

Zorgcultuur in een ziekenhuis voor antroposofische en reguliere geneeskunde

Ate Nievaard

Dit artikel over zorgculturen is gebaseerd op een kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop in een antroposofisch en een 'regulier' ziekenhuis een aantal fundamentele dilemma's betreffende de zorgverlening wordt opgelost. De dilemma's hebben betrekking op de samenwerking tussen personeelsleden, de bejegening van de patiënten en de relatie met de buitenwereld. De aard van de oplossingen in de antroposofische kliniek kan worden getypeerd als een communicatie-gerichte zorgcultuur. Op de ziekenhuisafdelingen waar reguliere geneeskunde wordt bedreven, werd een beheers-gerichte zorgcultuur aangetroffen.

Evenals andere organisaties zijn instellingen van gezondheidszorg te beschrijven op grond van verschillen in *organisatiecultuur*. Onder dit begrip verstaat de organisatiepsycholoog Edgar Schein een patroon van uitgangspunten ('basic assumptions') dat door de leden van een groep wordt ontwikkeld in het leren hanteren van problemen van externe aanpassing en interne integratie. Deze oplossingen worden als dermate werkbaar en betrouwbaar beschouwd, dat ze aan nieuwe leden worden overgedragen als een goede manier om naar deze te problemen te kijken en mee om te gaan (Schein 1990: 9). Organisatiecultuur ziet Schein als de uitkomst van groepsleren en het gedeelde besef dat iets wat als oplossing fungeert ook de volgende keer zal werken. Cultuur verschaft dus niet alleen 'modellen' voor het oplossen van problemen (interne integratie en externe aanpassing), maar vermindert tevens angst en onzekerheid bij de individuen, omdat cultuur aanwijzingen geeft voor gedrag in verschillende situaties. De cultuur is voor organisaties wat identiteit is voor het individu.

In het verlengde van deze opvatting over organisatiecultuur kan het begrip *zorgcultuur*, dat is toegespitst op intramurale organisaties zoals ziekenhuizen, worden omschreven als: een relatief stabiele kwaliteit van de interne omgeving van een (gezondheidszorg)organisatie, die bestaat uit het geheel van ideeën, opvattingen, waarden en uitgangspunten ('basic assumptions') die ten grondslag liggen aan de wijze waarop de zorgverlening is georganiseerd en de interactie met derden (patiënten, buitenwereld) plaatsvindt. De zorgcultuur draagt in belangrijke mate bij tot het vinden van 'oplossingen' voor belangrijke problemen. Zoals het probleem van de spanningsrelatie tussen functionele en substantiële rationaliteit. Hiermee wordt het volgende bedoeld. Aan de ene kant is er een toenemende noodzaak tot doelmatigheid,

alsmede de daarmee samenhangende tendens tot reglementering, bureaucratisering, schaalvergroting, taakverdeling en specialisering. Deze ontwikkeling kan worden gezien als een manifestatie van een meer algemeen, voor de moderne samenleving kenmerkend proces van toename van *functionele rationaliteit*: het vermogen om op de meest efficiënte en effectieve wijze concrete doeleinden te bereiken, los van morele of religieuze overwegingen (Weber, Mannheim). Functioneel rationeel denken en handelen is pragmatisch en berekend; het nut staat voorop, niet de waarde. Vragen over de zinvolheid, wenselijkheid, belangrijkheid of waarde van de doeleinden die in het geding zijn, worden in de schaduw geplaatst bij de oriëntatie op de middelen en procedures om gegeven doelen te bereiken.

Tegenover deze ontwikkeling staat een (voor de postmoderne samenleving kenmerkend) streven het handelen te begrijpen of te legitimeren vanuit morele of ethische beginselen. Het gaat hier om het probleem van waarden rationeel of substantieel rationeel handelen. *Substantiële rationaliteit* betreft het vermogen tot inzicht in de samenhang der verschijnselen en het uitspreken van een moreel oordeel over afzonderlijke gebeurtenissen vanuit een breder kader. Bij waarden rationeel handelen wordt bewust de zingevingsvraag gesteld (èn beantwoord) of het handelen een waardevol of waardeloos, gewenst of verwerpelijk doel dient. Waarden rationeel handelen gaat voorbij aan de directe gevolgen ervan, ook al zijn deze nog zo onaangenaam; men denkt of handelt uit overtuiging, los van de kans op succes (Zijdeveld 1988: 72).

De spanning tussen functionele en waarden rationaliteit stelt de zorgverleners in ziekenhuizen vaak voor dilemma's. Keuzeproblemen kunnen niet gemakkelijk worden opgelost, omdat tegengestelde aspecten van het verschijnsel onvermijdelijk aanwezig zijn. Een handeling is tegelijkertijd wenselijk en onwenselijk.¹ Aangezien er gehandeld moet worden kan men niet blijven steken in wikken en wegen en zullen er keuzen moeten worden gemaakt. De vraag die bij hierbij kan worden gesteld heeft betrekking op de uiteenlopende wijze waarop men in ziekenhuizen, in het bijzonder op verpleegafdelingen, dilemma's in de zorgverlening hanteert, die teruggaan tot de spanning tussen doelmatig en de waardengericht handelen: welke basisprincipes liggen ten grondslag aan typerende verschillen in zorgcultuur op uiteenlopende verpleegafdelingen in ziekenhuizen?

Ten einde een antwoord te vinden op deze vraag verrichtte een onderzoeksteam² een intensieve gevalstudie in het Medisch Centrum Berg en Bosch te Bilthoven, waar zowel de afdelingen voor reguliere geneeskunde van het algemene ziekenhuis als de antroposofische kliniek (Van Zeylmans van Emmichoven Kliniek) gebruik maakten van dezelfde centrale voorzieningen.³ In de tijdsperiode van ongeveer zes maanden werd op wisselende dagen en tijdstippen veldwerk verricht op de interne afdeling van de antroposofische kliniek en op de afdelingen interne geneeskunde, chirurgie en gynaecologie van het algemene ziekenhuis. De methode van dataverzameling bestond uit het verrichten van ongestructureerde observaties van zeer uiteenlopende situaties van zorgverlening door artsen en verpleegkundigen, variërend van het volgen van de werkzaamheden van een verpleegkundige ('kielzogmethode') tot het bijwonen van patiëntenbesprekingen en de overdracht van diensten. Daarnaast werd

een groot aantal vraaggesprekken gevoerd met medisch en verpleegkundig personeel en met patiënten. De meest informatieve vraaggesprekken werden verbatim uitgetypt en geanalyseerd (Kwalitan). Als methodisch kader werd de benadering van de gefundeerde theorie gevolgd. Om de kwaliteit van de resultaten ten onderbouwen werden controleprocedures uitgevoerd, zoals 'peer debriefing' (controle op de interpretaties door collega onderzoekers) replicatie door teamleden, 'member checks' (het voorleggen van interpretaties aan de betrokkenen) en feedback van participanten (Wester 1987: 163-67).

Op basis van eerder onderzoek (Nievaard 1986;1988) literatuurstudie en nieuw veldwerk konden twee basisprincipes ('basic assumptions') worden onderscheiden in de wijze waarop men in zorginstellingen een aantal geselecteerde keuzeproblemen of dilemma's hanteert. Deze twee basisprincipes fungeren als grondslag voor de beoordeling en rechtvaardiging van de wijze waarop de samenwerking tussen zorgverleners plaatsvindt, als (morele) basis voor de wijze waarop patiënten in de organisatie worden ingelijfd en bejegend en ten derde als wijze waarop de relatie met de buitenwereld wordt gedefinieerd. De basisprincipes worden beheers-gerichtheid en communicatie-gerichtheid genoemd. Het onderscheid tussen beide principes zal worden gebruikt als grondslag voor de beschrijving van twee typen zorgculturen. De twee typen verschillen in de onderkenning van de relevantie van bepaalde dilemma's en in de wijze waarop geprobeerd wordt deze dilemma's op te lossen.

