarde – die in de praktijk uiteraard nooit voorkomt – is 1.00, hetgeen een volledige konsistentie in *alle* antwoordpatronen zou uitdrukken. In onze twee inrichtingen bereikten die betrouwbaarheidskoëfficiënten waarden van 0.81 (in inrichting X) en 0.87 (inrichting Y).

We zullen in paragraaf 3 van dit hoofdstuk alle betrouwbaarheidskoëfficiënten in een tabel vermelden, waarin ook de rekenkundige gemiddelden en enige gegevens over de spreiding van de antwoorden opgenomen zijn.

Met betrekking tot de schaal van *resocialiseringsnormen* zijn wij op soortgelijke wijze te werk gegaan. Wij hebben in onze vragenlijst nl. dezelfde lijst met 42 BVR-items aan de geënquêteerden voorgelegd, waarbij deze vraag is gebruikt:

> Wilt u thans aangeven hoe vaak of hoe zelden de verplegenden op uw tegenwoordige zaal of paviljoen volgens uw eigen *persoonlijke overtuiging* onderstaande handelingen en aktiviteiten *zouden moeten doen*?

Op de antwoorden die de geënquêteerden gegeven hebben op de 42 items werd eveneens een faktoranalyse met drie faktoren uitgevoerd.

De uitkomsten van die analyse (zie Bijlage II) laten ons zien, dat van de achttien oorspronkelijk bedoelde resocialiseringsitems er zeven aan de volgende twee eisen hebben voldaan:

- een item moet in *beide* inrichtingen een hoge lading op een faktor te zien geven, en
- verhoudingsgewijs een lage lading vertonen op de andere faktoren.

Deze genoemde zeven R-norm items zijn echter ook te vinden onder de negen items van de R-aktiviteiten. Terwille van de vergelijkbaarheid hebben wij die laatstgenoemde negen items ook gehanteerd als meetinstrument voor de resocialiseringsnormen. De schaal voor de R-norm bleek zelfs iets hogere betrouwbaarheidskoëfficiënten op te leveren: 0.87 in inrichting X en 0.88 in inrichting Y.

Thans willen wij nog een ogenblik stilstaan bij de overige uitkomsten van de faktoranalyse. Overzien wij die uitkomsten in vogelvlucht (zie Bijlage), dan valt op, dat om te beginnen in inrichting X de beide andere veronderstelde dimensies, namelijk die van de verzorging en bewaring, noch in de analyse van de aktiviteiten, noch in die van de normen, duidelijk te onderscheiden zijn. In faktor II hangt een aantal bewaringsitems onderling samen, terwijl enkele andere B-items hoog op faktor III laden. Het is opvallend dat in inrichting X het merendeel der verzorgingsitems in de drie faktoren geen rol van betekenis gespeeld heeft. Met andere woorden: in inrichting X wordt de verzorgingsdimensie van de rol van de verplegende *niet* onderscheiden van bewarings- en resocialiseringsdimensies.

Dat ligt in inrichting Y toch enigszins anders: hier vertoont een aantal van deze verzorgingsitems wel een hoge lading op faktor II. Deze faktor II bevat echter, bijvoorbeeld op het gebied van de normen, ook een enkele bewaringsitem, welke een vrij hoge lading op deze faktor heeft en een zeer lage lading op de andere faktoren. In faktor III springen een aantal bewaringsitems duidelijk naar voren. Voor inrichting Y neigen we tot de konklusie, dat naast het resocialiseren, bewaring en verzorging wel te onderscheiden zijn als aparte dimensies.

Naar het ons voorkomt, zijn de verschillen tussen de twee inrichtingen toe te schrijven aan de volgende omstandigheden. In inrichting X, waar zowel manlijke als vrouwelijke patiënten worden verpleegd, bestaat het verplegend personeel voor ongeveer 70% uit verpleegsters. Daarentegen is inrichting Y alleen voor manlijke patiënten bestemd; hier waren uitsluitend manlijke verplegenden in dienst genomen.

Vermoedelijk is in een door vrouwelijke personeelsleden gedomineerde verplegingskultuur het verzorgingselement zo'n van zelfsprekende zaak geworden, dat het niet meer als een onderscheiden element bij het werk met patiënten wordt gepercipieerd. Daartegenover kunnen de manlijke verplegenden van inrichting Y het verzorgen van patiënten als iets 'vrouwelijks' blijven zien en op grond daarvan dit element uitdrukkelijker onderscheiden van de andere elementen in hun aktiviteiten en handelingen tegenover patiënten.

Uit het bovenstaande is tevens duidelijk geworden, dat in het materiaal het onderscheid tussen verzorgen en bewaren niet zo eenvoudig te maken is als dat tussen resocialiseren en de andere twee dimensies het geval was. De op basis van de faktoranalyse te konstrueren schalen voor bewaring en verzorging lijken

meer een 'bewarende verzorging' en een 'verzorgende bewaring' te weerspiegelen dan indikatief te zijn voor het 'zuivere' verzorgen en bewaren. Wij hebben in deze studie het bewaren en verzorgen verder buiten beschouwing gelaten, aangezien onze belangstelling vooral uitgaat naar het resocialiseren en wij hierop onze aandacht willen koncentreren.

b. De leiderschapsschalen

Met betrekking tot het meten van het leiderschap in de verpleegafdelingen hadden wij minder moeite, aangezien Philipsen dit pad voor ons had geëffend (PHILIPSEN, 1965, p. 131 e.v.). De korte schalen sociaal-, instrumenteel-, evenwichtig leiderschap namen wij onverkort van Philipsen over. Helaas werd een item uit de schaal voor instrumenteel leiderschap per abuis overgenomen van een versie, die dateerde uit het stadium der proefnemingen met deze schaal. In plaats van: 'Hij staat erop, dat alles volgens vastgestelde regels gebeurt', luidt onze item: 'Hij staat erop, dat alles gebeurt zoals hij dat wil'.

Het gevolg is, dat het instrumenteel leiderschap dat wij hebben gemeten vermoedelijk een ietwat autoritaire tint heeft gekregen, zodat de resultaten op dit punt niet helemaal te vergelijken zijn met die van PHILIPSEN, CASSEE en VAN GILS (Mens & Onderneming, 1965). De betrouwbaarheidscoëfficiënten van deze door ons gehanteerde schaal voor het instrumenteel leiderschap bereikten de volgende waarden: afdelingsarts inrichting X 0.53; afdelingsarts inrichting Y 0.63. Paviljoenshoofden: inrichting X 0.32; inrichting Y 0.43.

Aangezien wij, zoals in het vorige hoofdstuk is gebleken, veel belang hechten aan het sociaal leiderschap, hebben wij met betrekking hierop de 3 items van de korte schaal van Philipsen aangevuld met 3 andere items, die ons speciaal voor de psychiatrische inrichtingen van belang leken, en die beogen weer te geven de mate waarin men van een bovengeschikte socio-emotionele steun of bescherming ondervindt.

Deze items luiden:

- hij vangt je op als je met het werken met patiënten brokken hebt gemaakt
- hij geeft je een gevoel van veiligheid
- hij neemt zijn verplegenden in bescherming wanneer zij in moeilijkheden zijn geraakt.

Bij de latere verwerking bedenke men wel, dat deze schaal ter indicering van het sociaal leiderschap niet zonder meer vergeleken mag worden met de Philipsen-schaal. Deze 'aangevulde' schaal had de volgende betrouwbaarheidscoëfficiënten:

Afdelingsarts inrichting X: 0.92; afdelingsarts inrichting Y: 0.91.

Paviljoenshoofd inrichting X: 0.88; paviljoenshoofd inrichting Y: 0.86.

In de tabel in paragraaf 3 zijn de nadere gegevens over de gehanteerde leiderschapsschalen te vinden.

c. De schaal van de vertikale kommunikatie met de afdelingsarts

Bij de vertikale kommunikatie denken wij in de eerste plaats aan de uitwisseling van ervaringen en denkbeelden met betrekking tot het werk met patiënten tussen de afdelingsgeneesheer enerzijds en de verplegenden op de afdeling anderzijds. Een indikatie voor de intensiteit van deze kommunikatie lijkt ons, om te beginnen, de bereikbaarheid van de geneesheer voor de verplegenden. De kans op die bereikbaarheid wordt vergroot naarmate de dokter zich frekwenter op de afdeling bevindt. Een andere aanwijzing voor de aard van die kommunikatie is de mate waarin de verplegende de mogelijkheid vindt te antwoorden op vragen die de dokter over de patiënt stelt. Vervolgens vormen het geven van uitleg en instruktie aan de verplegenden, het verschaffen van steun of bescherming en tenslotte openheid tegenover hem, haast onmisbare voorwaarden voor of kenmerken van een optimale kommunikatie tussen afdelingsgeneesheer en verplegenden.

Wij hebben voor de meting van deze kommunikatie onderstaande schaal gehanteerd, waarbij de vraag als volgt was geformuleerd:

> 'Hoe vaak of hoe zelden worden in de praktijk de volgende handelingen en aktiviteiten verricht door de afdelingsarts(en) van het paviljoen waar u thans werkt?'

De schaalitems luiden:
- dagelijks kontakt hebben met het hoofd van de zaal of het paviljoen
- iedere dag komen kijken naar zijn patiënten
- tijdens zijn visites op zaal aan de dienstdoende verplegende(n) vragen stellen over de patiënten
- patiëntenbesprekingen houden met het gehele personeel
- luisteren naar wat de verplegende over een patiënt te vertellen hebben
- aan het verplegend personeel duidelijke aanwijzingen geven in welke richting dit personeel met de patiënt moet gaan werken
- aan de verplegenden de werking van de gebruikte medicijnen uitleggen
- bij kwesties met patiënten duidelijk achter de verplegende(n) staan
- met het gehele personeel van het paviljoen de gang van zaken op het paviljoen vrijuit bespreken.

In de twee inrichtingen bereikten de betrouwbaarheidscoëfficiënten van deze schaal waarden van 0.86 (inrichting X) en 0.85 (inrichting Y).

d. Het overleg met zaal- of paviljoenshoofd

Naast de kommunikatie met de dokter omvat de vertikale kommunikatie ook nog die tussen de hoofdzuster of -broeder enerzijds en de overige verplegenden

anderzijds. Dit aspekt van de kommunikatie werd in onze vragenlijst aan de orde gesteld met de bekende vraag van de zg. Michigan-school over het werkoverleg, die als volgt luidt (LIKERT, 1961, p. 123):

> 'Zijn er wel bijeenkomsten of gelegenheden, waarbij u en uw kollega's vrijuit de gang van zaken op uw paviljoen met uw paviljoenshoofd bespreken?'

De vijf antwoordmogelijkheden met de daaraan toegekende waarden waren:
- ja, en ze zijn altijd de moeite waard : 5 punten
- ja, en ze hebben wel iets te betekenen : 4 punten
- ja, maar ze hebben niet veel te betekenen : 2 punten
- ja, maar het is gewoon verloren tijd : 1 punt
- neen, dat komt nooit voor : 3 punten

De reden waarom aan het laatste antwoord meer punten zijn toegekend dan aan de twee daaraan voorafgaande ligt hierin, dat volgens Likert falend overleg ongunstiger gevolgen heeft voor het arbeidsmoreel dan afwezigheid van overleg (LIKERT 1961, p. 123). Ook Philipsen's bevinding stemt daarmee overeen.

In een bijdrage getiteld: 'Medezeggenschap in de vorm van werkoverleg', konkludeert hij uit zijn onderzoeksresultaten, dat men zich de afwezigheid van overleg minder aantrekt dan inspraak waartoe wèl de mogelijkheid wordt geboden, maar die in de ogen van de ondergeschikten niet aan de verwachtingen voldoet (PHILIPSEN, 1965a, p. 104).

e. De schaal voor de horizontale kommunikatie

Bij het samenstellen van de schaal voor de horizontale kommunikatie, d.w.z. de kommunikatie tussen de verplegenden onderling, gingen we ervan uit, dat in de eerste plaats, de frekwentie waarmee men informatie en ervaringen uitwisselt over gebeurtenissen, problemen en toestanden op de zaal of het paviljoen een maatstaf kan zijn voor een optimale kommunikatie. Een tweede maatstaf is te vinden in het gehalte, de 'toon' van deze informatie-uitwisseling. De onderlinge kommunikatie kan zich kenmerken door een sfeer van begrip, samenwerking en sympathie of meer door misverstanden, onderlinge tegenwerking en antipathie. Kortom, is er sprake van 'openheid' jegens elkaar, of voelt men zich belemmerd om onderlinge problemen te bespreken?

De door ons gehanteerde schaal bevat deze 7 items:
- de onderlinge berichtgeving verloopt nogal stroef (altijd = 1; nooit = 5)
- er zijn nogal wat onderlinge wrijvingen en moeilijkheden (altijd = 1; nooit = 5)
- de gang van zaken op het paviljoen wordt gezamenlijk vrijuit besproken (altijd = 5; nooit = 1)

- de verplegenden overleggen met elkaar hoe met deze of gene patiënt moet worden omgegaan (altijd = 5; nooit = 1)
- de onderlinge moeilijkheden worden uitgepraat (altijd = 5; nooit = 1)
- alle verplegenden kunnen onderling goed met elkaar overweg (altijd = 5; nooit = 1)
- de overdracht van de diensten verloopt zonder haperen (altijd = 5; nooit = 1)

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor deze schaal bedroegen 0.79 (inrichting X) en 0.76 (inrichting Y).

Wij eindigen deze paragraaf met te vermelden, dat wij in onze vragenlijst slechts die vragen of items hebben opgenomen, die wij, op grond van onze ervaring als waarnemer-participant in de psychiatrische inrichtingen, zinvol achten.

4.3 OVERZICHT VAN DE GEHANTEERDE SCHALEN

Ter afsluiting van dit hoofdstuk over de gevolgde werkwijze presenteren wij in tabelvorm de gegevens met betrekking tot de schalen, die bij de verdere analyse van ons materiaal werden gehanteerd. (zie tabel op pagina 98).

4.4 DE MATEN VOOR NORMATIEVE EN KOMMUNIKATIEVE INTEGRATIE

Normatieve integratie werd door ons gedefinieerd als de mate, waarin de aktiviteiten en handelingen der verplegenden de door hen aanvaarde normen benaderen. Wij hebben deze normatieve integratie gemeten aan het verschil, dat per afdeling kan worden berekend tussen de skores van de normen en die van de handelingen; in die zin, dat we de mate van verschil tussen norm en aktiviteit als een *negatieve* maatstaf van normatieve integratie beschouwd hebben. Met andere woorden: hoe geringer op een afdeling het verschil is tussen de normskore en de aktiviteitskore, hoe sterker wij de normatieve integratie van de afdelingsverplegenden achten.

Voor de kommunikatieve integratie – d.w.z. de totale kommunikatie tussen afdelingsarts, paviljoenshoofd en afdelingsverplegenden – konstrueerden wij een nieuwe maat, die als ingrediënten de afzonderlijke maten voor vertikale kommunikatie afdelingsarts, overleg paviljoenshoofd en horizontale kommunikatie verplegenden bevat. Wij hebben per afdeling de rangnummers van de drie betreffende kommunikatie-faktoren bij elkaar opgeteld en kwamen op grond van de verkregen getallen tot een nieuwe rangnummering voor de kommunikatieve integratie.

TABEL 4

Enige gegevens over de gehanteerde meetinstrumenten

	Rekenkundig gemiddelde	Standaard deviatie	Theoretische variatie breedte	Empirische variatie breedte	Betrouwbaarheidscoëfficiënt
Resocialiseringsaktiviteit inrichting X	30.65	7.34	9-45	17-45	0.81
Resocialiseringsaktiviteit inrichting Y	29.70	5.50	9-45	10-43	0.87
Resocialiseringsnorm inrichting X	38.35	5.71	9-45	12-45	0.87
Resocialiseringsnorm inrichting Y	36.66	6.28	9-45	21-45	0.88
Sociaal leiderschap afd. arts inr. X	18.41	6.66	6-30	6-30	0.92
Sociaal leiderschap afd. arts inr. Y	21.36	5.85	6-30	7-30	0.91
Sociaal leiderschap pav.hoofd inr. X	19.72	5.26	6-30	7-30	0.88
Sociaal leiderschap pav.hoofd inr. Y	23.12	5.04	6-30	8-30	0.86
Instr. leiderschap afd. arts inr. X	8.05	2.37	3-15	3-13	0.53
Instr. leiderschap afd. arts inr. Y	7.83	2.48	3-15	3-13	0.63
Instr. leiderschap pav.hoofd inr. X	10.07	2.02	3-15	5-15	0.32
Instr. leiderschap pav.hoofd inr. Y	9.42	2.23	3-15	3-14	0.43
Evenwichtig leiderschap afd. arts inr. X	12.74	2.17	3-15	6-15	0.54
Evenwichtig leiderschap afd. arts inr. Y	12.18	2.54	3-15	4-15	0.76
Evenwichtig leiderschap pav.hoofd inr. X	10.50	2.78	3-15	3-15	0.74
Evenwichtig leiderschap pav.hoofd inr. Y	12.60	1.99	3-15	5-15	0.54
Vertikale kommunikatie afd. arts inr. X	25.10	7.70	9-45	10-44	0.86
Vertikale kommunikatie afd. arts inr. Y	29.45	6.93	9-45	13-41	0.85
Horizontale kommunikatie inr. X	23.20	4.38	7-35	14-34	0.79
Horizontale kommunikatie inr. Y	26.37	3.93	7-35	17-34	0.76

4.5 DE VERWERKING VAN DE AFDELINGSGEGEVENS

De antwoorden, die de individuele invullers op de in het enquêteformulier gestelde vragen gegeven hebben, leveren de individuele skores op voor een bepaalde schaal. Aangezien verplegenden altijd op een zaal of paviljoen zijn ingedeeld, kunnen wij een afdelingsskore verkrijgen door het gemiddelde te berekenen van de skores van alle verplegenden, die op de desbetreffende afdeling werkzaam zijn.

Aan de op deze wijze verkregen gemiddelde skores van 21 afdelingen zijn vervolgens rangnummers toegekend: nummer 21 voor de afdeling met de hoogste skore en nummer 1 voor de afdeling met de laagste skore. Zo heeft elk van de 21 afdelingen met betrekking tot een faktor een bepaalde skore en een daarbij behorend rangnummer, dat aangeeft of de verplegenden van zo'n afdeling ten aanzien van de desbetreffende faktor in vergelijking tot andere afdelingen hoog of laag geskoord hebben.

