

# Rapport onderzoeksproject Rijks Psychiatrische Inrichting (R.P.I.) te Eindhoven

Instituut voor Ontwikkelingspsychologie, Bijlhouwerstraat 8, Utrecht Tel. (030) 33 11 23  
Rapport onderzoeksproject Rijks Psychiatrische Inrichting (R.P. I.) te Eindhoven

=====

"Als het zinloos is, dan bespaart ons dat een heleboel moeite, weet je, want dan hoeven we de zin ervan ook niet te zoeken."

(Uit: Alice in Wonderland, Lewis Carrol; geciteerd door L. van Eck in "Willen de patiënten wel anders", artikel in *M.G.V.* no. 5, jaargang 1975).

"The bewitchment of intelligence by means of language .... a picture held us captive and we could not get outside it, for it lay in our language and language seemed to repeat us inexorably".

(Uit: *Philosophical Investigations*, L. Wittgenstein).

In deze rapportage willen wij onze conclusies ordenen aan de hand van twee thema's. De talrijke data zoals we die verzameld hebben komen daarbij niet allemaal en niet helemaal aan de orde. Op dit moment lijkt ons de volgende aanpak echter de beste. De twee onderwerpen komen kort gezegd hierop neer:

1. We willen de communicatiestructuur binnen de R.P.I. bespreken.  
Uit de literatuur sinds Schwartz komt het belang van dit aspect van de inrichtingsstructuur steeds weer naar voren. Onder communicatiestructuur wordt verstaan: het geheel aan regels en praktijken waardoor beslissingen worden genomen, uitgevoerd en geëvalueerd (gecontroleerd). Hoewel elke werknemer binnen zijn werk zélf elk van deze soort beslissingen neemt ligt de nadruk - vaak zeer sterk - op één van deze activiteiten.
2. Het tweede onderwerp is de praktijk van het "psychiatrische behandelen" zoals de patiënt die elke dag meemaakt. Men zou dit het uiteindelijke doel van de inrichting kunnen noemen, dit is waar al het andere voor ten dienste moet staan.

## De communicatiestructuur

Een structuur die het handelen van de werknemers meer of minder bepaalt, heeft als belangrijk kenmerk: macht. Mensen die in zo'n structuur beslissingen nemen en de uitvoering daarvan controleren, hebben een andere positie dan mensen die de beslissingen uitvoeren.

Efficiënt beleid voeren is iets dat in de R.P.I. nooit mogelijk is geweest. Allereerst weet niemand wie de níét aan de Geneesheer Directeur gedelegeerde bestuursbeslissingen, namens de Staatssecretaris, moet nemen. Onduidelijk is voorts welke de aan de Geneesheer Directeur gedelegeerde bestuursbeslissingen zijn. Een efficiënte beleidsvoering wordt bemoeilijkt, doordat verschillende stafafdelingen van betrokken ministeries in bepaalde beleidsbeslissingen betrokken moeten worden. De Geneesheer Directeur zegt niet te weten tot, hoever hij kan gaan bij het aanbrengen van veranderingen in de status

quo zonder last- en ruggespraak met het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Formeel kan bij nog geen boompje omhakken zonder overleg met een centrale overheidsinstantie. Formeel is staatssecretaris Hendriks verantwoordelijk voor het momenteel gevoerde beleid. [1](#)

De staatssecretaris legt de beleidsverantwoordelijkheid in handen van de Directeur Generaal. De Directeur Generaal is de hoogste ambtenaar van het ministerie. De Secretaris Generaal zorgt er voor dat de voorwaarden worden geschapen, waardoor het beleid uitgevoerd kan worden. Een beslissing is in de R.P.I. een beleidsbeslissing als er geld mee gemoeid is; d.w.z. er méér of duurder personeel (formatieplaatsen) of en bouwkundige veranderingen aan de orde zijn, aldus de Directeur Generaal. Aangezien er volgens de Geneesheer Directeur de laatste jaren een tendens is tot afname van het patiëntenbestand bij een gelijk gebleven personeelsbestand, komen er in de praktijk niet zoveel beleidsbeslissingen voor, die naar Den Haag moeten en gaan. Dat er binnen de R.P. I. zo moeilijk een doordacht beleid van de grond kan komen heeft o.a. met de zo gegroeide gang van zaken te maken. Het is daarbij zowel de manier waarop de macht tot het nemen van beslissingen verdeeld is als de feitelijke onduidelijkheid die werkzaam is. Hierop komen we later terug.

Een zeer directe consequentie is dat het voorbereiden van beleidsveranderingen in handen ligt van de Geneesheer Directeur die in de praktijk slechts tot een algemeen ad hoc beleid lijkt te komen. Het is op dit moment zo dat algemene beleidsbeslissingen worden genomen door de directie-staf. Deze staf bestaat uit de Geneesheer Directeur (van Borssum Waalkes), de Psychiatrisch Adjunct Directeur (Tilanus), en de Economisch Adjunct Directeur (Tibben). De Geneesheer Directeur is de baas, d.w.z. dat hij een deel van zijn taak als Geneesheer Directeur heeft gedelegeerd (toevertrouwd) aan de Adjunct Geneesheer-Directeur en de Economisch Directeur.

