

# **PATIENTENTOEWIJZING EN EEN VAKKUNDIGE VERPLEEGPRAKTIJK IN DE ACTUELE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**Eddy Deproost**<sup>1</sup>

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

## **INLEIDING**

Het is de bedoeling van dit artikel de verpleegkundige patiëntentoewijzing in een bredere actuele context en een ruimer perspectief te situeren. De aanleiding daarvoor was de volgende vraagstelling.

Het concept van **patiëntentoewijzing** vormt een kernaspect van Integreerend Verpleegkunde en het verplegen op basis van de zgn. “**primary nursing**” wordt vrij algemeen als een kwaliteitsbevorderend verpleegsysteem beschouwd dat tevens de verdere professionalisering van de verpleegkunde stimuleert.

Niettegenstaande het concept al meer dan twintig jaar bekend is in Vlaanderen en Nederland, kunnen we toch vaststellen dat de realisatie ervan in de praktijk niet evident is. Verscheidene diensten in de psychiatrie werken niet of nauwelijks met patiëntentoewijzing. Waar die verpleegvorm wel is ingevoerd, is dat soms schoorvoetend, vaak sterk uiteenlopend of is er nog een hele weg te gaan.

Hoe komt het dat een volwaardige invoering en uitwerking van een verpleegkundige praktijk op basis van patiëntentoewijzing moeizamer tot stand komt dan we dachten en wensten?

In het zoeken naar verklaringen stootte ik juist op enkele bredere **contexten**: o.m.:

- **de zorgvisie en de therapeutische filosofie;**
- **de organisatiestructuur en -cultuur;**
- **de maatschappelijke context.**

In het **eerste deel** wordt nagegaan hoe de huidige verpleegpraktijk en beroepshouding (en de problemen met patiëntentoewijzing) bepaald worden vanuit het verleden. **Drie fasen** worden (uiteraard sterk vereenvoudigd) onderscheiden waarin zich resp. de asiel-traditie van de bewakingszorg, het klassiek medisch model en het huidig medisch-psychosociaal-therapeutisch model ontwikkelden. Telkens wordt kort een karakterisering gegeven van de verpleegkundige opdracht en beroepsattitude (of zo u wil het type van verantwoordelijk vakmanschap); tevens wordt kort de context van de zorg- en behandelvisie, de organisatiecontext en het maatschappelijk kader geschetst.

---

<sup>1</sup> Directeur patiëntenzorg, Kliniek St-Jozef Pittem, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie  
Gastdocent Katho Roeselare, HBOV Brugge

Het is pas in de derde fase dat de patiënttoewijzing ingang vindt en dat er een gepaste context is die toelaat dat verpleegsysteem goed uit te bouwen.

In het **tweede deel** bekijken we dan welke belangrijke **ontwikkelingsmogelijkheden** er zijn vertrekkende van de historisch gegroeide verpleegsituatie en van de toekomstige tendenzen op maatschappelijk, organisatorisch en zorgkundig of therapeutisch vlak. Enkele agendapunten voor een verdere ontwikkeling van een kwaliteitsvolle verpleegpraktijk op basis van patiënttoewijzing worden aangegeven.

# **1. NAWERKING EN DOORWERKING VAN HET VERLEDEN IN HET HEDEN**

## **1.1. DE BEWAKINGSZORG IN DE ASIEL-TRADITIE**

### **(1) Verpleegpraktijk**

#### **Opdracht**

We gaan decennia terug. In meestal grootschalige instellingen zorgden enkele verplegenden en vnl. hulpverplegenden en oppassers in de eerste plaats voor het normale verloop van het dagelijkse leven. Orde, discipline, netheid en het handhaven van de huisregels staan daarbij centraal. De bewakingsrol, het toezicht is een prioriteit.

De verpleging heeft uiteraard ook aandacht voor de hygiëne, de hulp bij de dagelijkse activiteiten en de lichamelijke toestand.

Voor zover er begeleiding was - in elk geval was spreken over de problemen taboe voor de verplegenden - kreeg die vnl. gestalte via het animeren van het afdelings- of ziekenhuisleven en de vrijetijdsbesteding.

De medische assistentie was hier nog beperkt.