Voor deze operatie hebben we afdelingen van de twee inrichtingen samengevoegd, waarbij uiteraard de vraag rees, of wij ons door de verschillen tussen die twee inrichtingen een dergelijke stap wel konden veroorloven. Immers tussen deze twee psychiatrische inrichtingen bestaan – zoals reeds bleek (p. 93) – de nodige verschillen.

Dergelijke verschillen kunnen zo door de gehele organisatie heen doorwerken, dat een samenvoegen van afdelingen uit de twee inrichtingen zou leiden tot vergelijkingen tussen ongelijksoortige eenheden. Wanneer dat het geval was, zou een samenvoeging zeker niet te verdedigen zijn geweest.

De grote verrassing gedurende de verkenningsperiode van dit onderzoek was echter, dat de verhoudingen op verpleegafdelingen van verschillende inrichtingen ondanks de boven aangeduide verschillen een opvallende gelijkenis vertonen. Bij gelijke beddenkapaciteit van de inrichtingen zijn de verschillen in posities, getalsverhoudingen van arts-verplegenden-patiënten, de dagelijkse gang van zaken e.d. tussen bijvoorbeeld opname-afdelingen van twee inrichtingen, vrijwel te verwaarlozen. Het is op grond van deze ervaring, dat wij besloten hebben om voor de toekenning van rangnummers de afdelingen uit de twee inrichtingen samen te voegen.[1]

Het zijn nu die rangnummers geweest, welke het materiaal hebben gevormd voor de berekeningen van de samenhangen (rangkorrelaties van Spearman) tussen de door ons relevant geachte variabelen. Deze samenhangen zullen in het volgende hoofdstuk worden gepresenteerd.

[1] Achteraf hebben we de juistheid van deze stelling nog getracht te kontroleren, door de korrelaties voor elk van de twee inrichtingen afzonderlijk te berekenen. Uit deze berekening bleek, dat over het algemeen de samenhangen in beide inrichtingen in dezelfde richting tendeerden.

5. Onderzoeksresultaten

5.1 DE ONDERLINGE SAMENHANGEN TUSSEN DE ONAFHANKELIJKE VARIABELEN

Alvorens de aangetroffen samenhangen tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen te presenteren, leek het ons op zijn minst wenselijk de aandacht te richten op de onderlinge samenhang tussen de onafhankelijke variabelen. Dit in verband met hetgeen in hoofdstuk 3 over deze onafhankelijke variabelen is besproken. Daar veronderstelden wij immers uitdrukkelijk, dat aanvaarding en praktisering van het resocialiseren op de afdeling bevorderd kon worden niet zozeer door de werkzaamheid van een aantal faktoren afzonderlijk, doch door faktoren die in kombinatie met elkaar opereren, d.w.z. faktoren, die elkaar ondersteunen. De vraag rijst nu of bepaalde samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen inderdaad voorkomen.

Is het mogelijk, dat op een of meerdere afdelingen de door ons als effektief veronderstelde kombinaties van faktoren worden aangetroffen? Of is het zo, dat de desbetreffende faktoren nimmer samengaan en elkaar steeds tegenwerken, zodat het optreden van deze kombinaties zelden of nooit voorkomt?

De tabel op pag. 101 bevat de korrelaties tussen de onafhankelijke variabelen.

Wij kunnen uit deze tabel drie groepen van gegevens aflezen. In de eerste plaats vinden we hier de samenhangen tussen normatieve oriëntatie, leiderschap en kommunikatiepatroon van de afdelingsarts. In de tweede plaats, de samenhangen van de desbetreffende faktoren met betrekking tot het paviljoenshoofd.

En tenslotte wordt het met deze tabel mogelijk, de onderlinge samenhangen tussen beide groepen van faktoren te achterhalen.

a. Normatieve oriëntatie, leiderschap en kommunikatie-patroon van de afdelingsarts

Bij de afdelingsartsen valt in de eerste plaats te konstateren, dat het sterk voorstaan van resocialiseren vaak los staat zowel van hun leiderschapsgedrag als van hun kommunikatie met de afdelingsverplegenden.

TABEL 5

De aangetroffen onderlinge samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen, uitgedrukt in rangkorrelaties (r_R) van Spearman.

	R-norm AA	I_{AA}	S_{AA}	Vert. komm. AA	R-norm PH	I_{PH}	S_{PH}	Over-leg PH	Hor. komm. AV
I_{AA}	+.05	—	—	—	—	—	—	—	—
S_{AA}	+.22	+.16	—	—	—	—	—	—	—
Vert. komm. AA	—.12	—.05	+.71[3]	—	—	—	—	—	—
R-norm PH	+.23	—.05	—.24	—.21	—	—	—	—	—
I_{PH}	+.37	+.22	+.25	—.00	+.07	—	—	—	—
S_{PH}	—.42	+.02	+.27	+.34	—.31	—.43	—	—	—
Overleg PH	—.10	+.19	+.34	+.52[2]	—.23	+.34	—.03	—	—
Hor. komm. AV	—.56[2]	—.04	+.36	+.59[3]	—.46[1]	—.16	+.70[3]	+.27	—
Komm. int.	—.18	—.00	+.56[2]	+.88[3]	—.40	+.07	+.40	+.70[3]	+.79[3]

[1]) sign. bij $p \leqslant 0.05$
[2]) sign. bij $p \leqslant 0.02$
[3]) sign. bij $p \leqslant 0.01$

Betekenis der letters:
I = instrumenteel leiderschap
S = sociaal leiderschap
AA = afdelingsarts
PH = paviljoenshoofd
AV = afdelingsverplegenden
R-norm = resocialiseringsnorm

Ten tweede staat, zoals ook in andere studies naar voren kwam, instrumenteel (I) leiderschap betrekkelijk los van sociaal (S) leiderschap.

En tenslotte is de kommunikatie met de afdelingsarts (Vert. komm. AA) wel vaak verbonden met S-leiderschap, maar niet met het I-leiderschap.

b. Normatieve oriëntatie, leiderschap en overleg van paviljoenshoofd

Ook bij de paviljoenshoofden is de voorkeur voor resocialiseren verbonden noch met hun leiderschapsgedrag, noch met het overleg met de verplegenden. Daarnaast is er een tendentie, dat het I-leiderschap de antipode is van het sociaal leidinggeven.

Wij herinneren er de lezers aan, dat het door ons gemeten I-leiderschap een autoritair tintje heeft meegekregen, zodat de tegenstelling met het S-leiderschap wel verklaarbaar is. Tenslotte gaat bij paviljoenshoofden het overleg met de verplegenden wel enigszins, maar niet zeer duidelijk gepaard met het I-leiderschap; zulks betekent, dat dit overleg enigszins een instrumenteel-autoritair

karakter kan dragen. Dit is wel opmerkelijk, aangezien men elders (bijvoorbeeld PHILIPSEN, 1965a, p. 112), vooral een verband aantrof tussen *S*-leiderschap en overleg met ondergeschikten.

c. Afdelingsarts en paviljoenshoofd

Uit deze serie van gevonden samenhangen blijkt duidelijk, dat afdelingsarts en paviljoenshoofd qua leiderschapsstijl op de afdeling elkaar weinig of niet beinvloeden. Hetzelfde geldt ten aanzien van hun normatieve oriëntatie.

Afdelingsarts en paviljoenshoofd trekken niet één lijn op de afdeling, ofschoon zij zich evenmin systematisch van elkaar distantiëren. Het beeld van een afdeling met een tweehoofdige leiding komt hier wel scherp naar voren. Op het gebied van de kommunikatie vinden we daarentegen wel een herkenbare lijn: wanneer een afdelingsarts het kontakt met de afdelingsverplegenden goed onderhoudt, dan werkt dit stimulerend voor het overleg tussen paviljoenshoofd en afdelingsverplegenden, èn voor de kommunikatie tussen de afdelingsverplegenden onderling.

De vertikale kommunikatie van de afdelingsarts kan dus vaak als een hefboom werken voor de samenhang van het afdelingsteam.

Opvallend is echter, dat het overleg met het paviljoenshoofd op zichzelf geen invloed heeft op de horizontale kommunikatie met de afdelingsverplegenden; deze horizontale kommunikatie ondergaat wel duidelijk invloed van het S-leiderschap van het paviljoenshoofd. Wij leiden hieruit af, dat met betrekking tot de afdelingsarts – die in status en hierarchie zo hoog boven de verplegenden staat – het kontakt sèc voldoende is om de horizontale kommunikatie te stimuleren, maar dat datzelfde kontakt voor het paviljoenshoofd – die uit de groep van verplegenden zelf is voortgekomen – niet toereikend is om hetzelfde gevolg te hebben. Een paviljoenshoofd moet specifieke funkties (S-leiderschap) vervullen om die horizontale kommunikatie te kunnen bevorderen.

Als laatste belangrijk – en totaal onverwacht – gegeven uit deze serie van samenhangen willen wij de negatieve korrelaties noemen tussen de normatieve oriëntatie van de afdelingsarts en het paviljoenshoofd enerzijds en de horizontale kommunikatie van de afdelingsverplegenden anderzijds. Onder afdelingsartsen en paviljoenshoofden krijgen sterke voorstanders van het resocialiseren te maken met een groep verplegenden, waarvan de onderlinge kommunikatie ernstig belemmerd wordt; terwijl op de afdelingen, waar de onderlinge kommunikatie tussen verplegenden positief is, de afdelingsarts en het paviljoenshoofd lagere eisen stellen ten aanzien van het resocialiseren.

Hier zijn op z'n minst twee interpretaties mogelijk; bij de ene vormt de horizontale kommunikatie de 'oorzaak' van of de aanleiding voor de normatieve oriëntatie van de afdelingsarts en het paviljoenshoofd; bij de andere mogelijk-

heid is die horizontale kommunikatie een 'gevolg' van de normatieve oriëntatie van de leiding van de afdeling.

Ten eerste, een positieve horizontale kommunikatie tussen afdelingsverplegenden betekent een kohesief afdelingsteam. In zulke gevallen heeft een afdelingsarts frekwent kontakt met de verplegenden, terwijl het paviljoenshoofd een S-leiderschap uitoefent. Door deze intensieve kontakten leren afdelingsarts en paviljoenshoofd hun verplegenden beter kennen en hebben ook meer inzicht gekregen in de opvattingen en vaardigheden van deze verplegenden. Op grond hiervan is de leiding beter in staat geworden de mogelijkheden voor het resocialiseren op de afdeling te schatten. Zij wordt realistischer, of gaat berusten in de eventueel beperkte mogelijkheden van het resocialiseren in de overtuiging, dat zonder de bereidheid en effektieve steun der verplegenden er weinig kansen liggen voor het resocialiseren. Kortom afdelingsarts en paviljoenshoofd stellen hun eisen lager.

Ten tweede, aangezien gebleken is, dat de normatieve oriëntatie van de afdelingsarts en het paviljoenshoofd los staat van hun leiderschapsstijl en kommunikatiepatroon, zullen sterke voorstanders van het resocialiseren onder de afdelingsarts en het paviljoenshoofd meer dan eens het kontakt met hun verplegenden enigszins verwaarlozen. Het is ook mogelijk, dat zij (om welke redenen dan ook) weinig tijd beschikbaar hebben voor een intensief kontakt met de afdelingsverplegenden. Deze situatie houdt in, dat de verplegenden *niet* geregeld van gedachten kunnen wisselen met de leiding van de afdeling. Zij kunnen geen vragen stellen, weinig twijfels uiten en onvoldoende verduidelijkingen krijgen bij de moeilijke opgave van het resocialiseren.

Dit werkt fnuikend voor de groep verplegenden. De kans wordt immers groot, dat tussen de verplegenden onderlinge meningsverschillen ontstaan over de opvattingen van afdelingsarts en paviljoenshoofd met betrekking tot het resocialiseren; terwijl deze twee leidinggevenden zelf zich zelden tussen de verplegenden begeven om hun opvattingen en denkbeelden nader toe te lichten of te verhelderen. Het gevolg hiervan is, een gefrustreerde groep verplegenden, die in hun onderlinge kommunikatie ernstig belemmerd worden.

Uit het voorgaande trekken wij de konklusie, dat de onderlinge samenhangen tussen de onafhankelijk variabelen géén opeenhoping van faktoren vormen, waarin elke faktor telkens met de andere faktoren samenhangt. Wij hebben, zo te zien, afzonderlijke variabelen gemeten die vaak van elkaar los staan. Anderzijds is te stellen dat deze variabelen niet steeds tegenover elkaar staan of elkaar uitsluiten.

Sommige variabelen gaan wel systematisch samen. Met name de vertikale kommunikatie van de afdelingsarts, het overleg met het paviljoenshoofd en de horizontale kommunikatie der afdelingsverplegenden, hetgeen op het volgende kan wijzen: op sommige afdelingen zijn de verhoudingen tussen afdelingsarts,

paviljoenshoofd en afdelingsverplegenden zodanig gestruktureerd dat van een 'hecht afdelingsteam' gesproken mag worden.

Over het geheel genomen wijzen de cijfers uit tabel 5 op de mogelijkheid, dat een aantal afdelingen de door ons veronderstelde kombinaties inderdaad zullen voorkomen.

Er zijn echter geen redenen om te veronderstellen, dat deze voor het verwezenlijken van de resocialiseringsgedachte als doeltreffend veronderstelde afdelingsstruktuur spontaan ontluikt op basis van een 'resocialiseringsideologie' bij de leiding. Het is bepaald niet zo, dat bijvoorbeeld een sterk resocialiseringsgezinde afdelingsarts 'vanzelf' ertoe komt óók veel aandacht te besteden aan zijn wijze van leidinggeven en zijn kommunikatie met de verplegenden. Evenmin werkt een bepaalde (vermoedelijk voor het resocialiseren bevorderlijke) stijl van optreden van een afdelingsarts zonder meer ook aanstekelijk voor het paviljoenshoofd en de andere verplegenden.

Slechts in een *zeer beperkt aantal afdelingen*, zo konkluderen wij uit de cijfers van tabel 5, treffen wij een afdelingsarts en paviljoenshoofd aan, die *beiden*:

- tot sterke voorstanders van het resocialiseren kunnen worden gerekend, tevens
- een nogal uitgesproken instrumenteel leiderschap uitoefenen, en bovendien
- een betrekkelijk positieve kommunikatie met hun verplegenden onderhouden, hetgeen gepaard gaat met een positieve horizontale kommunikatie tussen afdelingsverplegenden zelf.

Dit leidt bijna vanzelf tot de vraag, of het resocialiseren in de twee onderzochte inrichtingen wel vanuit een welbewuste therapeutische strategie is gekoncipieerd. Zou wellicht het resocialiseren als aktiviteit op de afdelingen min of meer onwillekeurig en onopzettelijk tot stand zijn gekomen?

5.2 DE ONDERLINGE SAMENHANGEN TUSSEN DE AFHANKELIJKE VARIABELEN

Het leek ons na een bespreking van de samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen evenzeer wenselijk, onze aandacht voor een moment te richten op de onderlinge samenhangen tussen de afhankelijke variabelen. Eén van onze vooronderstellingen luidt immers, dat er samenhang bestaat tussen normen met betrekking tot het resocialiseren en de werkelijke handelingen of aktiviteiten, die op dit gebied worden verricht. Is die samenhang inderdaad te konstateren; en hoe staat het met de normatieve integratie op de verpleegafdelingen: welke is de samenhang tussen die normatieve integratie onder de verplegenden enerzijds en het peil van hun normen en aktiviteiten anderzijds?

De gegevens met betrekking tot de zojuist gestelde vragen presenteren wij in de volgende tabel.

TABEL 6

De onderlinge rangkorrelaties (r_R Spearman) berekend over de afdelingen tussen resocialiseringsnormen, resocialiseringsaktiviteiten en normatieve integratie onder verplegenden

	Resoc. normen	Resoc. aktiviteiten
Resoc. aktiviteiten	+.69[1]	—
Normatieve integratie	—.01	+.65[1]

[1] Sign. bij p 0.01

Deze uitkomsten tonen in de eerste plaats aan, dat normen en aktiviteiten duidelijk met elkaar samenhangen. Dit wil zeggen. dat de verplegenden op de afdeling, volgens hun eigen opgave, in hun gedrag over het algemeen zich sterk richten op de resocialiseringsnormen, welke zij aanvaard hebben.

Ten tweede valt uit de tabel af te lezen, dat er geen samenhang zichtbaar is tussen de R-normen en de normatieve integratie. Een sterke normatieve integratie wordt over het algemeen minder aangetroffen op die afdelingen, waar de R-normen laag zijn gesteld, of op afdelingen met zeer hoge R-normen. *Waarschijnlijk is de normatieve integratie het sterkst op afdelingen, waar de verplegenden in hun normatieve oriëntatie meestal een gematigd of realistisch standpunt ten aanzien van het resocialiseren hebben ingenomen.* Daarentegen worden op afdelingen met een geringe normatieve integratie vaak zeer hoge of zeer lage R-normen der verplegenden aangetroffen. Het gaat hier om afdelingen waarvan de verplegenden of te hoog gestelde en daardoor onrealistisch geworden opvattingen huldigen ten aanzien van de mogelijkheden van het resocialiseren; of, in dit opzicht een berustende houding aannemen en het resocialiseren weinig haalbaar achten.

Tenslotte zien we ook een positieve samenhang tussen normatieve integratie en R-handelingen of aktiviteiten. Afdelingen waar een sterke normatieve integratie heerst, blijken afdelingen te zijn, *waar in vergelijking tot andere afdelingen de R-aktiviteiten op een hoog peil staan.* Men kan ook zeggen, dat er op deze afdelingen meer aan resocialisering wordt gedaan dan op andere afdelingen. In deze afdelingen met een sterke normatieve integratie werken verplegenden, die gematigd of realistisch tegenover het resocialiseren staan, waardoor hun normen een effektief richtsnoer kunnen vormen voor hun optreden tegenover de patiënten.

Nadat wij de onafhankelijke en afhankelijke variabelen afzonderlijk besproken hebben, zullen in volgende paragrafen van dit hoofdstuk de samenhangen tussen de twee genoemde groepen van variabelen gepresenteerd worden.

5.3 OVERZICHT VAN DE AANGETROFFEN SAMENHANGEN TUSSEN DE ONAFHANKELIJKE EN AFHANKELIJKE VARIABELEN

Aan het eind van hoofdstuk 3 (pag. 85) hebben we de op grond van onze theoretische uitgangspunten opgestelde verwachtingen over de aard van de samenhangen tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen gepresenteerd. We willen nu overgaan tot het vermelden van de gevonden korrelaties tussen de twee genoemde groepen van variabelen.