Er is voor elk personeelslid een omschrijving van taakinhoud (d.w.z. welke handelingen je behoort te verrichten en functie (vanuit welke positie je je handelingen verricht). Deze bestaat echter niet voor de hoge functies, d.w.z. artsen, psychologen en psychiaters. De directieadviseur aangaande het personeelsbeleid, de heer Wiek, verklaarde dat zo'n taak- en functiebeschrijving zinloos voor die groep is, aangezien niemand genoemde personeelsleden effectief kan beoordelen. Dat houdt in dat een arts, psycholoog of psychiater niet gedwongen kan worden een algemeen R.P. I. beleid uit te voeren. De heer Wiek schreef genoemd verschijnsel toe aan twee dingen: allereerst is voor een beoordeling nodig de chef en de daaropvolgende chef. De chef voor deze groep zou de Geneesheer Directeur zijn.

De daarop volgende chef is op de R.P.I. niet werkzaam. Als de arts, psychiater of psycholoog het niet met zijn beoordeling eens zijn zou de directeur generaal als daaropvolgende chef van de geneesheer directeur een oordeel moeten vellen.

Volgens de Geneesheer Directeur kent de Directeur Generaal het betrokken personeelslid niet. Hieruit lijkt de Geneesheer Directeur de praktijksituatie te verklaren en te vergelijken waarin hijzelf als allerhoogste (beroeps- en beoordelings-) autoriteit binnen de R.P.I. geldt.

Hierbij plaatsen wij twee kanttekeningen:

- de geneesheer directeur beoordeeld lagere personeelsleden op grond van informatie verkregen van de desbetreffende personen. Hij moet deze oordelen over personeelsleden die jij niet kent. Deze zelfde situatie geldt ook voor de Directeur Generaal, die de kaderleden van de R.P.I. zou moeten beoordelen;

- het blijkt dat het in de praktijk wel mogelijk is het lagere personeel van de happy te beoordelen, terwijl het beoordelen van het kaderpersoneel, aldus de geneesheer-directeur, niet mogelijk is.

Dit proces is te pijnlijk voor alle betrokkenen, zodat het beoordelen niet plaatsvindt.

Ten tweede zou een andere beoordeling door de Directeur Generaal als dat van de eerste beoordelaar (de Geneesheer Directeur) terugslaan op de Geneesheer Directeur, die daarmee zijn eigen positie zou ondermijnen. Het niet beoordelen, respectievelijk evalueren, respectievelijk controleren aan de handelingen van een topgroep, heeft diepgaande consequenties voor de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. We zullen daar nog op terugkomen.

Ten aanzien van het fundamentele onvermogen om binnen de R.P.I. tot een gefundeerd en gecoördineerd beleid te komen het volgende.

Een essentieel punt hierbij is het probleem van de ‚professionele handeling‘.

Een arts of psychiater beroept zeg bij zijn handelen op de eigen medische verantwoordelijkheid. Dat houdt in dat een Geneesheer Directeur geen beoordeling van het medisch handelen van zijn artsen en psychiaters kan maken.

Slechts het medisch tuchtcollege heeft hier een formeel recht van spreken. Net zomin als iemand op de R.P.I. weet wat een beleidsbeslissing is, weet iemand wat een niet-medische handeling van een arts of psychiater is. [2](#)

De arts kan zijn handelingen (medisch of niet medisch) dus vrijwel altijd onaantastbaar maken door een beroep op zijn medische verantwoordelijkheid te doen. De medici gehoorzamen ongetwijfeld de door hem afgelegde eed, om hun kennis in dienst van de genezing van hun patiënten te stellen. De artsen hebben echter geen eed afgelegd, die hen verplicht ervoor te zorgen dat ze voldoende en relevante kennis bezitten. Dit is niet alleen hun individuele verantwoordelijkheid maar een zaak die de hele maatschappij aangaat en daarom ook door de maatschappij gecontroleerd hebben geëist kan en moet worden.

Dit is een principiële probleem voor de geneesheer directeur. De artsen, psychiaters en psychologen hoeven zich niets aan te trekken van door de Geneesheer Directeur ontwikkelde ideeën over behandelingsbeleid. Hiermee vervalt de basis van waaruit een door de Geneesheer Directeur gecontroleerd R.P.I.-beleid zou moeten starten. De Geneesheer Directeur en daarmee zijn beleidsbepalende staf heeft geen middelen om effectief ‚beleid te maken‘.

De macht van de staf is, bij gebrek aan het effectieve macht om zijn beleid door te zetten, gelegen in zijn handelingsvaardigheid. Een onverwachte analoog met de ondernemingsraad.

De taak van de Adjunct Geneesheer Directeur (Tilanus) is het ontwerpen van een nieuw beleid. Dit onderwerp vormt samen met de Lopende Zaken, en economische zaken de inhoud van de wekelijkse stafbesprekingen. Het is voor ons onduidelijk welke inhoud de taak van Economisch Adjunct Directeur der R.P.I. is. Het is volstrekt niet te achterhalen wat er tijdens de staf besprekingen wordt besproken.

Aangezien er door ons geen vergaderingen zijn bijgewoond, hebben we getracht om officiële notulen te krijgen. [3](#) Die waren er echter niet. Hoe de vergaderstijl is, hoe de besluitvorming in dit minicollège verloopt, welke besluiten er nu eigenlijk vallen met welke argumentering, het is niet alleen ons maar iedereen op de R.P.I. die ze zelf niet bijwoont, volstrekt onduidelijk.

Dat voor een democratisch besluitvormingsproces openheid van bestuur een eerste vereiste is, is even duidelijk als het feit dat daar binnen de R.P.I. geen sprake van is.

In hoeverre dit van invloed is op de gang van zaken zullen we nu onderzoeken.