De opzet van dit artikel is als volgt. Eerst worden de dilemma's beschreven. Daarna volgt een korte typering van de ideeën en de praktijk van de antroposofische geneeskunst. Vervolgens worden twee typen zorgcultuur besproken als twee verschillende manieren om de drie dilemma's te hanteren, de communicatie-gerichte en de beheers-gerichte zorgcultuur. In de beschouwing wordt ingegaan op identiteit en zorgcultuur.

Drie dilemma's

Op grond van de in de inleiding gesignaleerde spanningsverhouding tussen substantiële en functionele rationaliteit, zullen hieronder drie dilemma's worden beschreven, zoals deze zich manifesteren in de relaties tussen personeelsleden (samenwerking), tussen personeelsleden en patiënten (behandeling en bejegening) en tussen de organisatie en de buitenwereld (legitimiteit).

Eerste dilemma: samenwerken op basis van gelijkheid of ongelijkheid

In de traditionele verhouding tussen artsen en verpleegkundigen oriënteerden beide groepen zich binnen het samenwerkingsverband van de verpleegafdeling op elkaar, waarbij verpleegkundigen werkten binnen het medische perspectief en hun ondergeschikte positie accepteerden. Het proces van toenemende specialisering en taakverdeling heeft echter tot gevolg gehad dat beide partijen steeds meer van elkaar zijn gaan verschillen. Niet alleen bij de artsen zien we een toenemende differentiatie in specialismen en subspecialismen, maar ook bij verpleegkundigen is er door profes-

sionalisering een groei van specialistische kennis en vaardigheden. Het gevolg is dat de professionele verschillen tussen beide beroepsgroepen toeneemen en dat de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen in de patiëntenzorg steeds groter wordt. Van de kant van verpleegkundigen gaat dit proces gepaard met emancipatiestreven en een poging te komen tot samenwerking met artsen op voet van gelijkheid. Veel verpleegkundigen beschouwen zichzelf niet meer als hulpje van de dokter, maar als zelfstandige professionals die op gelijkwaardige wijze, samen met artsen, een bijdrage leveren aan de patiëntenzorg. Deze opstelling van verpleegkundigen stelt artsen voor het volgende dilemma: erkenning van gelijkwaardigheid als uitgangspunt voor de samenwerking tussen de beroepsgroepen houdt een inperking in van de speelruimte voor zelfstandig beroepsmatig handelen en een aantasting van de vanzelfsprekende dominantie over verpleegkundigen. Ontkenning van die gelijkwaardigheid levert conflicten met verpleegkundigen op en vergroot de kans op interventies van de ziekenhuisdirecties die de bemiddelende rol op zich nemen omdat ze er niet bij gebaat zijn dat de organisatie wordt lam gelegd door conflicten.

Tweede dilemma: functioneel specifieke versus meer omvattende rolrelaties met patiënten

Een functioneel specifieke rolrelatie houdt in dat zorgverleners in de relatie met patiënten zich heel zakelijk beperken tot hun specifieke deskundigheid en ervaring op het gebied van medische en verpleegkundige zorg.⁴ De aard van deze rolrelatie laat zich begrijpen vanuit de noodzaak dat complexe technische taken een steeds grotere mate van specialisering vereisen. De daarmee samenhangende arbeids- en taakverdeling tussen de beroepsgroepen maakt doelmatig (functioneel rationeel) handelen mogelijk als ieder zorg draagt voor een bepaald aspect van de zorg en een deel van het totale takenpakket. De betrokkenheid van de zorgverlener bij de patiënt is daardoor aan duidelijke grenzen gebonden. Doelmatige zorg vereist dat de zorgverleners zich primair richten op de ziekte, en veel minder op de zieke. Of zoals Siegrist (1978: 6) dat uitdrukt: "Der Patient wird bei seiner Krankheit genommen." Niet de zieke mens in zijn totaliteit, met zijn eigen sociale en psychologische achtergrond is onderwerp van zorg, maar zijn ziekte of gezondheidsprobleem. Deze scheiding tussen het functioneel specifieke en het alledaagse, weerspiegelt zich ook in de eis van affectieve neutraliteit van zorgverleners. Dat houdt in dat zij een zo objectief mogelijke, wetenschappelijke of neutrale houding ten opzichte van hun objecten dienen in te nemen, zonder zich te laten leiden door persoonlijke gevoelens en voorkeuren.

Tegenover de functioneel-specifieke staat de meer omvattende, diffuse rolrelatie met patiënten. Hierbij is de zorgverlener niet alleen in de ziekte geïnteresseerd, maar in 'de gehele mens', of althans meerdere aspecten daarvan, zoals leefsituatie, levensgeschiedenis, persoonlijkheid en overtuigingen. Een ander aspect van de meer omvattende rolrelatie met patiënten is het streven deze als 'partner' en actieve deelnemer in het zorgproces te betrekken. De communicatie met patiënten in diffuse rolrelaties heeft een meer geïnvolveerd karakter (Bosch 1984). Diffuse rolrelaties vergen doorgaans tijd en aandacht; inleving in de problemen, noden, gevoelens en

angsten van lijdende en stervende mensen kan een aanzienlijk emotionele belasting vergen.

Het dilemma ontstaat doordat zorgverleners zich genoodzaakt voelen hun werklast op peil te houden door zo efficiënt mogelijk te werken, de communicatie met patiënten te limiteren en ze aan vrijheidsbeperkende regels te onderwerpen en tegelijkertijd de noodzaak onderschrijven patiënten op menselijke wijze te bejegenen. Kiest men voor de functioneel-rationele pool van het dilemma dan zullen zorgsituaties in de ogen van zorgverleners, patiënten en de buitenwereld een ontoelaatbaar dehumaniserend karakter krijgen; kiest men voor de substantieel-rationele pool dan dreigt het gevaar van overbelasting, met als mogelijk gevolg hoog ziekteverzuim, snelle personeelsswisseling en verder afnemende doelmatigheid.

Derde dilemma: functionele versus morele legitimiteit

Discussies over ontwikkelingen in de gezondheidszorg tonen dat het functioneren van de zorgverlening niet meer (uitsluitend) kan worden gerechtvaardigd door het succes dat de geneeskunde boekt bij het bestrijden van ziekte en het verlengen van levens. Zoals kerk, universiteit, leger en museum de samenleving moeten tonen dat ze bruikbaar en zinvol zijn, zo dient de zorgverlening de bekostiging van technische ontwikkelingen en ingrepen op morele gronden te rechtvaardigen. Evenmin als het koninklijk huis haar bestaan kan legitimeren door op een lange, eerbiedwaardige traditie te wijzen, kan de geneeskunde blijven refereren aan haar imponerende bestrijding van infectieziekten in de 19e eeuw.

Het dilemma bestaat eruit dat onder de toegenomen druk in de huidige verzorgingsstaat de zorgverlening in ziekenhuizen zich sterk op de functioneel-rationele kant van de bedrijfsvoering oriënteert, waarbij gemakkelijk de morele en ethische kant uit het oog wordt verloren, terwijl nu juist (in toenemende mate) morele legitimiteit een belangrijke rol speelt bij de beoordeling van het functioneren van de zorgverlening.

Communicatie-gerichte zorgcultuur

Bij communicatie-gerichtheid streven actoren er naar een gemeenschappelijke definitie van de situatie te ontwikkelen. Daartoe voeren zij overleg, wisselen meningen en standpunten uit en discussiëren met elkaar. Of gedeeld begrip ('*Verständigung*') wordt bereikt is afhankelijk van de vraag of personeelsleden rationeel gemotiveerd kunnen worden, dat wil zeggen kunnen instemmen met de inhoud van bepaalde argumenten van zakelijke of emotionele aard. Gedeeld begrip komt niet tot stand door machtsuitoefening, maar door overeenstemming over het doel en de erkenning van het gewicht van argumenten van zakelijke of emotionele aard (Habermas 1981: 28-9; Koningsveld & Meertens 1986: 77-81).