TABEL 7

De gevonden rangkorrelaties (r_R Spearman) tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen

onafhankelijke variabelen \ afhankelijke variabelen	R-norm AV	R-aktiv.	AV Norm. Integr.
R-norm afd. arts	+.19	+.04	—.25
R-norm pavil.hoofd	+.27	+.03	—.08
I_{AA}	+.47[1]	+.52[2]	+.31
I_{PH}	+.21	+.20	+.00
S_{AA}	+.01	+.06	+.01
S_{PH}	—.11	+.16	+.28
Vert. komm. arts	—.18	+.19	+.46[1]
Overleg PH	—.30	+.26	+.65[3]
Hor. komm. AV	—.11	+.20	+.46[1]
Komm. Integratie	—.27	+.24	+.63[3]

Legenda als tabel 5 (zie p 101)

Aan de hand van de uitkomsten in deze tabel willen wij op de volgende bladzijden nader ingaan op achtereenvolgens de normatieve oriëntatie van afdelingsarts en paviljoenshoofd, de leiderschapsfaktoren en de kommunikatiepatronen.

5.4 RESOCIALISERINGSNORMEN VAN AFDELINGSARTSEN EN PAVILJOENSHOOFDEN

Volgens onze voorstelling van zaken in 3.5 met betrekking tot het doordringen van resocialisering op de afdelingen was de betekenis van de resocialiseringsnormen van afdelingsarts en paviljoenshoofd deze, dat die normen onder bepaalde voorwaarden door de verplegenden van de afdeling konden worden

'overgenomen'. Deze normen zouden als het ware 'van boven af' naar beneden toe 'doorsijpelen'.

Blijkens de korrelatiekoëfficiënt in tabel 7 is er echter weinig sprake van overnemen door de verplegenden van de opvattingen van de afdelingsarts. In 5.1 zijn wij reeds begonnen met de uiteenzetting van de achtergronden van dit verschijnsel. Wij wezen daar op het geïsoleerde funktioneren van de R-norm van de afdelingsarts. De faktor blijkt zowel los te staan van de normen, het leiderschap en overleg van paviljoenshoofd, als van het vereiste leiderschap en kommunikatiepatroon van de afdelingsarts zelf.

Vooral het losstaan van de R-norm van de afdelingsarts van de vertikale kommunikatie van de afdelingsarts is opmerkelijk. Afdelingsartsen die het resocialiseren sterk voorstaan blijken namelijk wèl de opvatting te huldigen, dat men als afdelingsarts de kommunikatie met de verplegenden van zijn afdeling goed *behoort* te onderhouden.

Deze positieve samenhang is nogal sterk ($r_R = +.65$; $p < 0.01$). Het verband tussen het willen resocialiseren enerzijds en de wenselijkheid van een meer intensieve kommunikatie met verplegenden anderzijds wordt dus wel degelijk door de afdelingsartsen zelf gelegd. Bovendien hangt de opvatting van de afdelingsarts over het kommuniceren met de verplegenden op de afdeling weer samen met zijn sociaal leiderschap ($r_R = +.58$; $p<0.02$). Dat desondanks sterk resocialiseringsgezinde afdelingsartsen op hun afdelingen niet voldoende met de verplegenden kommuniceren, kan verschillende achtergronden hebben.

In de eerste plaats kunnen we wijzen op het – gemeten naar het aantal patiënten – geringe aantal artsen. Het gevolg hiervan is, dat het in een inrichting een uitzondering is, wanneer een afdelingsarts slechts één afdeling met ongeveer 40 tot 60 patiënten toegewezen krijgt.

De meeste afdelingsartsen hebben de verantwoordelijkheid over twee, enkelen zelfs over drie afdelingen; terwijl het ook voorkomt, dat een afdelingsarts zijn tijd over vier afdelingen moet verdelen. Dat onder de gegeven omstandigheden de zo gewenst geachte kommunikatie met de afdelingsverplegenden over het werken met patiënten in het algemeen en het resocialiseren in het bijzonder nogal eens in het gedrang moet komen, zal voor een ieder duidelijk zijn.

In de tweede plaats is dit resultaat wellicht een gevolg van een onderzoekstechnisch probleem, dat hiermee verband houdt. We hebben zojuist erop gewezen, dat een arts meestal afdelingsarts is over meerdere afdelingen. Het komt dan ook meer dan eens voor, dat een arts bijvoorbeeld afdelingsarts is van een opname-afdeling én van een afdeling voor zeer chronische patiënten. Nu luidde onze vraag aan de afdelingsartsen over zijn normatieve oriëntatie als volgt:

> 'Wilt u aangeven hoe vaak of hoe zelden de verplegenden op de u bekende paviljoenen volgens uw eigen persoonlijke overtuiging onderstaande handelingen en aktiviteiten zouden moeten doen?'

De afdelingsarts in het hierboven gegeven voorbeeld komt bij de beantwoording van deze vraag voor het probleem te staan, op welke van zijn twee afdelingen zijn opgave voor normatieve oriëntatie betrekking moet hebben. Het is toch immers zo, dat de eisen voor het peil van bewaring, verzorging en resocialisering op de twee genoemde afdelingen anders kunnen of zelfs anders moeten liggen. Deze afdelingsarts kan twee wegen bewandelen. Of hij dacht bij het geven van zijn antwoorden aan één van zijn twee afdelingen; bijvoorbeeld aan de afdeling die hij het beste kent of waar hij zich het meest thuis voelt. Of hij richt zich op een denkbeeldige afdeling, die ergens tussen zijn twee afdelingen in is te plaatsen. In beide gevallen wordt deze afdelingsarts door de formulering van onze vraag min of meer gedwongen wat zijn normen betreft één of beide van zijn afdelingen weinig tot haar of hun recht te laten komen.

Voor afdelingsartsen met meer dan twee afdelingen wordt de zojuist geschetste situatie nòg iets gekompliceerder. De formulering van onze vraag in de enquête heeft derhalve voor de medische staf de kans doen ontstaan, dat een skore voor R-norm van de afdelingsarts niet precies betrekking heeft op de desbetreffende afdeling. Dit laatste kan uiteraard niet van de R-norm van het paviljoenshoofd worden gezegd. Een zaal- of paviljoenshoofd is in deze twee inrichtingen nimmer het hoofd van meerdere zalen of paviljoenen, zodat de skore om de resocialiseringsnormen van het paviljoenshoofd vrij nauwkeurig slaan op de betreffende afdeling. Niettemin is, afgaande op tabel 7, de korrelatie tussen de R-norm van het paviljoenshoofd en de R-norm van de afdelingsverplegenden haast even zwak als die tussen de R-norm afdelingsarts en de R-norm afdelingsverplegenden.

Die zwakke korrelatie is derhalve naar onze mening toe te schrijven aan de geïsoleerde werking van de bewuste faktor, zoals aangegeven in 5.1. Deze resocialiseringsnormen van het paviljoenshoofd werken niet in kombinatie met leiderschap en overleg van het paviljoenshoofd zelf, noch met de R-norm van de afdelingsarts, zijn leiderschap en kommunikatiepatroon. Om deze redenen kan de R-norm van het paviljoenshoofd weinig uitrichten ten aanzien van de resocialiseringsnormen der verplegenden. Zonder de vereiste steun van genoemde andere aktiviteiten kan het resocialiseringsgezinde paviljoenshoofd zijn of haar opvattingen evenmin aan de verplegenden overdragen.

Wij konkluderen dus, dat in het algemeen afdelingsartsen hun normen met betrekking tot het resocialiseren slechts overdragen aan de verplegenden, wanneer er sprake is van goede kommunikatie tussen de leiding (afdelingsarts en paviljoenshoofd) enerzijds en de verplegenden anderzijds. Het is mogelijk deze konklusie te toetsen. Hiertoe stellen we – door optelling van de rangnummers van vertikale kommunikatie met de afdelingsarts én overleg met het paviljoenshoofd – de zeven afdelingen met het in dit opzicht meest gunstige en de zeven afdelingen met het meest ongunstige klimaat tegenover elkaar. We krijgen dan het volgende:

TABEL 8

Rangkorrelaties (r_R Spearman) tussen R-norm AA – R-norm AV; R-norm PH – R-norm AV en R-norm AA – R-norm PH in afdelingen met het meest gunstige en het meest ongunstige klimaat voor de kommunikatie tussen de leiding en de verplegenden

Afdelingen	$R_{AA} - R_{AV}$	$R_{PH} - R_{AV}$	$R_{AA} - R_{PH}$
Gunstig klimaat	+.34	+.43	+.11
Ongunstig klimaat	+.29	—.64	—.75*

*) Sign. bij $p \leqslant 0.10$

Betekenis der letters:
AA = afdelingsarts
PH = paviljoenshoofd
AV = afdelingsverplegenden
R = resocialiseringsnorm

Geen van de hier vermelde korrelaties bereikt een waarde, die signifikant is bij een overschrijdingskans van $p \leqslant 0.05$; één ervan heeft een waarde ($p < 0.10$) die statistisch bijna signifikant is. Het opmerkelijke van deze tabel zijn echter de cijfers in de twee laatste kolommen. De samenhang tussen de R-norm van het paviljoenshoofd en de R-norm van de afdelingsverplegenden slaat van positief bij een gunstig klimaat om naar negatief bij een ongunstige kommunikatie tussen afdelingsarts en paviljoenshoofd enerzijds en de verplegenden anderzijds.

De gevonden korrelaties in tabel 8 geven nog aanleiding tot de volgende opmerkingen:

a. Het ziet er dus naar uit, dat óók bij een gunstig kommunikatieklimaat afdelingsarts en paviljoenshoofd de 'resocialiseringsgedachte' *niet* in sterke mate aan de afdelingsverplegenden overdragen, noch elkaar in die gedachte sterken. De konklusie luidt dan ook, dat er in de inrichtingen heel weinig sprake kan zijn van een duidelijke bewuste indoktrinatie, noch van een duidelijke en bewuste resocialiseringsstrategie.

b. Bij een ongunstig kommunikatieklimaat valt wel een tendentie tot tegenstelling van de opvattingen waar te nemen; vooral tussen afdelingsarts en paviljoenshoofd en tussen paviljoenshoofd en afdelingsverplegenden.

c. Beschouwd vanuit het gezichtpunt van het overdragen der resocialiseringsgedachte is het paviljoenshoofd als positief of als negatief referentiepunt voor de afdelingsverplegenden vermoedelijk belangrijker dan de afdelingsarts.

5.5 HET LEIDERSCHAP VAN AFDELINGSARTS EN PAVILJOENSHOOFD

In onze theoretische uiteenzetting veronderstelden wij, dat sterk resocialiseringsgezinde afdelingsartsen met een duidelijk instrumenteel leiderschap onder be-

paalde voorwaarden – d.w.z. in kombinatie met paviljoenshoofden die ook veel voor resocialisering voelen en tevens een instrumenteel leiderschap uitoefenen, daarbij ondersteund door een bevredigende kommunikatie tussen de betrokken afdelingsartsen en paviljoenshoofden enerzijds en afdelingsverplegenden anderzijds – een gunstige invloed hebben op de aanvaarding door deze verplegenden van een meer uitgesproken doeloriëntatie of norm m.b.t. het resocialiseren.

Na aanvaarding van het resocialiseren als doeloriëntatie door de afdelingsverplegenden zal het duidelijk instrumenteel leiderschap van sterk resocialiseringsgezinde afdelingsartsen en paviljoenshoofden – nu gekombineerd met een uitgesproken sociaal leiderschap van de betrokken afdelingsartsen en paviljoenshoofden, hun optimale kommunikatie met de verplegenden én een nogal onbelemmerde kommunikatie tussen de verplegenden onderling – ook de praktisering of naleving van de resocialiseringsnormen bevorderen.

Nu is in 5.1 gebleken, dat in ons materiaal over het algemeen het optreden van de zojuist genoemde kombinaties van faktoren weliswaar niet is uit te sluiten, maar daartegenover ook niet heel vaak voorkomt. De door ons relevant geachte variabelen opereren niet zelden op zichzelf, d.w.z. zonder de door ons veronderstelde noodzakelijke steun van de andere relevante variabelen.

Bovendien mogen we, nog steeds afgaande op de in tabel 5 gepresenteerde korrelaties niet uit het oog verliezen dat afdelingsartsen en paviljoenshoofden die zeer hoge eisen t.a.v. het resocialiseren op hun afdeling stellen, nogal eens de kommunikatie tussen de verplegenden onderling belemmeren.

We kunnen op grond van deze gevonden korrelatie ook zeggen dat sommige afdelingsartsen en paviljoenshoofden die het resocialiseren sterk voorstaan 'disruptief' werken voor de onderlinge kommunikatie der verplegenden en daardoor de optimale onderlinge betrekkingen binnen de groep of de integratie van alle medewerkers op de afdeling in de weg staan. Daarentegen blijken de op het punt van resocialisering realistische afdelingsartsen en paviljoenshoofden de meeste kans te hebben aan dit gevaar te ontkomen.

Tenslotte is in paragraaf 2 van dit hoofdstuk ook duidelijk geworden, dat bij het doordringen van resocialisering op de afdeling het er over het algemeen niet zozeer om afdelingen gaat met de hoogste resocialiseringsnormen of met het hoogste peil van resocialiseringsaktiviteiten. Het gaat namelijk vooral ook om afdelingen waar verplegenden werken, die t.a.v. het resocialiseren een realistisch of gematigd standpunt innemen, waardoor hun ambitie-niveau op dit punt niet al te hoog wordt opgeschroefd. In die omstandigheden kunnen hun normen een effektief richtsnoer vormen voor hun optreden tegenover de patiënten. Met deze gedachten voor ogen zullen we de korrelaties tussen het instrumenteel en sociaal leiderschap van afdelingsarts en paviljoenshoofd enerzijds en de afhankelijke variabelen anderzijds (tabel 7) nader beschouwen.

De uitkomsten laten zien, dat met uitzondering van het instrumenteel leider-

schap van de afdelingsarts, de leiderschapsfaktoren geen signifikante samenhang vertonen met de afhankelijke variabelen. Na de desbetreffende cijfers uit tabel 5 mag het geen verwondering meer wekken, dat sociaal leiderschap van de afdelingsarts, instrumenteel én sociaal leiderschap van het zaal- of paviljoenshoofd zeer zwak of in het geheel niet samenhangen met het resocialiseren op de afdeling.

Tabel 5 laat immers zien, dat het I- en S-leiderschap van arts en hoofd lang niet altijd opereren in het kader van de door ons veronderstelde kombinaties.

De gevonden korrelaties in tabel 5 m.b.t. het instrumenteel leiderschap van de afdelingsarts laten naar onze mening geen andere konklusie toe dan dat de faktor instrumenteel leiderschap v. d. afdelingsarts (I_{AA}) over het algemeen net zo geïsoleerd opereert als de andere reeds besproken leiderschapsfaktoren.

In tabel 7 treffen we een positieve samenhang aan tussen dit instrumenteel leiderschap van de afdelingsarts en de R-normen en R-aktiviteiten der verplegenden. De samenhang tussen I-leiderschap van de afdelingsarts en de normatieve integratie is wel positief maar niet signifikant. Wat is daaruit op te maken?

Krachtens zijn aard is het instrumenteel leiderschap erop gericht het verrichten van taken te bevorderen. Het door ons gemeten I-leiderschap immers, bevat de volgende items:

- hij jaagt zijn personeel op tot grotere inspanning
- hij staat erop, dat alles gebeurt zoals hij dat wil
- hij let erop, dat iedereen zijn uiterste best doet.

Een afdelingsarts die met dit leiderschapsgedrag zijn stempel op de afdeling drukt, verhoogt uiteraard de aktiviteiten (en de daarbij behorende normen) met betrekking tot de taken op het gebied van de resocialisering.

Wij zien echter ook, dat, ofschoon het I-leiderschap van de arts een positieve en signifikante samenhang vertoont met de R-handelingen en R-normen der verplegenden, dit leiderschap niet signifikant blijkt te korreleren met de normatieve integratie op de afdeling. Dit betekent, dat op een aantal afdelingen waar de arts een sterk instrumenteel leiderschap uitoefent de normen *geen* effektief richtsnoer voor het handelen van de verplegenden vormen, ondanks het feit dat die normen en aktiviteiten op zichzelf op een betrekkelijk hoog niveau liggen. Of anders geformuleerd: een afdelingsarts kan met een sterk I-leiderschap de ambities en prestaties van de (vermoedelijk individuele) verplegenden op een hoger peil brengen. Wanneer hij evenwel daarnaast zijn sociaal leiderschap niet voldoende tot uitdrukking brengt, zal de afstand tussen die betrekkelijk hoge ambities en prestaties toch nog vrij groot blijven.

Het resocialiseren wordt zodoende niet stevig verankerd of niet voldoende 'ingebed' in de heersende verhoudingen tussen de medewerkers op de afdeling. Hetgeen wellicht leidt tot een 'ongecoördineerd' resocialiseren; een resocialiseren op individualistische leest geschoeid, d.w.z. resocialiseringsaktiviteiten van

individuele verplegenden, die op dit punt vrijwel niet met andere verplegenden van de afdeling samenwerken.

Een resocialiseren, dat op die leest is geschoeid, biedt kansen voor het ontstaan van onderlinge geschillen, onderlinge nijd, onderlinge jaloezie en onderlinge spanningen binnen de groep van afdelingsverplegenden. En dergelijke verschijnselen kunnen weer samenhangen met de betrekkelijk geringe normatieve integratie of geringe effektiviteit van de normen als richtsnoer voor het handelen. Onder welke voorwaarden sprake kan zijn van een 'meer gecoördineerd' resocialiseren, hopen we in de volgende paragraaf te kunnen beschrijven.

5.6 DE VERTIKALE EN HORIZONTALE KOMMUNIKATIE

In de twee voorafgaande paragrafen is herhaaldelijk geschreven over de betekenis van de kommunikatie-faktoren. Wij veronderstellen in paragraaf 5 van hoofdstuk 3, dat deze vertikale en horizontale kommunikatie in kombinatie met het uitgeoefende leiderschap op de afdeling positief zou samenhangen met de resocialiseringsnormen zowel als met de resocialiseringsaktiviteiten der verplegenden op de afdeling. Tevens zouden die kommunikatie-faktoren tezamen (= kommunikatieve integratie) een krachtige druk vormen op de medewerkers van de afdeling om zich in hun aktiviteiten aktiever te richten op de aanvaarde normen of doeleinden; d.w.z. om de afstand tussen de aanvaarde normen en de werkelijk gepresteerde aktiviteit zo gering mogelijk te maken.

In onze veronderstelling hangt de kommunikatieve integratie dus positief samen met de normatieve integratie.

