

OVER DE GEMEENSCHAPPELIJKE BASIS VAN DE PSYCHIATRISCHE EN SOMATISCHE VERPLEEGKUNDE.

Eddy Deproost ^{(1) (2)}

(gepubliceerd in: Abraham, I., Peuskens, J. *Patiëntentoe wijzing in de psychiatrische verpleegkunde. Concept en methodiek.* Garant, Leuven, 1998)

INLEIDING

De *gezondheidszorg* - de zorg voor de gezondheid van ons allen - is in de actuele dienstenmaatschappij uitgegroeid tot een sociaal en economisch belangrijke sector. Zowel kwantitatief als kwalitatief leveren verpleegkundigen een aanzienlijke bijdrage. Als gevolg van de structurering en de specialisering van de gezondheidszorg is er een grote verscheidenheid ontstaan in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Daardoor is het niet gemakkelijk aan te geven wat het eigene van de *verpleegkundige bijdrage* juist inhoudt.

In de psychiatrie is zelfs de vraag gerezen of psychiatrisch verpleegkundigen eigenlijk nog verpleegkundigen zijn? Wat hebben ze in feite nog gemeenschappelijk met de collega's in het algemeen ziekenhuis, het verzorgingstehuis, de thuiszorg, ...? Een behoorlijke groep blijkt zich eerder als therapeut, sociotherapeut, begeleider, case-manager te zien dan als verpleegkundige. Doen de verschillende disciplines in de psychiatrie overigens niet allemaal wat hetzelfde? Of als het juist belangrijk is zich te profileren of te professionaliseren wat is dan de verpleegkundige eigenheid?

Identiteitsvragen waarmee we al geruime tijd worstelen en die telkens weer de kop opsteken. Normaal en noodzakelijk, als we ervan uitgaan dat de (psychiatrische) verpleegkunde als praktijkdiscipline en als wetenschap zich volop aan het ontwikkelen is.

In zo'n proces is het nodig af en toe eens stil te staan om te midden van allerlei, soms uiteenlopende, ontwikkelingen koers te zoeken.

Daar ik steeds meer overtuigd werd van het belang van de gemeenschappelijke verpleegkundige wortels en stam, heb ik dat gedaan aan de hand van *drie basisvragen*:

1. wat is het aandachtsterrein en het perspectief van de verpleegkunde (en de daaruit voortvloeiende psychiatrische verpleegkunde)?
2. wat is de functie of de doelgerichtheid van de verpleegkunde?
3. wat zijn verpleegkundige methoden en technieken?

Daarover en over *verpleegkundige grondpatronen* gaat deze tekst.

De focus ligt hier op het gemeenschappelijke van de verschillende verpleegkundige takken en niet op het specifieke, op wat we delen en niet op wat ons onderscheidt.

⁽¹⁾ Directeur patiëntenzorg, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie, St-Jozef, Pittem.
Gastdocent Katho Campus Roeselare en HBOV St-Jozef Brugge.

⁽²⁾ Herwerking van het artikel "Psychiatrische verpleegkunde: al te verpleegkundig?", verschenen in Psychiatrie en Verpleging (1995, 2, 55-66) en Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg (1995, 1, 19-25).

1. HET MEDISCH AANDACHTSGEBIED EN HET VERPLEEGKUNDIG PERSPECTIEF

1.1. Ziekte en gezondheidsproblemen als medisch aandachtsterrein

Bepaalde belevingen of gedragingen worden als een *verstoring* van het “normale” functioneren van een persoon beschouwd. Die afwijking kan verschillende betekenissen krijgen. Door de persoon zelf of door de omgeving kan dat abnormaal functioneren o.m. als ziek-zijn of ziekte (medisch afwijkend), als immoreel (ethisch afwijkend), als crimineel (juridisch afwijkend), als zondig (religieus afwijkend) gezien worden.

Een bepaald type van “afwijkend” of problematisch functioneren wordt algemeen in diverse culturen als “*ziekte*” gezien.

Ziekte of ziek-zijn in de ruime sociale en culturele betekenis slaat op een vrij algemeen menselijke basiservaring die o.a. de volgende kenmerken heeft:

- de ervaring van ziek-zijn ontstaat bij een ongewenste afwijking van de gebruikelijke toestand of het gewone gedrag van de persoon;
- de toestand gaat meestal gepaard met negatieve belevingen zoals pijn, lijden, ongemak, zwakte, angst, depressiviteit, vreemde waarnemingen en gedachten, e.d.;
- soms wordt de situatie in de eerst plaats door de omgeving als storend en problematisch ervaren;
- tevens is de persoon minder of niet in staat voor zichzelf te zorgen of om verwachte sociale rollen te vervullen; de persoon wordt dan afhankelijk van anderen;
- er is daarbij de overtuiging dat er een aantasting of verstoring is van menselijke kernvermogens en vaak is er een rechtstreekse of onrechtstreekse bedreiging van het leven.

Een persoon voelt, ervaart zich ziek (of anderen bestempelen de persoon als ziek of gestoord). Binnen diverse samenlevingen kan dan hulp ingeroepen worden of is er spontane hulp van “genezers” of van mensen die hen concreet bijstaan, “verplegen”.

M.a.w. die ervaringen van ziekte en ziek-zijn vormen het “*medisch*” *aandachtsterrein* in de brede culturele betekenis van het woord (“medisch” wordt in dit artikel een ruimere betekenis toegekend dan “geneeskundig” d.i. wat door geneesheren gedaan wordt).

Dat *algemeen ziektebegrip* (ziekte in eerste instantie als subjectieve en sociale ervaring, soms “illness” genoemd) vormt ook de grondslag van het westers wetenschappelijk ziektebegrip (ziekte als objectieve stoornis die veelal eng lichamenlijk begrepen wordt, soms “disease” genoemd).

Onder die “medische” problemen in algemene zin vallen dus zowel de lichamenlijke ziekten als de psychiatrische stoornissen (incl. de ernstige persoonlijkheidsstoornissen).

Vanuit deze kijk op ziekte en op medische zorg is het evident dat de geneeskunde en de psychiatrie of *de somatische en de psychiatrische verpleegkunde een gemeenschappelijk aandachtsterrein vormen*.

In de “algemeen-medische” gezondheidszorg vervullen diverse disciplines of professies verschillende functies die elkaar aanvullen. Elke discipline vertegenwoordigt een eigen perspectief op de medische problemen.

1.2. Het specifiek verpleegkundig interesseveld en perspectief binnen het medisch domein

We gaan er dus van uit dat ook de verpleegkunde zich richt op de besproken medische problemen. Verpleegkunde onderscheidt zich doordat ze vanuit een specifiek perspectief die

medische problemen bekijkt en benadert. Zodoende ontwikkelt de verpleegkunde een specifieke interesse voor bepaalde aspecten van (actueel of potentieel) het ziek-zijn of het gezondheidsprobleem.