De 'directiebesprekingen', zo stelt de Geneesheer Directeur, 'zijn beleidsoverleggend'. Ieder voornemen wordt getoetst in de onderscheiden lijnbesprekingen, waarna de beslissing genomen wordt. Dit moge een formeel juiste analyse van het gebeuren zijn, het is zeer zeker een onvolledige (en daardoor de zaken verwarrende) analyse: de praktijk leert n.l. anders.

(Binnen de R.P.I. bestaan 4 organisatorische eenheden (units), die elk een eigen patiëntenpopulatie verzorgen c.q. behandelen. Deze unitstructuur bestaat in de huidige vorm pas sinds enkele jaren. De basisgedachte erachter is echter oud en stamt uit het begin van de R.P. I. toen men de groep forensische psychiatrische patiënten van de andere patiënten afzonderde. Aanpassing aan een meer moderne opvatting heeft tot het huidige unitsysteem geleid, waarbij men 4 patiëntgroepen onderscheidde en daaruit resulterend 4 functies voor de R.P.I., (waarbij sinds enige tijd de functie van psychiatrische polikliniek is gekomen). Men streeft ernaar een patiënt binnen de unit te behandelen c.q. begeleiden). De Geneesheer Directeur stelt dat in de lijnbesprekingen (bedoeld wordt de unit-besprekingen) de beslissingen genomen worden. De 4 units hebben elk eenmaal per 14 dagen overleg met de Geneesheer Directeur. Deze unitbesprekingen worden in elk geval bijgewoond door het betreffende verpleegkundig unithoofd (verpleeghoofd) en een arts of psychiater (het medisch hoofd). De Geneesheer Directeur bepaalt wie er aan de bespreking deelnemen. De Geneesheer Directeur is voorzitter (q.q.) van de vergadering. De Geneesheer Directeur produceert de notulen. In deze zeer korte notulen worden de besproken onderwerpen en eventuele besluiten daaromtrent puntsgewijs en per unit samengevoegd en samengevat.

De vergaderingen vinden plaats 's ochtends van 8.45 u. tot 10.00 u. Men werkt met een vaste agenda. Soms zijn er bepaalde ingekomen stukken die besproken worden.

Meestal komen punten van meer algemeen belang ter sprake. Over het algemeen is er tijdens deze vergaderingen géén sprake van een al- of niet strak geleide discussie over de aangesneden onderwerpen.

Kenmerkend voor deze besprekingen is verder dat de Geneesheer Directeur het initiatief neemt tot het aansnijden van een bepaald punt. Meestal gaat dat in de vorm van een vraag in het algemeen en aan niemand persoonlijk, of soms in de vorm van een korte verhandeling zijnerzijds.

Er ontstaat dan een vrij formeel vraag- en antwoord-spel, onderbroken af en toe door een grapje, concrete en/of detail vragen worden aan de op dat terrein deskundige aanwezigen gesteld. De Geneesheer Directeur trekt de conclusies en neemt de beslissingen. Dit gebeurt expliciet en wordt bevestigd via de unit notulen die in feite niet meer zijn dan besluitenlijsten.

De overheersende positie van de Geneesheer Directeur is niet het resultaat van het hier geschetste vergaderritueel, het vergaderritueel is een afspiegeling van zijn positie. Het belang van een staf bij het onderbouwen van een standpunt is extreem groot.

Van een even groot belang is verder dat de Geneesheer Directeur als enige in deze vergaderingen kan aangeven wat de haalbaarheid van beslissingen is in financieel-economisch opzicht, en of de besluiten haalbaar zijn bij 'het ministerie'. Er zijn geen openbare beleidsnota's waarin uitgangspunten, doelstellingen, meerjarenplanning uit de doeken wordt gedaan.

Dit heeft als consequentie dat de Geneesheer Directeur van elke aparte beslissing wel moet aangeven of die 'haalbaar' is. Haalbaarheid is dan een oncontroleerbaar begrip op die manier. Als de onderscheiden afdelingen een beleidsvisie ontwikkelen, is onduidelijk in welk groter kader dat zou moeten worden geplaatst en bediscussieerd, dit gebeurt

dus niet. Hierdoor wordt een planmatige opbouw van een behandeling, gebaseerd op een inhoudelijke visie t.a.v. behandeling en gestructureerd en getemporeerd door de personele en materiële middelen, onplaatsbaar.

„Begin 1960 viel er een grote achterstand qua behandelingsaanbod en achterliggende filosofie goed te maken. De inrichting heeft zich sinds die tijd opgestoten in de vaart der inrichtingen. Er kwam een beter en breder behandelingsaanbod. Als je de inrichting van nu vergelijkt met het verleden - en dat is nog helemaal niet zó lang geleden - dan is er veel verbeterd. Ook nu nog verandert er veel. Over een jaar is alles wéér veel beter. Ja juist de laatste paar maanden, 't laatste half jaar is de sfeer totaal veranderd ...”

Het bovenstaande is de collage van opinies zoals die door personeel tegen ons werden geuit. Een optimisme dat met allerlei feitjes inhoud werd gegeven.

Kleine dingetjes, maar toch ... het ging de goede kant uit op die manier. We staan sceptisch tegenover deze meningen. De uitspraak van de Geneesheer Directeur in verschillende toonaarden dat 'alleen stilstaande poelen stinken' en dat 'veranderingen onrust voorkomen', komt ons in deze meer realistisch voor. Er is binnen de huidige beslissingsstructuur iets fundamenteel mis.