#### **Verantwoordelijkheid/attitude**

De regelende en bewakende verantwoordelijkheid gaf de verplegende veel macht; ook nu nog ontlenen verpleegkundigen heel wat macht aan die rol van het regelen van het afdelingsleven. De basishouding tegenover de geestesgestoorde is een combinatie van bewakende en zorgende ingesteldheid. De verantwoordelijkheid van de patiënt wordt overgenomen, de benadering is goedbedoeld bevoogdend en directief.

Dat profiel zindert nog door als Jongerius in zijn boek 'Milieu als methode' de verpleging kenmerkt door haar verzorgende grondhouding, waarbij netheid en helderheid boven alles gesteld wordt.

### **(2) Visie**

De bewakingszorg ("custodial care") vormt de centrale doelstelling en activiteit van de psychiatrische instellingen. Aansluitend is er een gelimiteerd medisch model waarin de aandacht vooral naar observatie en diagnostiek van het ziektebeeld gaat.

### **(3) Organisatie**

Binnen de instelling is er een duidelijke hiërarchische structuur van directie en oversten over verplegenden, oppassers naar patiënten. Die gaat gepaard met een cultuur die door verschillende auteurs als autoritair is gekarakteriseerd; resp. bij personeel en patiënten is er ontzag, angst en gehoorzaamheid t.a.v. de autoriteit. Er is een grote afstand t.o.v. de dokter. De cultuur is tevens bevoogdend of paternalistisch.

### **(4) Maatschappij**

Maatschappelijk overheerst het beeld van de krankzinnigen die niet verantwoordelijk zijn voor hun gedrag en derhalve ter bescherming van de maatschappij of eufemistischer ter bescherming van zichzelf "weggestoken" of "opgeborgen" worden in de instelling. Hun

sociaal statuut was die van een “non-person”. Ze vormden een bedreiging voor de gangbare sociale orde en burgerlijke normen. Vandaar de bewakingsopdracht. Dit wordt overigens mooi geïllustreerd door het feit dat in België de psychiatrie toen ressorteerde onder het Ministerie van Justitie.

Anderzijds werd binnen onze christelijke cultuur de menselijke zorg voor die “outcasts” (de zwakkeren) vaak opgenomen door religieuzen. Verpleging als roeping, caritas en dienstbaarheid.

De hierboven aangegeven sociale verhoudingen binnen de instelling zijn een weerspiegeling van de burgerlijke standenmaatschappij.

## **1.2. HET KLASSIEK MEDISCH MODEL**

### **(1) Verpleegkundige praktijk**

#### **Opdracht**

De continuïteitsopdracht - met de zorg voor het huishoudelijk leven en leefklimaat op de afdeling, met de bewaking en het toezicht houden en met de hulp bij de hygiënische en basale activiteiten - blijft eigen aan het verplegingswerk en krijgt hier meer en meer een begeleidend (steunend, stimulerend, activerend) karakter.

De assistentie van de neuropsychiater komt duidelijker op de voorgrond. Belangrijke taken worden het observeren en rapporteren aan de geneesheer, het toedienen en opvolgen van de medicatie en het helpen bij ECT, slaap- en insulineuren, e.d.

De verpleegkundige neemt al eens anamnesegegesprekken af, bespreekt het weekend, maakt een plan voor de vrijetijdsbesteding, gaat in op de emotionele beleving of geeft in groep informatieles, ..., interventies worden meer educatief en therapeutisch van aard.

Er is duidelijk meer contact met de patiënt en empathische inleving, maar de patiënt is in de eerste plaats patiënt met een bepaald ziektebeeld (drager van een diagnostisch etiket). De witte jas symboliseert de afstand tussen de patiënt en de (steriele) objectieve medisch-verpleegkundige wereld.

#### **Verantwoordelijkheid/attitude**

Het verplegingswerk gebeurt op basis van taaktoewijzing. Verplegen is bovendien prioritair een groepsverantwoordelijkheid: iedere verpleegkundige is evenveel of even weinig verantwoordelijk voor alle patiënten. De verpleegkundige is geïnteresseerd in praktische taakuitvoering. De hoofdverpleegkundige plant en verdeelt het werk en is de contactpersoon van de geneesheer.

### **(2) Visie**

De benaderingswijze van het medisch model is gebaseerd op het ziekteconcept, dat psychiatrische problemen als stoornissen van de geest of het brein, als defecten ziet. Die moeten objectief gediagnostiseerd (gecategoriseerd) worden en behandeld worden door de geneesheer die orders geeft aan de verpleging. In toenemende mate worden ook “para-medici” ingeschakeld om de medische behandeling te ondersteunen. Ook psychotherapie komt het ziekenhuis binnen maar die blijft ondergeschikt.