De beschrijving van communicatie-gerichtheid bij het oplossen van de drie relevante dilemma's vindt plaats op basis van empirische materiaal dat verzameld is in een kliniek voor antroposofische geneeskunst. De bevindingen beogen dus geenszins representatief te zijn. Wel vormt deze 'single case study' een ideaaltypisch

voorbeeld voor zorgsituaties waarin de zorgverlening sterk geleid wordt door substantiële rationaliteit, dat wil zeggen plaatsvindt vanuit een overkoepelend zingevend perspectief.

Het antroposofisch perspectief fungeert als zingevend kader, als uitgangspunt en bestaansrecht, als richtsnoer voor de zorgverlening en de omgang met mensen, kortom als een wereldbeschouwing. Deze wereldbeschouwing verschaft substantiële rationaliteit, dat wil zeggen hij stelt het personeel van de kliniek in staat de omringende natuurlijke en sociale orde vanuit een overkoepelend kader te interpreteren. De wereldbeschouwing geeft antwoorden op zingevingsvragen, van waaruit de waarde, wenselijkheid en belangrijkheid van handelingen kan worden gewogen.

Hoewel de uitgangspunten van de antroposofische wereldbeschouwing worden onderschreven door alle betrokken beroepsgroepen (artsen, verpleegkundigen, bewegings- en kunstzinnige therapeuten), zijn ze echter te abstract, te complex, te meerduidelijk en te moeilijk om als solide basis te dienen voor de formulering van door allen aanvaarde normen, gedragsvoorschriften, regels en handelingsprocedures. Zodra de abstracties moeten worden uitgewerkt en geconcretiseerd tot eenduidige regels, zodra verantwoordelijkheden moeten worden verdeeld, zorghandelingen op elkaar afgestemd en prioriteiten gesteld, doen zich keuzeproblemen of dilemma's voor. Alvorens in te gaan op de wijze waarop men probeert deze dilemma's op te lossen, zullen enkele relevante aspecten van het antroposofische perspectief op de geneeskunst en de praktijk van de zorgverlening besproken worden.

Aspecten van de antroposofische geneeskunst

De antroposofische geneeskunst, zoals deze omstreeks 1920 is ontstaan, is geworteld in de antroposofische mens- en wereldbeschouwing van Rudolf Steiner (1861-1925). In dit mensbeeld neemt het concept van de vierledige mens een belangrijke plaats in. De vierledige mens bestaat uit het fysieke lichaam, het etherlichaam, het astrale lichaam en het ik. De laatste drie hogere wezensdelen stammen uit verschillende bovenzinnelijke werelden, doch manifesteren zich in respectievelijk het vloeistof-, lucht-, en warmte-organisme van de mens. "Voor de geneeskunde heeft deze vierledigheid tot consequentie dat men de verschijnselen van gezondheid en ziekte uit de samenwerking en wisselwerking van de vier wezensdelen zal moeten verklaren" (Brochure 1990: 5).⁵ In de antroposofische geneeskunst wordt ziekte gezien als een verstoring van het dynamisch evenwicht tussen de vier wezensdelen van de mens. Waarneembare ziekteverschijnselen zijn slechts een manifestatie van deze verstoring, zodat de genezing gericht is op herstel van evenwicht tussen de vier wezensdelen. In deze visie ziet de arts zich voor de taak gesteld het lichaam hulp te bieden de genezende krachten van het organisme te stimuleren of de omstandigheden te scheppen waardoor het lichaam zelf oorzaken van de ziekte kan bestrijden.

Analytisch is het antroposofische perspectief te kenmerken als een bijzondere combinatie van een holistische visie en abstraherende denkwijze. Sociologisch gezien is een *holistische denkwijze* een poging om de fragmentering van denken en handelen te overstijgen, die het gevolg is van moderniseringsprocessen, zoals differentiatie en doel- of functionele rationaliteit (Van der Loo & Van Reijen 1990: 134).

In de geneeskunde manifesteert deze denkwijze zich in de afwijzing van het reductionisme, waarbij slechts fysieke feiten tellen en geen rekening wordt gehouden met de invloed van normen, waarden en wereldbeschouwing op ziekte en gezondheid. "We moeten, zo zegt men, aandacht geven aan de patiënt als persoon, en aan zijn leefwereld. Dat is onmogelijk als we alleen oog hebben voor feiten" (Van der Steen 1991: 63).

De middelen waarmee deze aandacht voor de patiënt als persoon worden geconceptualiseerd hebben een sterke oriëntatie op het domein van de geest en betreffen begrippen als 'wording', 'tijd' en 'ontwikkeling'. Veel van zulke concepten verwijzen naar een sterk *abstraherende denkvorm*. Dit is een op algemeenheidsconcepties gerichte begripsvorming, waarbij wordt gepoogd een veelheid van verschijnselen onder één noemer te brengen. Door te abstraheren, wat letterlijk wegtrekken betekent, wordt elk bijzonder iets bij voorkeur geherformuleerd tot iets algemeen. In de sociale sfeer roepen deze concepten emotionele reacties op en brengt mensen in beweging zonder dat precies aangegeven wordt of hoeft te worden waar de beweging naar toe leidt. De abstraherende denkvorm is waarneembaar in elk contact en in elk (vraag)gesprek: de bijzondere vraag wordt in algemene termen beantwoord; vragen naar voorbeelden, naar concrete empirische manifestaties worden vermeden of niet begrepen. Bovendien refereert men liever aan de symbolische waarde, aan de betekenis van een handeling dan aan het feitelijk waar te nemen effect. Zoals een arts opmerkte over een stervende kankerpatiënt: "Voor mij is het al heel waardevol als de patiënt de zin van zijn lijden inziet." Hoezeer de abstraherende denkvorm gepaard gaat met vermindering en vlucht uit het concrete en tastbare bleek tijdens vele interviews. Ondanks herhaalde aansporing daartoe, slaagde de interviewer er niet in de geïnterviewde te bewegen de abstracte antwoorden te specificeren of toe te lichten aan de hand van concrete voorbeelden of gebeurtenissen.

Wie een bezoek brengt aan de interne afdeling van de antroposofische kliniek met dertig bedden, zal een aantal zaken waarnemen. Het eerste wat opvalt is het interieur, de inrichting van de ruimte: het blanke esdoorn en de aardse kleuren. De tweepersoonskamers hebben rode en blauwe gordijnen, die naar verkiezing, blauw als een patiënt met koorts zich daar prettiger bij voelt, voor het venster kunnen worden geschoven. Op de kamers is geen radio of televisie te vinden. In de eetzaal of het dagverblijf staan houten meubelen, liggen fraaie kunstboeken en zijn kleurrijke, gekleurde stenen uitgestald. Minder materieel, maar wel zintuiglijk waarneembaar, is de zoet-aangename geur van bijenwas, de reuk van kamille, duizendblad en andere kruiden, en de betrekkelijke stilte op de gangen.

De praktijk van de zorgverlening kan worden beschreven aan de hand van de volgende drie kenmerken: *intensieve zorgverlening en een specifieke samenstelling van staf- en patiëntengroep*.

Voorop staat de intensiteit van de zorg. Er is zeer veel tijd, aandacht en toewijding van verschillende soorten zorgverleners, die te samen vorm geven aan het primaire proces. Niet alleen artsen en verpleegkundigen, maar ook therapeuten, leveren een zorgaanbod dat meer omvat dan de reguliere medische en verpleegkundige zorg, zoals behandelingen met kompressen of kruidenwikkels, bewegingstherapie, massa-

ges, kunstzinnige vorming en gesprekstherapie. Daarbij komt nog het streven de intensieve communicatie met patiënten tevens als therapeutisch vehiculum te beschouwen.