Een beschouwing van de gevonden samenhangen laat nu zien, dat de vertikale kommunikatie van de afdelingsarts (zie tabel 5) wordt onderhouden door artsen die een uitgesproken S-leiderschap uitoefenen. Bovendien laat dezelfde tabel zien, dat die vertikale kommunikatie van de afdelingsarts positief samenhangt met de mate van geslaagd overleg met het paviljoenshoofd en de kommunikatie tussen de verplegenden onderling.

Naar het ons voorkomt, betekenen deze gevonden korrelaties dat, naarmate er meer vertikale kommunikatie met de dokter is, het paviljoenshoofd zich meer gedrongen voelt ernst te maken met het overleg met de overige verplegenden. Gedurende dit overleg kan datgene wat bij de kontakten met de dokter is besproken, door de groep verplegenden nader worden uitgewerkt. Het is bovendien mogelijk, dat de dokter het paviljoenshoofd uitdrukkelijk inschakelt om een optimaal resultaat te bereiken van zijn bemoeienissen met de afdeling.

Want het ligt toch niet voor de hand dat een afdelingsarts bijvoorbeeld patiëntenbesprekingen met het personeel houdt, aanwijzingen voor de benadering van een patiënt geeft of de gang van zaken op het paviljoen vrijuit met

het personeel bespreekt, zonder daarin het paviljoenshoofd te betrekken. Wij mogen dan ook gevoeglijk aannemen, dat het overleg tussen het hoofd en de verplegenden gestimuleerd wordt door of afhankelijk is van de kommunikatie met de afdelingsarts.

Daarnaast geven de gevonden korrelaties van tabel 5 aan, dat naarmate er meer vertikale kommunikatie met de afdelingsarts is, er op de afdeling meer gekommuniceerd wordt tussen de verplegenden onderling. Het kommunikatiepatroon van de arts die S-leiderschap uitoefent behoort dus tot een klimaat waarin de verplegenden zich min of meer onbelemmerd tegen elkaar kunnen uiten. En deze onbelemmerde kommunikatie der verplegenden onderling hangt weer samen met het S-leiderschap van het paviljoenshoofd. Het is duidelijk dat de vertikale kommunikatie van de arts in hoge mate verbonden is of vrijwel steeds samen opereert met een aantal relevant geachte afhankelijke variabelen. Hierbij tekenen we echter aan, dat het I-leiderschap van de afdelingsarts over het algemeen niet met de vertikale kommunikatie van de afdelingsarts samen opereert.

De cijfers uit tabel 7 tonen het volgende: tussen vertikale kommunikatie van de afdelingsarts enerzijds en R-normen en R-aktiviteiten anderzijds vinden we geen signifikante samenhangen. De samenhang tussen vertikale kommunikatie en de normatieve integratie is positief en signifikant.

De korrelaties van de overige kommunikatiefaktoren, zoals het overleg van het paviljoenshoofd, de horizontale kommunikatie en de kommunikatieve integratie, vertonen hetzelfde patroon: er blijkt geen signifikante samenhang te zijn met R-normen en R-aktiviteiten; de richting van de samenhang met de R-norm is negatief terwijl de samenhang met de normatieve integratie wèl signifikant is en zich in de voorspelde richting begeeft.

Gevonden korrelaties m.b.t. de kommunikatie-faktoren laten zien, dat deze faktoren samenhangen met een tendentie tot 'neerdrukken' van de normen enerzijds en tot 'opvoeren' van de aktiviteiten anderzijds; zij hangen dus samen met een verkleining van de afstand tussen de normen (ambitie) en de aktiviteiten (prestatie) der verplegenden. Welke achtergronden zijn er voor dit verschijnsel aan te wijzen? Het gaat ons om de volgende vragen:

a. Hoe is optimale kommunikatie te rijmen met een tendentie tot 'neerdrukken' van de R-normen?

b. Op welke wijze houdt optimale kommunikatie verband met een tendentie tot opvoering der R-aktiviteiten?

c. Wat is de reden, dat optimale kommunikatie wèl een signifikante samenhang vertoont met normatieve integratie en *niet* rechtstreeks samengaat met R-normen en R-aktiviteiten?

d. Wat houdt de positieve samenhang tussen kommunikatieve en normatieve integratie in voor het resocialiseren op de verpleegafdeling?

Ad a.: De schalen waarmee het S-leiderschap en de kommunikatie (zowel de vertikale als de horizontale) op de afdeling zijn gemeten, bevatten o.a. items die het element van 'openheid' vertegenwoordigen. Om enkele voorbeelden te noemen:

- is vriendelijk en staat open voor het personeel
- zorgt ervoor dat je je op je gemak voelt, als je met hem/haar praat
- met gehele personeel de gang van zaken op de afdeling bespreken
- de onderlinge moeilijkheden worden uitgepraat
- met elkaar overleggen hoe met een bepaalde patiënt moet worden omgegaan.

Door die openheid wordt de ruimte geschapen waarin men met elkaar vrijuit kan spreken over de opvattingen met betrekking tot het werken met patiënten op de afdeling. Zo ontstaat er een grote kans, dat ook kritische stemmen over een en ander opgaan. Sterk opgeschroefde of overdreven hoge ambities kunnen dan aan de kaak worden gesteld, met als gevolg dat na uitgebreide gedachtenwisselingen men zijn ambitie-niveau lager gaat stellen. Of, anders gezegd, dat men meer realistische opvattingen huldigt over de haalbaarheid van het resocialiseren op de afdeling.

Op die wijze worden door optimale kommunikatie de opvattingen en denkbeelden over de haalbaarheid van het resocialiseren op de afdeling meer 'uniform'. Of, anders geformuleerd: meer kommunikatie binnen de groep van verplegenden leidt ertoe, dat deze verplegenden zich in hun opvattingen en denkbeelden over de haalbaarheid van het resocialiseren meer aan elkaar konformeren. De achtergrond van dit verschijnsel is, dat die 'druk naar uniformiteit' de leden van de groep helpt om met elkaar een geldige en reële basis voor de gehuldigde opvattingen te ontwikkelen; d.w.z. een gemeenschappelijke sociale werkelijkheid te scheppen.

Een groep kan aan een dergelijke 'eigen' sociale werkelijkheid behoefte hebben, vooral wanneer men in een situatie verkeert, waarin het uiterst moeilijk, zo niet onmogelijk, is om op grond van hetzij logische overwegingen, hetzij de 'objektieve' werkelijkheid of zintuigelijke evidentie, tot passend geachte oordelen en opvattingen te komen.

Met betrekking tot zaken, waarvoor geen duurzaam zichtbare bewijzen te vinden zijn – zoals voorbeeld met betrekking tot de wenselijkheid of haalbaarheid van het resocialiseren op een verpleegafdeling – wordt de subjektieve geldigheid van een opvatting vooral ingegeven door het feit, dat anderen gelijke opvattingen huldigen (CARTWRIGHT & ZANDER, 1960, p. 170).

Ad b.: Naast de openheid bevatten de bovenbedoelde schalen ook een element, dat als het 'steunende' aspekt in de onderlinge interakties kan worden aangemerkt. We doelen op items als:

- geeft uiting aan waardering wanneer iemand goed gewerkt heeft
- vangt je op als je bij het werken met patiënten brokken maakt

- patiëntenbesprekingen houden met gehele personeel
- aanwijzingen geven aan het personeel in welke richting het met de patiënt moet werken
- verplegenden kunnen goed met elkaar overweg
- onderlinge berichtgeving verloopt (niet) stroef.

Dit aspekt in de kommunikatie maakt dat men zich als verplegende in de rug gedekt voelt. Men is dan ook bereid meer risiko's te nemen, meer te experimenteren en zich meer in te zetten; kortom meer resocialiseringsaktiviteiten te verrichten! Dat een intensieve groepsinteraktie uitloopt op een grotere bereidheid van de groepsleden tot het nemen van risiko's is ook in een laboratoriumexperiment gedemonstreerd (KOGAN, WALLACH & BEHN, 1962).

Kogan e.s. schrijven dit verschijnsel toe aan de mogelijkheid, dat men in dergelijke groepen het gevoel heeft van een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gemeenschappelijk genomen beslissing en dus ook een zekere kollektieve 'risiko-dekking' in geval van mislukkingen. Die gedeelde verantwoordelijkheid is dan gemakkelijker te dragen dan de verantwoordelijkheid voor een beslissing die individueel – dus zonder een voorafgaande intensieve groepsdiskussie – moet worden genomen.

Ad c.: Frekwente kommunikatie kan men in alle soorten afdelingen aan treffen: in ziekenzalen, in afdelingen met opname-patiënten zowel als in afdelingen met zeer chronische patiënten.

Wanneer bijvoorbeeld in een chronische afdeling de kommunikatie optimaal is, zal in die afdeling een betrekkelijk sterk normatieve integratie kunnen worden aangetroffen. Hetgeen wil zeggen, dat de skores van normen en aktiviteiten van de betrokken groep verplegenden een relatief gering verschil vertonen. Normatieve integratie (d.w.z. geringe verschillen tussen de skores van normen en aktiviteiten) zegt echter weinig over het niveau van R-normen.

Met andere woorden: een sterke normatieve integratie kan betrekking hebben op relatief hoge zowel als op relatief lage skores van R-normen. In het hierboven vermelde geval van een chronische afdeling kunnen, in verband met de aard van de groep verpleegde patiënten, de R-normen laag liggen. De verplegenden op de afdeling achten veel resocialiseren niet haalbaar en handelen er ook naar. Het komt ons voor dat normatieve integratie minder sterk gebonden is aan de aard van de op de afdeling verpleegde patiënten dan de R-handelingen of R-normen.

Zo heeft een afdeling met een grote groep chronische patiënten die vaak bedlegerig of niet-aanspreekbaar zijn – ongeacht of er tussen afdelingsarts, paviljoenshoofd en verplegenden onderling veel of weinig gekommuniceerd wordt – duidelijk minder mogelijkheden voor R-aktiviteiten dan een opnameafdeling met patiënten, die een korte verpleegduur hebben en die een intakt gedrag vertonen dat binnen zekere grenzen te voorspellen is. De aard van de

groep verpleegde patiënten zal in het ene geval de ruimte van R-aktiviteiten beperken en verkleinen, maar kan in een ander geval de mogelijkheden van R-aktiviteiten in principe vergroten. Bij het resocialiseren vormen de patiënten belangrijke medespelers, die – wellicht zonder het te beseffen – de gang van zaken uitdrukkelijk mede bepalen. En dit stelt grenzen aan de werking van de kommunikatie-faktoren, waardoor zij niet rechtstreeks met de normen en handelingen kunnen samenhangen.

Ad d.: De gevonden samenhangen betekenen, dat op afdelingen met een optimale kommunikatieve-integratie – waar vaak ook een afdelingsarts is aan te treffen, die een uitgesproken sociaal leiderschap uitoefent – de resocialiseringsnormen een effektief richtsnoer voor het optreden der verplegenden vormen. Op een aantal van deze afdelingen gaat dus een relatief hoog peil van resocialiseringsaktiviteiten gepaard met een optimale kommunikatieve integratie. Onder deze omstandigheden wordt het resocialiseren meer ingebed, steviger verankerd in de onderlinge verhoudingen binnen de groep van medewerkers op de afdeling. Waarschijnlijk is dat daaraan toe te schrijven, dat bij een meer optimale kommunikatie of meer optimale onderlinge betrekkingen, meer onderlinge steun kan worden geleverd èn verkregen, meer gelegenheid voor de verplegenden ontstaat om samen met elkaar te funktioneren.

Er ontstaat dan ook meer openheid; er komen meer mogelijkheden om twijfels te uiten, vragen te stellen en ophelderingen te verkrijgen. De kans op het bereiken van een gemeenschappelijke overeenstemming binnen de groep wordt groter, zodat de richtingwijzers voor het handelen op dit nog zo weinig vertrouwde gebied, op die wijze beter gelezen kunnen worden. Hier is dan sprake van een meer gecoördineerd resocialiseren; een resocialiseren, dat stoelt op onderlinge samenwerking van de gehele groep verplegenden op de afdeling.

Het geheel van de gevonden samenhangen tussen leiderschaps- en kommunikatiefaktoren enerzijds en anderzijds de resocialiseringsnormen en resocialiseringsaktiviteiten der verplegenden impliceert overigens wèl dat 'het doorsijpelingsproces' *niet* is aan te merken als een – onder bepaalde voorwaarden – simpelweg of recht-toe-recht-aan 'overnemen' van denkbeelden der 'hoger geplaatsten' door de groep van 'lager geplaatsten'. In plaats van 'overnemen' is het wellicht beter om te spreken van een 'elkaar doordringen' of een 'op elkaar afstemmen' van denkbeelden en het praktiseren van die denkbeelden.

Bij een dergelijk proces kunnen uiteraard bepaalde initiatieven, bijdragen of impulsen van de kant van de leidinggevenden, d.w.z. 'van boven af' afkomstig zijn; zoals bijvoorbeeld een duidelijk leiderschapsgedrag, opvattingen of eisen m.b.t. resocialisering van afdelingsarts en paviljoenshoofd en hun kommunikatie-patroon met de verplegenden. Doch minstens even belangrijk kunnen voor een dergelijk proces van 'elkaar doordringen' de initiatieven, bijdragen en

impulsen zijn, welke 'van onder op' worden gegenereerd. Met name is te denken aan de opvattingen der verplegenden zelf, hun aktiviteiten en hun onderlinge verhoudingen of kontakten.

Haast onweerstaanbaar dringt zich het beeld op van een tweezijdig proces: het 'eindresultaat' op een willekeurig moment wordt teweeggebracht door de wisselwerking tussen, of wederzijdse afhankelijkheid van, bijdragen, initiatieven of impulsen van 'bovenaf' en bijdragen, initiatieven, impulsen of bewegingen 'van onder op'. We kunnen zelfs verder gaan en op grond van de beschikbare uitkomsten stellen, dat binnen de grenzen of beperkingen die de aard van de groep verpleegde patiënten aan het resocialiseren op de afdeling stelt, in principe iedere medewerker van hoog tot laag zijn of haar aandeel kan hebben bij het bevorderen of belemmeren (!) van het resocialiseren op de afdeling. En van de aard van de heersende verhoudingen of van het 'sociale klimaat' op de afdeling zal het afhangen, of een zeker aandeel van een individuele medewerker samen met 'aandelen' van andere medewerkers gebundeld wordt tot een kracht van betekenis die duidelijk het proces in een bepaalde richting op kan stuwen.

5.7 SAMENVATTEND OVERZICHT VAN DE GEVONDEN SAMENHANGEN

In de voorgaande paragrafen hebben vele cijfers m.b.t. de samenhangen tussen het resocialiseren enerzijds en anderzijds de faktoren, die volgens ons theoretisch uitgangspunt daarop van invloed kunnen zijn, de revue gepasseerd. Door die veelheid van cijfers is de kans ontstaan, dat het geheel haast niet meer kan worden overzien. Daarom willen wij in deze laatste paragraaf van het hoofdstuk kort samenvatten, wat ons onderzoek aan resultaten heeft opgeleverd. Wat heeft dit onderzoek ons geleerd t.a.v. de betekenis van leiderschap en kommunikatie van het resocialiseren door de verplegenden op de verpleegafdeling?

De grote lijnen van het onderzoeksresultaat zijn als schema op de hieronderstaande wijze te tekenen. In deze tekening stellen de verbindingslijnen tussen de onderscheiden variabelen de gevonden positieve signifikante samenhangen voor. Daarbij willen wij er op wijzen, dat dit schema gebaseerd is op slechts 21 afdelingen, zodat de gevonden samenhangen met de nodige voorzichtigheid dienen te worden beschouwd. Het gaat hier slechts om een middel ter verkrijging van een visuele weergave, waarin de vele besproken samenhangen samen worden getrokken tot een enigszins overzichtelijk geheel. Het schema van ons onderzoeksresultaat ziet er als volgt uit:

Betekenis der letters:
AA = afdelingsarts
PH = paviljoenshoofd
AV = afdelingsverplegenden
S = sociaal leiderschap
I = instrumenteel leiderschap

We kunnen in bijgaand schema op zijn minst drie groepen of 'klonten' (clusters) van samenhangen onderscheiden. Wij zien – van beneden naar boven – een klont van de taakgerichtheid, waarin het instrumenteel leiderschap van de afdelingsarts is opgenomen. De tweede klont – waarin zich het sociaal leiderschap van de arts bevindt – hebben we de 'optimale betrekkingen binnen de groep afdelingsverplegenden' genoemd. De derde klont heeft betrekking op de gezindheid van de afdelingsdokter. Hieruit valt af te lezen, dat het sociaal leiderschap van de arts – zij het niet rechtstreeks – ook verbonden kan zijn aan zijn resocialiseringsnorm.

Overigens kunnen wij uit het schema ook aflezen, dat, wanneer het instrumenteel en sociaal leiderschap van de arts samengaan, de twee belangrijke funkties van de groep (CARTWRIGHT & ZANDER, 1968, p. 306), – namelijk het verrichten van de gestelde taken zowel als het optimaliseren van de onderlinge betrekkingen binnen de groep – vervuld kunnen worden. En wanneer die twee groepsfunkties dus niet ten koste van elkaar gaan, is er kans op een relatief hoog peil van 'gecoördineerd' resocialiseren. Een resocialiseren, verricht door verplegenden die op de afdeling met elkaar samenwerken.

Tot slot merken we op, dat het schema iets kan laten zien van een doorsijpelingsproces, dat langs omwegen plaatsvindt. Daarin spelen leiderschap en kommunikatie op de afdeling een beslissende rol. Waarschijnlijk verloopt dit proces zo gekompliceerd vanwege de sterke onderlinge of wederzijdse afhankelijkheid van de diverse groepen medewerkers op de afdeling zoals de afdelingsarts, het zaal- of paviljoenshoofd, de verplegenden, en tot op zekere hoogte toch ook de patiënten.

Ons inziens leiden de gevonden samenhangen tot het volgende totaalbeeld: in een psychiatrische inrichting kan geen individuele funktionaris – hoe 'machtig' hij of zij ook is en hoe hoog hij of zij ook in de hierarchie staat – op het gebied van het resocialiseren duurzaam veel bereiken, zonder zich te verzekeren van de medewerking, steun, vindingrijkheid, inzet, toewijding, initiatieven en onderlinge samenwerking der andere funktionarissen op de afdelingen. Maar indien op de afdelingen aan bepaalde voorwaarden kan worden voldaan, zodat de krachten van alle medewerkers gemobiliseerd en gebundeld kunnen worden, dan is – binnen de grenzen, die de aard van de groep verpleegde patiënten nu eenmaal stelt – nog heel veel te bereiken bij een verdere uitbouw van het resocialiseren.

