

licentiaatsverhandelingen

leen gilles

patiënt en hulpverlener in de ziekenhuissituatie. een communicatiewetenschappelijke benadering

Fac. Soc. Wet., Leuven, juli 1978, 140 blz.
(Promotor : Prof. dr. G. Fauconnier).

Het ziekenhuis is grondig geëvolueerd : steeds vernuftiger technieken stellen de mens in staat de meest diverse ziekten meester te blijven. Heeft deze tendens echter geen neveneffecten die als minder positief worden ervaren ? Voelt de patiënt zich in sommige opzichten niet gedupeerd in zulk een situatie ? Vanuit onze opleiding hebben we onze aandacht vooral gericht op het communicatieve aspect : is de relatie tussen de patiënt en zijn hulpverlener (arts, verpleger, pastor en/of sociaal werker) niet van die aard dat een adequate communicatie tussen beiden haast utopisch is ? Deze vragen hebben ons geleid bij de literatuurstudie over dit probleem. In een volgende deel dan hebben we - via inhoudsanalyse - een ontleding gemaakt van 30 onthaalbrochures om - via de resultaten ervan - zicht te krijgen op de filosofie, op relationeel en 'communicatief' vlak, die deze brochures, en logischerwijze ook de ziekenhuizen die ze hebben uitgegeven, beheerst.

Wat de literatuur betreft, wordt veelvuldig het inadekwate van de relatie hulpverlener-patiënt aangetoond en aangeklaagd. "In het ziekenhuis heeft zich alles enorm ontwikkeld en uitgebreid : de kunde van de arts, de technische dienst, de verpleegkundige initiatieven, de hygiënische service ... onderontwikkeld bleef echter het belang van de patiënt ...", zo merkt Schipperger op. Doch naast hem zijn er ook anderen zoals Meininger, Bremer, Ley, Skipper en vele anderen die het pregnante van deze situatie in het licht stellen. Daarbij kunnen verschillende onderzoekingen worden geciteerd, die deze stellingen staven : Blum, Cassée en Lammers, enz...

Als oorzaak van deze situatie worden verschillende soorten stoornissen geduid : de indruk van de patiënt dat de verpleging het te druk heeft, de sociale afstand tussen dokter en patiënt, de mening van deze laatste dat de eigen vragen futillair zijn, de angst als bemoeizuchtig te worden ervaren, en tevens ook de angst voor het ziek-zijn zelf. Ook het gebrek aan communicatieve vaardigheid, zowel bij de patiënt als bij hulpverlener, werkt inhiberend op een doeltreffende communicatie. Ook zijn er een aantal structureel ingebouwde stoornissen te vermelden : de afwezigheid van een ruimte in het ziekenhuis voor persoonlijke gesprekken, het pover genuanceerde sociale klimaat, de grote - en uitsluitende - druk op en de hoge eisen gesteld aan de medische verrichtingen, de verregeande taakverdeling, de noodzaak om eventuele medische fouten te verbergen, enz...

Dit ondanks het feit dat alle auteurs de nood aan adequate communicatie aantonen : onderzoekingen vestigen er de aandacht op dat het geven van informatie de verpleegduur van de patiënt verkort (John-

son, 1960), hem psychisch ontspant (Pride, 1968). Andere experimenten, onder andere van Elms en Leonard (1966), Skipper en Leonard (1966), Hendrikson (1966), Tryons en Leonard (1966) tonen ook een samenhang aan tussen het gedrag van de verpleegkundige (vooral dan het communicatieve gedrag) en somatische reacties van de patiënt.

Er worden in de literatuur dan - toch door sommige auteurs - enkele 'oplossingen' naar voor geschoven die tegemoet zouden moeten komen aan deze problemen : het exit-interview en -enquête, de onthaalbrochure, de ombudsman, de patiëntenraad, het instellen van de roepknop, het ontslaggesprek, enz...