Dat verpleegkundig perspectief en interesseveld heeft in eerste instantie te maken met de *plaats* die de verpleegkundige inneemt.

Verplegen is, in nauwe betrokkenheid met de zieke, bijstand verlenen tijdens het ziek-zijn of de behandeling. De verpleegkundige staat in de “eerste lijn” naast, bij, tegenover de patiënt en biedt een laagdrempelige hier-en-nu opvang, zorgverlening en begeleiding. Er is een directe betrokkenheid die een vorm van continue beschikbaarheid of aanwezigheid noodzaakt; m.a.w. de continuïteit verzorgen is geen doel op zich maar vloeit voort uit de aard van het verpleegkundig werk.

Vanuit die plaats wordt de verpleegkundige geconfronteerd met de *totaalervaring van het ziek-zijn*, het schizofreen-zijn, het depressief of verslaafd zijn. Vanuit dat *breedte-perspectief* is er in het verpleegkundig handelen een aangehouden aandacht voor de *onmiddellijke en concrete fenomenen of aspecten van het ziek-zijn*, zowel op het vlak van de subjectieve beleving als op het vlak van waarneembare tekens of gedragingen. Er is daarbij steeds een gerichtheid op de *integrale persoon* (de somatische, psychische, relationele, sociale, existentiële dimensie).

De *fenomenen* waarvoor de verpleegkunde specifieke aandacht heeft, kunnen als volgt opgedeeld worden.

(1) Het gaat in eerste instantie over de *concreet-onmiddellijke uitingen van het ziek-zijn en reacties* erbij zoals bv.:

- pijn, misselijkheid, moeheid, duizeligheid, gebrekkige eetlust, slaapmoeilijkheden, ...(beleving bij lichamelijk ziek-zijn);
- koorts, zwelling, onbeweeglijkheid, wonden, ontsteking, hoest, ...(waarneembaar lichamelijk ziek-zijn);
- onzekerheid, schaamte, verdriet, wanhoop, ..., of angst, sombere apathie, agressiviteit, minderwaardigheidsgevoelens, schuld gevoelens, waanvoorstellingen, desoriëntatie, leegte, verbrokkelde zelfbeleving, ...(beleving bij lichamelijk en/of psychisch ziek-zijn);
- hulpeloosheid, klagend gedrag, afhankelijkheid, psychomotorische onrust, bizarre communicatie, dwanghandelingen, drankmisbruik, impulsiviteit, automutilatie, teruggetrokkenheid, (waarneembaar gedrag bij lichamelijk en/of psychisch ziek-zijn).

(2) In de tweede plaats betreft het de *concrete en directe implicaties t.a.v. de zorg voor zichzelf, het zelfstandig functioneren bij de dagelijkse levensverrichtingen of activiteiten*. De verpleegproblemen slaan hier op de door het ziek-zijn bepaalde verstoringen, beperkingen, verminderde bekwaamheid met betrekking tot:

- de basale, vitale functies zoals eten en drinken, uitscheiding, ademhaling, houding en beweging, slaap, oriëntatie, geheugen, communicatie, e.d.;
- de zorg voor de eigen fysische en psychosociale veiligheid;
- de persoonlijke hygiënische verzorging en de zorg voor een hygiënische leefomgeving;
- sociale rollen zoals de familiale - of gezinsrol, het huishouden, de arbeid, de recreatie en vrijetijdsbesteding, de sociaal-culturele activiteit.

(3) Het gaat ten derde om de *concrete wijze waarop de patiënt omgaat met het ziek-zijn*, er betekenis en zin aan geeft, er emotioneel en gedragsmatig op reageert: bv. gebrekkig ziekte-inzicht, ongemotiveerdheid voor behandeling, ontkenning, woede, verdriet, rouw, schuldgevoel, irritatie, hulpeloosheid, zelfbeklag, regressie.

Uiteraard hebben ook andere disciplines aandacht voor die concrete aspecten van het actueel of potentieel medisch probleem of vormen die hun vertrekbasis. De verpleging vertrekt vanuit die

aspecten, blijft daarop gericht en het is doorheen de directe betrokkenheid op die aspecten en op de totale persoon dat de verpleegkundige hulpverlening gestalte krijgt. De verpleegkundige staat als een soort generalist of omnipracticus in voor de “*primaire*” *totaalzorg en begeleiding*. Andere disciplines richten zich meer op bepaalde deelaspecten en/of op bepaalde “diepere” causale ziekteprocessen of pathologische factoren.

2. DE MEDISCHE FUNCTIE (DOELGERICHTHEID) EN DE VERPLEEGKUNDIGE BIJDRAGE

2.1. Het medisch helpen: zorg en therapie

Bij medische problemen komt onze zelfstandigheid in het gedrang. In normale omstandigheden dragen wij als personen (of gezinnen) de verantwoordelijkheid voor de zorg voor onszelf, voor onze “*zelfzorg*” in twee betekenissen:

1. we staan in voor de eigen persoonlijke conditie, voor ons lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden, voor onze gezondheid; en bij mineure problemen zoeken we zelf oplossingen;
2. we staan zelfstandig in voor de dagelijkse basisactiviteiten en het lenigen van onze basisnoden.

Bij een bepaalde vorm van ziek-zijn of psychiatrische problemen is hulp van deskundigen, van hulpverleners nodig/wenselijk.

In die *hulp bij medische problemen* kunnen twee types van interventies met een eigen doelgerichtheid onderscheiden worden: zorg en verzorging enerzijds en behandeling of therapie anderzijds.

Medische zorg wordt hier opgevat als die handelingen die tot direct doel hebben het vermijden van onnodig lijden, het draaglijker maken van het ziek-zijn (bv. kanker of psychose), het realiseren van een zo groot mogelijk welbevinden en comfort en een zo optimaal mogelijk functioneren tijdens de huidige of dreigende ziekte-toestand. Binnen de grenzen en mogelijkheden van de ziekte of het gezondheidsprobleem wordt een maximale levenskwaliteit nagestreefd zonder (of naast) een streven naar een meer fundamentele verandering, heling of revalidatie.

Medische therapie vat ik hier op als de handelingen die gericht zijn op het herstel van de vroegere toestand, revalidatie, genezing, verbetering, reconstructie, groei. Er is een meer fundamentele beïnvloeding van de ziekte- of pathologische processen, de ziekmakende en bestendige factoren om verandering (ten goede) te bewerkstelligen.

