

Integrerende verpleegkunde en verantwoordelijkheid

Eddy Deproost¹

(gepubliceerd in: Abrahams, F., Ertveld, J. van (red). *Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde. In welke mate is patiëntentoewijzing geïmplementeerd in uw werksituatie?* Elsevier, Maarssen, 2004.)

1. Patiëntentoewijzing en verantwoordelijkheid in Integrerende Verpleegkunde

Het concept van patiëntentoewijzing aan een eerstverantwoordelijke verpleegkundige was de basis van “**primary nursing**” die eind jaren zestig in de Verenigde Staten werd ontwikkeld en nadien hoofdzakelijk in de Angelsaksische landen een ruime toepassing kende.

In Vlaanderen is het verpleegstelsel op basis van patiëntentoewijzing geïntroduceerd in het kader van de ontwikkeling van **Integrerende Verpleegkunde**. (Koene, Grypdonck, e.a, 1980) Het ontwerp van Integrerende Verpleegkunde vertrok van drie uitgangspunten:

- de benadering van de patiënt als mens
- de zelfrealisatie en ontplooiing van de verplegende
- de professionalisering van het verpleegkundig beroep.

Als reactie tegen een éézijdige somatische en technische verpleging en tegen de gefragmenteerde taakverpleging, ambieerde Integrerende Verpleegkunde een nieuwe vorm en inhoud aan het verplegen te geven.

Patiëntentoewijzing en verantwoordelijkheid vormden kernbegrippen. De verplegende krijgt voor de toegewezen patiënten een onverdeelde totaalverantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorg, hetgeen inhoudt dat de verplegende instaat voor de planning en evaluatie van de zorgen en zoveel als mogelijk voor de uitvoering ervan. De individuele patiëntentoewijzing maakt het aanvaarden van een totaalverantwoordelijkheid (met continuïteit) mogelijk. Binnen die verantwoordelijkheid hoort de verplegende de eigen deskundigheid tot uitdrukking te brengen.

Integrerende Verpleegkunde had tot doel “het verleggen van verantwoordelijkheid naar de basis van het ziekenhuis” en “de vertaling van het begrip participatie naar de verpleging”. Dit sloot aan op de beweging in de jaren zeventig en tachtig waarbij organisaties democratiseerden, participatief overleg uitbouwden.

Een organisatie (een ziekenhuis, een team) kan alleen dan goed functioneren, indien iedereen, van hoog tot laag, bereid is en in staat is een deel van de verantwoordelijkheid te dragen. Verantwoordelijkheid en bevoegdheden worden door de **organisatie** gedelegeerd en door het personeel aanvaard en opgenomen. zo kan patiëntentoewijzing begrepen worden als een delegeren van de verantwoordelijke zorg van de toegewezen patiënten aan de verantwoordelijk verpleegkundige. De verpleegkundige is een vertegenwoordiger van de directie van het ziekenhuis, van de hoofdverpleegkundige en eventueel van de behandelende arts.

¹ Directeur patiëntenzorg, Kliniek St-Jozef Pittem, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

IV wil daarbij aansluitend, daar naast of daartegenover de **persoonlijke verantwoordelijkheid** plaatsen. Patiëntentoewijzing betekent de expliciete confrontatie met de unieke persoon van de patiënt; door die ontmoeting gaat de verpleegkundige zich bewust worden van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor die persoon. Tijdens de verdere uitwerking van Integreerend Verpleegkunde werd die persoonlijke verantwoordelijkheid het centraal uitgangspunt en een sleutelbegrip, zich daarbij inspirerend op de ideeën van E Levinas. (Grypdonck, 1984, 1986, 1987; Koene, 1985)

De verantwoordelijkheid, die IV tot kern van het verplegen wil maken, is de persoonlijke, algemeen menselijke verantwoordelijkheid die de verpleegkundige door haar ontmoeting met de patiënt in de context van een verpleegsituatie op de schouders wordt gelegd”. Het is die persoonlijke (algemeen menselijke) verantwoordelijkheid die de beroepsmatige verantwoordelijkheid fundeert. De ontmoeting met een lijdende medemens – de ontmoeting met de patiënt, van persoon tot persoon - roept ons op, vordert ons op om te helpen, om het lijden te verzachten. Men kan vrij beslissen al of niet op het appèl in te gaan, maar de sporen die de blik van de lijdende in hem gegrift heeft, kan men niet uitwissen.⁽¹⁾

De verantwoordelijkheid opnemen houdt in de andere tot zijn recht te laten komen, niet te reduceren tot object, maar hem ten volle zichzelf laten zijn. De andere wordt als andere benaderd, men stelt zich op zijn standpunt.