De geestesgestoorde wordt erkend als zieke. Hij/zij wordt in principe niet verantwoordelijk geacht voor het ziek-zijn en komt daardoor in de ziekerol terecht.

### **(3) Organisatie**

Het ziekenhuis krijgt de kenmerken van wat Mintzberg de professionele bureaucratie noemt: meer expliciete structurering van functies, scheiding van disciplines of professies (de zgn. dienstenstructuur met aparte diensten en diensthoofden), allerlei procedures en regelingen, een duidelijker lijnmanagement met top down beleid, ....

Op de afdeling wordt er meer gewerkt op basis van multidisciplinair teamwerk dat de loutere optelsom is van de bijdragen van de disciplines.

De samenwerkingscultuur berust op de hiërarchische autoriteit van de geneesheer geassisteerd door de hoofdverpleegkundige.

### **(4) Maatschappij**

De samenleving is geëvolueerd tot een verzorgingsstaat die ook aan de geesteszieken het ziektestatuut toekent met o.m. recht op medische verzorging en behandeling. De instellingen worden psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen krijgen een PAAZ. Het is het tijdperk van de hoogtechnologische maatschappij van experts, waarin verschillende beroepsgroepen zich professionaliseren, ook in de gezondheidszorg.

Er is tevens een voorschrijdende democratisering, waarin mensenrechten aandacht krijgen en er een streven is naar een humanisering van technische dienstverlening. Psychiatrische ziekenhuizen worden opener en worden beïnvloed door de anti-psychiatrische beweging en mei '68, patiënten krijgen meer vrijheid, er zijn minder sleutels, concepten als "totaalzorg", "integrerende verpleging", "subjectieve belevingswereld" duiken op.

## **1.3. EEN VERNIEUWD MEDISCH MODEL IN COMBINATIE MET PSYCHOSOCIALE THERAPEUTISCHE MODELLEN**

### **(1) Verpleegkundige praktijk**

#### **Opdracht**

Alle bovengenoemde taken blijven, maar komen nog veel meer in een therapeutisch kader te staan.

De begeleidingsfunctie en de educatieve functie treden op de voorgrond. Verpleegkundigen voeren meer individuele gesprekken, engageren zich in groepsgesprekken en groepsactiviteiten. Ook de zorg voor een therapeutisch leefklimaat wordt gericht uitgebouwd. Verscheidene verpleegkundigen meten zich een nieuwe identiteit aan, nl. die van (socio)therapeut.

#### **Verantwoordelijkheid/attitude**

Het ideeëngoed van IV. zet een meer patiënt- en persoonsgerichte verpleegkunde kracht bij. O.m. de patiënttoewijzing responsabiliseert de individuele verpleegkundige, die zijn/haar aandacht kan richten op de totale verpleegkundige zorg van enkele patiënten. De verantwoordelijkheid betreft niet langer de uitvoering alleen, maar ook de planning en de evaluatie van de verpleegkundige zorg.

Het contact en de communicatie met de patiënt worden intensiever en daarin wordt meer ruimte gemaakt voor persoonlijke ontmoeting. De patiënt wordt nauw betrokken in de begeleiding en behandeling en het respect voor diens autonomie wordt groter.

Vanuit de geneesheer en het team krijgt de verpleegkundige die dicht bij de patiënt staat een cruciale rol en wordt er op diens verantwoordelijkheid duidelijk appel gedaan. De verwachtingen tegenover verpleegkundigen zijn soms groter dan hen lief is, er is wel eens het gevoel van overvraagd te worden in hun deskundigheid. De vraag naar “zeg me wat ik moet doen en hoe ik het moet doen” wordt veelvuldig gesteld aan de geneesheer of de psychotherapeut. Er is een nood aan richtlijnen, wat het gevaar meebrengt van een nieuwe afhankelijkheid en bevoogding.

De hoofdverpleegkundigen worden vrijgesteld voor beleid, o.m. de leiding en coaching van het verpleegteam en de organisatie van de verpleegafdeling; soms krijgen ze ook coördinerende bevoegdheden in de multidisciplinaire werking.