Bij het “goed” medisch handelen gaat het meestal niet over ofwel zorg ofwel therapie. Het zijn *twee geïntegreerde dimensies* van hulpverlening, waarbij de ene of andere dimensie (eventueel wisselend over de tijd) op de voorgrond treedt. Bij acuut ziek-zijn zijn steeds zorg en (zo mogelijk) therapie nodig. “Goede” therapie impliceert tevens zorg: een aan de reële noden aangepaste zorg is de voedingsbodem, het draagvlak voor het therapeutisch proces en voor de (dikwijls ondergewaardeerde) werkzaamheid van de “natuurlijke” genezings- en ontwikkelingskrachten. Zorg heeft op zich veelal een helende, therapeutische werking. Daar waar herstel of curatieve verandering niet (meer) mogelijk is, is een optimale zorg vaak de enig haalbare of zinvolle hulp (bv. chronisch zieken, terminale patiënten, demente personen).

2.2. Verpleegkundige zorg en verpleegkundig-therapeutisch handelen

Vanuit het eigen aandachtsgebied en perspectief neemt de verpleegkunde deel aan de algemene medische zorg en therapie, ze kan er een eigen bijdrage aan leveren.

Verplegen is van oudsher *zorg*, een (ver)zorgende activiteit. De verpleegkundige zorg als professionele activiteit gaat terug op een universele tussenmenselijke zorg. Zorgen of "caring" in het algemeen is zich het wel en het wee van de ander (inz. van een hulpbehoevende) aantrekken; het is bekommerd zijn, onder de hoede nemen, behartigen (zie ook bv. ouderlijke zorg).

Het begrip "nursing" is verwant aan "nurturing" dat dezelfde stam heeft (Lat.: nutrire). "Nurturing", een begrip dat expliciet gebruikt wordt in omschrijvingen van verpleegkunde door o.m. Peplau, Paterson en Zderad, houdt m.i. twee facetten in zich: (i) het voeden, (ver)zorgen, steunen en (ii) het opvoeden, stimuleren van mogelijkheden, rijping, ontwikkeling en groei. Een tweevoudigheid in de grondhouding in de zorg voor bv. kinderen of in de zorg voor mensen met persoonlijke problemen (o.m. ziek-zijn).

Het eerste facet sluit meer aan bij *zorg*; het tweede bij veranderingsgerichte hulp of *therapie*. Het zorgen en verzorgen, (historisch) de kern van het verplegen, kan tevens belangrijke therapeutische effecten hebben of teweegbrengen.

Bovendien is de laatste decennia de kennis over de fysiologische, psychische, relationele, sociale invloeden op het ontstaan en het remediëren van "lichamelijke" en "mentale" ziekten, stoornissen of problemen toegenomen. Daardoor zijn er ook nieuwe en ruimere therapeutische mogelijkheden ontstaan, waarbij verschillende disciplines - o.m. de verpleegkunde - een bijdrage kunnen leveren.

In navolging van verschillende auteurs ga ik ervan uit, dat er zoiets als verpleegtherapeutische begeleiding, *verpleegtherapie* of verpleegkundige therapie (nursing therapy) bestaat of bestaansrecht heeft. Therapeutisch handelen dat noch geneeskundig, noch psychotherapeutisch in engere zin is; het betreft therapeutisch werk vanuit het eigen verpleegkundig perspectief en gericht op het eigen aandachtsterrein.

- 2.2.1. In een interdisciplinaire gezondheidszorg kunnen de verpleegzorg en de verpleegtherapeutische begeleiding in eerste instantie een **relatief eigen bijdrage** leveren. Die is intrinsiek georiënteerd op het hoger (1.1.) beschreven verpleegkundig interesseveld en perspectief dat we hier als uitgangspunt nemen.

(1) De zorg en begeleiding m.b.t. de concrete uitingen en reacties van het ziek-zijn.

a) Aandacht voor de subjectieve beleving en waarneembare uitingen.

◆Vooreerst is de verpleegkundige uitnodigend-ontvankelijk voor de klachten, de *subjectieve beleving* van de patiënt. Het is belangrijk dat patiënten hun momentane gevoelens van lijden, pijn, ongemak, angst, verdriet, kwaadheid, e.d. kunnen uiten en dat ze hun persoonlijk verhaal, hun ervaringen tot op heden, hun eigen kijk, hun bekommernissen en verwachtingen kunnen verwoorden.

Vaak gaat dat moeizaam. De patiënt schaamt zich of voelt zich juist te trots of wil niet klagerig of lastig overkomen. Veelal kunnen patiënten ook niet onmiddellijk zeggen of is het voor hen niet zo duidelijk wat ze precies gewaarworden of wat hun moeilijkheden of vragen zijn. Dikwijls komt de patiënt pas op verhaal na herhaaldelijk adequaat ingaan van de verpleegkundige op het non-verbaal gedrag (bv. de merkbare spanning, pijn en onrust) of de indirecte uitlatingen. Het faciliteren van open contactname en gesprek en het verkennen van de betekenis die gegeven wordt of kan worden aan de diverse ervaringen van het ziek-zijn is essentieel. Die *hier-en-nu ervaringsgerichte en*

betekeniszoekende opvang is het steeds aanwezig fundament van de verpleegkundige begeleiding.

◆ Daarmee gepaard gaande is de verpleegkundige *waakzaam* voor de *objectieve* symptomen, de uiterlijke tekens of ongemakken, het probleemgedrag. Zij/hij is attent voor de bezwete, klamme huid van de bedlegerige patiënt bijvoorbeeld of houdt de wondgenezing goed in het oog. Een alerte aandacht voor en passend inspelen op dreigende agressie, toenemende suicidaliteit, onopvallende teruggetrokkenheid.

b) *Scheppen van algemene basisvoorwaarden van zorg en therapie.*

Aansluitend op de aandacht voor de subjectieve beleving en waarneembare uitingen oriënteert een deel van de verpleegkundige werking zich op het creëren van basiscondities van zorg en therapeutische verandering.

◆ Primordiaal zijn, ook in de somatische verpleegkunde, de algemene *psychosociale basisvoorwaarden* van o.m. respect, warmmenselijke bejegening, veiligheid, aanvaarding, open communicatie, erkenning van de persoonlijke beleving, realistisch optimisme, kansen tot maximale zelfbepaling, sociale ondersteuning. Aspecten van een humane zorg en psychosociaal *comfort*, die echter ook een betekenisvolle heilzame of therapeutische werkzaamheid blijken te hebben.

Als de bedlegerige patiënt als een volwaardig persoon benaderd wordt, hij gerespecteerd wordt in zijn privacy, eerlijk geïnformeerd wordt en de vrijheid behoudt zelf de keuzes te bepalen, als hij solidariteit kan ervaren waarin authentiek geluisterd wordt en even authentiek terug gesproken wordt, kan hij de emoties verwerken, zijn identiteits- en zelfwaardegevoel behouden en wordt het gevoel mogelijk dat het "leven niet stopt met de ziekte" (De Wachter, p. 63).