IV wil “de oproep tot medemenselijkheid weer hoorbaar maken en uit laten stijgen boven het geruis van bureaucratische regels, taakverdelingen en functie-omschrijvingen” (Grypdonck, 1984)

2. Patiëntentoewijzing en verantwoordelijkheid in de psychiatrie

Men kan stellen dat IV met de patiëntentoewijzing aan verantwoordelijk verpleegkundigen de organisatorische mogelijkheid beoogt te creëren om een zo continu mogelijke **één op één verpleegkundige-patiënt relatie** te laten ontwikkelen

- die ideaal vertrekt vanuit een zich geappelleerd weten om het beste van het eigen kunnen in te zetten opdat de patiënt als zieke en als persoon in zijn zijn/haar reële noden geholpen wordt
- die de verantwoordelijkheid met zich meebrengt voor de totale verpleegzorg
- die intrinsiek gericht is op de unieke persoon via een belevingsgerichte zorg (met integratie van somatische en niet-somatische zorg).

In de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg – zeker in de psychotherapeutische en revalidatiesettings – is de interpersoonlijke **vertrouwens- en werkrelatie** de kern van de hulpverlening. Ook het werken op basis van **een biopsychosociaal mensbeeld en therapeutisch model** is veel meer een evidentie.

⁽¹⁾ Een gelijkaardig idee is terug te vinden bij de psychoanalyticus N. Symington: “When I listen to my conscience I am attentive to a principle within me but which at the same time extends beyond me. It is *in* me but it is not *just* me; something has a claim on me which is at the same time greater than me” (Symington, p. 155)
En: “Three elements are held in close thrall: I act according to conscience; I think and I act from love rather than fear” (Symington, p. 161)

Toch is en blijft **patiënttoewijzing** in de psychiatrische verpleegkunde een zeer belangrijke hefboom tot de verdere ontwikkeling van persoonsgerichte, deskundige verpleegzorg en verpleegtherapeutische begeleiding.

De toewijzing van individuele verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige totaalzorg brengt de verpleegkundige in een situatie die kansen biedt tot een autonoom ethisch en vakkundig engagement ten aanzien van de patiënt. (Deproost, 1998)

In het volgende punt proberen we een explicitering hiervan te geven uitgaande van het verantwoordelijkheidsconcept.

3. Een pragmatische benadering van het verantwoordelijkheidsconcept

We volgen het uitgangspunt van Integreerende Verpleegkunde dat de **algemeen menselijke persoonlijke verantwoordelijkheid** (idealiter) de kern vormt van de professionele verpleegkundige verantwoordelijkheid.⁽²⁾

Tevens vertrekken we vanuit de realiteit dat verpleegkundigen binnen organisaties werken, in teams samenwerken en derhalve een bepaalde **organisatorische verantwoordelijkheid** (met bevoegdheden) krijgen en aanvaarden.

Uit dit gecombineerd verantwoordelijkheidsconcept, dat geconcretiseerd wordt door het middel van de patiënttoewijzing, vloeien de criteria van de zelfevaluatielijst op één of andere manier voort. We proberen een rode draad aan te geven (zonder volledig te willen zijn).

Een “goede” verpleegkundige handelt vanuit een **persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel, - besef** en heeft als intrinsieke attitude een mature verantwoordelijkheidszin. Dit veronderstelt geraakt worden, een appèl voelen, zich inleven, zich identificeren, het zich aantrekken, betrokken zijn. Dat noopt tot “zorg”, het zet aan om iets te doen, te helpen (of om iets niet te doen uit respect voor het “onaantastbare”).

Dit leidt tot een aanhoudende inzet, een engagement, een niet-vrijblijvende “commitment”. We gaan ervoor, er is een “prise en charge” (het aanvaarden en opnemen van de verantwoordelijkheid).

Er speelt ongetwijfeld ook een andere dynamiek bij de “excellente” verpleegkundige of eender welke vakman. Een intrinsieke motivatie kan ook voorkomen uit een “gezonde” (ten dienste van de eigen ontwikkeling en die van de gemeenschap) ambitie en beroepsfierheid. Goed werk willen leveren, met een goed resultaat en op een vakkundige manier.