Het tweede kenmerk is de samenstelling van de staf. Op de dertig bedden zijn er drie internisten, twee arts-assistenten, twintig formatieplaatsen voor verpleegkundigen, en ongeveer drie parttime therapeuten voor kunstzinnige en bewegingstherapie. Leerling-verpleegkundigen ontbreken. De relatief ruime personeelsbezetting wordt niet mogelijk gemaakt door een Croesus of een uitzonderlijke rijk steunfonds, maar door het feit dat de internisten hun honoraria hebben aangepast en dat de verzekering bereid is voor intensieve zorg een kleine meerprijs te betalen. De specialisten hebben allen een opleiding in de reguliere geneeskunde achter de rug. Alle verpleegkundigen zijn gediplomeerd.

Ook aan de samenstelling van de patiëntengroep wordt veel belang gehecht. Uit cijfers (SIG-registratie) blijkt dat de kliniek een relatief klein percentage patiënten telt dat ouder is dan 65 jaar (25%), tegen ongeveer 50% van het landelijke gemiddelde. Het percentage patiënten met een maligne, vaak elders uitbehandelde, aandoening als hoofddiagnose is daarentegen hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit impliceert dat de populatie bestaat uit relatief ernstige patiënten die zware, intensieve zorg vereisen. Overigens zijn het niet alleen antroposofen die zich hier laten behandelen; slechts vijf tot tien procent is lid van de Antroposofische Vereniging in Nederland. Sommige patiënten kiezen ervoor omdat ze ervan uit gaan dat hun ziekte wel eens het gevolg zou kunnen zijn van een disharmonie in hun leven. Andere kiezen voor de antroposofische kliniek uit teleurstelling over de reguliere geneeskunde.

Samenwerken vanuit een gedeeld perspectief

Bij het personeel van de antroposofische kliniek heerst een uitgesproken aversie tegen regel-geleide, bureaucratische organisaties, die in hun ogen als ijzeren kooien de vrijheid en autonomie van de mens bedreigen. In deze visie behoort de kliniek niet de onpersoonlijke wereld van het 'Systeem', de 'Maatschappij' of de 'Gezondheidszorg' te reproduceren, want dit zou slechts leiden tot zelf-vervreemding. In plaats hiervan beoogt men een 'Gemeinschafts-ideaal' te realiseren, waar vanuit een gedeelde wereldbeschouwing de betrekkingen tussen de zorgverleners worden gestructureerd. De organisatorische formule die voortvloeit uit zulke moreel-ethische (substantieel rationele) criteria is het *therapeuticum*. Deze organisatievorm is te kenmerken als een horizontale (platte) organisatie, waarin men zoveel mogelijk wil komen tot afspraken over zaken als taakverdeling, werkuitvoering en regulering van informatiestromen. Belangrijke besluiten worden collectief genomen, deelproblemen worden in commissies ondergebracht, en via overleg en argumentatie tracht men niet alleen tot meerderheidsoplossingen te geraken, maar tot standpunten die door iedereen onderschreven worden. In het *therapeuticum* poogt men de scherpe scheidslijnen tussen de professies te vermijden, omdat die een kunstmatig onderscheid tussen 'care' en 'cure' in stand zouden houden. Gezamenlijke inspanning vereist ook een organisatievorm waarin de gezamenlijkheid en het gedeelde perspectief kunnen worden beklemtoond. In het bijzonder geldt dit de taakverdeling tussen de beroeps-

groepen, waar men de specifieke deskundigheden van elke professionele rolgroep vanuit een gemeenschappelijk perspectief wil integreren in het grotere organisch geheel van de therapeutische gemeenschap.

Bij de praktische toepassing van dit organisatie-model blijken zich echter problemen voor te doen, die te maken hebben met doelmatigheid. Zo zijn er problemen over de informatieoverdracht en het maken van werkafspraken. Ook zijn er meningsverschillen over de noodzaak tot het opstellen van striktere regels, het vergroten van de bevoegdheden van de hoofdverplegende en het houden van functioneringsgesprekken. Ter illustratie twee voorbeelden:

Problemen van informatie-overdracht: In de platte organisatievorm van deze kliniek ontbreekt de traditionele hoofdzuster, die als spin in haar web, in het centrum van de informatiestroom, een vraagbaak is voor allen. Deze situatie leidt ertoe dat artsen en verpleegkundigen voor informatie in de diensturen overdag rechtstreeks op elkaar zijn aangewezen. Hier treden vaak problemen op doordat een van beide partijen niet bereikbaar of beschikbaar is (artsen hebben wel een sein op zak, verpleegkundigen niet). Deze inefficiënte coördinatie leidt tot fouten, irritaties, tijdverlies en extra werk.

Problemen van het maken van werkafspraken:

Zowel bij artsen als verpleegkundigen heerst een voor professionals kenmerkende houding dat de juistheid van het handelen niet berust op het opvolgen van bureaucratische regels, maar dat de zorgverlener bekwaam en verantwoordelijk zal handelen op grond van eigen ervaring en tijdens de opleiding verworven kennis. Formele middelen, zoals reglementen en protocollen, worden zoveel mogelijk vermeden. Dit leidt nogal eens tot de situatie dat gemaakte afspraken over de wijze waarop werkzaamheden moeten worden uitgevoerd onvoldoende worden nageleefd en gecontroleerd. Omdat afspraken over de uitvoering van taken zo weinig zijn geformaliseerd en nogal persoonsgebonden of toevallig zijn, betekent dit dat bij personeelwisseling de oude afspraken gemakkelijk worden vergeten.

Meer typerend nog dan het bestaan van bovengenoemde problemen – want sommige daarvan komen ook op verpleegafdelingen in andere ziekenhuizen voor hoewel ze een andere oorzaak hebben – is de wijze waarop men in de antroposofische kliniek deze problemen poogt op te lossen. Opmerkelijk is dat niet wordt gekozen voor machtsmiddelen zoals bevel, straf, beloning en dreiging met sancties, maar dat communicatieve middelen worden gebruikt zoals overreding, overleg en gedachtenwisseling in antwoord op logistieke problemen. Zo werd bijvoorbeeld ter oplossing van problemen in verband met informatieoverdracht dagelijks een extra multidisciplinaire bespreking gehouden, waaraan door artsen, verplegenden en therapeuten wordt deelgenomen. Doel is om iedereen te informeren wat er die dag met patiënten op diagnostisch en therapeutisch gebied gebeurt, zodat men weet heeft van elkaars activiteiten en deze zonodig beter op elkaar af kan stemmen. Door deze bijeenkomst wordt echter voor verpleegkundigen een soort dubbele overdracht in het leven geroepen, aangezien er een half uur eerder al een verpleegkundige overdracht heeft plaats gevonden. Vanuit substantieel rationeel standpunt is de 'dagopening' als positief te beschouwen, gezien de (latente) functies van de bespreking als collectief ritueel voor socialisatie en solidariteit. Door voor deze oplossing te kiezen handelt men echter tegelijkertijd functioneel irrationeel, omdat de extra bespreking nauwelijks soelaas biedt voor het probleem van inefficiënte informatie-overdracht tussen

artsen, verpleegkundigen en therapeuten gedurende de dagdiensten. Integendeel, de dubbele overdracht kost tijd die ten laste komt van de potentiële contacttijd met patiënten, of na de dienst tijd in de vrije uren moet worden ingehaald.