In de psychiatrie wordt veel aandacht besteed aan een basale psychosociale benadering. Verrijkend zijn daarbij de begrippen van "holding environment" en "containment". Ze bieden een psychodynamische verheldering van de noties van zorg, "caring", "nurturing".

"Holding" gaat over de betrouwbare geborgenheid en houvast, waarop kan teruggevallen worden bij angst, paniek, overspoelende negatieve gevoelens. "Er zijn" en de voorspelbare, geruststellende beschikbaarheid (of oproepbaarheid) van de verpleegkundige, bieden van ordenende structuur, stellen van geschikte grenzen, steunen, bekrachtigen, bemoedigen zijn elementen van een "holding environment". Een omgeving die basisveiligheid geeft en ontreddende of destructieve emoties of gedragingen (bv. opwinding, wanhoop, agressiviteit, impulsiviteit) dragelijker en constructiever helpt maken.

"Containment", het "bevatten" en "omvatten", sluit daar direct bij aan. De hulpverlener (zoals de ouder) vangt de negatieve gevoelens op, verdraagt ze, probeert ze voor zichzelf te verwerken, te verteren en te vertalen. Ontdaan van hun ondragelijke kwaliteit kunnen die teruggespeeld worden naar de patiënt en kunnen ze betekenis en een plaats krijgen in de belevingswereld van de patiënt. De chaotische of sterk negatieve ervaringen worden bespreekbaar en hanteerbaar.

Die twee grondhoudingen lijken me ook relevant in heel wat algemene verpleegsituaties waarin patiënten hulpeloos reageren, gespannen zijn, rusteloos onzeker, paniekerig of wanhopig zijn, e.d.

◆ Een kernaspect van het verplegen, waarover Nightingale in haar "Notes on Nursing" uitvoerig schreef, is de aandacht voor *lichamelijke en fysisch-ecologische basisvoorwaarden*, voor goede hygiënische omstandigheden. Een adequate verluchting,

verlichting en verwarming, fris linnen en frisse kledij, regelmatige lichaamshygiëne en huidverzorging, voldoende rust/slaap en beweging/activiteit, aangepaste houding, evenwichtige voeding, e.d. verhogen het *comfort* en kunnen een palliatieve en therapeutische invloed hebben.

Die zorg staat uiteraard centraal in de somatische verpleegkunde en zeker bij bedlegerige patiënten. In de psychiatrie worden die aspecten wel eens, ten onrechte, veronachtzaamd.

◆ Verschillende psychosociale en fysische basisvoorwaarden van zorg en therapie kunnen in psychiatrische (semi-)residentiële settings geconcretiseerd worden door de opbouw van een *therapeutisch milieu*. Dat is een zaak van het multidisciplinaire team. In het therapeutisch milieu neemt het dagelijks afdelingsleven een belangrijke plaats in.

Er is vooreerst een therapeutisch *leefkader (structuur)* nodig met een aangepaste infrastructuur, een sociale structuur (bv. dagregeling, taakverdelingen, communicatiekanalen) met ook leefregels en afspraken (bv. m.b.t. agressie, alcoholgebruik, privacy, relatievorming, therapeutische engagementen), ...

Dat kader, dat in het hier-en-nu bewaakt en gehanteerd wordt door de verpleegkundigen, is zo opgevat dat het een optimale zorg en therapie mogelijk maakt, faciliteert en mede realiseert. Het schept bovendien ruimte voor de therapeutische *leefsfeer en -cultuur* met allerlei leef-leersituaties: waarin problemen tot uiting kunnen komen (herhaald worden) en zo bespreekbaar worden, waarin kwetsbare opstelling en falen mogelijk zijn, waarin zich realiteitsconfrontatie en feedback ontwikkelt, waarin interpersoonlijke en praktische vaardigheden geoefend kunnen worden, waarin ook ervaringen die opgedaan worden in diverse therapeutische activiteiten verder kunnen geïntegreerd worden in de persoonlijke attitudes en leefstijl, enz.

De verpleegkundige heeft, vanuit haar eerste lijnsbetrokkenheid, een essentiële rol in het doordacht, overwogen begeleiden van de *dagelijkse realiteit* van het leven op de afdeling en in de leefgroep (de dagelijkse realiteit van de therapeutische leefstructuur en -cultuur). Het "gewone" leven van samen-wonen, vrijetijdsbesteding, activiteiten en vooral ook van de spontane groepsinteracties (met hun spanningen, conflicten en positieve banden, onderlinge steun).

c) *Specifieke zorgende en therapeutische interventies.*

In eerste instantie is de verpleegkundige zorg en therapie geworteld in de "betrokken" aandacht voor de hier-en-nu beleving van het ziek-zijn, de onmiddellijke reacties bij en t.a.v. het ziek-zijn, het concreet gedrag. De verpleegkundige speelt in tweede instantie in op het ziek-zijn via basale zorg en begeleiding. Verder bouwend op en geënt op de werking rond de basiscondities, hebben de verpleegkundigen in derde instantie heel wat mogelijkheden tot specifieke interventies gericht op specifieke verpleegproblemen.

◆ Tijdens de continuïteitszorg wordt de verpleegkundige vaak geconfronteerd met *momentane of situatiegebonden problemen*, die hij/zij vaak adequaat kan verhelpen door er met een specifieke verpleeginterventie op in te spelen. Een paar voorbeelden. Bij diarree t.g.v. de antibiotica kan de verpleegkundige voor een aangepaste dieetvoeding zorgen en uitleg geven aan de patiënt. Bij een patiënt die erg onrustig reageert na het doktersbezoek kan daar explorerend, ondersteunend, informerend, e.d. op ingegaan worden. Of herhaald aandachtvragend klaaggedrag van een patiënt wordt enerzijds begrensd en ontmoedigd en anderzijds wordt de patiënt blijvend au sérieux genomen en aangesproken op zijn mogelijkheden. Of een escalerende groepsspanning op de afdeling wordt benoemd en doorgesproken.

Het kan ook over *crisisituaties* gaan, waarin bv. E.H.B.O- of reanimatie-interventies nodig zijn. In geval van een acute verwardheid en opwinding kunnen beveiligingsmaatregelen getroffen worden en kan de patiënt op een gepaste wijze (angstreducerend, realiteitsoriënterend) aangesproken worden. In de psychiatrie is er regelmatig crisisopvang en specifieke interventie nodig bij escalerende angst en paniek, acting-out, agressie, automutilatie, psychotisch opstoten, e.d.

◆ het re-actief inspelen op en tussenkomen bij verpleegproblemen die zich momentaan aanbieden, is eigen aan het laagdrempelig verplegingswerk. Daaraan gekoppeld is het tevens ook wezenlijk dat verpleegkundigen op een pro-actieve wijze de globale verpleegproblematiek van de patiënt inschatten en benaderen.