Allereerst kunnen artsen e.d. hun filosofietjes over de gang van zaken op afdelingen, therapieën, ja zelfs technische en civiele diensten vnl. zwaarwegende gevolgen geven. Dit betekent dat de afdelingsarts kan bepalen in welk klimaat, binnen welke grenzen patiënten worden behandeld.

De andere personeelsleden hebben weinig meer keus dan zich hierbij neer te leggen.

Ten tweede heeft de communicatie over beleid, op welk niveau dan ook, weinig zin als de artsen deze gedachten uitwisselingen niet tolereren. De problemen die ontstaan als het personeel veranderingen wil waar de arts niet rijp voor is, kunnen alleen door overplaatsing van de arts worden opgelost of door het negeren van de opinies zoals het personeel die dan heeft ontwikkeld. De communicatie over veranderingen is daarmee afhankelijk van onjuiste factoren. <sup>4</sup> In een situatie zoals hier geschetst is het duidelijk dat de gang van zaken afhankelijk is van factoren die niet expliciet zijn. Er kan zich geen discussie ontwikkelen waaraan door de meest directe betrokkenen wordt deelgenomen. De veelal onuitgesproken en impliciet blijvende ideeën van een zeer bepaalde groep bepalen wát op een afdeling als normaal wordt gezien. Een proces dat in de ‚maatschappij‘ ook, en ook op zo’n rustige wijze, plaats vindt.

Dit nu heeft 2 consequenties:

Allereerst vindt geen evaluatie plaats van de uit de impliciete filosofietjes resulterende gang van zaken. Aangezien deze ideeën niet als ideeën worden gezien maar als ‚common sense‘ achtige feiten. Een voorbeeld ter toelichting:

Als in een vergadering van het behandelingssteam van Opname I van de F.P.K. zich het volgende discussietje afspeelt: de arts vertelt dat een bepaalde patiënt hasj gebruikt; zolang hij daar aan verslaafd is, zijn verdere plannen van weinig nut met hem. Een verpleger reageert hierop door voor te stellen dat hasj helemaal niet verslavend is en dat gebruik ervan net zo onschuldig is als het drinken van een pilsje op z'n tijd. (Een discussie over filosofie achter gedrag en gewoonten die al of niet 'normaal' zijn). De arts beëindigt dit meningsverschil door snedig op te merken dat "hij dan nooit meer pils drinkt”.

Einde discussie, met de patiënt zal men 't eerst maar eens aanzien.

Een tweede consequentie is dat de overgeleverde traditie rond een afdeling overmatig lang onaangetast blijft bestaan. Dit blijft min of meer versluierd, immers er veranderen talloze dingen. Bijvoorbeeld, de witte jassen gaan uit bij de verpleging, maar de idee achter de witte jas - de drager ervan is niet gek i.t.t. de niet-drager - komt niet aan de

orde. Als dan het naamplaatje wordt ingevoerd is dat niet omdat 't bezoek of de patiënt niet tegen de verwarring van gekken en personeel kan, maar veel meer omdat 't conservatieve deel van het midden- en hoger kader niet tegen die verwarring kan. Logisch, want de 'filosofie van de witte jas' is nooit herkend en nooit besproken. Men heeft de witte jas wel uitgerooid, maar is er niet uitgegroeid.

In één van onze gesprekken met de Geneesheer Directeur vroegen wij hem naar zijn ideeën over organisatiebureaus. Het door traditie bepaalde gebeuren op de R.P.I. zou een kritische analyse door zo'n bureau goed doen, stelden we toen.

Hij stelde dat een organisatiebureau niet adequaat kan opereren binnen de R.P.I. Het bureau is commercieel d.w.z. denkt allereerst aan de eigen economische belangen en dat is in eerste instantie zo lang mogelijk bezig zijn met een cliënt. Hier zijn we het mee eens - een bureau als Berenschot zal altijd op de laatste pagina's uitleggen hoe noodzakelijk vervolgonderzoek is en zal de conclusies nooit afronden.

Een tweede bezwaar was volgens hem dat zo'n bureau zijn conclusies aan de R.P.I. afdraagt en dan vertrekt, de inrichting moet zo'n rapport dan in de praktijk waarmaken. Dit lukt vrijwel nooit, zodat de waarde van zo'n rapport veelal gelegen is in het aandragen van ideeën. Binnen de R.P.I. houdt het directieteam zich daarmee bezig, vanuit een praktijkkennis die zo'n bureau maar moeilijk kan verwerven.

Beide kritiekpunten lijken ons meer dan geldig. Met de conclusie van de geneesheer Directeur dat de R.P.I. toch 't best haar eigen boontjes kan doppen kunnen we nog meevoelen, maar uit het bovenstaande verhaal mogen we toch ook concluderen dat pessimisme over de vaart van de reële vooruitgang van de R.P.I. gerechtvaardigd is. Welnu, het is meer realistisch en met de feiten in overeenstemming als tenminste eens duidelijk wordt wat men wil met patiëntenbehandeling.

Alvorens ons op het tweede thema te richten willen we hier schetsen wat er niet in het bovenstaande aan de orde is gekomen maar wat er toch direct mee in verband staat. Allereerst is in het bovenstaande niet concreet aangegeven hoe het communicatiepatroon in de hiërarchische organisatie van de R.P.I. van boven naar beneden en terug exact ligt. Hoewel dit per afdeling en per unit en per dienstensector verschilt zijn er fundamentele en functionele overeenkomsten. In het bovenstaande hebben we ons bezighouden met de tragische limiet van het huidige systeem. Een tragisch limiet omdat veranderingen alleen dan kunnen plaatsvinden als die passen binnen het huidige hiërarchische systeem.