Hoewel men veelvuldig en uitgebreid overlegt en op andere wijzen van gedachten wisselt ('typische praatcultuur'), verdampen de meeste voorgestelde maatregelen die meer doelmatigheid beogen na enige tijd, om enkele weken of maanden later weer onderwerp van discussie te worden. Evenals voor problemen van informatie-overdracht zijn er voor problemen van controle wel oplossingen gevonden, maar deze zijn niet van blijvende aard, omdat ze steeds weer ter discussie gesteld worden, zowel op substantieel als op functioneel rationele gronden.

Meer omvattende rolrelaties met patiënten

Vanuit antroposofisch perspectief streeft het personeel naar meer omvattende-diffuse rolrelaties met patiënten en naar een meer betrokken communicatie. Dit manifesteert zich op twee manieren. In de eerste plaats beperkt de communicatie zich niet tot fysieke behoeften van patiënten. Het therapeutische doel van de opname is tevens de patiënt hulp te bieden in zingevingsvragen rond de ziekte, zoals de vraag voor welke verstoring in het leven de ziekte een mogelijk signaal vormt of hoe patiënten denken hun leven in te richten na ontslag uit het ziekenhuis. Ook wordt patiënten hulp geboden bij het leren accepteren van onvermijdelijkheden. Het achterhalen van wat patiënten beweegt, over welke problemen zij zich zorgen maken, het sonderen van hun stemming, het proeven van de sfeer die rond het ziekbed hangt, het inzicht krijgen in welke fase van ontwikkeling zij zich bevinden, dit alles vereist een intensieve betrokkenheid van de kant van de zorgverleners. Deze betrokkenheid gaat terug op de overtuiging dat oplossing van knellende problemen op het gebied van zingeving en levensvragen de psychologische immuniteit voor ziekten kan versterken. Daartoe acht men een actieve opstelling van patiënten belangrijk "om te vermijden dat zij ziekte zien als iets dat van buitenaf bestreden wordt met allerlei maatregelen en middeltjes" (interview).

In de tweede plaats vinden vooral verpleegkundigen het belangrijk aandacht te hebben voor gevoelens en stemmingen van patiënten, hetgeen van hen een behoorlijke emotionele betrokkenheid vereist. Om dit proces te bevorderen vinden verpleegkundigen het belangrijk een goed afdelingsklimaat te scheppen, waarin enerzijds met plezier gewerkt kan worden en waarin anderzijds patiënten "worden gestimuleerd vanuit zichzelf tot iets te komen" (therapeutisch klimaat). Het bewust omgaan met stemmingen ('stemmingsmanagement') omvat het peilen van de sfeer die op de afdeling heerst en het streven zulke 'emotionele kwaliteiten' te beïnvloeden. Voor verpleegkundigen is een goede stemming een belangrijke arbeidsvoorwaarde: "Als ze zich thuis voelen gaat alles veel beter, dan kunnen ze vanuit zichzelf de stemmingen van patiënten aanvoelen en daarop ingaan, niet als plicht of taak, maar als eigen leermoment" (interview met afdelingshoofd).

De wens persoonlijke en betrokken contacten te onderhouden met patiënten botst met de noodzakelijke distantie om de werkbelasting op peil te houden en emotionele overbelasting te voorkomen. Bij het oplossen van dit dilemma zullen stafleden van

deze antroposofische kliniek zelden communicatie-vermijdende tactieken gebruiken, omdat deze niet stroken met hun opvattingen over patiëntenzorg. Als oplossing voor dit dilemma tracht men vooral drie communicatie-regulerende middelen toe te passen:

Kadering van de directe communicatie

Naast de voor functioneel-specifieke contacten gebruikelijke zakelijke contacten, krijgen patiënten extra aandacht gedurende de meer intensieve verzorgende en therapeutische behandelingen, die kenmerkend zijn voor de antroposofische geneeskunst, zoals massages, kruidenwikkels en kunsttherapie. Deze activiteiten bieden patiënt en zorgverlener gelegenheid tot meer diepgaande betrokken communicatie, die wegens het persoonlijke karakter voor patiënten doorgaans belangrijke zingevende, emotionele en ondersteunende betekenis heeft. Doordat deze latente 'psychotherapeutische' functie van de behandeling beperkt is tot de duur van de 'behandelingssessie' is daarmee ook een tijdlimiet gesteld aan de communicatieve involvering en emotionele belasting van de zorgverlener.

Uitbreiding van het rapportagemoment

Waarnemingen van zorgverleners aan het ziekbed hebben niet alleen betrekking op lichamelijke zaken, maar zijn ook gericht op het verzamelen van informatie over stemming, psychische en sociale reacties van patiënten. Achter de coulissen, tijdens de overdracht en patiëntbespreking, wordt opmerkelijk veel aandacht besteed aan gevoelens, angsten en wensen van patiënten. Omdat het tot de cultuur behoort informatie uit deze laatste categorieën naar voren te brengen als therapeutisch relevante gegevens bij de overdracht tussen de diensten, kunnen de verzorgenden hun individuele (emotionele) betrokkenheid op patiënten met collega's delen. Deze latente functie van de overdrachts-bespreking voorkomt dat zorgverleners onaangename of belastende indrukken geheel alleen moeten verwerken. Zo kunnen verpleegkundigen in de ochtend-overdracht aan anderen vertellen hoe onrustig en angstig de nacht voor een bepaalde patiënt is verlopen, en hoe zij daarmee zijn omgegaan. Ook al krijgen de verpleegkundigen in zo'n situatie niet rechtstreeks commentaar of steun, zij hebben hun persoonlijke ervaringen toch kunnen delen met collega's. Deze geïnstitutionaliseerde zelfexpressie is geen waarde op zichzelf, maar is van belang omdat het de zorgverleners helpt hun betrokkenheid bij patiënten te reguleren.

Uitbreiding van het coördinatiemoment

Patiëntbesprekingen, die minstens eenmaal per week plaats vinden tussen arts, arts-assistent en verpleegkundigen op basis van dossiers en andere relevante stukken, zijn belangrijk om een totaalbeeld van de patiënt te verkrijgen. Dit is het moment waarop alle beschikbare informatie van alle direct bij de zorg betrokkenen wordt uitgewisseld. Op grond hiervan worden vervolgens plannen gemaakt. Op deze wijze tracht men dus niet direct aan het ziekbed, maar meer op een afstand de zorg zodanig te coördineren dat fragmentatie wordt vermeden en de patiënt als gehele mens wordt benaderd.

Zowel naar buiten als naar binnen gerichte legitimiteit

Het personeel van de antroposofische kliniek oriënteert zich sterk op de wereld van de antroposofie, welke bestaat uit antroposofische artsen en het netwerk van de antroposofische verenigingen, studieclubs, scholen en buitenlandse geestverwanten. De relatie met antroposofische artsen is van bijzonder belang, omdat zij een belangrijk deel uitmaken van het doorverwijzingssysteem en (impliciet) fungeren als 'medical audit'. Te samen met patiënten vormen deze referentiegroeperingen het kader voor de morele legitimiteit van de antroposofische zorgverlening.

Tegenover de wereld van de antroposofie staat voor het personeel van de kliniek de buitenwereld, de 'andere' wereld van de gezondheidszorg en de reguliere geneeskunde. Belangrijke referentiegroepen zijn hier collega's binnen en buiten dit ziekenhuis en organisaties (zoals de Geneeskundige Inspectie, ziekenfondsen en verzekeraars). Een goede relatie met de medische en ambtelijke wereld en met verzekeringsorganisaties is belangrijk omdat zonder kwaliteitscontrole, goedkeuring, instemming of financiële medewerking, de continuïteit in het werk van deze kliniek vrijwel onmogelijk zou zijn. De criteria voor de beoordeling van de antroposofische zorgverlening zijn voor deze referentiegroepen functioneel-rationeel van aard (kosten, gemiddelde bedbezetting, enzovoort).