Een professionele verpleegkunde veronderstelt dat *actief en systematisch een fasisch opgebouwd zorg- en verpleegtherapeutisch proces* ontwikkeld wordt.

Er wordt daarbij uitgegaan van de verpleegkundige beoordeling van de problematiek en van de veronderstelde bepalende factoren en processen. De verpleegkundige maakt dan een zelfstandige overwogen keuze tussen aangewezen of noodzakelijke interventies die hun coherentie krijgen in een “vooruitziende”, richtinggevende (korte- en lange-termijn) strategie. Dit is meer dan zich aandienende problemen oplossen; het gaat om “overzien”, “vooruitzien” en de deskundige “leiding” nemen over het proces (≠ over de patiënt) van de zorg en het therapeutisch handelen.

Op het vlak van de *zorg* is de verpleegkundige palliatieve zorg een bijzonder inspirerend voorbeeld. In de integrale benadering van de terminale patiënt groeit een coherente verpleegkundige benadering die gericht is op verlichting van pijn, nausea, moeilijke ademhaling, op aangepaste voeding, op het fysisch en psychosociaal comfort, ..., op emotionele en existentiële begeleiding.

In de psychiatrie kunnen we bv. denken aan de intensieve zorg voor de geïsoleerde patiënt of aan het intensief zorgproces bij acuut psychotische en suïcidale patiënten of bij psychogeriatrische patiënten.

Op *therapeutisch* vlak kan de verpleegkundige in een integraal begeleidingsproces in het algemeen ziekenhuis of in de thuissituatie bv. diverse verpleegtechnieken - zie o.m. de wettelijke lijst van de technische acten B.1., B.2 - toepassen, voorlichting geven over preventieve maatregelen, educatie bieden en vaardigheden aanleren in het kader van de zelfzorg en de zorg voor de eigen gezondheid, met de patiënt praten over de onzekerheid, het verdriet of het negatief zelfbeeld, ...

Ook de psychiatrisch verpleegkundige kan (naast gelijkaardige somatische interventies) op een geëigende manier, doelbewust en stapsgewijs zelf een begeleiding vorm en inhoud geven (uiteraard binnen een teamverband):

- de patiënt inzicht helpen krijgen in de huidige gevoelens, gedragingen, relatiepatronen, concrete aspecten van de persoonlijkheid, de sociale situatie, ...;
- negatieve emoties, bevreemdende wanen en hallucinaties, dwanggedachten, verslavingsproblemen, enz. helpen doormaken, verwerken en er beter leren mee om te gaan;
- tot een meer bevredigende zelfbeleving en tot opbouwender interpersoonlijke relaties helpen komen;
- waar nodig of wenselijk de familie, significante anderen of sociale instanties betrekken;
- de patiënt praktische, maatschappelijke vaardigheden helpen verwerven en het sociaal functioneren helpen verhogen;
- enz.

Afhankelijk van de setting schakelt de verpleegkundige zich in in een strategie die bv. rehabiliterend, psychodynamisch, structuurbiedend-gedragsmatig, systemisch enz. is.

(2) Hulp bij dagelijkse activiteit.

In het vorige punt hadden we het over de hulp die georiënteerd is op (de concrete uitingen en reacties van) het ziek-zijn zelf.

Daarmee verbonden is een andere belangrijke functie van de verpleegkunde het bijstaan, ondersteunen, stimuleren van de patiënt bij de gebruikelijke *dagelijkse levensverrichtingen*, zoals eten en drinken, de uitscheiding, het bewegen, zich wassen en kleden, ... of bij het vervullen van *sociale rollen* (bv. geldbeheer, huishouden, vrijetijdsbesteding, e.d.).

Verpleegkundigen stoppen niet alleen veel energie in het effectief *overnemen of samen doen* van die fundamentele activiteiten (bv. heel de hygiënische zorg), maar ook in een *motivatie- en leerproces* om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de patiënt te verhogen.

Weerom gaat er in de psychiatrie uiteraard heel wat aandacht naar het psychosociaal functioneren (de sociale rollen) van de patiënt en de verhoging van de zelfstandigheid op dat vlak.

De hulp en de begeleiding m.b.t. de dagelijkse “zelfzorg” en activiteit ent zich uiteraard ook op de onder 2.2.1.(1) besproken verpleegzorg en -therapie.

Een belangrijk aspect van het sociale leven is de relatie met de *familie*. Vanuit de laagdrempeligheid komen de verpleegkundigen per definitie dikwijls in contact met gezins- of familieleden. De verpleegkundige vangt de familie op, verstrekt informatie en geeft advies. De partner, de ouders of de kinderen worden soms betrokken in de begeleiding: bv. weekendplanning, het bespreken van onderlinge moeilijkheden. Soms moet de familie in crisis opgevangen worden: bv. n.a.v. een suicidepoging of een plotse complicatie. Soms is ook een meer systematische begeleiding nodig: bv. n.a.v. de mededeling van de diagnose van schizofrenie of kanker.

(3) Begeleiding m.b.t. de concrete wijze van omgaan met het ziek-zijn, de behandeling en de eigen gezondheid.

De verpleegkundige is goed geplaatst om te zien hoe de patiënt reageert op zijn ziekte, de acute decompensatie of het chronisch dysfunctioneren, hoe de patiënt de behandeling ervaart en hoe hij zich opstelt.

Inherent aan elke vorm van verpleegzorg of -therapie is (of dient te zijn) het streven om de patiënt maximaal zelfstandig te laten of te leren zijn. Verpleegkunde is - zoals elke hulpverlening - emancipatorisch. Als directe partners kunnen we de patiënt op zeer concrete wijze autonomer helpen worden en kunnen we de *primaire zorg voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid (welbevinden) (weer) zo veel mogelijk bij de patiënt zelf te brengen*.

Dat vereist eerst en vooral dat de *patiënt* zich niet zozeer als passief slachtoffer of weerloze speelbal ervaart, dan wel dat hij/zij zich als een *participant of beheerder* kan opstellen. Voorwaarde daartoe is dat de patiënt *begrijpt en inziet* wat er aan de hand is, niet meer ontkent of in het verzet gaat of regressief is, maar het ziek-zijn emotioneel en existentieel kan aanvaarden en er een toekomstgerichte betekenis kan aangeven. Dan pas kan de patiënt mee beslissingen en opties nemen.

Uiteraard veronderstelt dit dat de patiënt betrokken wordt bij de behandeling en geïnformeerd wordt over de ziekte-toestand, de verwachtingen en de behandelingsalternatieven.

Hij/zij kan zijn/haar toestand en ervaringen *zelf leren inschatten* en waar mogelijk bv. pijn, kortademigheid of bv. spanning, de drang naar alcohol, de hallucinaties leren voorkomen of er meer controle leren over krijgen.