We hebben het hier over attitudes, een ingesteldheid. We weten dat dergelijke attitudes ingebed zijn in een cultuur, beïnvloed kunnen worden door opvoeding, vorming en opleiding. We weten ook dat het in mindere of meerdere mate voorkomen van dergelijke attitudes te maken heeft met de psychologische, psychodynamische ontwikkeling van de persoon (persoonlijkheid).

Niet iedereen voelt zich even verantwoordelijk, is even betrokken, gaat uit van de patiënt
Vaak wordt gehandeld uit routine.

⁽²⁾ We gaan ervan uit dat deze stelling door verschillende menswetenschappelijke, filosofische en ethische theorieën kan gefundeerd worden; dus niet noodzakelijk door het gedachtengoed van Levinas.

Een sterke verantwoordelijkheidszin daarentegen kan voortkomen uit angst of vrees voor straf of falen, uit een dwangmatige neiging. Het kan gaan over overbezorgdheid, overbescherming. Onze betrokkenheid kan vertroebeld worden door allerlei tegenoverdrachtelijke gevoelens. De inzet kan ook gemotiveerd zijn door louter eigenbelang (bv. carrière maken)

De verpleegkundige **zorg**, waarvoor verantwoordelijkheid opgenomen wordt, voltrekt zich **doorheen** een **vakkundige verpleegkundige- patiënt relatie** (met aandacht voor de totale persoon/integrale zorg). Verpleegtherapeutische begeleiding is emancipatorisch, laat maximaal zelfstandigheid aan de patiënt, vertrekt vanuit de noden van de patiënt, betreft de patiënt als actieve partner, stimuleert de eigen verantwoordelijkheid voor het eigen veranderingsproces. Waar nodig treedt de verpleegkundige op als pleitbezorger.

Zorg en begeleiding die **effectief** zijn, d.w.z. die aan de reële noden beantwoorden en die herstel, verandering, groei, verhoogde autonomie e.d. teweegbrengen, vergen **deskundigheid**. Een goed begrepen verantwoordelijkheid brengt de “innerlijke plicht”, de “keuze” met zich mee **deskundig** te handelen, anders helpt men de patiënt niet, staan eigen noden voorop. Die deskundigheid verder ontwikkelen veronderstelt permanente bijscholing

Wat concreet aan zorg geboden wordt, hangt af van de organisatie van het (interdisciplinair) werk. Wat is de **functie** en de bijdrage van de verpleegkundige, wat zijn de taken ... Hier zitten we op het niveau van de **organisatorische (gedelegeerde) verantwoordelijkheid**.

Idealiter is het ziekenhuis- en afdelingsbeleid met betrekking tot de patiëntenzorg gebaseerd op een ethisch en wetenschappelijk verantwoorde **behandelvisie en –cultuur** die gedragen wordt door de medewerkers, de diverse disciplines en de directie. In zo'n cultuur kan elkeen ook spreken vanuit zijn persoonlijke ervaring, kijk en overtuiging, ... en vanuit zijn “persoonlijke verantwoordelijkheid”. Dit spreken en handelen vanuit de eigen persoonlijke verantwoordelijkheid hoeft niet in tegenstelling te staan met de organisatorische verantwoordelijkheid. Integendeel, ethiek - evenals ieders “ethische maturiteit” - ontwikkelt zich door interpersoonlijke dialoog, toetsing, overleg, gezamenlijke beoordeling en besluitvorming.

Uiteraard is er niet altijd een dergelijke **organisatiecultuur** aanwezig; toch kunnen we allicht stellen dat in vele psychiatrische ziekenhuizen en settings grondige inspanningen geleverd worden om een participatieve overlegcultuur uit te bouwen.

De mate waarin verpleegkundigen duidelijke begeleidende en therapeutische verantwoordelijkheid krijgen kan erg verschillen tussen diensten en ziekenhuizen. Ook de mate waarin verantwoordelijkheid m.b.t. de verpleegkundige zorg gedelegeerd wordt aan individuele verpleegkundigen varieert. Die variëteit (in al zijn praktische consequenties) kunnen toetsen is precies het uitgangspunt van de opgestelde evaluatielijst.

Het is zeker waar dat de verpleegkundige als werknemer afhankelijk is van de mate van delegatie die in de organisatie door het beleid wordt geboden. Anderzijds is het even waar dat het ook een eigen verantwoordelijkheid is om professioneel terrein en gezag te verwerven. De beste manier om dit te realiseren is deskundigheid opbouwen.