## **(2) Visie**

Het medisch model met het ziekteconcept blijft de basis vormen maar er is veel meer aandacht voor de psychosociale dimensie van het ziek-zijn. Diverse psychotherapieën en sociaalpsychiatrische benaderingen maken een wezenlijk onderdeel uit van de zorg en behandeling. In bepaalde settings staat het medisch model op de voorgrond en het psychotherapeutisch model op de achtergrond en in andere settings is het omgekeerd (hier geven ook vaak de psychiaters hun psychotherapeuten-rol de voorrang op hun rol van medicus).

De patiënt wordt als subject benaderd, als gelijkwaardige persoon met een eigen belevingswereld en levensgeschiedenis, met eigen verlangens en waarden en een eigen levensproject. De patiënt is een actief deelnemer, de therapeut/verpleegkundige treedt op als expert én als partner die ruimte geeft en creëert voor de zelfbepaling van de patiënt.

## **(3) Organisatie**

In het psychiatrisch ziekenhuis vindt meer en meer de zgn. divisionele structuur ingang: de afdelingen en de afdelingsteams (divisies) krijgen een relatieve autonomie met ruime beleidsbevoegdheden en de dienstenstructuur wordt afgezwakt of afgeschaft. De afdelingen richten zich naar specifieke doelgroepen voor wie een specifiek therapeutisch aanbod ontwikkeld wordt. Elke afdeling heeft een team van personen (verschillende disciplines) die enkel of hoofdzakelijk op die afdeling werken; ook is er de tendens dat slechts één psychiater (exclusief) aan die afdeling verbonden wordt. Dit opzet maakt het mogelijk om een coherente behandelingsfilosofie uit te werken die doorheen een reële interdisciplinaire samenwerking gerealiseerd wordt, waarbij de bijdragen van de verschillende disciplines daadwerkelijk en continu geïntegreerd worden.

Het lijnmanagement wordt aangevuld door allerlei ad hoc werkgroepen, die projectmatig diverse veranderingen introduceren of door permanente interdisciplinaire overlegorganen (matrixstructuur).

In de beleids- en samenwerkingscultuur staat het participatief overleg centraal en autoriteit berust minder op machtspositie en meer op deskundigheid en functioneel leiderschap.

Daarnaast voltrok zich de reconversie met de realisatie van de specifieke functie van de PVT-care en met het verder stimuleren van het beschut wonen.

#### (4) Maatschappij

We leven in een post-industriële dienstenmaatschappij, waarin professioneel werk vaak minder individualistisch gebeurt maar in teamverband. De scholingsgraad van de bevolking is sterk toegenomen en de klanten of patiënten zijn veelal mondige, kritische burgers en consumenten. De samenleving is opener, allerlei taboes zijn doorbroken, meervoudige samenlevingsvormen ontwikkelen zich, de vroegere standenmaatschappij vervaagt. De democratisering zet zich verder.

De flexibelere, minder formele sociale verhoudingen ziet men ook in het ziekenhuis, zowel onder het personeel als tegenover de patiënten.

## 2. VANUIT DE DYNAMIEK VAN HET HEDEN NAAR TOEKOMSTGERICHTE ONTWIKKELING

In de laatst geschetste fase dient de patiënttoewijzing met de “primary nursing” zich aan. Die verpleegpraktijk kan pas tot volle ontplooiing komen naarmate de besproken therapeutische, organisatorische, maatschappelijke voorwaarden zich ontwikkelen.

Via patiënttoewijzing is er een volwaardige responsabilisering van de verpleegkundige, hetgeen de verpleegkundige toelaat en uitnodigt zich in die diverse evoluties te profileren. Profileren als professionalisering van de discipline maar uiteindelijk als verbetering van een eigen verpleegkundig hulpverleningsaanbod, een eigen verantwoord vakmanschap waarbij de patiënten en de bevolking welvaren.

De **actuele dynamiek** in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg biedt belangrijke **ontwikkelingsmogelijkheden** voor een **op patiënttoewijzing gebaseerde verpleegkunde**. Eerst stippen we in kort bestek enkele **tendenzen** aan op maatschappelijk vlak en in de geestelijke gezondheidszorg, op het vlak van de organisatie en op het vlak van de zorgvisie. Daarna worden enkele **verpleegkundige “agendapunten”** voor de toekomst uitgewerkt.

#### (1) Maatschappij

In het proces van Europese éénmaking zal de sociaal-economische en budgettaire ruimte allicht beperkt blijven, maar zullen de sociale structuren (o.a. van de gezondheidszorg) zich dienen aan te passen. Ook kunnen we bv. flexibelere arbeidssystemen verwachten. Eén en ander zal ons nopen economisch efficiënt en creatief met het verpleegstelsel van patiënttoewijzing om te gaan.