De patiënt kan ook *zelf* bepaalde basistechnieken van verzorging *aanleren*, op een verantwoorde manier met medicatie leren omgaan, ontspanningsoefeningen doen of bv. bepaalde cognitieve of gedragsmatige zelfcontroleprocedures gaan toepassen. En uiteraard kan hij/zij mits adequate ondersteuning maximaal instaan voor de dagelijkse basisactiviteiten. Dat alles vergt een attent, geduldig, doorzettend begeleidingsproces, waarin o.m. affectieve steun en stimulatie, patiëntenvoorlichting of ervaringsgerichte inzichtgeving, probleemoplossing en vaardigheidstraining essentiële ingrediënten zijn.

In de psychiatrische verpleegkunde is daarrond al een rijke cultuur gegroeid die zich ongetwijfeld verder gaat ontwikkelen en verdiepen. In een psychotherapeutisch geïoriënteerde werkcontext is het vanzelfsprekend dat de patiënt geholpen wordt om een doorleefd inzicht in zichzelf, zijn/haar gedrag en problemen te verwerven, om er greep op te krijgen en gedragsalternatieven te ontwikkelen. De verpleegkundige kan de patiënt daarbij vanuit de dagelijkse realiteit heel concreet en effectief helpen.

In die gerichtheid op de verhoging van de "zorg voor zichzelf" -zeer wezenlijk in de verpleegkunde als "eerste echelon"- krijgen de besproken verpleegkundige zorg en therapeutische interventies hun eenheid.

2.2.2. Aansluitend op de relatief zelfstandige activiteit is de verpleegkunde ook gericht op een ondersteuning, **medewerking**, coördinatie en integratie t.a.v. de zorgende en therapeutische interventies van **andere disciplines**. Dat vloeit voort uit de directe integrale betrokkenheid in de eerste lijn.

In de psychiatrie werkt de verpleegkundige meestal binnen een multidisciplinair team dat - onder leiding van de psychiater - in overleg en via samenwerking een therapeutisch proces ontwikkelt en draagt. De bovenstaande zelfstandige activiteiten zijn daarin geïntegreerd. Vanuit de eigen plaats kan de verpleegkundige tevens voor andere disciplines observaties en informatie inbrengen, specifieke (bv. psychotherapeutische of ergotherapeutische) interventies kracht bijzetten, voorbereidend werk of nazorg doen, medische voorschriften uitvoeren, e.d.

Met de medicus blijft de psychiatrisch verpleegkundige bovendien een nauwere assisterende samenwerking hebben op minstens drie vlakken:

1. de aandacht voor het breedte-perspectief, het overzicht van de totaalzorg -Jongerijs noemt de psychiater een breedte-specialist;
2. de aandacht voor het biologische, lichamelijke: bv. lichamelijke symptomen, klachten, de medicatie, toezicht op vitale parameters;
3. de aandacht voor levensbedreigende risico's: bv. toezicht op de veiligheid van de patiënt, nemen van beveiligende maatregelen.

In de somatische verpleegkunde is er hoofdzakelijk een samenwerking met de geneesheer (veelal minder met andere disciplines) en engageert de verpleegkundige zich - zeker in acute ziekenhuizen - in ruime mate in de uitvoering van een pakket van door de geneesheer voorgeschreven technische taken (zie de zgn. B2- en C-handelingen in de wetgeving).

Eigen ook aan het laagdrempelig contact en het integraal perspectief zijn o.m. de volgende functies:

1. een gerichte *doorverwijzing* naar andere disciplines of betrekken van het netwerk;
2. een *patiëntgerichte coördinatie* (zorgcoördinatie, case-management) van het therapeutisch

gebeuren en de bijhorende pleitbezorging;

3. een begeleiding gericht op het helpen *integreren* voor en door de patiënt van verschillende specifieke of specialistische benaderingen (van verschillende therapeutische ervaringen tijdens de behandeling).

3. VERPLEEGKUNDIGE MEDIA, METHODIEKEN, TECHNIEKEN

We schetsten het algemene aandachtsgebied en perspectief van het verplegen en de verpleegkundige doelgerichtheid. Nu komen we tot de vraag hoe, met welke middelen, via welke weg de verpleegkundige zorg en therapeutische begeleiding gerealiseerd worden.

3.1. De verpleegkundige-patiënt relatie.

Het bijstaan, verzorgen, verplegen van zieken is - in een gezin, familie of gemeenschap - een daad van tussenmenselijke betrokkenheid, inzet, steun, hulp en verbondenheid. In navolging van verschillende auteurs ga ik ervan uit dat ook in de beroepsmatige verpleegkunde de interpersoonlijk hulp en de verpleegkundige-patiënt relatie het *fundament, de kern, het draagvlak* zijn van alle, ook de technische, verpleegkundige handelingen.

In de psychiatrie is dat stilaan een verworvenheid geworden. In de somatische verpleegkunde ligt vooralsnog, in het verlengde van de biomedische en technologische geneeskunde, het kwantitatief en kwalitatief zwaartepunt in het verrichten van de lichaamsgerichte verpleegtechnieken.

3.1.1. De interpersoonlijke relatie.

De relatie met de patiënt is het *basismedium* om binnen het eigen aandachtsgebied de besproken doeleinden te bewerkstelligen. Die relatie is essentieel om het verplegen meer te laten zijn dan een optelsom van technische zorgen en psychosociale opvang of van losse activiteiten en gesprekken. In, doormiddel, doorheen die relatie krijgen de verpleegkundige handelingen een *geïntegreerde* gestalte en wordt een reële integrale zorg en begeleiding mogelijk.

De verpleegkundige relatie heeft een aantal *grondvoorwaarden en -houdingen* gemeenschappelijk met andere hulpverlenings- of agogische relaties: bv. de geëngageerde, belangstellende betrokkenheid, zich persoonlijk verantwoordelijk weten voor goede hulp, eerlijk respect, aanvaarding en erkenning van de eigenheid van de persoon, een empathische bejegening, enz. Krachtige waarden, maar niet altijd makkelijk waar te maken.

Voorts is de ontwikkeling van een *vertrouwens-, werk- en samenwerkingsrelatie* essentieel. Die draagt twee dimensies in zich.

Ten eerste is het een *functioneel* relatie, waarin de communicatie tussen een hulpvrager of hulpbehoefte en een professionele hulpverlener in functie staat van bepaalde doeleinden en verloopt in een bepaald kader met regels (ziekenhuisorganisatie, betaling, samenwerkingsafspraken, ...).

Ten tweede is het een *persoonlijke* relatie. Wederzijds worden subjectieve betekenissen, gevoelens en waarderingen opgeroepen (bv. sympathie, medelijden, irritatie, machteloosheid, afhankelijkheid, schaamte, kwaadheid, enz. -zie ook overdracht en tegenoverdracht). Verplegen wordt rijker als er een spreken en handelen is van persoon tot persoon.