Behalve deze limiet zijn er nog wel enkele wezenlijke kenmerken van de communicatiestructuur die een verdere analyse verdienen. Binnen het kader van dit geschrift zijn ze weggelaten. We doelen hiermee o.a. op de relatie tussen de emotionele carrière [5](#) en de werkverhoudingen binnen de R.P.I. die beide weer in directe relatie staan met de communicatiestructuur.

We doelen op de morele carrière, [6](#) waarvan de emotionele carrière onderdeel is, van het personeel en de kenmerkende stadia daarvan, bijvoorbeeld de onthutsende (ontgroeinings) ervaringen voor de leerlingverpleegkundige op de chronische afdelingen, op het 'kerkhof der psychiatrie.'

## **De praktijk van het psychiatrisch behandelen**

De reden dat er inrichtingen zijn is dat er 'vraag' naar is. Er zijn nog steeds patiënten voor. We zullen ons niet bezig houden met de vraag wie patiënten maakt. Een vraag die

ons wel bezig houdt, een vraag die in het brandpunt van de publieke belangstelling lijkt te staan, is de vraag naar de praktijk van de inrichting.

In wetenschappelijke geschriften van uiteenlopende pluimage wordt deze vraag beschuldigend gesteld aan de 'inrichtingspsychiatrie'. Opinieleiders als Foudraine hebben de inrichtingspsychiatrie veroordeeld als principieel onmenselijk, en de hoop en verwachting opgegeven dat een inrichting menselijk te maken zou zijn. Er is de laatste 15 jaar, sinds de publicatie van Goffmans "Asylum", veel vernietigends gezegd over de inrichtingen. De discussie en de theoretische publicaties hebben zich in die tijd afgezet tegen de klassieke inrichting en zijn een andere richting opgegaan. Het gevaar dat de kloof tussen de inrichtingspraktijk en de richting van de huidige wetenschappelijke benadering van de psychiatrie steeds groter wordt, waardoor de 'inrichting van vandaag' aan de 'traditie van gisteren' wordt overgelaten, is aanwezig.

Vrijwel alle inrichtingen hebben zich min of meer aangepast aan een veranderd tijdsbeeld aan een nieuwe tijdgeest. Een minieme en oppervlakkige facelift is het resultaat van tientallen jaren research met verpletterende conclusies. [7](#)

Verpletterende conclusies voor de 'praktijk van het psychiatrische behandelen' zoals de patiënt die elke dag meemaakt. Dit is de conclusie van organisaties als de 'Cliëntenbond', de 'Gekkenkrant', talloze JAC's en Releases en talloze progressieve clubjes, kortom van hen die 'de discussie' aangingen.

Enerzijds zijn de zakelijke argumenten tegen de traditionele inrichtingen al jaren lang bekend zonder dat dit ogenschijnlijk vruchten afwerpt. Anderzijds nemen de uitingen van emotionele afkeer door allerlei betrokkenen toe.

Feit blijft dat de namen van allerlei inrichtingen voor patiënten die er behandeld zijn soms de klank hebben van concentratiekampen. Iets dat o.a. door het lezen van de Gekkenkrant duidelijk wordt, iets dat in allerlei artikelen en steeds meer terloops als gegeven wordt vermeld. (Vergelijk de wijze waarop A. Korzec deze kwaliteit uitdeelt in 'Wetenschap en Samenleving', mei 1975).

En wat is de reactie van de inrichtingen op deze kritiek die ze als beledigend ervaren? Woede en verontwaardiging worden steeds meer vervangen door een schouderophalen, zonder dat daarbij reëel wordt ingegaan op de kritiek.

De dialoog tussen 'de inrichting' (d.w.z. allen die zich binnen de inrichting inzetten voor de behandeling van patiënten) en een kritische buitenwacht (die soms ook binnen de inrichting aanhangers heeft) wordt gekenmerkt door onbegrip voor de positie en de argumenten van de andere kant. We willen hier echter een abstracte discussie vermijden, omdat we vinden dat het wezenlijke onderwerp van de discussie, n.l. de praktijk van de inrichting, niet in een abstracte taal te vatten is.

In het volgende stuk is geprobeerd de gevoelens van ons in onze onderzoeksperiode op de R.P.I. samen te vatten en te analyseren.

Tijdens ons verblijf op de R.P.I. hebben we een duidelijk gevoel van onvrede met de situatie gehad. Een gevoel van onvrede enerzijds gevoed door de gebeurtenissen en toestanden waarvoor wij naar onze mening betere alternatieven konden bedenken. Anderzijds hadden wij een gevoel van onvrede over de totale behandeling van de patiënten. Telkens zagen wij om ons heen dat er zich allerlei menselijke drama's afspeelden. Drama's waarvoor wij na verloop van tijd steeds minder oog hadden. We kwamen er achter dat wij dit soort dingen steeds meer als normaal en onvermijdelijk gingen beschouwen. We leerden dat als we kritiek uitten of om opheldering vroegen, men klaar stond met verklaringen. Verklaringen waarop we op dat moment moeilijk adequate kritiek konden geven.

"Onder deze omstandigheden kunnen we niet anders."

"Die verantwoording kunnen we niet op ons nemen."