6. Slot: de onvoltooide derde fase

In de beide eerste hoofdstukken betoogden wij dat na ca. 1850 aan het traditionele bewaringsdoel van de psychiatrische inrichting geleidelijk aan een nieuw doel werd toegevoegd, te weten de verzorging der patiënten, terwijl dan in de derde en laatste fase naast verzorging en bewaring ook de resocialisering van de geestelijk gestoorde patiënt richtinggevend zou zijn geworden voor het streven van artsen en verplegenden. Wanneer wij nu de uitkomsten van ons in hoofdstuk 3 t/m 5 verslagen onderzoek overzien, dan rijst de vraag of in de huidige Nederlandse psychiatrische inrichtingen het resocialiseren niet slechts een *officieel geformuleerd*, maar ook reeds een *werkelijk* doel is.

Uiteraard staan ons slechts gegevens over een tweetal inrichtingen ter beschikking, zodat geen wetenschappelijk zekere konklusies getrokken kunnen worden over psychiatrische ziekenhuizen in de zestiger jaren in Nederland in het algemeen. Bovendien dateert onze momentopname uit 1964; inmiddels zal ongetwijfeld de nodige vooruitgang zijn geboekt.

Niettemin vermoeden wij dat de situatie in de door ons bestudeerde inrichtingen eerder gunstig dan ongunstig afstak bij de 'gemiddelde' situatie in Nederlandse psychiatrische inrichtingen in die tijd. Derhalve durven wij – onder het nodige voorbehoud – toch wel een algemene indruk te formuleren op basis van onze bevindingen. Die indruk is dan dat de resocialiseringsgedachte nog slechts vrij incidenteel, vooral op afdelingen waar op grond van min of meer 'toevallige' omstandigheden een hechte kommunikatieve integratie tot stand kwam, heeft postgevat als operationeel doel van het medisch en verpleegkundig handelen.

De 'derde' fase van de ontwikkeling van het inrichtingswezen is dus vooralsnog niet meer dan de fase van de psychopharmaca en nog slechts in kiem het tijdvak van de resocialisering.

Met ons onderzoek naar de betekenis van leiderschap en kommunikatie voor het resocialiseren op de verpleegafdeling is uiteraard slechts een zeer beperkt deel van de werkelijkheid in de psychiatrische inrichting bestudeerd. Ten eerste zijn er – behalve het resocialiseren – nog vele andere problemen in de inrichting. En ten tweede is het resocialiseren van nog veel meer afhankelijk dan alleen van leiderschap en kommunikatie op de verpleegafdeling; zo zal het leider-

schaps- en kommunikatieklimaat in de gehele inrichting zeker ook een faktor van betekenis zijn. De grenzen en mogelijkheden van het resocialiseren worden dus ook medebepaald door het strukturele karakter van de psychiatrische inrichting in haar geheel. Op dit punt is men sinds het werk van Goffman (1957) de inrichting gaan beschouwen als een 'totale institutie'.

Volgens Goffman behoren psychiatrische inrichtingen, net zoals kostscholen, militaire akademies, en gevangenissen, tot die totale institutie. Het centrale kenmerk van een totale institutie is om te beginnen de grote mate van geïsoleerdheid ten opzichte van de buitenwereld. Vervolgens ontbreken de scheidslijnen, die in de buitenwereld gewoonlijk bestaan tussen de plaatsen van het wonen, het werken en de rekreatie. Voorts wordt iedere fase van de dagelijkse aktiviteit van het individu verricht in het onmiddellijke gezelschap van een groot aantal andere individuen, die allen gelijk worden behandeld en van wie men verlangt tezamen hetzelfde te verrichten. Tenslotte worden die aktiviteiten bij wijze van spreken van uur tot uur geregeld, terwijl de gehele opeenvolging van aktiviteiten van bovenaf wordt opgelegd door officieel aangestelde gezagsdragers.

Die – overigens betrekkelijk kleine – groep van gezagsdragers, of staf- en personeelsleden, hebben tot taak toe te zien, dat ieder individu doet wat van hem wordt verlangd. Staf- en personeelsleden zijn – in tegenstelling tot de inrichtingsbewoners, die dag en nacht binnen de muren van de inrichting moeten blijven – slechts gedurende hun normale acht-urige werkdag in de inrichting, zodat zij zich in de buitenwereld sociaal kunnen integreren. De verhouding tussen inrichtingsbewoners en staf- of personeelsleden is doorgaans niet bepaald gemakkelijk: zij staan als twee min of meer vijandige kampen tegenover elkaar.

Voor staf- en personeelsleden zijn inrichtingsbewoners vaak verbitterd, gesloten en onbetrouwbaar; inrichtingsbewoners zien staf- en personeelsleden niet zelden als neerbuigend, hoogmoedig en krenterig. De staf is geneigd zichzelf superieur en rechtschapen te voelen; inrichtingsbewoners neigen ertoe zich op de een of andere wijze wat minderwaardig, zwak, afkeurenswaardig en schuldig te voelen. Tussen de twee groepen is dan ook een zeer grote sociale afstand, die bijna niet overbrugbaar lijkt. Bovendien leidt, volgens Goffman, de wijze waarop de staf en het personeel hun gezag over de inrichtingsbewoners uitoefenen ertoe, dat er onder deze inrichtingsbewoners een 'ondergrondse' subkultuur bestaat. Een subkultuur, die zij voor de staf en het personeel verborgen houden. Aldus enkele elementen uit Goffman's beschrijving van de totale institutie.

Wellicht heeft Goffman in zijn studie de meest extreme vormen van de totale institutie beschreven. Die extreme vormen van totale institutie zal men onder de Nederlandse inrichtingen weinig meer aantreffen. Wel menen wij, dat de door Goffman beschreven elementen in gemitigeerde vorm ook in Nederlandse inrichtingen niet moeilijk zijn te onderkennen. Die elementen zijn ook duidelijk terug te vinden in de psychiatrische inrichtingen, die door BELKNAP (1956) en

DUNHAM & WEINBERG (1960) werden beschreven. *In alle drie beschrijvingen valt de enorme kloof op, die tussen patiënten en staf- of personeelsleden gaapt.* Die kloof lijkt ons in de beschreven inrichtingen een ernstige belemmering te zijn van resocialiseringsaktiviteiten van de zijde van staf- of personeelsleden. Immers, als voorwaarde voor het resocialiseren geldt, dat er een vertrouwensrelatie kan bestaan tussen patiënt en staf- of personeelslid. Welnu, die vertrouwensrelatie is, gegeven de aard van de verhoudingen binnen een totale institutie, haast uitgesloten. Zolang dus de psychiatrische instellingen nog in sterke mate het karakter van een totale institutie behouden, zolang zal het resocialiseren slechts in beperkte mate mogelijk blijven.

De zojuist besproken kloof tussen patiënten en staf- of personeelsleden hangt voorts samen met de positie, die de patiënt inneemt in de sociale struktuur van de inrichting. PARSONS (1957, p. 112-115), heeft eens de vraag gesteld, wat de betrekking is tussen de psychiatrische inrichting en diegenen, die de diensten van de inrichting ontvangen.

Kortom; wat is de positie van de patiënt in de inrichting? Is hij louter objekt van het organisatorisch handelen van inrichtingswerkers zonder dat hij enig recht tot inspraak heeft? Of is hij in zekere zin ook organisatiegenoot, die de gang van zaken in de inrichting uitdrukkelijk mee kan en mag helpen bepalen?

Het komt ons voor, dat de totale institutie meer voor de eerste positie van de patiënten heeft gekozen, terwijl de tweede positie meer de voorkeur heeft genoten van de aanhangers van de milieu-therapie. Wij zijn van mening, dat de beweging voor milieu-therapie of 'therpeutic community' een poging is om aan de positie van de patiënt als organisatiegenoot konkrete gestalte te geven.[1]

Als beginpunt voor deze beweging kan wellicht de oprichting van het tijdschrift 'Psychiatry, Journal for the study of Interpersonal Processes' in 1938 worden aangemerkt (PERROW, 1965). Zij vond haar voorsprong in de ontwikkeling van de sociale psychologie en het Neo-Freudianisme; terwijl de opkomst van de denkbeelden over 'Human relations' in de kulturele anthropologie, industriële psychologie en sociologie een belangrijke stoot voor de groei van de beweging heeft gevormd. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat onderzoekers als STANTON & SCHWARTZ (1954) en CAUDILL (1958), die gezaghebbende studies over psychiatrische inrichtingen hebben verricht, min of meer als – zij het kritische – voorstanders van deze beweging mogen worden gerekend.

In klinieken en inrichtingen, die volgens de beginselen van de 'therapeutic community' worden geleid, probeert men:

– een – althans in vergelijking tot hetgeen in een totale institutie gangbaar is – grote mate van tolerantie tegenover de patiënten in acht te nemen;

[1]) Het proefschrift van P. Bierenbroodspot getiteld: 'De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis' (Boom & Zn., Meppel, 1969) verscheen na voltooiing van dit manuskript, zodat de bespreking ervan hier niet goed meer mogelijk was.

- de kommunikatie tussen individuen zowel als tussen hierarchische groepen vrijer te maken;
- de gebeurtenissen in de kliniek of in de verpleegafdeling regelmatig te bespreken ter verkrijging van een beter begrip in de individuele en interpersoonlijke dynamiek;
- de patiënten zoveel mogelijk medeverantwoordelijk te stellen voor de dagelijkse gang van zaken;
- de autoriteitspyramide vlakker te maken;
- kleine of grote zaalvergaderingen ('community meetings') te houden, die door alle staf- en personeelsleden zowel als door patiënten van de betrokken afdeling worden bijgewoond en waarin zaken, die iedere aanwezige aangaan vrijelijk worden besproken.

Het is vooral in deze zaalvergaderingen, dat de positie van de patiënt als organisatiegenoot van staf- en personeelsleden, tot haar recht kan komen. In die zaalvergaderingen kunnen patiënten onbelemmerd hun zegje zeggen en zodoende beschikken over een middel om de gang van zaken in de kliniek of verpleegafdeling te beïnvloeden, en op die wijze in samenwerking met de staf te geraken tot een gemeenschap met 'genezende werking'. Ongetwijfeld leidt deze procedure tot een – alweer in vergelijking tot de totale institutie – verkleining van de sociale afstand tussen staf en patiënten. Maar leidt die verkleinde sociale afstand zonder meer tot een meer optimaal resocialiseren?

Blijkens de studie van RAPOPORT c.s. (1960), die een onderzoek heeft verricht naar de bekende kliniek van MAXWELL JONES (1953), kunnen er ook nadelen kleven aan de 'therapeutic community'. De ideologie van de 'therapeutic community' kan blijkbaar zo onrealistisch zijn, dat zij in de kliniek een gemeenschap voortbrengt, waarvan de struktuur sterk afwijkt van die van de wereld buiten de kliniek. De patiënt die zich aan de kliniekgemeenschap goed wist aan te passen, kreeg na zijn ontslag moeilijkheden bij zijn aanpassing aan de wereld buiten de kliniek.

Wij hebben betoogd, dat de totale institutie belemmerend is voor het resocialiseren, maar we zien hier, dat ook de 'therapeutic community' geen garantie biedt voor een optimaal resocialiseren.

De voortgang op het gebied van het resocialiseren wordt ons inziens ook bemoeilijkt door het gebrek aan studies over het verband tussen een geslaagde heraanpassing in de maatschappij na ontslag uit een inrichting enerzijds en de specifieke behandeling die men in de inrichting ondergaan heeft anderzijds. Met andere woorden, er zijn nog geen of weinig empirische studies over de effektiviteit of ineffektiviteit van specifieke behandelingen hetzij van 'sociale', hetzij van medische aard (FREEMANN & SIMMONS, 1963, p. 85).

Het uitblijven van dergelijke studies heeft tot gevolg, dat de ontwikkeling van een 'technologie' van het resocialiseren niet van de grond kan komen. Onder technologie verstaan we – zoals we eerder al schreven – een techniek of

komplex van technieken, die gehanteerd wordt om (menselijk of niet menselijk, geestelijk of lichamelijk) 'materiaal' in een gewenste richting te veranderen (PERROW, 1965). Bij de term 'veranderen' bedenke men wél, dat de term in dit kader vooral betrekking heeft op het stuwen of op gang zetten van processen, die samenhangen met of leiden tot de *verruiming van innerlijke zowel als uiterlijke gedragsmogelijkheden* voor de patiënten. Bovendien ligt de richting van die verruiming niet uitsluitend in handen van de therapeut; die richting wordt immers duidelijk medebepaald door de patiënt zelf.

Perrow betoogt, dat men in de psychiatrische inrichting nog niet de beschikking heeft over een dergelijke technologie. Poslavsky heeft dit in een boeiende en belangrijke rede bestreden. Volgens hem miskent Perrow – omdat hij te veel het medische ziektemodel zou hebben gehanteerd – dat er naast medische technieken (lees: technologiën) ook sociale methodieken in ontwikkeling zijn, die van even grote betekenis zijn als de medische. Hij vervolgt: 'Deze miskenning verspert hem, dunkt mij, de weg naar een inzicht, . . ., dat een onzer belangrijkste sociale methodieken nu juist bestaat in het manipuleren van de interne struktuur van onze organisatie. Begrippen als therapeutische gemeenschap en herverdeling van macht zijn voorbeelden daarvan, die met andere als opleiding en indoktrinatie kunnen worden aangevuld' (POSLAVSKY, 1968). De spreker refereert hier aan een diskussie, die al heel wat jaren binnen de psychiatrie aan de gang is. In deze diskussie zegt de eerste groep: 'als men niets aan of in de patiënt verandert, dan doet men niets wezenlijks'. De tweede groep is van mening: 'als men de patiënt helpt zich beter sociaal te redden, dan is het belangrijkste gedaan'. En dit laatste zou dan kunnen worden bewerkstelligd door het manipuleren van de interne struktuur van de inrichting.

Naar ons oordeel overschat Poslavsky toch wel enigszins het gehalte van de door hem genoemde, thans in zwang zijnde, sociale methodieken. Het is waar, dat daarover momenteel veel wordt gesproken; maar men heeft in de inrichting toch nog lang niet het stadium bereikt, waarin bedoelde methodieken geëxpliciteerd en systematisch gehanteerd worden. En juist wanneer wij mèt Poslavsky in de zojuist aangeduide diskussie voor het standpunt van de tweede groep zouden voelen, dan nog achten wij het noodzakelijk, dat het effekt van de te hanteren methodiek empirisch wordt getoetst. Het belang van deze toetsing ligt hierin, dat men zich meer bewust gaat worden van of kennis vergaart over de specifieke resultaten van de gehanteerde methodiek. En daardoor kan men bij verdere aktie van die vergaarde kennis uitdrukkelijk gebruik maken. Maar die empirisch toetsing van de gebezigde sociale methodiek heeft tot nu toe nog zelden of niet plaatsgevonden, zodat wij nog even ver zijn t.a.v. de kennis omtrent de causale samenhang tussen de bereikte verandering en de gebezigde werkwijze (of sociale methodiek). En zolang de kennis over die causale samenhang nog niet ter beschikking komt, mogen we niet spreken van een technologie.

Wat men voor het werk in de inrichtingen nodig heeft, is een toetsbare theorie

over resocialisatieprocessen, welke aansluit op een aetiologie van geesteszieken. Wellicht kan, wat dit aangaat, het werk van het echtpaar Cumming als bruikbaar uitgangspunt dienen (CUMMING & CUMMING, 1962).

De schrijvers gaan ervan uit, dat bij een 'normaal' verlopend inlijvingsproces de 'ego-organisatie' van een persoon ervoor 'zorgt', dat allerlei mogelijke doeleinden, denkbeelden, houdingen, waarden, herinneringen van gebeurtenissen, potentieel gedrag e.d. in een coherent systeem worden gevat. Die ego-organisatie moet worden verworven teneinde een persoon in staat te stellen zich 'aangepast' te gedragen in welke sociale situatie dan ook.

Onder bepaalde noodlottige omstandigheden in iemands omgeving kan er echter een acute ineenstorting van de ego-organisatie plaatsvinden ('ego-disorganisatie'), hetgeen zich manifesteert in stuporeuze toestanden of in zinloos overmatig aktief gedrag (CUMMING & CUMMING, 1962, p. 70).

Een dergelijke ego-disorganisatie kan volgens de schrijvers snel en met sukses worden behandeld in een milieu, dat in sterke mate is gestruktureerd. In dit milieu kan namelijk, wat de schrijvers noemen, een 'ego-restitutie' tot stand komen. Deze ego-restitutie is een proces of serie van processen, waarbij na een plaatsgevonden disorganisatie op de een of andere wijze een nieuwe vorm van ego-organisatie wordt opgebouwd. Om dit proces te kunnen laten verlopen dient bovenbedoeld milieu de patiënt een duidelijke, georganiseerde en ondubbelzinnige sociale struktuur aan te bieden. In deze struktuur dient de patiënt te worden gekonfronteerd met problemen, die in beschermde situaties zijn uit te werken. En tevens is in die struktuur een verscheidenheid van omlijstingen te vinden, waarbinnen de patiënt zijn problemen kan oplossen.

Dit milieu dient hem ook een groep van gelijken aan te bieden èn een behulpzame staf, die hem aanmoedigt en bijstaat om meer effektief te kunnen leven.

Ziedaar, kort samengevat, een voorbeeld van een theorie over resocialiseringsprocessen, welke aansluit op een aetiologie van geestesziekten.

Het zal voor inrichtingen bepaald geen eenvoudige opgave zijn om:

a. het door de Cummings bedoelde milieu in de werkelijkheid konkrete gestalte te geven, en

b. de specifieke effekten daarvan op de patiënten empirisch te toetsen.

Toch zal er naar onze mening iets van dien aard dienen te gebeuren, wanneer men de beschikking wil hebben over een getoetste theorie over het resocialiseren. Want zonder een dergelijke getoetste theorie over resocialiseringsprocessen werkt men in psychiatrische inrichtingen – op het gebied van de *niet*-specifieke medische ingrepen – met een onbetrouwbare kaart. En om tot een meer betrouwbare kaart te komen, zou als belangrijke voorwaarde nog heel veel onderzoek verricht moeten worden. Niet alleen gericht op het gebied van de interne struktuur van de inrichting, maar ook op sociale problemen daarbuiten, zoals de sociale aetiologie van geestesziekten en de heraanpassing in de maatschappij na het ontslag.