Hoewel het uitwerken en toepassen van antroposofische ideeën en geneeskunst de belangrijkste zingevende en morele legitimiteit verschaft voor de zorgverlening, kan men zich daar niet volledig op verlaten, omdat dan een conflict zal ontstaan met de buitenwereld. Deze zal niet accepteren dat beroepscodes en grenzen van doelmatigheid en kostenbeheersing worden overschreden. Als men zich in het omgekeerde geval echter te veel laat leiden door doelmatigheid en normen in de reguliere geneeskunde, zal dit, naar men vreest, ten koste gaan van de culturele en morele grondslag van de kliniek.

Bij het speuren naar de wijze waarop is getracht dit dilemma op te lossen, is een van de eerste dingen die opvalt dat het personeel van de kliniek er steeds de nadruk op legt dat de antroposofische geneeskunst in de praktijk geen alternatieve geneeskunde inhoudt, maar dat zij reguliere geneeskunde-plus-iets extra's geven. Het beeld dat naar buiten wordt gebracht is als volgt weer te geven: 'Wij vallen buiten het stereotiepe van de alternatievelingen, die meer goedwillendheid dan deskundigheid bezitten. Integendeel, de antroposofische geneeskunde sluit aan op de reguliere geneeskunde, doch onderscheidt zich daarvan door extra therapiemogelijkheden'. In de voorlichtingsfolder voor patiënten (p.5) staat het als volgt: "De antroposofische geneeskunst stelt de gangbare geneeskunst niet terzijde. Zij heeft eigen aanvullende en/of vervangende therapieën ontwikkeld zoals boetseer-, schilder- en tekentherapie, de therapeutische eurythmie, de fysiotherapie, de uitwendige behandelingen en de diëten." In de legitimering van haar positie ten opzichte van de reguliere geneeskunde worden de overeenkomsten geaccentueerd en de verschillen geminimaliseerd. Dit is ook terug te vinden in het streven naar erkenning door de reguliere geneeskunde volgens de daar geldende wetenschappelijke criteria. Zo dienen effecten van therapieën niet alleen te blijken uit case-studies, maar te worden onderbouwd door systematische, objectieve klinische evaluaties ('controlled clinical trials'). In het

kader hiervan is een aantal projecten gestart, zoals het project waarbij de effecten worden geëvalueerd van het geneesmiddel Iscador®, als onderdeel van de antroposofische therapie tegen kanker.

Het streven in de morele legitimiteit de verschillen met de reguliere geneeskunde te minimaliseren en de overeenkomsten te accentueren, ligt gezien de aard en de geesteswetenschappelijke grondslag van de antroposofische geneeskunst niet erg voor de hand. Deze geneeskunst staat immers diametraal tegenover de natuurwetenschappelijk gefundeerde 'allopathie', waar verschijnselen zich slechts laten verklaren vanuit chemisch-fysische processen van cellen en organen. Gezien deze constatering lijkt het aannemelijk dat we hier te maken hebben met een *normaliseringsstrategie*, die gericht is op een gunstige aanpassing aan de functionele rationaliteit van de 'buitenwereld', waarop men is aangewezen voor financiering en instroom van patiënten.

De normaliseringsstrategie kan leiden tot een ondermijning van de eigen identiteit van antroposofische zorgverlening en een aantasting van de morele legitimiteit voor de eigen 'achterban'. Daarom kent deze strategie voor de insiders als tegengewicht een *culturele binnencirkel* waar de wereldbeschouwing kan worden gereproduceerd en beleefd. Achter de coulissen of binnenskamers kan men ongehinderd antroposofische denkbeelden uitwisselen, inzichten ontwikkelen en basiswaarden beleven. De 'leer- en belevingsmomenten' zijn noodzakelijk om adequaat waarden en ideeën uit het gedeelde perspectief te realiseren. Deze aanpassingsstrategie heeft dus een januskop, omdat naar binnen de morele en naar buiten de functionele legitimiteit wordt geaccentueerd. De strategie wijkt af van die van religieuze sekten, die in hun bekeringsijver de wereld aan zich trachten aan te passen en daardoor juist van zich vervreemden, omdat zij buitenstaanders afschrikken met hun eigenaardigheden.

Beheers-gerichte zorgcultuur

Bij beheers-gerichtheid streven actoren er naar situaties zodanig in te richten dat zij de eigen beslissingsgebieden behouden of vergroten en de afhankelijkheid van anderen beperken. Dit streven omvat dus het beheersen van onzekerheid en het veilig stellen van de eigen (machts)positie. Beheers-gerichtheid is typerend voor situaties waarin de actoren hun doelen op strategische wijze trachten te bereiken. Bij een klein aantal betrokkenen zal ieder zich afstemmen op de mogelijke handelingsstrategieën van anderen. In complexe, onoverzichtelijke situaties zal de afstemming verlopen door het uitoefenen van legitieme macht, waarbij actoren hun handelingen op elkaar afstemmen op grond van straf of beloning, of een bevel of na dreiging met sancties (Koningsveld & Meertens 1986). Als de uitgeoefende macht als wettig wordt erkend en de voorschriften zijn aanvaard, behoeven degenen die macht hebben deze aanvaarding slechts te ondersteunen door beheersgedrag, zoals het houden van afstand, het afweren van emotionele betrokkenheid, het vermijden van overleg en discussie, en het hanteren van strategische communicatievormen (Siegrist 1978).

Onderhandelen over de samenwerking

Een belangrijke aanwijzing voor de beheers-gerichtheid van een verpleegafdeling is de mate waarin artsen bereid zijn verpleegkundigen als onderhandelingspartners te accepteren bij het maken van afspraken over samenwerking. Dergelijke afspraken zijn niet beperkt tot het visitelopen, informatie over patinten en bereikbaarheid van artsen. Zij hebben vooral betrekking op toepassing en wijze van uitvoering van standaardprocedures bij de verschillende ziekte-trajecten ('illness trajectories', Strauss et al. 1985). Bij relatief onproblematische trajecten, zoals eenvoudige heelkundige ingrepen, kan de chirurg volstaan met enkele globale aanwijzingen omdat de hoofdverplegende weet welke standaardprocedures moeten worden toegepast. Deze laatste hoeft slechts de taken aan het verpleegkundig personeel toe te wijzen en controles uit te voeren. Als de 'machine' volgens plan werkt zal de patiënt als object van zulke standaardprocedures na een bepaald aantal dagen het ziekenhuis verlaten. Als er afwijkingen zijn van het algemene patroon, bijvoorbeeld als een patiënt een infectie oploopt, zullen nieuwe standaardprocedures in werking worden gesteld om het traject bij te stellen. Gecompliceerde trajecten vereisen echter meer onderlinge afstemming tussen specialist en hoofdverpleegkundige. Ook in zulke situaties is het onzeker dat het verpleeghoofd als gelijkwaardige onderhandelingspartner door artsen wordt geaccepteerd. Als artsen het initiëren of wijzigen van afspraken met verpleegkundigen definiëren in termen van onderhandeling, impliceert dat een meer gelijkwaardige onderhandelingshuishouding (De Swaan 1982). Bij onderhandelingsrelaties wordt uitgegaan van verschillen in kundigheid en perspectief die door wederzijdse beïnvloeding ten behoeve van gezamenlijke belangen overbrugd dienen te worden. Hoewel het onderhandelen in ziekenhuizen anders verloopt dan bijvoorbeeld in politieke partijen of van werkgevers en vakbonden, is wat er op het spel staat vergelijkbaar met elk ander onderhandelingsproces: de ene partij probeert de ander over te halen tot samenwerking op voorwaarden die voor de eerstgenoemde voordelig zijn. Op sterk beheers-gerichte verpleegafdelingen zal er een geringe bereidheid tot onderhandelen zijn. Als dit leidt tot stroeve verhoudingen, wederzijdse irritaties en vermijdingsgedrag, bestaat de kans dat het ongenoegen over de slechte samenwerking wordt afgewenteld op patiënten (probleemverschuiving).⁶