"De R.P.I. is, omdat het een rijksinstelling is een vergaarbak van lastige patiënten." Dit zijn de antwoorden die je zoal kunt verwachten. Het proces van afstomping dat wij tijdens ons verblijf hebben ondergaan vindt ongetwijfeld in verhevigde vorm plaats onder de verpleging. Wat anders kunnen zij doen dan de situatie accepteren zoals die is, als ze zelf geen concreet alternatief kunnen aandragen. Als elk alternatief wordt afgescheept met een redenatie als, "Ondanks het feit dat het een prachtig plan is, is het niet te realiseren." Deze onbevredigende situatie wordt vaak als minder onbevredigend ervaren door de situatie als onvermijdelijk te zien. Blijkbaar valt er dan nog een tijd mee te leven.

Waar het uiteindelijk allemaal om draait is de patiënt: de persoon die het kind van deze dure rekening is. Hij komt terecht in een volkomen ontmenselijkte en demoraliserende omgeving.

Hij wordt uit zijn eigen leefwereld gehaald en op een afdeling met uitsluitend seksegenoten geplaatst, waar men ontdaan van elke privacy, met velen een slaapzaal moet delen. Gedurende de eerste weken na opname kan men de inrichting niet verlaten. Voor weekendverlof en het verlaten van het paviljoen en terrein moet men toestemming vragen. Dit verloopt volgens een vrijheden-regeling. Men heeft het vooruitzicht minstens enkele maanden opgesloten te zijn, zo niet meestal veel langer. De behandeling bestaat meestal uit het nuttigen van medicijnen en het volgen van arbeids- en/of creatieve therapie, zonder dat aan de problemen van de patiënt wordt gewerkt, laat staan dat wordt getracht de óorzaken van de problemen weg te nemen.

Voortdurend worden er achter de patiënten deuren vergrendeld, zelf op de 'open' afdelingen gaan vroeg op de avond de deuren op slot.

Allerlei middelen zorgen er voor dat de patiënt onder controle wordt gehouden. Hekken, muren en gesloten deuren vervullen hierin hun rol. Voor de patiënt is het een bevestiging van het feit dat hij opgesloten zit. Opgesloten om zichzelf en de buitenwereld te beschermen. Er zijn echter nog andere middelen om de patiënt te controleren.

Schikt de patiënt zich niet dan kan hij er op rekenen dat zijn zakgeld of vrijheden worden ingehouden. Wordt hij te opstandig dan kan hij pillen, spuitjes, of in sommige gevallen een dwangbuis of een opsluiting in de isoleercel verwachten.

Aan deze en allerlei andere toestanden kan de patiënt weinig veranderen. Zijn enige greep op de situatie is zich rustig gedragen en dat gedrag te vertonen dat van hem verwacht wordt, om zodoende een voor hem zo gunstig mogelijke behandeling te verkrijgen.

Tekenend voor de situatie is een uitspraak van de Patiëntenraad " 'Je moet liegen om uit de inrichting te komen ...' "

Wij ervoeren na 7 weken een 'bedrijfsblindheid' en vooral een geestelijke uitgeputheid. De ontzetting omtrent afschuwelijke toestanden werd daardoor gedempt.

Een contact met patiënten op de afdeling leggen was een opgave waaraan we bijvoorbeeld in die toestand nauwelijks durfden denken en zeker niet beginnen.

In het bovenstaande is ingegaan op ons beleven van de inrichtingspraktijk. Naar ons idee heerst er een taboe binnen de R.P.I. rond het uiten van emoties zowel bij personeel als bij patiënten. Dat artsen geen emoties tonen t.a.v. wat dan ook, is misschien wat fors uitgedrukt. We hebben echter niet anders mee mogen maken. Emoties zijn zaken die patiënten hebben. Emoties van patiënten worden dan binnen aanvaardbare grenzen nog getolereerd: immers patiënten zijn ziek!

Het personeel op de R.P.I. is niet ziek en moet de patiënt behandelen, zij dienen zich te onthouden van emoties. Het uiten van gevoelens is een beetje vies en daarom wordt er met een bepaalde gene over gepraat, áls er over wordt gepraat. Het is dan ook niet belangrijk wie die gevoelens heeft. Mogelijk is hier sprake van een 'beroepsdeformatie' die



onvermijdelijk is. [8](#)

Mensen wordt echter nooit gevraagd naar, en begeleid bij hun gevoelens. De geformaliseerde relaties tussen mensen verhindert het spontaan praten over gevoelens. Het uiten van gevoelens wordt dan teveel als een vorm van zwakte gezien. Er is geen coaching in gevoelens; gevoelens worden zelfs niet bespreekbaar gemaakt. Het boven beschreven 'verschijnsel' wordt binnen de R.P.I. niet onderkend en er wordt niet middels een beleid aan gewerkt; het is geen probleem.

We willen hier duidelijk stellen dat ons niet voor ogen staat 'een gewezen en geknars der tanden', maar een herkennen en érkennen van gevoelens juist om een situatie zoals die op de R.P.I. heerst, ten einde daar (meer) verantwoord mee om te kunnen gaan. We hebben nu aangegeven welke 'werelden van verschil' bestaan tussen hen die zich binnen de inrichting inzetten voor de patiënt, (zonder buiten dit kader te willen/kunnen treden bij een evaluatie van hun activiteiten) en een kritische buitenwacht.[9](#)

Het is niet zo dat hetzij het ene kamp hetzij het andere kamp ethisch verwerpelijk redeneert, het is veel meer zo dat elk betoverd is door zijn taal en moeilijk uit zijn beeld van de realiteit kan stappen.