Het is echter opmerkelijk dat al deze oplossingen - of toch het grootste deel ervan - de communicatie institutionaliseren : de communicatie wordt in het hospitaal als norm aanvaard en daarom gaat men deze 'organiseren' in bijvoorbeeld het exit-interview, het ontslaggesprek, enz...

De vraag die wij ons daarbij stellen is of deze institutionalisering geen zelf-vernietigende oplossing is : in bijvoorbeeld het exit-interview dat al het nadeel heeft dat het plaatsheeft na de hospitalisatie, en dus de patiënt niet helpt *tijdens* zijn verblijf, of in de onthaalbrochure, is de geleverde en ontvangen informatie slechts gering en handelt over zaken die de patiënt soms triviaal lijken. Doch door het feit dat deze bestaan, voelt de patiënt misschien het communicatieve terrein afgegrensd : buiten deze organisatorisch ingebouwde procédés heeft hij niets te vertellen, het is de grens van wat nog kan. Wat hij bijvoorbeeld in het exit-interview niet kwijtraakt, raakt hij nergens kwijt. Daardoor komt de spontane communicatie in diskrediet, ze verstart in een aantal strakke systemen die lang niet volledig tegemoet komen aan de nood van de patiënt.

Bovendien, en dat is dan een tweede opmerking, zijn al deze 'oplossingen' systeembestendig. Neem bijvoorbeeld de onthaalbrochure : constaterend dat de informatieverlening van hulpverlener aan patiënt lang niet adequaat is, besluit men de onthaalbrochure op te stellen, waarin de patiënt een en ander te weten komt over een aantal essentiële zaken in het ziekenhuis. Daardoor wordt de probleemsituatie - het gebrek aan informatie - enigszins toegedekt, doch allerminst opgelost : de onthaalbrochure verbetert niet in het minst de communicatieve verhoudingen tussen hulpverlener en patiënt. Integendeel, ze verschaft informatie die normaal toch door de hulpverlener dient gegeven, de onthaalbrochure ontslaat hem echter ook van deze - toch zeer elementaire - taak. Het probleem wordt dus 'opgelost' binnen het - tekortschietend - systeem : een gebrekkige communicatie wordt opgelapt door een middel dat niet in het minst de situatie structureel raakt. De hulpverlener heeft nog altijd even weinig tijd, de druk van de ziekenhuisoverheid op medische prestaties is nog steeds even groot, er is nog steeds even weinig ruimte om een persoonlijk gesprek te voeren, de gesprekshiërarchie loopt nog altijd van boven naar onder, enz...

In een tweede deel hebben we een vergelijkende analyse gemaakt van 30 onthaalbrochures uit klinieken van het Vlaamse landgedeelte. Daarbij zien we dat de patiënt eerst en vooral gekapseld wordt in een aantal geboden en verboden. Papieren die hij moet meebrengen, de

onkosten, de dagregeling : dat is belangrijk. De rest is bijzaak : in amper drie regels wordt de patiënt - in het beste geval - erop attent gemaakt dat 'Als hij klachten of vragen heeft, hij zich mag wenden tot de hoofdverpleegster'. Ook getuigen vele brochures van een verbijsterend gebrek aan realiteitszin en een naïviteit die naar het infantiele neigt, beide elementen die duidelijk inhiberend werken op een open communicatie.