In afwachting van een meer omvattend empirisch onderzoek over de gevolgen van het inrichtingsmilieu voor de patiënt kunnen wat het sociologisch onderzoek betreft binnen de inrichting, de volgende punten als urgentieprogram dienen:

- opnameprocedures en overplaatsingen binnen de inrichting
- posities en rollen van patiënt en staf; resp. personeelsleden gedurende de opnameperiode
- de wederzijdse percepties van patiënten en inrichtingswerkers
- inrichtingservaringen van patiënten; de betekenis van medepatiënten en inrichtingswerkers in die ervaringen
- de wijze waarop de patiënt de inrichting 'gebruikt'; en omgekeerd
- specifieke behandelingsmethoden; aard en frekwentie van interakties tussen inrichtingswerkers en patiënt op verpleegafdelingen, arbeidstherapie, bewegingstherapie e.d.
- visie en verwachtingen van patiënten t.a.v. hun behandeling en verblijf in de inrichting; eventueel te korreleren met het sociale klimaat (leiderschap en kommunikatie) op de verpleegafdeling, arbeidstherapie e.d.
- carrières van patiënten op verschillende afdelingen eventueel te korreleren met hun diagnoses en toegediende behandelingen
- de betekenis van de psychopharmaca voor het resocialiseren
- het verband tussen bepaalde specifieke behandelingen en de aard van de verpleegafdeling
- het verband tussen de vereiste specifieke vaardigheden van inrichtingsfunktionarissen en hun opleiding
- het verband tussen opvattingen van inrichtingsfunktionarissen (psychiaters, verplegenden, arbeidstherapeuten e.d.) over het resocialiseren en hun konkrete handelswijze op dit gebied
- ontslagprocedures; hoe komt het ontslag tot stand, posities en rollen van patiënt en inrichtingswerkers in de periode vlak voor het ontslag.

Naast bovengenoemde punten zou er ook onderzoek verricht kunnen worden naar de veranderingsprocessen zelf. Onder welke kondities verloopt een veranderingsproces in een inrichting suksesvol en bij welke voorwaarden worden de kansen op het verzanden ervan het grootst? Met het oog op de toekomstige ontwikkeling van psychiatrische inrichtingen lijkt ons het belang van die vraag niet gering.

Om tot een meer betrouwbare kaart voor het resocialiseren te komen is naast onderzoeksaktiviteiten ook nog wat anders nodig. Namelijk, kreatieve denkbeelden met betrekking tot de 'filosofie' van de totale behandeling van de psychiatrische patiënt. Er is op dit gebied meer visie nodig over de vraag, hoe het met die behandeling moet gaan, of hoe het daarmee beter moet gaan. In het kader van zulk een visie kunnen experimenten op het gebied van de behandeling uitgebreid én onderzoeken naar die experimentele behandelwijzen verricht

worden. Resultaten van empirisch onderzoek hebben alleen zin in het kader van een dergelijke visie!

Nu zoveel problemen in de inrichting nog op antwoorden wachten rijst de vraag, welke betekenis aan ons eigen onderzoek mag worden toegekend voor de praktijk van de inrichting.

In het kader van die vraag is het nuttig eerst de belangrijkste uitkomsten van ons onderzoek samen te vatten. In de eerste plaats komen die uitkomsten hierop neer, dat in een verpleegafdeling *de kommunikatie van centrale betekenis is voor de normatieve integratie*, dat wil zeggen voor de mate van overeenstemming tussen normen en aktiviteiten op het gebied van het resocialiseren. Die normatieve integratie kunnen wij als een facet of een onderdeel van het organisatorisch handelen van de individuele medewerker of van het organisatorisch funktioneren van de gehele afdeling beschouwen. Wij nemen immers in het algemeen aan, dat wanneer normen en handelingen een sterke mate van overeenstemming vertonen er meer duidelijkheid in de organisatie is. Wij mogen dus voor de verpleegafdeling stellen: hoe meer kommunikatie, des te optimaler het organisatorische handelen van medewerkers (verg. SEEMAN & EVANS, 1961) en het funktioneren van de afdeling.

In de tweede plaats toont het onderzoek, *dat deze kommunikatie wordt bevorderd door het sociale leiderschap op de afdeling*. Hoe meer een afdelingsarts en/of zaal- of paviljoenshoofd de afdeling ziet als een geheel van menselijke verhoudingen, hoe groter de kans op een relatief sterke kommunikatieve-integratie op de afdeling. Daaruit valt op te maken, dat het goed gebruiken van het sociale leiderschap – zij het misschien ook indirekt – voor het organisatorisch funktioneren eveneens bevorderlijk kan zijn. Tenslotte kunnen we – aangezien die normatieve integratie betrekking heeft op het resocialiseren – ook stellen, dat bij meer kommunikatie het resocialiseren kan worden opgevoerd, indien dit als doelstelling van de afdeling van de inrichting wordt aanvaard.

Minstens twee intrigerende vragen komen nu naar voren dringen:
- wat hebben wij in werkelijkheid met het 'resocialiseren' gemeten; en
- heeft dit 'resocialiseren' wel invloed op de toestand van de patiënten; zo ja, welke?

Deze vragen toch zijn pertinent na hetgeen Goffman en anderen over de totale institutie hebben geschreven. Hierboven immers, hebben wij reeds gesteld, dat onder de gegeven verhoudingen het resocialiseren slechts binnen zeer beperkte grenzen mogelijk blijft.

Wij beginnen met de vraag over het door ons gemeten resocialiseren. In paragraaf 2 van hoofdstuk 3 omschreven wij het resocialiseren als: het leggen van kontakten en ontwikkelen van vertrouwensrelaties met patiënten, met het doel de patiënt te helpen om straks buiten de inrichting zich aangepast en

ongedwongen te gedragen in groepen of tegenover individuen, opdat hij zijn sociale positie in het vroegere of toekomstige milieu kan verwerven.

In het licht van de publikatie van Goffman weten wij, hoe beperkt de mogelijkheden voor verplegenden en patiënten zijn om vertrouwensrelaties te leggen. Waarschijnlijk is het dus zo, dat het door ons gemeten resocialiseren enigszins afwijkt van hetgeen in onze oorspronkelijke omschrijving is vermeld. Wat wij gemeten hebben zou best iets kunnen zijn, dat nog te veel is 'gevangen' in het kader van de totale institutie. Dit spreekt haast vanzelf, omdat resocialiserend optreden wat niet in dat kader gevangen zit, uiteraard niet voorkomt en dus niet gemeten kan worden. Afgaande op de in de gehanteerde resocialiseringsschaal opgenomen uitspraken kunnen wij het volgende opmerken: het door ons gemeten resocialiseren heeft betrekking op een tussen verplegenden en patiënten voorkomende interaktie of kontaktwijze, waarin het element van 'tweezijdigheid' weliswaar meer is vertegenwoordigd dan bij de verzorging en bewaring; maar waarin genoemd element toch nog te weinig gewicht heeft om die kontaktwijze gelijk te kunnen stellen met de inhoud die wij oorspronkelijk aan het resocialiseren hebben toegekend.

Het is uiteraard niet uitgesloten, dat een dergelijke kontaktwijze in de naaste toekomst verder zal kunnen evolueren tot iets wat het resocialiseren in de door ons bedoelde zin benadert. Zeker is ook, dat bij interakties in de sfeer van bewaring en verzorging, de patiënt naar onze mening nog duidelijker de positie inneemt van 'objekt' van het organisatorisch handelen der verplegenden.

Of, en op welke wijze dergelijke interakties met iets meer tweezijdigheid tussen verplegenden en patiënten de toestand van de patiënt kunnen beïnvloeden, is onze tweede vraag.

Momenteel is daaromtrent weinig met zekerheid te zeggen, aangezien op dit konkrete punt nog geen onderzoek is verricht. Wel kunnen wij wijzen op enkele onderzoeken, die het verband hebben nagegaan tussen kontakt- of interaktiewijze van verplegenden of van artsen enerzijds en de gevolgen daarvan bij patiënten anderzijds.

In een studie over 28 operatie-patiënten in een algemeen ziekenhuis (JOHNSON, 1966) is het volgende gebleken: patiënten, die vóór de operatie door een verpleegster er goed over worden geïnformeerd, aangemoedigd worden om *vragen te stellen* en ook adequate antwoorden op die vragen ontvangen, verlaten nà de operatie het ziekenhuis eerder dan andere patiënten, die een dergelijke voorbereiding niet hebben meegemaakt.

Vervolgens heeft DAVIS (1968) bij arts-patiënten interakties nagegaan, welke dimensies van het kommunikatiepatroon samenhingen met het opvolgen of verontachtzamen van de doktersvoorschriften door de patiënt. Van de bestudeerde 154 patiënten verontachtzaamden 37% de voorschriften van de dokter. Dit verontachtzamen van de doktersvoorschriften bleek voor te komen o.a.

wanneer de dokter steeds op informatie uit was bij de patiënt, zonder enige feed-back aan de patiënt te verschaffen.

Beide studies tonen duidelijk aan, dat er een samenhang bestaat tussen kontakt- of interaktiewijze enerzijds en belangrijke gevolgen bij de patiënt anderzijds. Ook de bekende studie van REVANS (1966) wijst in dezelfde richting. Hij onderzocht de mate van openheid in de vertikale kommunikatie van vijftien Engelse ziekenhuizen, gemeten naar de aard van het kontakt tussen hoofdzusters en hun superieuren en dat van de hoofdzuster en de leerlingen. Daarnaast werden per ziekenhuis gegevens verzameld over de gemiddelde verpleegduur voor een aantal chirurgische en internistische diagnoses. Het in verband brengen van deze laatste gegevens met de mate van openheid in de vertikale kommunikatie bracht aan het licht, dat de verpleegduur voor bepaalde diagnostische kategorieën gemiddeld genomen korter was in de ziekenhuizen met een grotere mate van openheid in de kommunikatie.

Bij de studie van Revans is in het kader van onze eigen theorie de volgende aanvulling te maken. Wij vatten zijn resultaat aldus op: een grotere vertikale kommunikatie leidt tot meer tweezijdige kontakten tussen (leerling)verplegenden en patiënten; en dit heeft een kortere verpleegduur van patiënten tot gevolg.

De drie genoemde studies hebben aangetoond, dat bij een tweezijdigheid van het kontakt tussen verplegende of arts en de lichamelijk zieke patiënt, de toestand van de patiënt positief beïnvloed wordt. Maar geldt die samenhang ook voor geesteszieke patiënten in psychiatrische inrichtingen? Zoals wij al schreven is die vraag momenteel nog niet te beantwoorden. Wel lijkt het aannemelijk, dat meer tweezijdigheid in de kontakten tussen verplegenden en patiënten de mogelijkheid schept om meer attent te zijn op de behoeften van de patiënten. De verplegenden zijn dan beter in staat de behoefte van de patiënten te signaleren en eventueel op die behoeften in te gaan. Het lijkt dan ook helemaal niet uitgesloten, dat door meer tweezijdigheid in genoemde kontakten de toestand van de geesteszieke patiënten in psychiatrische inrichtingen gunstig wordt beïnvloed.

Zo komen wij tot de opvatting dat leiderschap en kommunikatie (twee faktoren, die in de kontakten tussen verplegenden en patiënten meer tweezijdigheid genereren) zelfs binnen het kader van een totale institutie van groot belang zijn voor het bereiken van de voornaamste doelstellingen van de inrichting. Daarbij mogen we niet uit het oog verliezen, dat die twee faktoren niet alleen voor de patiënten, maar juist ook voor het personeel van belang zijn.

Uit ons materiaal is namelijk gebleken, dat er een samenhang is tussen de kommunikatieve integratie op de afdeling en de tevredenheid der verplegenden over de werkomstandigheden op de desbetreffende zaal of paviljoen ($r_R = +.60$; $p<0.01$). Het moreel der verplegenden wordt dus duidelijk bevorderd door een positieve kommunikatie. Onze cijfers tonen ook aan, dat de leerling-verplegenden in de inrichting een problematische groep vormen. Hoe groter het

aantal leerlingen op een afdeling, hoe minder kontakt de afdelingsarts met de verplegenden op zo'n afdeling onderhoudt ($r_R = -.60$; $p<0.01$) en uiteraard des te geringer de kommunikatieve integratie ($r_R = -.55$; $p<0.02$). Het is daarom niet verwonderlijk, dat een afdeling met een groot aantal leerlingen een zwakke binding aan de inrichting vertoont ($r_R = -.48$; $p<0.05$). De vraag is dan ook te stellen, of de momenteel in zwang zijnde uittocht van de net gediplomeerde leerlingen mede voortvloeit uit de relatief gebrekkige kommunikatie op vele verpleegafdelingen. Wij neigen ertoe die vraag bevestigend te beantwoorden en komen daarmee aan de praktische betekenis van dit onderzoek voor vragen aan personeelsbeleid.

Het komt ons voor, dat die hierin is gelegen, dat met onze uitkomsten de inrichtingen een argument in handen hebben om op korte termijn het in de inrichting reeds aanwezig potentieel voor leiderschap en kommunikatie systematisch te benutten. Uit ons onderzoek blijkt, dat er in deze organisaties m.b.t. leiderschap en kommunikatie momenteel veel 'natuurtalenten' te vinden zijn. Reeds met het huidige potentieel zijn de gevolgen van leiderschap en kommunikatie voor de diverse afdelingen zo duidelijk waarneembaar. Het gaat er nu nog om, de aanwezige natuurtalenten tot meer ontwikkeling en meer tot hun recht te laten komen.

Een verbetering in leiderschap en kommunikatie zal zonder meer een gunstige uitwerking hebben voor de rekrutering en het verloop der verplegenden. Dat er daarbij andere faktoren, zoals de situatie op de arbeidsmarkt een rol spelen, is zonder meer duidelijk. Bovendien is die verbetering ook noodzakelijk voor de opvoering van de kwaliteit van de verpleging.

Een gebrekkige kommunikatie op de verpleegafdeling is immers fnuikend voor de vorming van leerlingen, die per slot van rekening in de toekomst onze verplegenden zullen zijn.

Ten overvloede willen wij hier herhalen, wat wij onder kommunikatie op een afdeling verstaan. Het gaat om de volgende zaken:

- het houden van patiëntenbesprekingen door de afdelingsarts met het gehele personeel van de afdeling
- het geven van duidelijke aanwijzingen aan het verplegend personeel m.b.t. de richting waarin dit personeel met patiënt moet gaan werken
- het uitleggen van de werking der gebruikte medicijnen aan de verplegenden
- het bespreken van de gang van zaken op de afdeling in aanwezigheid van alle afdelingsfunktionarissen
- het inbrengen door verplegenden van relevante gegevens over de patiënten
- het onderling overleg van verplegenden over de wijze waarop met deze of gene patiënt moet worden omgegaan
- het uitpraten van de onderlinge moeilijkheden; en tenslotte
- het vlot verlopen van de berichtgeving tussen de funktionarissen van de afdeling.

Kortom, ook binnen het huidige kader van de totale institutie is een verbetering van leiderschap en kommunikatie voor de inrichtingen aanbevelenswaardig. Maar wanneer in de verre of nabije toekomst de psychiatrische inrichtingen willen evolueren tot revalidatie-centra of de ontwikkeling van een technologie systematisch ter hand willen nemen, dan worden ontwikkeling in kommunikatie en vorming tot leiderschap onvoorwaardelijke eisen voor hun organisatorisch funktioneren. Nog sterker zou dit gelden, wanneer men de begrenzingen van de totale institutie geheel zou willen doorbreken en in een volledig open systeem patiënten en stafleden in een gelijkwaardige positie voor de therapie verantwoordelijk zou maken.

Summary

From asylum to rehabilitation centre; the genesis and penetration of the concept of resocialization in the psychiatric institutions of the Netherlands

The first chapter of the present volume gives a review of the development of psychiatric institutions in The Netherlands starting in the nineteenth century. Three phases can be distinguished in this development: the 'pre-medical period' up to about 1850, followed by the period of the emergence and spread of the 'medical institutions for the insane' up to about 1950, and, after that, the time of the tranquilizing drugs.

In the first phase the work in the institutions was mainly custodial. The orientation of the institutional care of the psychically deranged was based on the idea that that such individuals should be confined for the protection of society and should be restrained with force. In those days the daily management of the institutions was in the hands of Boards of Trustees, and was influenced by a physician only in extremely rare cases. The inmates were usually left in idleness, their psychic condition neglected by the institutional personnel, and only the minimal physical care was provided.

In this period the social function of the asylum consisted of the internment and confinement of the insane, i.e. 'socially undesirable' individuals, for the protection of the peace of mind, liberty, and property of the sane members of society. In this pre-medical period the asylums were the equivalent of prisons for the mentally ill, who were confined in dark cells behind strong locks. It was customary in these institutions to make frequent use of force and compulsion. There were of course in this phase attempts to ameliorate or abolish the system of coercion in The Netherlands, the most important of which was initiated by Schröder van der Kolk around 1830. As a member of the Board of Trustees of the insane asylum at Utrecht, Schröder van der Kolk introduced a number of innovations that were later adopted by other institutions. Among these innovations were the provision of separate sections for men and women, separate care of 'curable' and 'incurable' patients, and the conversion of the 'wretched cells' into 'better rooms'. In addition, after this time the inmates were not left entirely to themselves. Some attention at least was paid to their needs. They were given a change to perform useful work and for recreation. At the same time, they were gradually induced to eat at tables to accustom them to a degree of order and neatness.

Not less important for the further development of the asylums was the

inaugural speech delivered by Schroder van der Kolk in 1837 as Rector of the University of Utrecht, in which he severely criticized the conditions then existing in the asylums of The Netherlands. The influence of this speech on subsequent governmental policies was immediate and unmistakable: After it, the national government consistently urged the Boards of such institutions to take steps to improve the institutional care of the mentally ill. In this field, too, Schröder van der Kolk made a valuable contribution after 1841, when he became Inspector of the governmental supervisory service for the lunatics and lunatic asylums.

An attempt to break up the contemporary system of coercion was undertaken by Johannes van Duuren, who became head-keeper of an asylum in the city of Nijmegen in 1837. On his arrival there he found an institution in which twenty-five inmates were permanently confined in small cells from which they were removed once a week while the cells were cleaned. A few weeks later, van Duuren, who had had no training whatever in the care of the insane, made his first attempt to change this system. He had the cells left unlocked. Gradually, he accustomed the inmates to order, cleanliness, and neatness. He also encouraged them to do useful work during the day. The results of this approach earned van Duuren and his wife praise as in the 1842 report of the Inspection Service. His institution was pervaded by a peace and contentment not yet to be found in most of the other asylums in those days.