De hele organisatie, alle activiteiten, ze zijn allemaal bedoeld om de BEHANDELING mogelijk te maken. Wat stelt deze nu eigenlijk voor? We zullen proberen zulks zo feitelijk mogelijk aan te geven.

Met drie afdelingen hebben we ons intensief beziggehouden. Twee van deze drie waren opnameafdelingen, d.w.z. dat patiënten direct vanuit de maatschappij of via andere instanties (inrichtingen, P.O.K., huizen van bewaring of gevangenissen) hun inrichtingscarrière op de R.P.I. beginnen. De derde afdeling was een afdeling voor groepsgerichte behandeling van gemotiveerde, verbaal redelijk functionerende en sociale verantwoordelijkheid bezittende mensen.

De patiënt wordt naar de afdeling gebracht m.b.v. een ambulance, een taxi of een particulier vervoersmiddel met een arts of verpleger of minder spectaculair door familie of verwanten of heel soms door niemand.

De patiënt is nu patiënt geworden.

De patiënt krijgt een intake. Een arts inspecteert zijn lichaam o.a. op luis of blauwe plekken (zodat niemand van het personeel onrechtvaardig ervan beschuldigd kan worden de patiënt geslagen te hebben). De eventuele medicijnen worden ingenomen. Persoonlijke bezittingen o.a. kleding, wordt geadministreerd. De dokter tekent de intake en verdwijnt.

De patiënt krijgt een voorlichtingsboekje en wordt ingelicht omtrent de regels en de dagindeling. Men toont hem zijn bed. Daarna volgt behandeling.

Hoewel elke patiënt een individu is, blijkt dit uit relatief weinig dingen.

De patiënt heeft zijn rol gekregen, een rol die de patiënt elke minuut van alle etmalen die hij op de R.P.I. doorbrengt een soort gedrag aanreikt.

"Behandeling", zo zei een afdelingsarts ons, "is medicatie en het aanbieden van een gestructureerd dagprogramma".

Deze afdelingsarts denkt veelal in behandelingstermijnen van enkele maanden tot enkele jaren, zo zei hij ons.

Zijn prognoses worden meestal snel na de opname gemaakt. De behandeling bestaat dus uit psychofarmaca (de farmacotherapie) en uit arbeidstherapie en creatieve en andere paratherapieën. De patiënten kunnen de arts alleen spreken als ze hem toevallig op de gang, het verpleegkantoortje of op de therapie zien, gebieden die eenmaal daags door de arts bezocht worden. De arts werkt niet met een vast spreekuur of een patiëntenagenda. Dit maakt de dokter, mede door zijn talrijke ambtelijke verplichtingen (vergaderingen, rapporten, etc.) moeilijk bereikbaar voor de patiënt.

De psychofarmaca worden indien nodig 4 maal daags verstrekt, de therapie wordt 's

middags en 's ochtends bezocht. De rest van de tijd brengt de patiënt op de afdeling door. Als hij vrijheden krijgt mag de patiënt met of zonder begeleiding op het terrein lopen. Soms krijgt hij zoveel vrijheden dat ook het recht om buiten het terrein te lopen hem toevalt.

's Ochtends om 7.30 wordt iedereen gewekt. De patiënt ligt op een slaapzaal. Als hij langere tijd opgenomen is, is er een kans dat hij een eigen kamertje samen met een patiënt deelt. Dit is een luxe. De verpleging let goed op dat iemand bijv. niet vervuild. Gestichtsondergoed is altijd verkrijgbaar. De snit is wat ouderwets, maar het is degelijk spul. Als de patiënt in staat is zijn bed op te maken doet hij dat (dit is nml. regel). Dit gaat dreigende hospitalisatie tegen. Het ontbijt wordt door sommige patiënten, die daar genoeg vrijheden voor hebben, in het R.P.I. restaurant genuttigd. De rest eet in de recreatieruimte. De behandeling vangt elke dag aan met het ronddelen van de pillen, poeders en drankjes. Om half negen precies verzamelen alle patiënten zich bij de gesloten afdelingsdeur. Eerst trekken ze hun jas aan, om dan allemaal onder begeleiding van een verpleegkundige, naar het pasgebouwde therapiegebouw te gaan.

De therapie duurt van half negen tot twaalf uur, na de koffiepauze van 10.30 gaat iedereen naar zijn bezigheden of start met een andere bezigheid. Tussen de middag wordt er al of niet op de afdeling gegeten. En 's middags zit iedereen weer op de therapie van half twee tot vijf uur. De theepauze onderbreekt het programma zoals de koffiepauze dat 's ochtends doet. 's Avonds zit men in de recreatiezaal en gaat vroeg naar bed.

Dat is zo ongeveer de hele behandeling.

Er gebeuren meer dingen. Er komt, vooral als een patiënt minder dan een jaar in de R.P.I. verblijft en als hij uit de regio Eindhoven stamt nog wel eens bezoek. Als de arts het toestaat tenminste, iets dat de eerste 6 weken meestal niet gebeurt.

Het overgrote deel van de patiënten op de R.P.I. wordt zo behandeld. Het gebeurt al jaren lang zo en het is niet noodzakelijk dat het zo gebeurt en dat het zo zal blijven gebeuren. Een patiënt kan statistisch gezien rekenen op enkele minute aandacht per week van een arts. Er zijn er veel die minder en weinig die meer dan die tijd krijgen. Die ontzaglijke inspanning, al dat werk levert niet meer op dan het bovenvermelde "netto-effect".

Op de lezer mag het wat somber overkomen, de toestand is echter zo somber.