De overheid lijkt vast van plan meer als manager op te treden. Na de reconversie staat de verdere profilering van het GGZ-landschap op het programma: verdere ontsluiting en vermaatschappelijking van de psychiatrie, scherper stellen van duidelijke erkenning van functies (d.w.z. specifieke types van zorg en therapie voor specifieke types van doelgroepen), uitbouwen van zorgcircuits en netwerken waar de patiënt veel meer afhankelijk van de noden van het moment flexibele zorg op maat kan krijgen, nauwere daadwerkelijke samenwerking tussen de verschillende diensten. De voor de verpleegkundigen belangrijke psychiatrische

thuiszorg dient zich aan, ook in de CGGZ's is er zinvol werk weggelegd voor de verpleegkundige ....

Het overheidsbeleid richt zich niet alleen meer op de structuren maar ook op de kwaliteit. Er wordt gestreefd naar transparantie van de psychiatrie (zie o.m. de MPG), naar kwaliteitsopvolging (zie het kwaliteitsdecreet). Er wordt gezocht naar interne toetsingsystemen en externe controlesystemen (vgl. bv. de doorlichtingscommissies in het hoger onderwijs). M.a.w. professionelen zullen moeten leren meer verantwoording over hun duur betaalde maatschappelijke opdracht af te leggen.

De democratisering en de meervormigheid van waarden, normen en levensstijlen zet zich verder. We kunnen verwachten dat de patiënt zich nog meer als zelfbewuste, autonome burger en kritisch consument zal opstellen, waarbij de hulpverleners op hun verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid zullen aangesproken worden..

## **(2) Organisatie**

In de eigentijds organisatie worden flexibiliteit, dynamiek, creativiteit, openheid, specialisering, e.d. belangrijke troeven.

Vermoedelijk zal de organisatiestructuur en -cultuur meer op partnerschap berusten: professionele disciplines, organisatorische eenheden met relatief zelfsturende teams, directies die als interafhankelijke partners samenwerken elk vanuit de eigen verantwoordelijkheden. Dit zelfde fenomeen zal zich allicht ook voordoen tussen organisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

Hopelijk wordt het management niet te veel belast met overregulering en bureaucrativering tgv het overheidsbeleid.

Gezien de nood aan permanente ontwikkeling wordt het type van de zgn. lerende organisatie belangrijker.

De verpleegkundige krijgt in de psychiatrie als discipline meer dan ooit de kans op recht van spreken en handelen.

## **(3) Visie**

De zorg en therapie worden diverser, specialistischer, intensiever en meer gestructureerd (zie hoger: zorgcircuits, netwerken e.d.). Specifieke problematieken worden meer vanuit een coherente behandelingsfilosofie en expliciete therapeutische strategieën benaderd. De klassieke (klinische en ambulante) psychotherapeutische benaderingen krijgen een verdere verdieping, maar zullen allicht onder druk komen te staan van economisch-politieke regelingen (beperkingen). Het risico van de terreur van kortzichtige (goedkope) "dépannage-" en "onderhoudsbehandelingen" duikt op. Sociaalpsychiatrische zorgmodellen en de thuiszorg worden nog veel sterker uitgebouwd.

De conceptuele en empirisch-wetenschappelijke onderbouw wordt m.i. nog belangrijker. Wat dat betreft hebben we als verpleegkundigen in ons werkterrein en voor onze bijdrage aan het interdisciplinair denkwerk en aanbod een inhaalmanoeuvre te maken.

Kwaliteitstoetsing en effectonderzoek worden belangrijke beleidsinstrumenten.

## **(4) Verpleegkundige praktijk gebaseerd op patiëntoewijzing**

We kunnen verwachten dat er jaren van veel dynamiek voor ons staan.

Dynamiek is veranderen. Veranderen kan bedreigend en verlamkend werken, maar biedt ook kansen en stimuleert de creativiteit. Het is des te bedreigender als men zich passief,

ondergaand, zich verzettend opstelt. Het wordt boeiend als men zich actief, pro-actief, opbouwend opstelt.

We mogen ervan uitgaan dat het werk van verpleegkundigen zinvol en maatschappelijk relevant is, deskundig gebeurt en met engagement. Juist deze karakteristieken krijgen via de patiënttoewijzing nog meer kans om zich verder te ontwikkelen.