De *specifieke kenmerken van de verpleegkundige relatievorming* hangen samen met het perspectief, de plaats, de gerichtheid van het verplegen. De contacten zijn laagdrempelig,

frequent, op een 24-uurs basis. De verpleegkundige maakt de patiënt dan ook mee in zeer verscheiden situaties. Bij de zoveelste herhaling van de klachten, bij het wassen en de toiletgang, het gulzige egocentrisch eetgedrag, het uitvliegen t.o.v. medepatiënten, bij de ups en downs, de humor en de grilligheid; je leert zijn vrienden kennen, zijn favoriete muziek. Anderzijds leert ook de patiënt de verpleegkundige van nabij kennen. De relatie ontplooit zich vanuit situaties van het dagelijks leven.

O.m. door die *verankering in de dagelijkse realiteit* onderscheidt die zich van een psychotherapeutische relatie in engere zin die een specifiek kader met geëigende regels en afspraken impliceert. De reële hier-en-nu situaties deskundig hanteren en van daaruit tot een zorgende en therapeutische relatie komen, dat is de uitdaging voor verpleegkundigen. In de mate dat verpleegkundigen meer gespecialiseerde taken uitvoeren in een technische dienst of meer specialistische therapeutische gesprekken voeren is het belangrijk dat die ingebed blijven in de verpleegkundige basisrelatie.

3.1.2. Communicatiemethodieken en -technieken.

Binnen dat kader en die relatie kan de verpleegkundige voor een belangrijk deel communicatiemethodieken en -technieken aanwenden, die een algemene agogische of therapeutische werkzaamheid blijken te hebben. Men vindt ze terug in diverse handboeken voor hulpverlening, agogiek, psychotherapie, (psychiatrische) verpleegkunde.

Bijvoorbeeld empathie, non-verbaal en verbaal aandacht geven, actief luisteren, parafraseren, open vragen of vragen naar concretisering, beschrijving, illustratie. Een naar mijn gevoel krachtige interventie voor verpleegkundigen is het reflecteren (terugspiegelen): bv. van wat je ziet in de houding van de patiënt, de kern van de inhoud van wat de patiënt zegt terugkoppelen, en vnl. de niet expliciet of concreet uitgesproken gevoelens en gedachten die je proeft en herkent verwoorden en voorleggen. Zo help je de patiënt zijn/haar emoties en wat hem/haar bezig houdt te uiten, te benoemen, te verhelderen en krijgen die ervaringen een duidelijker en werkbaar betekenis.

Voorts ook omgaan met stiltes, ordenen, samenvatten, hier-en-nu gerichte interpretaties, informatie geven, suggesties doen en advies bieden, aanmoedigen, bekrachtigen, feedback geven, confronteren, grenzen aangeven, structuur bieden, oplossingen helpen zoeken, afspraken maken, actieplannen opstellen, alternatief gedrag aanleren (bv. rollenspel), als model fungeren, samen dingen doen, humor, zelfonthulling, enz.

Uiteraard is het gebruik van die technieken het best ingebed in de persoonlijke stijl van de verpleegkundige; men spreekt daarbij over het therapeutisch hanteren van het zelf, de eigen persoonlijkheid.

De diverse communicatietechnieken en -methodieken worden toegepast in het kader van informele contacten, (therapeutische) begeleidingsgesprekken, informatieve en educatieve lessen en activiteiten, vaardigheidstrainingen, recreatieve en creatief-expressieve activiteiten, e.d.

3.1.3. Aspecifieke en specifieke werkzame factoren.

In de (psychiatrisch) verpleegkundige begeleidingsrelatie komen voornamelijk de zgn. *aspecifieke* (d.w.z. niet specifiek voor bepaalde psychotherapeutische theorieën) therapeutische factoren aan bod zoals o.m. het verduidelijken van accurate verwachtingen, wekken van hoop, faciliteren van emotionele reacties en ontlading, stimuleren van verbale communicatie, bieden van informatie, herkenning van analoge problemen bij anderen, betekenisvol kunnen zijn voor anderen, kunnen leren van anderen, sociale leerervaringen opdoen, vaardigheden aanleren, e.d.

In psychiatrische settings staan, afhankelijk van de patiëntenproblematiek en de behandelingsfilosofie, bepaalde basisattitudes en communicatiewijzen min of meer op de voorgrond in de verpleegkundige begeleiding (bv. mate van directiviteit of structurering). Tevens kunnen dan daarop meer *specifieke* methodieken geënt worden die voortvloeien uit een bepaald denk- en werkmodel (ondersteund door wetenschappelijke theorie en onderzoeksgegevens): bv. het hanteren van operant leren, gedragsmodificatietechnieken en cognitief-therapeutische strategieën, het leiden van een sociotherapeutisch groeps gesprek, de ondersteunend-explorerende gespreksvoering vanuit psychoanalytische oriëntatie, het toepassen van systemische interventies, het gebruiken van reminiscentiemethodieken of "validation"-therapie in de gerontopsychiatrie, het aanwenden van rehabilitatiemethoden en specifieke psycho-educatie bij schizofrenen, het omgaan met hallucinaties en angst volgens de benadering van Peplau, e.d.

Bovendien kan, zoals o.m. in de V.S. het geval is, psychotherapie (in engere zin) gedaan worden door daartoe opgeleide "verpleegkundige specialisten" (zie ook de American Nurses' Association Standards of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice waarin psychotherapie opgenomen is).

3.1.4. Modaliteiten.

De verpleegkundige relatie wordt via enkele modaliteiten gehanteerd:

- *individueel* met het belang van de relatie van de verantwoordelijke verpleegkundige-patiënt, waarin de rode draad van de individuele begeleiding geweven wordt;
- *in groep*: o.m. het begeleiden van groepsactiviteiten (groeps gesprek, patiëntenvoorlichting en gezondheidseducatie, taakgroep, ...), het begeleiden van een behandelings- of leefgroep;
- *op afdelingsniveau*: het leiden en begeleiden van de verpleegeenheid, het afdelingsleven en het therapeutisch klimaat.

Hoewel de somatische verpleging voornamelijk individueel is, lijkt het mij opportuun om er ook aanvullend meer groepsmatig te werken (bv. patiëntenvoorlichting, psychosociale begeleiding).

3.2. Uiteraard houdt verplegen voorts ook het hanteren van meer doegerichte, praktische, fysische, manuele methodieken en technieken in.

De hygiënische zorgen, de lichaamsverzorging, de lichaamsgerichte verpleegtechnieken, de zorg m.b.t. de medicatie, het (helpen) werken met medische (diagnostische en therapeutische) apparatuur en dergelijke nemen een belangrijke plaats in in het algemeen ziekenhuis, het verzorgingstehuis, de thuiszorg of ook op bepaalde psychiatrische diensten zoals bv. de psychogeriatric. Daar die genoegzaam bekend zijn, ga ik er hier niet verder op in.