But van Duuren's innovations diverged completely from the contemporary line of development, and they were not adopted elsewhere. His work remained an isolated incident in the history of the Dutch mental institutions.

More influence on further developments was exerted by the legislation on the insane passed in 1841. In the first place, this law divided the institutions into asylums and medical institutions, the former being intended for the confinement of individuals requiring such treatment, the latter for the promotion of the recovery of the mentally ill. In the second place, this law stipulated that the admission of a mental patient to an insitution required a physician's statement that the individual's behaviour revealed signs of insanity.

As a result of this legislation the physician came to play a very important part in the admission procedure, even though the formal decision remained with the judge. Another important stipulation of this law concerned the function of the staff physician after the admission of the patient. According to the law of 1841, this physician's opinion on the patient's condition became decisive with respect to the question of whether the patient should or should not remain in the institution. Thus, this law cleared the way for the important part physicians were to fulfill in the development of the institutional care of the mentally ill. But much time was to pass before this was realized. The initiative leading to changes in the years between 1841 and 1850 came not from the institutional physicians but from the Inspectors of the governmental supervisory

service. The law also failed to increase the medical staffs of the institutions appreciably. Not until the last part of the nineteenth century, i.e. well into the period of the establishment and growth of the medical institutions, was it possible to discern a certain influence of the physician on procedures and practices in the mental institutions.

In this second phase the institutional buildings were repeatedly enlarged to cope with the increasing number of patients, but developments in the theoretical aspects of mental illness were far less rapid. After 1850 a start was made on the definition of the external factors playing a role in the origin of insanity. The statistical data published in the Inspection Service annual reports show that around 1880 a far from small share in the causes of insanity were ascribed to what would now be called social and psychological factors. The treatment of the inmates underwent many changes during this period, although the abolition of coercion as a therapeutic measure made very slow progress.

In 1849, Evers attempted to introduce the no-restraint system as well as the associated moral treatment in Santpoort, but these concepts did not find general acceptance in The Netherlands until late in the nineteenth century. At almost the same time, a start was made on the training of personnel.

After 1896, bed-treatment came into vogue. The patients were nursed in bed in wards to promote 'peace of mind'. But this 'quiet' was not achieved by bed-nursing either. Around 1900 the nursing staff was still confronted in the wards by unpredictable and aggressive behaviour on the part of the patients, and many attempts were made to find suitable techniques to influence this behaviour favourably. We see for the first time the wrapping of patients in sheets, later the uninterrupted 'bath-treatment'. Both methods proved unsatisfactory.

In 1926, van der Scheer introduced a more active form of therapy, which in a sense was a reaction to the practice of bed-nursing and was intended to promote activity in the patients. The objective of this form of therapy was to establish a new contact with the patients and enable them to accept the company of others, thus making them acessible to examples. We may speak here of an attempt to apply a controling technique of a social nature. The asylum underwent a transformation into an institution in which almost every patient performed regular and useful work. Working proved to have such a favourable effect on the patients' behaviour that around 1930 the first institutions abolished the wrapping techniques. This indicates that they had succeeded in reducing the disturbed and unpredictable behaviour of the patients to an appreciable extent, but there is sufficient reason to doubt that they were able to prepare the patients satisfactorily for their return to the world outside the institution.

With respect to the personnel, in this period their position changed from that of servants to that of nursing staff. It was on this personnel, which spent the entire day with the patients and had to execute the physicians' orders, that

everything depended. Working conditions were bad, and the turnover among the personnel correspondingly large. A radical change in the status of the personnel of these institutions was brought about by the introduction around 1890 by physicians of a specialized training in this type of nursing, which probably contributed at the same time to an improvement of the relations between nurses and doctors. It remains a question, however, whether this training did much to change the relations between the nurses and the patients, since until the introduction of tranquilizing drugs the nursing staff continued to apply physical restraint, resulting in physical fights which hampered the formation of positive feelings on the part of both parties toward each other. During the second period the staff physician rose from being a part-time consultant to the unchallenged ruler of the institution.

In the third or present period the most important factor in the development of institutional psychiatry has been the introduction of tranquillizing drugs around 1953. This has led to a radical change in the relationship between the nursing staff and the patients, because of the marked reduction of the patients' disturbing behavior. When the frequency of the physical struggles between them dropped sharply, a change opened to apply milieu therapy, socio-therapy, and resocialization.

Chapter II offers a sociological analysis of the development of the psychiatric institution. This development may be seen as a process of multiplication of the goals, accompanied by shifts in the means and in the organizational structure of the institution.

With respect to the goals, we have seen that up to about 1890 institutional activites were directed almost exclusively to the custody of individuals whose deviant behaviour made it impossible for them to maintain themselves in society at large. Only after 1870 when the results of histological investigations of brain tissue became known, could a goal-multiplication occur. Once abnormalities of the cerebral tissue of mental patients had been demonstrated microscopically, insanity was seen as a disease like any other physical sickness, a disease of the tissue of the brain. The mentally ill were then granted the right to the same treatment as other patients, who where nursed in hospitals. Bed-nursing was entirely consistent with this new concept. A new goal was added to institutional care, which until then had been solely concerned with confinement: a more explicit *care* of the mentally ill. This was a question of addition rather than of replacement, because custody continued to be one of the major goals of the mental institution. The change to add a new goal came when the pharmacological revolution drastically reduced the patients' disturbed behaviour, thus clearing the way for resocialization. It remains doubtful, however, whether the realization of resocialization as goal of the contemporary institutions has indeed been achieved on a large scale.

Every organization, and therefore any mental institution, makes use, with respect to its personnel of dynamic motivational forces or means suitable for the creation or perpetuation of conditions by which the organization can realize its objectives. These conditions include:

1) securing of a steady supply of staff and material,
2) maintenance of the formal bonds between members of the organization,
3) motivating organizational members to perform their duties,
4) provisions such on occasion exceptional performance surpasses the level of general duty.

The motivational forces operating to create or maintain these conditions are embodied in coercive measures, forms of inducement, and commitment-promoting factors. Historical analysis shows that there have been shifts in the area of these motivational forces. The compulsive measures, such as immediate dismissal and fines for carelessness, have lost importance in the course of time. The forms of inducement such as housing, beter salaries, and training, to the contrary, have become relatively more important. This also holds for the commitment–promoting factors. Nevertheless, it may be said that in general the institutions have not fully exploited the potentialities of the latter two.

The most important modification in the formal structure of the institutional organization has been the striking change in the position of the physician, who has developed from a rather peripheral figure to the recognized leader of the institution. This has made it possible for the physician to determine the routine practices of the institution. This development has occurred in response to external pressure. The law of 1841 gradually led to the entrance of the physician into the mental hospital, and at the same time the Inspectors consistently exerted pressure on the Boards to allow the medical services in the institutions to use their full resources.

When, around the turn of the century, the physician had acquired the leadership of the institutions, the latter were modified in the direction of the model of the general hospital, with which the physician had become familiar during the period of his training.

In the last twenty years the predominant developmental feature has been the enlargement and differentiation of the staff of such institutions. In addition to psychiatrists, other specialized physicians, psychologists, general practioners, social workers, physiotherapists, occupational therapists, and creative-activity therapists have all found their way to the psychiatric institutions. That the coordination of the work of all these different professional groups in the mental hospital will sometimes lead to difficulties in communication, can surely be predicted.

In Chapter III the formulation of the problem and the theoretical basis of the empirical study are discussed. The investigation was concerned with the most recent goal-multiplication which may already be in the process of realiza-

tion or is anticipated in the near future. It concerns the resocialization of patients in mental hospitals. Has resocialization become generally accepted in the last few years? Under resocialization is understood the systematic establishing of contacts and the development of relationships of trust with the purpose of helping the patient to behave suitably and with greater ease in groups or toward individuals so that he can re-assume a social position either in his original or in a new milieu in the future. Here, a distinction must be made between norm and activity. Resocialization norms are rules for behaviour which derived are from the resocialization objective or in which that objective is implicit. Resocialization activities represent the actual behaviour of the individual as it can be observed by others. The degree of agreement between norm and activity is indicated by the concept normative integration.

In this investigation we were interested in studying such questions as: How do the concepts of resocialization penetrate an institution? In what way is their acceptance by the personnel realized? And especially, under the influence, of what processes and forces are these concepts realized in practice in the various wards of an mental hospital?

Our main interest, of course, was concerned with the significance of social factors, such as the nature of the leadership and the relationships between the members of the nursing staff. We therefore formulated our problem as follows: What qualities of the leadership and of the relationships in a ward promote or hamper the acceptance and realization of resocialization?

On the basis of theoretical considerations we expected that resocialization would be accepted as a norm by the nursing staff of a ward when: 1) the ward physician and head-nurse support resocialization; 2) the ward physician and head-nurse practice an explicitly instrumental form of leadership; and 3) communication between the ward-physician and head-nurse on the one hand and the subordinate nursing staff on the other is intensive and of a positive nature.

With respect to the resocializing activities within the ward we expected that these would be promoted in proportion to the degree to which: 1) the ward nursing staff accept the resocialization norm; 2) the ward-physician and head-nurse practice instrumental and social leadership; 3) the communication between ward-physician and head-nurse on one side and the ward nursing staff on the other is optimal; and 4) the communication among the ward nursing staff mutually may be considered frequent.

And, furthermore, that the communication factors in the ward taken together (communicative integration) will correlate with the normative integration.

Lastly, according to our expectation, the extent of resocialization in a ward would be influenced by the nature of the patients nursed there. An admission ward should, all other conditions being equal, show more resocialization activity than a department with chronic patients. However, the nature of our

material did not permit exact testing of the validity of this last hypothesis.

The design of the study and the methods used are reported in Chapter IV. The expected relationships were investigated by means of the written questionnaire method. Data were collected by means of uniform questionnaires submitted to all those responsible for the functioning of the ward in two mental hospitals each having a capacity of 750 beds. Questionnaires were filled in by the entire medical staff, all head-nurses, and almost all of the graduate and student nurses. Our results are based on the answers of 206 nurses belonging to 21 wards.

For the measurement of the variables considered relevant, use was made of specially constructed scales, and rank numbers were assigned to the average scores yielded by the separate scales per ward. These rank numbers formed the basic material for the calculation of the correlations (rank order correlation of Spearman) between the relevant variables.

The results of the investigation are presented in Chapter V. To begin with, it was found that among the ward physicians and head-nurses strong support of resocialization is often not correlated with an explicit leadership and communicative behaviour toward the ward nursing staff. Furthermore, the ward-physician and head-nurse do not always follow the same pattern in their style of leadership and demands with respect to resocialization in a ward. On these points these functionaries have little influence on each other, which clearly reflects the double leadership of the ward. The communicative behaviour of the ward-physician with respect to the nursing staff, on the other hand, was found to promote consultation between the head-nurse and the ward nursing staff as well as mutual communication among the nursing staff. Thus, such communicative behaviour on the part of the ward-physician serves as a lever for the achievement of cohesion among the ward team.

Our results also show that there is little question of an extension of resocialization via adoption of upper-echelon concepts by subordinate nurses, even when the communication climate is favourable. It is therefore erroneous to assume that there is a explicit and conscious resocialization strategy or one directed from the upper levels of the staff, in the mental hospitals of The Netherlands. This is probably related to the fact that among physicians and head nurses the strong supporters of resocialization often do not show the necessary leadership and communicative behaviour with respect to the ward nursing staff. Consequently, those physicians who are strong supporters of resocialization have a disruptive effect on the communication between the members of the nursing staff.

It is also interesting to note that pronounced instrumental leadership on the part of ward-physician was found to be correlated with a high level of both norms and activity in the field of resocialization but not with normative integration. This points to a highly individualistic interpretation of resociali-

zation by the nursing staff, which means resocialization undertaken by individual nurses without cooperation with other members of the nursing staff, which must unquestionably lead to tensions within the group of nurses.

A better coordinated form of resocialization is found in wards where the ward-physician shows explicitly social leadership behaviour. In these wards a highly communicative integration prevails and, in association with this, a pronounced degree of normative integration.

The comprehensive picture provided by the present results can be stated as follows. A favourable working climate gives rise, in a ward to a process of 'interpenetration' or 'mutual tuning to each other' of ideas concerning resocialization and the translation of these ideas into practice; the impulses activating this process can originate at both higher and lower levels in the ward.

The sixth and final chapter gives several conclusions and an implication concerning present practices in mental hospitals. The results of the present research have created the impression that in the mental hospitals generally resocialization has taken form as an active objective of medical and nursing practices only incidentally, i.e. in wards in which, due to a chance combination of circumstances, there is a high degree of communicative integration.

Consequently, the 'third' phase of the development of the Dutch system of mental hospitals is, at least for the present, nothing more than the phase of the transquilizing drugs, and only in the very, very beginning the period of resocialization. Another conclusion permitted by the present results is that for the current institutions – which still bear the character of the 'total institution' – leadership and communication are of paramount importance for the achievement of the institution's main goals. The turn-over of experienced and valuable personnel from the mental hospitals seen at present is probably at least partially due to inadequate leadership and communication in the individual wards and in the hospital in general.

It may therefore be said that the practical contribution of this investigation lies in the demonstration of indications that attention must be paid to the systematic development of leadership and communication in the mental hospital.

Literatuur

ANGELL, R. C. (1951): The moral integration of American cities. The American Journal of Psychology, LVII, no. 1, (July, 1951).

ARIËNS KAPPERS, C. U. (1927): Overzicht van de geschiedenis der therapie van geestes- en zenuwzieken en haar tegenwoordige stand. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1927, I.

ARTISS, K. L. (1962): Milieu therapy in schizophrenia. New York, Grune & Stratton, 1962.

BATESON G. e.a. (1956): Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science Vol. 1, 1956, p. 251-264.

BEERS, C. W. (1948): A mind that found itself. New York, Doubleday, 1948, (7e druk).

BELKNAP, I. (1956): Human problems of a state mental hospital. New York: McGraw-Hill, 1956.

BLOOM, S. W. (1963): The doctor and his patient. A sociological interpretation. New York, Russell Sage Foundation, 1963.

BOCKOVEN, J. S. (1956): Moral treatment in American psychiatry. Journal of Nervous and Mental Desease, vol. 124, 1956, p. 167-198; 292-321.

BREMER, J. J. C. B. (1963): De ziekenhuispatiënt. Utrecht, Academisch Proefschrift, 1963.

CARTWRIGHT, D. & A. ZANDER (1960): Group dynamics; research and theory. London, Tavistock publications, 1960.

CARTWRIGHT, D. & A. ZANDER (1968): Group dynamics; research and theory. New York, Harper and Row, publishers, 1968.

CASSEE, E. TH., M. R. VAN GILS & H. PHILIPSEN (1965): Leiderschap en samenhang van de organisatie. Mens & Onderneming, 1965.

CASSEE, E. TH. (1968): Enkele sociologische aspekten van de opleiding. Universitaire leergang 'Ziekenhuisorganisatie'. Groningen, 1968, p. 43-68.

CAUDILL, W. (1958): The psychiatric hospital as a small society. Cambridge, Harvard University Press & Commonwealth Fund, 1958.

CLARK, D. H. (1964): Administrative Therapy; the role of the doctor in the therapeutic community. London, Tavistock publications, 1964.

CUMMING, J. & E. CUMMING (1962): Ego and milieu; theory and practice of environmental therapy. New York, Atherton Press, 1962.

DAVIS, M. S. (1968): Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. The American Journal of Public Health, vol. 58, 1968, p. 274-288.

DENBER, H. C. B. (1960): Research conference on therapeutic community. Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1960.

DOMISSE, F. (z.j.): Krankzinnigen (Roman). Rotterdam, Uitgever W. J. Brusse (z.j.).

VAN DOORN, J. A. A. & C. J. LAMMERS (1959): Moderne sociologie. Utrecht, Aula-Bocken, 1959.

DUNHAM, W. H. & K. S. WEINBERG (1960): The culture of the state mental hospital. Detroit, Wayne State University Press, 1960.

ESCH, P. VAN DER (1949): Johannes van Duuren. Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica, 1949, p. 292-312.

ESCH, P. VAN DER (1954): J. L.C. Schroeder van der Kolk 1797-1862. Leven en werken. Amsterdam, Academisch proefschrift, 1954.

ETZIONI, A. (1964): Modern organisations. Englewood Cliffs N.J., Prentice-Hall, 1964.

FREEMAN, H. E. & O. G. SIMMONS (1963): The mental patient comes home. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1963.

FREEMAN, R. C.S. (1956): Principles of sociology. New York, Henry Holt and Company, 1956.

GEDENKBOEK PROVINCIAAL ZIEKENHUIS SANTPOORT (1949): Een eeuw krankzinnigenverpleging 1849-1949. Santpoort 1949.

GOFFMAN, E. (1957): The characteristics of total institutions. In: Symposium on preventive and social psychiatry 15-17 april 1957. Washington D.C., Walter Reed Army Institute of Research, 1958.

GOFFMAN, E. (1961): Asylums. New York, Doubleday & Company, Inc., 1961.

GREEN, H. (1964): I never promised you a rose garden (roman). London, Victor Gollancz Ltd., 1964.

GREENBLATT, M., R. H. YORK & E. L. BROWN (1955): From custodial to therapeutic patient care in mental hospitals. New York, Russell Sage Foundation, 1955.

GREENBLATT, M., D. LEVINSON & R. WILLIAM (1957): The patient and the mental hospital. Glencoe Ill., Free Press, 1957.

HELLINGA, G. (1932): Het Amsterdamse Dol- of Krankzinnigenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1932.

HUT, L. J., A. POSLAVSKY, H. LOOIS & B. VAN DER WOORD (1961): De Willem Arntsz Stichting 1461-1961. Utrecht, Oosthoek's Uitg. Mij., 1961.

JONES, K. (1955): Lunacy, law and conscience 1744-1845. London, Routledge & Kegan Paul, 1955.

JONES, K. (1960): Mental health and social policy 1845-1959. London, Routledge & Kegan Paul, 1960.

JONES, M. (1953): The therapeutic community. New York, Basic Books, 1953.

JOHN, A. L. (1961): A study of the psychiatric nurse. Edinburgh-London, E.S. Livingstone Ltd., 1961.

JOHNSON, J. E. (1966): The influence of purpose-ful nurse-patient interaction on the patients' postoperative course. In: Exploring progress in medical-surgical nursing practice. New York, American Nursing Association, 1966.

KATZ, D. & R. E. KAHN (1966): The social psychology of organisations, New York, Wiley, 1966.

LAMMERS, C. J. (1960): De participerende waarneming. Sociologische Gids 7, 1960, p. 194-218.