De R.P.I. kan met geen mogelijkheid de pretentie waarmaken dat een aldaar opgenomen patiënt een behandeling krijgt, die aan de mens recht doet.

Het poneren van een dergelijke stelling lost op zich niets op.

Dit verslag op zich lost óók niets op, maar kan mogelijkwijs een bijdrage zijn tot een verdere kritische bezinning.

Het wil dit ook zijn.

Utrecht, maart 1976

R.P.I. project

## Bijlage

In de periode van het onderzoek werd een bestuurscommissie ingesteld, met het oogmerk te komen tot een betere beslissingsvaardigheid en een betere planning op langere termijn.

Ruim twee jaar geleden werd door de toenmalige Minister van Volksgezondheid, de heer L.B.J. Stuyt, het besluit genomen te onderzoeken op welke wijze de R.P.I. verzelfstandigd kon worden, bijv. door de R.P.I. onder te brengen in een stichting.

Op deze manier zou de R.P.I. los komen te staan van het ministerie en een zelfstandige inrichting worden.

Aan deze verzelfstandiging waren verscheidene voordelen verbonden. Men zou efficiënter beleid kunnen voeren, efficiënter omdat men niet meer te maken zou krijgen met de trage ambtelijke molen. Zo zou men bijv. ook niet meer te maken krijgen met bouw- en personeelsstops.

Aan deze verzelfstandiging kleefden echter ook bezwaren. Het personeel zou zijn status als ambtenaar verliezen. Met het verliezen van het ambtenaarschap zou men de voordelige pensioenregeling en de gunstige rechtspositie die aan het ambtenaarschap verbonden is verliezen.

De vakbonden hebben zich om deze reden verzet tegen deze verzelfstandiging, zodat dit voornemen afgestuit werd.

In de huidige bestuursvorm van de R.P.I., wordt de R.P.I. bestuurd door de bestuurscommissie. In dit bestuur hebben o.a. verscheidene ambtenaren van het ministerie zitting.

De Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne blijft verantwoording dragen voor het gevoerde beleid.

In deze bestuursvorm blijft het personeel zijn ambtelijke status behouden en kan men, als dus de Geneesheer Directeur, 'komen tot een betere beslissingsvaardigheid enerzijds en een betere long-time planning anderzijds'.

In de commissie hebben zitting:

- de plv. Directeur-Generaal van Volksgezondheid (tevens voorzitter)
- het Hoofd van de Afdeling Comptabiliteit
- het plv. Hoofd van de Afdeling Organisatie
- het Hoofd van de Afdeling Personeel
- de heer H. Berkhout, arts, Hoofd van de Distriksgezondheidsdienst te Valkenswaard
- de heer A. Hustinx, Psychiatrisch adviseur van het Ministerie van Justitie
- de heer L.M.J. van Erp, burgemeester van Geldrop
- een medewerker van het Bureau Secretaris Generaal (secretaris)

De bestuursleden zijn zodanig gekozen dat zij van nut zijn voor de R.P.I. sommige bestuursleden zijn hoofd van de afdelingen waar de R.P.I. veel mee te maken heeft.

De vergadering wordt verder bijgewoond door de Geneesheer Directeur, J.B. van Borsum Waalkes en de heer Tibben, economisch adjunct-directeur.

Beide heren hebben echter geen stemrecht.

De bestuurscommissie vergadert minimaal twee maal per maand.

De notulen van de vergaderingen zijn besloten. Zodra er een onderwerp afgerond is, wordt het gepubliceerd in het R.P.I.-nieuws.

## Noten

[1](#) De R.P.I. valt echter onder de bevoegdheden van meerdere ministeries. De overlappende organen die deswege tussen de ministeries actief zijn dragen ertoe bij een ondoorzichtige situatie nog mistiger te maken. We zullen verder hier niet op ingaan.

[2](#) Psychologen en hun handelingen worden hierbij ook enigszins gerangschikt. Op de R.P.I. is een psycholoog werkzaam met een taak- en functiebeschrijving, hij staat dan ook niet als psycholoog op de personeelslijst.

[3](#) Op onze vraag welke vergaderingen en besprekingen de Geneesheer Directeur regelmatig had, heeft hij de stafvergaderingen in zijn antwoord niet vermeld.

[4](#) Het is duidelijk dat de beleidsbeslissingen van top (Geneesheer Directeur en staf) en basis (afdelingsarts) veel verschillen qua reikwijdte, de meest belangrijke factor hebben ze gemeen, bij elk is impliciet of expliciet een bepaalde filosofie over 'wat behandeling hoort te zijn voor ,patiënten' basis voor de meer concrete discussie.

[5](#) De ontwikkeling van veranderingen in het patroon van gevoelens en de uiting van gevoelens als consequentie van het werken.

[6](#) Term ontleend aan Goffman: ...the moral aspect of career that is the regular sequence of changes that career entails in the Persons Self and in his Framework of Imagery For Judging Himself and Others.

[7](#) Het enige voorbeeld bekend van een inrichting die zijn behandelvisie heeft willen baseren op de conclusies van de genoemde research - rond zulke thema's als hospitalisatie - is de stichting BAVO.

[8](#) "... Ik heb door mijn ervaringen binnen de R.P.I. geleerd afstand te nemen van mijn gevoelens ... anders zou ik gek worden ..." (gediplomeerd verpleger)

[9](#) De werker wordt in de huidige situatie juist 'gedwongen' om afstand te nemen van zijn eigen gevoelens, maar kán geen afstand nemen.