In de psychiatrie (of een verpleegtehuis) gaat het eveneens over praktische huishoudelijke taken, het werken rond vrijetijdsbesteding, het aanwenden van creatieve technieken, enz.

Het betreft voorts ook technieken van beveiliging, afzondering, isolatie, fixatie, e.d.

In een integrale zorg en therapie zijn die technische handelingen ingekaderd in een relationeel gedragen verpleegkundig begeleidingsproces.

BESLUIT

Tot hier een schets, in algemene termen, van wat naar mijn oordeel *de wortels en de stam* (de basiseigenheid) zijn van het verplegen, de verpleegkunde en dus ook de psychiatrische

verpleegkunde. Het is een poging om daardoor nog een verdere *integratie* te geven aan bestaande beroeps- of functieprofielen die of soms uiteenlopende omschrijvingen van (psychiatrische) verpleegkunde.

Ik benadrukte dat een verpleegkundige in de "*eerste lijn*" staat t.o.v. de patiënt en instaat voor *basiszorg en "basistherapie"*. Dat lijkt me wezenlijk, maar dit belet niet dat het belangrijk is dat er zich verpleegkundigen toeleggen op meer *gespecialiseerde zorg en therapie* (bv. meer psychotherapeutisch of een of ander somatisch specialisme).

Voor de psychiatrisch verpleegkundige bedoel ik daar niet mee dat zij of hij bijvoorbeeld een psychotherapeut in engere zin wordt (wat uiteraard na een psychotherapeutische opleiding een goed recht zou zijn). Ik bedoel eerder dat, na een klinisch-verpleegkundige of (psycho)therapeutische specialisatie, vanuit het voorgestelde verpleegkundige kader en aandachtsgebied bv. meer (psycho)therapeutische taken opgenomen worden (i) en/of de verpleegzorg en het verpleegtherapeutisch handelen verdiept worden (ii).

Is het verpleegkundig terrein op zich immers niet, zelfs overvloedig, rijk aan mogelijkheden om patiënten in reële noden effectief te helpen?

BIBLIOGRAFIE

- ABRAHAM, I. Kwaliteit van leven bevorderen bij oudere mensen: een intrinsieke verpleegkundige verantwoordelijkheid. *Verpleegkundigen en Gemeenschapzorg*, 1996, 1, 13-16.
- ABRAHAMS, F. Patiënttoewijzing: concretisering doorheen de 3 niveaus van het intramuraal psychiatrisch verpleegkundig handelen. *Psychiatrie en Verpleging*, 1995, 6, 318-331.
- BECK, C.M., RAWLINS, R.P., WILLIAMS, S.R.. *Mental Health - Psychiatric Nursing*. Mosby, St. Louis, 1984.
- BENFER, B.A., SCHRODER, P.J. Nursing in the Therapeutic Milieu. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1985, 5, 451-465.
- CAPLAN, A.L., ENGELHARDT, H.T. Jr., McCARTNEY, J.J. (red.) *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives* Massachusetts, Addison-Wesley, 1981.
- CLUCKERS, G. "Containment" in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingever. In: Vertommen, H., e.a. (red.). *De relatie in therapie*, U. P. Leuven, 1989.
- COHEN, J.A. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 899-909.
- DASSEN, T. *Verplegen in het Psychiatrisch Centrum*. Intro, Nijkerk, 1989.
- DE SCHEPPER, L. (red.), *Over psychiatrische verpleegkunde gesproken*. acco, Leuven, 1995.
- DE WACHTER, J. *Aan beide kanten. Overwegingen vanuit het grensgebied tussen therapie, leven en dood*. Lannoo, Tielt, 1993.
- EGAN, G. *Deskundig hulpverleners*. Dekker en van Vegt, Nijmegen, 1982.
- EVERS, G.C.M. *Theorieën en principes van verpleegkunde*. Universitaire Pers Leuven, Van Gorcum, Assen, 1991.
- FABREGA, H. The Position of Psychiatry in Understanding Human Disease. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1975, 32, 1500-1512.
- FABREGA, H. The Scientific Usefulness of the Idea of Illness. In: Caplan, A.L., e.a.. *Concepts of Health and Disease*, Massachusetts, Addison-Wesley, 1981.
- GIBSON, C.H. A concept analysis of empowerment. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 354-361.
- GRYPDONCK, M. Integrerende verpleegkunde: een situatiescheppende theorie. *Metamedica*, 1986, 65, 421-438.
- GRYPDONCK, M. Informeren en communiceren. *T. voor Ziekenverpleging*, 1993, 20, 683-688.
- JONGERIUS, P.J., RYLANT, R.F.A. *Milieu als methode*. Boom Meppel, Amsterdam, 1989.
- KEIRSE, M. *Psychosociale aspecten van patientenzorg*. Acco, Leuven, 1992.
- KOLCABA, K.Y., KOLCABA, R.J. An analysis of the concept of comfort. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 1301-1310.
- MAANEN, H.M.T. van . Nursing in transition: an analysis of the state of art in relation to the conditions of practice and society's expectations. *J. of Advanced Nursing*, 1990, 15, 914-924.
- MALIN, N., TEASDALE, K. Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 657-662.
- McFARLAND, G.K., WASLI, E.L., GERETY, E.K. *Nursing Diagnoses and Process in Psychiatric Mental Health Nursing*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1992.
- MELEIS, A.I. *Theoretical Nursing*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1985
- NIGHTINGALE, F. *Notes on Nursing*. Dover Publ., New York, 1969.

- N.V.K.V.V. *Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige of de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel, 1991.
- ORLANDO, I. *De relatie verpleegkundige - patiënt als basis voor procesmatig verplegen*. De Tijdstroom, Lochem, 1984.
- O'TOOLE, A.W., WELT, S.R. (Eds). *Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Works of H.E. Peplau*. Springer Publishing Co, New York, 1989.
- PATERSON, J.G., ZDERAD, L.T. *Humanistic Nursing*. Wiley and Sons, New York, 1976.
- PEPLAU, H.E. *Interpersonal Relations in Nursing*. Macmillan, London, 1988.
- PEPLAU, H.E. Future Directions in Psychiatric Nursing. *J. of Psychosocial Nursing*, 1989, 27, 2, 18-28.
- REYNOLDS, W., CORMACK, D. (Eds). *Psychiatric and Mental Health Nursing. Theory and Practice*. Chapman and Hall, London, 1990.
- SCHMIEDING, N.J. An integrative nursing theoretical framework. *J. of Advanced Nursing*, 1990, 15, 463-467.
- VERENIGING STIP. *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*. Uitg. Kavanah, Dwingeloo, 1993.