LAMMERS, C. J. (1963): Het Koninklijk Instituut voor de Marine. Assen, Van Gorcum, 1963.

LAMMERS, C. J. (1964): Uiterlijke samenhang en bindingskracht van de organisatie. Assen, Van Gorcum, 1964.

LAMMERS, C. J. (1968): Studentenvakbeweging en universitaire democratie. Amsterdam, N.V. Noord-Hollandse Uitgevers Maatschappij, 1968.

LANDECKER, W. S. (1951): Types of integration and their measurement. The American Journal of Sociology, vol. 56 (1951), p. 332-340.

LEWIN, K. (1947): Group decision and Social Change. In: Newcomb, Th, M., Hartley, E.L. e.a. (1947): Readings in social psychology. New York, Henri Holt and Company, 1947.

LIKERT, R. (1961): New patterns of management. New York etc., McGraw-Hill, 1961.

LIPGAR, L. M. (1968): Evolution from a locked ward to an open ward through therapeutically guided group meetings. Community Mental Health Journal, vol. 4, 1968, p. 221-229.

LITH, J. P. T. VAN DER (1863): Geschiedenis van het krankzinnigengesticht te Utrecht, gedurende deszelfs 400-jarig bestaan. Utrecht, Kemink en Zoon, 1863.

MARTIN, D. V. (1968): Adventure in psychiatry. Oxford, Bruno Cassirer, 2nd ed., 1968.

MENZIES, J. E. P. A. (1960): A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of nursing service of a general hospital. Human Relations, 13, 1960, p. 95-121.

MEIJERING, W. L. (1955): On community psychotherapy. Utrecht, Academisch proefschrift, 1955.

PARSONS, T. (1957): The mental hospital as a type of organisation. In: Greenblatt, M., Levinson, D. & Williams, R. (eds.) (1957): The patient and the mental hospital. Glencoe, Ill., Free Press, 1957, p. 108-129.

PERROW, C. (1965): Hospitals: technology, structure, and goals. In: March, J.G. (ed): Handbook of organisations. Chicago Rand McNally & Company, 1965, p. 910-971.

PERROW, C. (1963): Goals and power structures – a historical case study. In: Freidson, E. (ed): The hospital in modern society. New York, Free Press, 1963, p. 112-146.

PHILIPSEN, H. (1965): Het meten van leiderschap. Mens & Onderneming, 19, 1965, p. 153-171.

PHILIPSEN, H. (1965a): Medezeggenschap in de vorm van werkoverleg. In: Lammers, C. J. (ed): Medezeggenschap en overleg in het bedrijf. Utrecht, Marka, 1965, p. 90-126.

POSLAVSKY, A. (1968): Het psychiatrisch ziekenhuis als centrum van wetenschappelijk werken. In: 'Het psychiatrisch ziekenhuis'; verslag van het tweejaarlijks ziekenhuiscongres uitgaande van de stichting 'Het Nederlands Ziekenhuiswezen' gehouden op 3 en 4 oktober 1968, p. 32-46.

QUERIDO, A. (1939): Krankzinnigengesticht. Haarlem, De Ervan F. Bohn N.V., 1939.

QUERIDO, A. (1960): Godshuizen en gasthuizen. Amsterdam, Querido Uitg. Mij., 1960.

RAPOPORT, R. N. e.a. (1960): Community as doctor: new perspective on a therapeutic community. London, Tavistock publications, 1960.

REDLICH, F. C., H. R. GILMORE & W. A. CAUDILL (1952): Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. The American Journal of Orthopsychiatry, vol. 22, 1958, p. 314-334.

REVANS, R. W. (1966): Standards for morale; cause and effects in hospitals. London, Oxford University Press, 1966.

RUSHING, W. A. (1964): The psychiatric professions. Chapel Hill, The Univ. of North Carolina Press, 1964.

SCHEER, W. M. VAN DER (1933): Nieuwere inzichten in de behandeling van geesteszieken. Groningen, J.B. Wolters Uitg. Mij., 1933.

SCHOENBERG, B., H. F. PETIT & A. C. CARR ed. (1968): Teaching psycho-social aspects of patient care, New York, Columbia University Press, 1968.

SCHUURMANS STEKHOVEN. J, H. (1922): Ontwikkeling van het krankzinnigenwezen in Nederland, 1813-1914. 's-Gravenhage, 1922.

SCHWARTZ, M. S., E. M. SHOCKLEY & C. G. SCHWARTZ (1956): The nurse and the mental patient. New York, Russell Sage Foundation, 1956.

SCHWARTZ, M. S. (1957): What is a therapeutic milieu? In: Greenblatt e.a. (1957): The patient and the mental hospital. Glencoe Ill. Free Press, 1957, p. 130.

SEEMAN, M. & J. W. EVANS (1961): Stratification and hospital care: part I. American Sociological Review 26, 1961, p. 67-80.

SIMON, H. (1927): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenstalt. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin, Bd. 87, 1927, p. 97-145.

STÄRCKE, A. (1930): Moderne behandeling van geesteszieken. Nederlands Maandschrift voor Geneeskunde, 1930.

STANTON, A. H. & M. S. SCHWARTZ (1954): The mental hospital. London, Tavistock publications, Ltd., 1954.

STRAUS, A. e.a. (1964): Psychiatric and institutions. Glencoe Ill., Free Press, 1964.

TIMMER, A. P. (1938): Leerboek voor verplegenden van zenuwzieken en krankzinnigen. Haarlem, De Erven F. Bohn N.V., 1938.

VERSLAGEN VAN HET STAATSTOEZICHT OP KRANKZINNIGEN EN KRANKZINNIGEN-GESTICHTEN. 's-Gravenhage, 1841-1937.

WALLACH, M. A., N. KOGAN & D. J. BEM (1968): Group influence on individual risk taking. In: Cartwright, D. & A. Zander: Group dynamics; research and theory. New York, Harper & Row, 1968, p. 430-444.

WARD, MARY JANE (1946): The Snake Pit (Roman). New York, Signet Books, 4th pr. 1949.

WESSEN, A. F. ed. (1964): The psychiatric hospital as a social system. Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1964.

ZILBOORG, G. (1941): A history of medical psychology. New York, Norton, 1941.

BIJLAGE I-1

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	 II	 III
– patiënten leren zelf iets met elkaar te organiseren	R	−0.74	−0.12	−0.03
– attent zijn op mogelijkheden voor de patiënt om buiten de inrichting werkzaam te zijn	R	−0.71	−0.14	+0.02
– met daden de onzekerheden en angsten van patiënten zoveel mogelijk wegnemen	R	−0.70	−0.19	+0.02
– de patiënten leren zich in de ander te verplaatsen	R	−0.69	−0.21	−0.04
– het kontakt tussen de patiënt en zijn familie bevorderen	R	−0.69	−0.17	−0.02
– met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden	R	−0.65	−0.12	−0.01
– de patiënt laten oefenen in het dragen van verantwoordelijkheid	R	−0.64	−0.04	−0.09
– patiënten helpen aan mogelijkheden om zich buiten de inrichting te ontspannen	R	−0.64	−0.16	−0.00
– gezamenlijke aktiviteiten van patiënten op zaal aanmoedigen	V	−0.60	−0.26	−0.29
– de patiënt leren rekening te houden met de indruk, die zijn gedrag maakt op zijn omgeving	R	−0.60	−0.22	−0.10
– met de patiënt over het nieuws uit de krant, radio of T.V. praten	R	−0.58	+0.06	−0.21
– teruggetrokken patiënten aanmoedigen tot meer kontakten met anderen	R	−0.58	−0.11	−0.23
– de patiënt leren hoe hij met anderen moet omgaan	R	−0.55	−0.02	+0.05

BIJLAGE I-1

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X II	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
- onder alle omstandigheden de zaal rustig houden	B	−0.24	−0.65	−0.05
- goed rekening houden met de indruk, die je als verplegende maakt op de patiënt	R	+0.07	−0.60	−0.18
- beletten, dat een patiënt (bv. met eigenaardige brieven, of tijdens bezoeken) zijn familie van streek brengt of tot last is	B	−0.26	−0.58	+0.17
- toezien, dat de patiënten zich stipt aan de regels houden	B	−0.10	−0.54	−0.00
- nauwlettend toezien, dat patiënten geen kans krijgen om weg te lopen	B	−0.06	−0.54	−0.22
- toezien, dat de patiënten zich netjes gedragen	V	−0.35	−0.46	+0.05
- moeilijke patiënten in een separeerkamer zetten	B	−0.06	−0.40	−0.14
- bij patiënten zo nodig handelingen verrichten, zoals temperaturen, injekties geven, infusen aanleggen, clisma's toedienen e.d.	V	−0.001	−0.33	−0.10
- ervoor zorgen, dat de patiënten geen rommel op zaal maken	V	−0.23	−0.30	+0.29

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X III	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– patiënten als moeilijke kinderen beschouwen	B	+0.20	+0.16	+0.67
– patiënten die steeds iets vragen, als lastposten behandelen	B	+0.17	+0.15	+0.62
– aan patiënten duidelijk laten merken, dat de verpleegster of verpleger de baas is	B	−0.00	−0.00	+0.45
– meteen er een stokje voor steken, als een patiënt een ander wil storen	B	−0.25	−0.32	+0.40

BIJLAGE I-2

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting Y I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
- teruggetrokken patiënten aanmoedigen tot meer kontakten met anderen	R	−0.82	−0.03	−0.07
- de patiënt laten oefenen in het dragen van verantwoordelijkheid	R	−0.78	−0.07	+0.09
- gezamenlijke aktiviteiten van patiënten op zaal aanmoedigen	V	−0.77	−0.12	−0.06
- de patiënt leren hoe hij met anderen moet omgaan	R	−0.76	+0.01	−0.04
- patiënten leren zelf iets met elkaar te organiseren	R	−0.74	−0.16	−0.01
- met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden	R	−0.74	−0.18	+0.03
- patiënten helpen aan mogelijkheden om zich buiten de inrichting te ontspannen	R	−0.67	+0.15	−0.13
- de patiënt leren zich in de ander te verplaatsen	R	−0.66	−0.17	−0.05
- met tact en begrip de patiënt steunen bij zijn moeilijkheden	R	−0.65	−0.38	−0.02
- de patiënt leren rekening te houden met de indruk, die zijn gedrag maakt op zijn omgeving	R	−0.64	−0.31	−0.07
- het kontakt tussen de patiënt en zijn familie bevorderen	R	−0.61	−0.03	−0.04
- attent zijn op mogelijkheden voor de patiënt om buiten de inrichting werkzaam te zijn	R	−0.61	−0.10	−0.08

BIJLAGE I-2

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X II	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
- de lichamelijke gezondheid der patiënten op hoog peil brengen of houden	V	−0.10	−0.68	+0.07
- toezien, dat de patiënten zich netjes gedragen	V	−0.15	−0.60	−0.04
- ervoor zorgen, dat de zaal er fleurig en gezellig uitziet	V	−0.21	−0.60	−0.02
- zorgen, dat de patiënten er goed verzorgd uitzien (gewassen,geschoren, geknipt, netjes gekleed e.d.)	V	−0.15	−0.56	−0.10
- onder alle omstandigheden de zaal rustig houden	B	−0.16	−0.47	−0.26
- ervoor zorgen, dat de patiënten geen rommel op zaal maken	V	−0.08	−0.46	−0.35
- toezien, dat de patiënten zich stipt aan de regels houden	B	−0.27	−0.41	−0.33
- als een patiënt zijn hart wil uitstorten meteen tegen hem zeggen: 'dat moet je maar aan de dokter vertellen'	V	−0.21	+0.41	−0.08

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting Y III	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– agressieve patiënten onmiddellijk overmeesteren en in bedwang houden	B	−0.09	+0.04	−0.65
– moeilijke patiënten in een separeerkamer zetten	B	+0.02	+0.07	−0.59
– aan patiënten duidelijk laten merken, dat de verpleegster of verpleger de baas is	B	+0.13	+0.08	−0.57
– nauwlettend toezien, dat patiënten geen kans krijgen om weg te lopen	B	−0.31	−0.28	−0.47
– patiënten als moeilijke kinderen beschouwen	B	+0.19	+0.17	−0.37
– meteen er een stokje voor steken, als een patiënt een ander wil storen	B	−0.06	−0.30	−0.36
– patiënten die steeds iets vragen, als lastposten behandelen	B	+0.08	+0.50	−0.59

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de normen *der verplegenden*

Inrichting X I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
- met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden	R	−0.72	−0.07	+0.09
- de patiënt leren hoe hij met anderen moet omgaan	R	−0.72	−0.20	+0.12
- gezamenlijke aktiviteiten van patiënten op zaal aanmoedigen	V	−0.72	−0.23	+0.17
- patiënten leren zelf iets met elkaar te organiseren	R	−0.72	−0.11	+0.17
- met tact en begrip de patiënt steunen bij zijn moeilijkheden	R	−0.72	−0.21	−0.14
- de patiënt leren zich in de ander te verplaatsen	R	−0.67	−0.15	−0.17
- teruggetrokken patiënten aanmoedigen tot meer kontakten met anderen	R	−0.66	−0.13	+0.10
- attent zijn op mogelijkheden voor de patiënt om buiten de inrichting werkzaam te zijn	R	−0.66	−0.12	+0.01
- de patiënt laten oefenen in het dragen van verantwoordelijkheid	R	−0.64	−0.18	−0.03
- de patiënt leren rekening te houden met de indruk, die zijn gedrag maakt op zijn omgeving	R	−0.63	−0.14	−0.09

BIJLAGE II-1

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de normen *der verplegenden*

Inrichting X II	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– onder alle omstandigheden de zaal rustig houden	B	−0.17	−0.66	−0.10
– agressieve patiënten onmiddellijk overmeesteren en in bedwang houden	B	−0.18	−0.64	+0.08
– meteen er een stokje voor steken, als een patiënt een ander wil storen	B	−0.23	−0.64	+0.24
– toezien, dat de patiënten zich stipt aan de regels houden	B	−0.05	−0.62	−0.05
– ervoor zorgen, dat de patiënten geen rommel op zaal maken	V	−0.27	−0.57	+0.19
– nauwlettend toezien, dat patiënten geen kans krijgen om weg te lopen	B	−0.20	−0.52	+0.09
– aan patiënten duidelijk laten merken, dat de verpleegster of verpleger de baas is	B	+0.20	−0.50	+0.17
– als een patiënt zijn hart wil uitstorten, meteen tegen hem zeggen: 'Dat moet je maar aan de dokter vertellen'	V	+0.05	−0.46	−0.14
– moeilijke patiënten in een separeerkamer zetten	B	−0.07	−0.46	+0.20
– persoonlijke gesprekken met patiënten vermijden	B	+0.15	−0.36	−0.16

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X III	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– patiënten als moeilijke kinderen beschouwen	B	+0.22	−0.14	+0.59
– met patiënten praten over hun vroegere werk en hun familieleden en kennissen buiten de inrichting	R	−0.20	+0.13	+0.52
– patiënten die steeds iets vragen, als lastposten behandelen	B	+0.17	−0.27	+0.46

BIJLAGE II-2

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de normen *der verplegenden*

Inrichting Y I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
- gezamenlijke aktiviteiten van patiënten op zaal aanmoedigen	V	−0.78	−0.02	−0.01
- de patiënt leren hoe hij met anderen moet omgaan	R	−0.75	−0.25	−0.00
- met de patiënt samenwerken om zijn geestelijk evenwicht te hervinden	R	−0.75	−0.24	−0.16
- de patiënt laten oefenen in het dragen van verantwoordelijkheid	R	−0.75	−0.01	−0.12
- patiënten leren iets zelf met elkaar te organiseren	R	−0.75	−0.01	−0.12
- attent zijn op mogelijkheden voor de patiënt om buiten de inrichting werkzaam te zijn	R	−0.72	+0.02	−0.08
- teruggetrokken patiënten aanmoedigen tot meer kontakten met anderen	R	−0.69	−0.22	−0.17
- met tact en begrip de patiënt steunen bij zijn moeilijkheden	R	−0.68	−0.28	−0.16
- de patiënt leren zich in de ander te verplaatsen	R	−0.65	−0.19	−0.00
- patiënten helpen aan mogelijkheden om zich buiten de inrichting te ontspannen	R	−0.64	+0.01	−0.01
- met daden de onzekerheden en angsten van patiënten zoveel mogelijk wegnemen	R	−0.63	−0.35	−0.07
- de patiënt leren rekening te houden met de indruk, die zijn gedrag maakt op zijn omgeving	R	−0.56	−0.28	+0.22

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting Y I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– toezien, dat de patiënten zich netjes gedragen	V	−0.24	−0.70	−0.03
– onder alle omstandigheden de zaal rustig houden	B	−0.04	−0.66	+0.06
– de lichamelijke gezondheid der patiënten op hoog peil brengen of houden	V	−0.23	−0.62	−0.23
– meteen er een stokje voor steken, als een patiënt een ander wil storen	B	+0.07	−0.61	+0.02
ervoor zorgen, dat de patiënten geen rommel op zaal maken	V	−0.03	−0.56	−0.10
– zorgen, dat de patiënten er goed verzorgd uitzien (gewassen, geschoren, geknipt, netjes gekleed e.d.)	V	−0.14	−0.55	−0.09
– toezien, dat de patiënten zich stipt aan de regels houden	B	−0.23	−0.55	+0.26
– ervoor zorgen, dat de zaal er fleurig en gezellig uitziet	V	−0.34	−0.52	−0.13
– de patiënt zich geheel thuis laten voelen op de afdeling	V	−0.32	−0.50	+0.17
– bij patiënten zo nodig handelingen verrichten, zoals temperaturen, injekties geven, infusen aanleggen, clisma's toedienen e.d.	V	−0.23	−0.39	+0.8

BIJLAGE II-2

Uitkomsten van de faktoranalyse van de BVR-items m.b.t. de aktiviteiten *der verplegenden*

Inrichting X I	Tevoren bedoeld als indikatief voor:	Faktorladingen I	II	III
– moeilijke patiënten in een separeerkamer zetten	B	+0.08	−0.14	+0.63
– patiënten die steeds iets vragen, als lastposten behandelen	B	+0.12	+0.20	+0.57
– als een patiënt zijn hart wil uitstorten meteen tegen hem zeggen: 'Dat moet je maar aan de dokter vertellen'	B	+0.06	−0.02	+0.53
– persoonlijke gesprekken met patiënten vermijden	B	+0.02	+0.17	+0.50
– aan patiënt duidelijk laten merken, dat de verpleegster of verpleger de baas is	B	+0.20	−0.21	+0.38