Nu willen we hier ook niet naïef-streng zijn : elke vorm van organisatie - en zeker een zulk streng-taakgericht systeem als een ziekenhuis - vergt een aantal structuren die het geheel in stand houden. Een eerste en primordiale eis daarbij is de organisatie van het medisch apparaat, waarbij deze medische functionalisering dient te primeren boven elke andere, en dat niet enkel vanuit deontologisch, doch ook vanuit zuiver economisch gezichtspunt. Dat daarbij veel papieren en formaliteiten komen kijken, is een noodzakelijk kwaad, en we zijn de laatsten om dit aan te klagen, het zou getuigen van een gebrek aan realiteitszin. Meteen is het dan ook logisch dat een aantal niet onbelangrijke functies in het ziekenhuis, zoals de communicatie, ook dienen geïnstitutionaliseerd. Het feit dat er überhaupt zoiets als een onthaalbrochure bestaat - dient te bestaan - wordt door ons dan ook geenszins a priori als een vergissing gezien. Het geeft immers al de garantie dat de tientallen patiënten die dagelijks binnenkomen, dan toch de primaire voorschriften en gewoonten van het ziekenhuis te weten komen. Mee te brengen papieren, dagregeling, menu's : het is nuttig dat de patiënt dit weet, en het is goed dat deze informatie - in een kliniek met honderden patiënten - in een brochure te vinden is. Doch er is meer, en daar gaat het ons om. De brochures getuigen namelijk - en dit wordt in een analyse pas echt duidelijk - van een bepaalde mentaliteit, een waardeschaal waarbij men prioriteiten schept, en bijkomstigheden bepaalt. En tot deze laatste behoort jammer genoeg het communicatieve klimaat tussen hulpverlener en patiënt. En dit lijkt ons tegenstrijdig : een waardeschaal namelijk waarbij de fysieke gezondheid aan de top staat, doch een psychische gezondheid aan de voet. Want inderdaad, een patiënt kan ons inziens niet psychisch o.k. zijn wanneer hij in een kritische fase van zijn leven - of zulk een gang moet het zelfs nog niet gaan - niet vrijuit met zijn dokter kan praten, wanneer deze amper twee minuten op zijn kamer blijft, omringd van een horde assistenten en een hoofdverpleegster, die het duidelijk te druk heeft.

De psychische gezondheid van de mens wordt te zeer geminimaliseerd, dit blijkt ons inziens duidelijk uit de door ons geanalyseerde brochures en de eraan voorafgaande literatuurstudie. En daarin ligt, menen we, toch een flagrante tegenstrijdigheid : de lichamelijke toestand is van groot belang, doch psycho-medisch staat het vast dat de psyche van de mens daarop een enorme invloed heeft, en juist die psyche komt helemaal niet tot haar recht in de ziekenhuissituatie. Natuurlijk, er hangt daarbij veel af van de mate waarin het ziekenhuis al dan niet geboden en verboden strikt toepast. Toch komen we onvermijdelijk tot deze pijnlijke constatacie : de besluiten resulterend uit onze analyse stemmen duidelijk overeen met de situatie die in de literatuur, die in ons geval toch bezwaarlijk levensvreemd kan genoemd worden, geschetst wordt. En dit stemt toch tot nadenken...

BEKNOPTTE BIBLIOGRAFIE

- BALINT, M., *The doctor and his patient and the illness*, New York, International University Press, Nederlandse vertaling : *De dokter, de patiënt, de ziekte*, (Aula Boeken 192), Antwerpen, Utrecht, Het Spectrum, 1965.
- BREMER, J.J.C. B., *De ziekenhuispatiënt. Een hoofdstuk uit de medische psychologie*, Nijmegen, Dekker en Van Der Vegt, 1972.
- BLUM, R., *Hospital and patient dissatisfaction*. Californian Medical Association, St. Francisco, 1958.
- CASSE, Th. en LAMMERS, J., *Mensen in het ziekenhuis. Nieuwe vormen van leidinggeven en communicatie*, Wolters Noordhoff Groningen, 1973
- KEIRSE, M. en J. PEERS, *Patiëntenbegeleiding als een georganiseerde ziekenhuisdienst*, Acco/De Tijdstream, 1976.
- LEY, P., *Communicating with the patient*, London, Staple Press, 1967.
- MEININGER, J.V., *De patiënt en zijn geneesheer. Een bijdrage tot de ontwikkeling van het begrip communicatie*, Proefschrift, Leiden, 1958.
- SKIPPER, J.K. en LEONARD, R.C., *Social interaction and patient care*, Philadelphia, Montreal, J.B. Lippincot, 1965.

(ADVERTENTIE)

DELGAY

**audio-visueel didactisch materiaal
C.C.T.V.**

**koningsstraat 219, 1030 brussel
tel. 02. 219 14 59**