Het gaat om ruimte, bevoegdheid krijgen om vrij te denken, te beslissen en te handelen, het gaat evenzeer over de “innerlijke plicht”, de “innerlijke keuze” om autonoom, (zelf)kritisch, zoekend, creatief, innovatief te zijn en uit de eigenheid, als individuele (geïndividueerde) persoon, te spreken en te handelen.

De (afgesproken) verantwoordelijkheid dient erkend en gerespecteerd te worden door collega's en leidinggevendenden, maar het komt ook op een streven aan om die te doen respecteren.

Verantwoordelijkheid aanvaarden, opnemen impliceert moed om - tegen innerlijke en uiterlijke weerstanden in - de nodige zorg te realiseren.

In het kader van een relationele ethiek houdt dat ook in dat men verantwoording aflegt, dat men zijn overtuiging/beslissing/handeling kan expliciteren, argumenteren, rechtvaardigen. Het betekent ook aansprakelijk zijn: aanspreekbaar en instaan voor de gevolgen van het handelen.⁽³⁾

Hoe verpleegkundige zorg via de organisatievorm van patiënttoewijzing optimaal kan gerealiseerd worden is het onderwerp geweest van lang zoeken, ordenen, toetsen,

De uitgewerkte **criteria** kunnen gehanteerd worden om de verpleegkundige verantwoordelijkheid in het kader van patiënttoewijzing descriptief in kaart te brengen of normatief te ontwikkelen en dit op het vlak van

- de *inhoudelijk* en *methodische* invulling en de *organisatorische* voorwaarden
- de *directe zorg* en de *indirecte zorg*
- de *intradisciplinaire* en *interdisciplinaire* samenwerking
- het ondersteunend *beleid* en het faciliterend *leiderschap*

Vanuit onze pragmatische benadering gaat het niet zozeer om een hooggestemd ideaal te halen, maar om “**good enough**” bovenstaande uitgangspunten proberen te verwezenlijken.

Het gaat om een streven naar kwaliteitsvolle verpleegzorg en –therapie, die we bereid zijn kritisch te toetsen. Op grond van een sterke – zwakte analyse kan gewerkt worden aan de verdere ontwikkeling van optimale “**good practice**” die **persoonlijk** (rekening houdend met persoonlijke mogelijkheden en beperkingen, met de scholing van de verpleegkundige), **organisatorisch** (bedrijfskundig) en **maatschappelijk** (economisch-politiek) **haalbaar** is. Dergelijk proces ontleent zijn dynamiek aan zelfstandig en verantwoordelijk denken en handelen dat zich ontwikkelt tussen vakkundige mensen die zich baseren op een persoonlijke “ethische” stellingname, goed begrepen wetenschappelijke inzichten, overdachte ervaringen en persoonlijke groei.

⁽³⁾ We hebben hier in eerste instantie de interrelationele aansprakelijkheid voor ogen; we gaan hier niet in op de vraagstelling met betrekking tot eventuele juridische aansprakelijkheid.

Bibliografie

DEPROOST, E., Patiëntentoewijzing en een vakkundige verpleegpraktijk in de actuele geestelijke gezondheidszorg. In: Abraham, I., Peuskens, J., *Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde*. Concept en methodiek. Garant, Leuven, 1998

GRYPDONCK, M., Verantwoordelijkheid als kernbegrip in Integrerende Verpleegkunde. Workshop, Noordwijk, Nederlands genootschap voor verpleegkunde, 1984, 64 – 76.

GRYPDONCK, M., Integrerende verpleegkunde: een situatiescheppende theorie. *Metamedica*, 1986, 5, 421 – 338.

GRYPDONCK, M., Inspiratie en strategie van Integrerende Verpleegkunde naar de psychiatrie toe. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 1987, 41, 303 – 309.

KOENE, G., GRYPDONCK, M., e.a., *Integrerende verpleegkunde: wetenschap in de praktijk*. De tijdstroom, Lochem, 1980.

KOENE, G., Plicht en verantwoordelijkheid. *Acta Hospitalia*, 1985, 3, 5 – 14.

SYMINGTON, N., *Emotion and spirit*. Cassell, London, 1994

Eddy Deproost, directeur patiëntenzorg Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, St-Jozef
Pittem