Toepassing van reductiestrategieën

Beschouwingen over de beheers-gerichtheid van het ziekenhuispersoneel in de relatie met patiënten zijn vaak sterk gekleurd door de Goffmans ideeën over het functioneren van totale instituties. Hoe interessant dit begrip ook mag zijn voor de analyse van dwangpraktijken bij speciale categorieën van de buitenwereld afgesloten, rechteloze individuen in bijvoorbeeld gevangenkampen, psychiatrische inrichtingen en militaire opleidingsscholen, in ziekenhuizen kan het begrip hooguit dienst doen als metafoor. Deze is bruikbaar om strategieën op het spoor te komen, die het personeel in staat stellen zorgsituaties te controleren en de voorspelbaarheid van het handelen te vergroten. Maatregelen die tot doel hebben de hoge werkdruk en fysieke en emotionele overbelasting van het ziekenhuispersoneel te reduceren worden reduc-

tiestrategieën genoemd. In beheers-gerichte zorgsituaties kan een onderscheid worden gemaakt tussen preventieve en reactieve reductiestrategieën:

Preventieve reductiestrategieën zijn maatregelen waarmee patinten in het ziekenhuisregime worden ingelijfd en de individuele speelruimte en gedragsvrijheid worden beperkt. Zo'n maatregel is bijvoorbeeld een dagschema met vaste tijdstippen waarop de bevrediging van basisbehoeften plaatsvindt. Er wordt een collectieve dagindeling opgelegd waarin slapen, waken, eten, enzovoort, deel zijn geworden van een gereguleerd zorgpatroon. Verder worden patiënten beperkt in hun bewegingsvrijheid. Verwacht wordt dat zij zich permanent beschikbaar houden, zodat eventuele onderzoeken of behandelingen van verschillende gespecialiseerde functiekringen, elk met een eigen werkrooster en dagindeling, geen onnodig uitstel ondergaan. Tenslotte, zijn de contacten die patiënten met de buitenwereld mogen onderhouden gelimiteerd. Het instellen van afgeperkte bezoektijden, vaak medisch gelegitimeerd ('vermoeidheid gaat genezingsproces tegen') voorkomt hinderlijke inmenging en controle van buitenstaanders en verschaft de staf verdere speelruimte om zijn taken ongestoord te verrichten.

Reactieve reductiestrategieën hebben tot doel het articuleren van individuele wensen van patiënten te belemmeren, hun initiatieven tot contact, vragen om informatie, aandacht en steun, zodanig af te houden dat de standaardprocedures niet worden verstoord. Emotioneel belastende interacties worden vooral beperkt door twee soorten tactieken. Vermijdingstactieken bestaan uit het inperken van het waarnemingsveld van de zorgverlener (druk bezig-zijn, ontwijken van de patiënt, niet reageren op pogingen tot contact), van het inlevingsmoment (contacten met patinten kort houden), en van het uitdrukkingsmoment (slechts mededelingen doen van zakelijke aard en iedere dialoog of discussie ontwijken). Immuniseringstactieken kunnen onder meer bestaan uit het zich afsluiten voor vragen om (extra) aandacht of andere noden van patiënten (cf. Bosch 1984: 178; Siegrist 1978: 15).

Het zou onjuist zijn om de conclusie te trekken dat beheers-gerichte reductiestrategieën al te gemakkelijke en daarmee verwerpelijke of zelfs immorele oplossingen bieden voor het dilemma van functioneel rationele of meer diffuse rolrelaties. Want volgens welke maatstaf moet zo'n beoordeling plaats vinden op grond van het belang van de zorgverleners of van de patiënten? Dat een oordeel hierover problematisch is, kan worden geïllustreerd met een studie waarin beschreven staat op welke wijze ook patiënten belang kunnen hebben bij bepaalde reductiestrategieën van zorgverleners. Het betreft een analyse van De Swaan over de wijze waarop personeel en patinten in een kankerziekenhuis gezamenlijk belang hebben bij een therapeutisch regime dat gericht is op het reduceren van onzekerheden en angst over de afloop van het ziekteproces. De Swaan beschrijft hoe via dit 'systeem van de hoop' het 'irrationele' domein van angst, hoop en affect onder controle wordt gehouden. De complementaire belangen van genezingzoekende patiënten en op zelfhandhaving gerichte stafleden, houden een regime in stand dat alle betrokkenen dwingt tot zelf-dwang. Aanpassing aan dit regime kan de patiënten reductie van angsten ('security operation'), geruststelling en hoop op genezing opleveren. Ook het personeel biedt deze

aanpassing de mogelijkheid een te grote emotionele betrokkenheid te voorkomen en de persoonlijke gevoelshuishouding in balans te houden. Als grondregel geldt immers: "Wie breekt betaalt." Wie de patiënten ongerust maakt, de bezwering van het regime doorbreekt door bijvoorbeeld slecht nieuws te vertellen, moet er zelf voor zorgen dat de patiënt kalmeert en het decorum van de ziekenzaal wordt hersteld (De Swaan 1982: 198).

Ontkenning van het dilemma van legitimiteit

Voor de beheers-gerichte zorgsituaties is er een tendens het dilemma van functioneel rationele of morele legitimiteit te transformeren tot een probleem waarover de professie een oplossing dient te verschaffen, omdat deze zowel een oordeel kan vellen over de functionele rationaliteit als de relevantie en zinvolheid van het zorgverlenend handelen. Het probleem van deze oplossing is dat daardoor de situatie ontstaat dat technische mogelijkheden gelijk worden gesteld met morele noodzaak ("Wat technisch mogelijk is moet kunnen"). Daarmee is het dilemma van de legitimiteit niet opgelost, omdat de ongekennde mogelijkheden om ziekte te bestrijden en mensen in leven te houden met de beste technieken en middelen, wel een functionele maar geen morele legitimiteit kent. Anders gezegd, beheers-gerichte zorgsituaties kenmerken zich door de tendens het dilemma van de legitimiteit op te lossen door het te ontkennen. Hoewel dit het meest duidelijk aanwezig is voor de geneeskundige beroepsgroep, geldt dat ook voor verpleegkundigen en directieleden (of diensthoofden). Kritische bezinning over de sterke en zwakke kanten van de legitimiteit van het professionele handelen, en een rationele afweging van de waarde en het 'maatschappelijke nut' van geneeskundige bijdragen draagt verder bij tot een uit de weg gaan van het dilemma van legitimiteit.⁷

Beschouwing: zorgcultuur en identiteit

In dit artikel zijn twee typen zorgcultuur behandeld op basis van de uiteenlopende wijzen waarop wordt omgegaan met de dilemma's die spelen in de samenwerking tussen de zorgverleners, de relatie met patiënten en met de buitenwereld. Beschreven werd dat in de beheers-gerichte cultuur vooral oplossingen worden gekozen zoals onderhandelen over de samenwerking tussen de stafleden, het hanteren van communicatieve reductie-strategieën in de contacten met patiënten en het ontkennen van legitimiteitsproblemen. In de communicatie-gerichte zorgcultuur daarentegen speelt het gemeenschappelijke perspectief op de zorgverlening, een belangrijke rol bij de nagestreefde oplossingen, omdat het de weerstand voedt tegen moreel onwenselijke doch rationeel noodzakelijke wijzen van organiseren, tegen distantie in de relaties met patiënten en tegen een strategisch-zakelijke benaderingen van de buitenwereld. Vanuit het gedeelde perspectief probeert men oplossingen te vinden voor de drie dilemma's, zoals het organiseren van groepsbijeenkomsten, betere structurering van patiënt-contacten en het creëren van veilige 'binnencirkels' ten behoeve van gedachtenuitwisseling tussen gelijkgestemden.

Als we de aard van de oplossingen voor deze dilemma's in de communicatie-gerichte zorgcultuur⁸ van de antroposofische kliniek nader beschouwen, dan is het mogelijk daaraan een andere, tot nu toe in het betoog onderbelichte, betekenis toe te kennen. De communicatieve middelen, zoals werkoverleg, vergaderingen en patiënt-besprekingen, hebben namelijk niet alleen een probleemoplossende betekenis, maar zijn tevens middelen om een gedeeld begrip en gemeenschappelijke situatiedefinities te ontwikkelen. Door veelvuldig meningen en standpunten uit te wisselen en uitvoerig te discussiëren ('praatcultuur'), wordt niet alleen een gedeelde werkelijkheid tot stand gebracht, maar worden tevens gevoelens van solidariteit en cohesie opgeroepen. Zulke gevoelens, die betrekking hebben op de beleving van de grens tussen 'wij' en 'zij', hebben een belangrijke functie voor de versterking van de eigen culturele identiteit. Ze dragen bij tot het antwoord op vragen zoals "Wie zijn wij, wat is ons bestaansrecht, wat is onze plaats in de gezondheidszorg?" (cf. Schein 1990: 128). Zulk soort vragen gelden zowel op het collectieve als op het individuele niveau. Want voor de individuele zorgverlener verschaft de zorgcultuur in de kliniek mogelijkheden tot identificatie, soms van langdurige aard zoals bij de senior werknemers, soms van tijdelijke aard zoals bij de 'zoekers', voor wie het werken in deze kliniek een fase in een ontwikkeling van de identiteit betekent. Wat dat betreft kan men zeggen dat cultuur de organisatie evenzeer een eigen gezicht geeft als identiteit het individu.

Noten

Ate Nievaard is als universitair hoofddocent verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij promoveerde op het proefschrift *'Triaden in het ziekenhuis; een sociologisch onderzoek naar artsen, verplegenden en patiënten'*. Zijn publikaties gaan voornamelijk over onderwerpen op het terrein van de medische sociologie en (kwalitatieve) methodologie. Op dit moment doet hij onderzoek naar instellingsculturen van verpleeghuizen.

1. Dat binnen culturele verschijnselen zelf ook spanningen aanwezig zijn, door het bestaan van tegenstrijdigheden, paradoxen of dilemma's, wordt markant beschreven in het werk van Zijdeveld (1988: 98 e.v.). Zo signaleert hij het bestaan van drie fundamentele dilemma's in de samenleving: het dilemma tussen vrijheid en onvrijheid, gelijkheid en ongelijkheid, solidariteit en egosme. Vanuit de invalshoek van de cultuur analyseren Van der Loo en Van Reijen (1990: 118-59) de paradox van de rationalisering, met pluralisering aan de ene en generalisering aan de andere kant.
2. Deze onderzoeksgroep bestond uit Henriëtte Koomans (organisatie-deskundige), Michel Wismans (econoom en socioloog), en de auteur van dit artikel.
3. Omdat de Zeylmankliniek meegezogen dreigde te worden in het faillissement van haar voormalige partner Bergh en Bosch, heeft zij vrijwillig eind november 1993 haar deuren gesloten. De sluiting van de kliniek is tijdelijk bedoeld. Met medewerking van de overheid is men van plan elders de antroposofische ziekenhuiszorg voort te zetten.
4. Hoewel de patroonvariabele functioneel-specifieke versus diffuse rolrelaties oorspronkelijk door Parsons (1951: 456-58) is gebruikt om de arts-patiënt relatie te beschrijven, is het begrippenpaar ook geschikt voor de analyse van dilemma's in de relatie tussen zorgverleners en patiënten.
5. Voorbeeld: "Een patiënt kan gezwollen benen (oedemen) hebben of koorts. Oedemen ontstaan als het etherlichaam in het vloeistoforganisme van de benen onvoldoende ingrijpt, koorts berust meestal op een verhoogde activiteit van de ik-organisatie. Zo kan men ieder waarneembaar ziektesymptoom

duiden als een gebaar, tot stand gekomen door een te sterk of te zwak ingrijpen van een van de wezensdelen" (Brochure 1990: 7).

6. Voor een beschrijving van de condities waaronder het verschijnsel probleemverschuiving of het zondebokmechanisme optreedt in de driehoeksverhouding (triade) arts-verpleegkundige-patiënt, zie: Nievaard 1986.
7. Een uitzondering hierop vormt bijvoorbeeld de kritische bijdrage van Dunning 1981.
8. De communicatie-gerichte zorgcultuur is een fraai voorbeeld van een zogenaamde 'corporate culture', waar de kernwaarden ('core values') door zoveel mogelijk leden van de organisatie worden gedeeld. Corporate cultures zijn 'sterke' culturen ('alle neuzen dezelfde richting uit'), waarvan vele managers in navolging van cultuurgoeroes zoals Peters en Waterman (1982) geloven dat ze de sleutel tot succes vormen. Bedrijfs- of organisatiecultuur heeft de associatie met snelle maakbaarheid van de organisatie, gevoelens van lotsverbondenheid, hoge werkmotivatie en gemeenschappelijke normen en waarden onder de medewerkers. Voor deze begerenswaardigheden stoppen managers hun kostbare tijd en een forse hoeveelheid geld in overlevingskampen, dagjes op de hei, trainingen en peperdure adviseurs. Tal van voorbeelden tonen evenwel dat pogingen om een organisatiecultuur met zulk soort middelen af te dwingen veelal mislukken of averechts werken (Koot 1990; Frissen 1989).

Literatuur

- Bosch, C.F.M.
1984 *Betrokkenheid op de verpleegafdeling*. Lochem: De Tijdstroom.
- Brochure
1990 *Antroposofische geneeskunst*. Zoetermeer: Centrum Sociale Gezondheidszorg.
- Dunning, A.J.
1981 *Broeder ezel*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Frissen, P.H.A.
1989 *Bureaucratische cultuur en informatisering*. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij.
- Habermas, J.
1981 *Theorie des kommunikativen Handelns*, Band I, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Koningsveld, H. & J. Meertens
1986 *Communicatief en strategisch handelen*. Muiderberg: Coutinho.
- Koot, W. & I. Hogema
1990 *Organisatiecultuur; fictie en werkelijkheid*. Muiderberg: Coutinho.
- Loo, H. van der & W. van Reijen
1990 *Paradoxen van modernisering*. Muiderberg: Coutinho.
- Mannheim, K.
1940 *Man and society in an age of reconstruction*. Londen: Routledge.
- Nievaard, A. C.
1986 *Triaden in het ziekenhuis*. 's-Gravenhage: VUGA/LISBON.
1988 Aanpassing van ziekenhuispatiënten: een onderzoek naar beheers- en communicatie-gericht handelen. In: A.Ph. Visser (red.) *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten*. Lochem: De Tijdstroom, pp. 60-75.
- Parsons, T.
1951 *The social system*. Londen: Free Press of Glencoe, Collier-Macmillan Ltd.
- Peters, T. & R. Waterman.
1982 *In search of excellence*. New York: Harper & Row.

- Schein, E.H.
1990 *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schepers, R.M.J. & A.C. Nievaard
1990 *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Steen, W.J. van der
1991 *Denken over geneeskunde; een praktische filosofie voor de gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom.
- Siegrist, J.
1978 *Arbeit und Interaction im Krankenhaus*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek & C. Wiener
1985 *Social organization of medical work*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Swaan, A. de
1982 *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Wester, F.
1987 *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- Zijdeveld, A.C.
1988 *De culturele factor*. Culemborg: Lemma.