### **Enkele agendapunten voor de toekomst.**

1) Het is van vitaal belang verder te **verduidelijken** welke eigen **bijdrage** de verpleegkundige binnen de geestelijke gezondheidszorg kunnen leveren, welke maatschappelijke opdracht zij binnen de snel evoluerende samenleving kunnen opnemen.

2) Daartoe is het nodig meer **eenheid**, coherentie, gerichtheid te brengen in het historisch gegroeid takenpakket. In het heterogeen **takenpakket** dient een **hiërarchie** te worden aangebracht.

Ik volg o.m. Peplau en anderen wanneer ze de therapeutische rol als primaire rol beschouwen die vorm en inhoud geeft aan de andere taken. De **zorgende en de verpleegtherapeutische begeleiding** vormt de kern van de verpleegkundige functie, waarop de diverse concrete taken zich enten.<sup>2</sup>

Vanuit hun positie staan de verpleegkundigen op continuere basis dicht bij de patiënt en is de verpleegzorg en verpleegtherapie direct verankerd in de dagelijkse realiteit. Daardoor beschikken ze, zoals Peplau zegt, over een goudmijn van kansen om de ervaring en het functioneren van de patiënt ten gunste te beïnvloeden.

3) Opdat verpleegkundigen de patiënten op een gerichtere en systematische wijze zouden kunnen helpen, is het noodzakelijk **duidelijke, expliciete verantwoordelijkheden en bevoegdheden** te bepalen.

Dit is des te belangrijker daar de verpleegzorg en verpleegtherapie continuïteit vergen en daarom met een equipe moeten gerealiseerd worden die gemeenschappelijk verantwoordelijk is voor de verpleegkundige activiteit.

Patiënttoewijzing is precies een organisatievorm om individuele verantwoordelijkheid aan de verpleegkundige toe te wijzen. Verpleegkundigen treden op de eerste plaats als individuen naar voor en minder als groep.

Eigenlijk wordt door PT een *situatie* gecreëerd die voor geneesheren, psychotherapeuten en bv. sociaal verpleegkundigen normaal is: nl. dat men voor een bepaald aantal patiënten volledig verantwoordelijk is voor een bepaalde hulpverlening.

Om de individuele verantwoordelijkheid m.b.t. de verpleegzorg en verpleegtherapie optimaal te kunnen opnemen is het op een afdeling bovendien belangrijk een duidelijk **verpleegkundig werkkader** te organiseren. Daarbij heeft de verpleegkundige de **verantwoordelijkheid** voor een bepaald aantal patiënten in het kader van:

- een individuele begeleidingsrelatie
- de begeleiding van een behandel- en/of leefgroep (vaak met één of twee collega's);
- de begeleiding van het totale afdelingsmilieu en de continuïteitszorg.

---

<sup>2</sup> Voor verdere uitwerking zie: "Over de gemeenschappelijke basis van de psychiatrische en somatische verpleegkunde", p. ...

Voor de toegewezen patiënten is de verpleegkundige verantwoordelijk voor de planning en evaluatie van het *verpleegtherapeutisch project en de verpleegtherapeutische strategieën op die drie niveaus*. Uiteraard begeleidt de verpleegkundige zoveel mogelijk zelf de patiënten, zeker op individueel vlak of op het niveau van de behandelgroep.

Daarbij is een goed *gestructureerde informatie-uitwisseling* met de waarnemende verpleegkundige(n) en continuïteitsverpleegkundigen nodig, alsook dienen klare *samenwerkingsafspraken* gemaakt te worden.

**4) Essentieel voor het zorgend en therapeutisch werk is de *verpleegkundige -patiënt relatie*.**

Om die op te bouwen is er vooreerst zoals daarnet gesteld een duidelijk *kader* nodig. Dat houdt in dat:

- de rol van de verpleegkundige t.a.v. de patiënt verduidelijkt wordt en dat er met de patiënt concreet afgesproken wordt hoe samen gewerkt zal worden;
- er naast de diverse informele contacten ook systematische, liefst voorspelbare en geplande individuele gesprekken gehouden worden (bv van een half uur tot een uur);
- zo er met behandelingsgroepen gewerkt wordt, er ook vaste verpleegtherapeutische gesprekken of groepsactiviteiten in het programma van de patiënt voorzien worden (met een duidelijk doelstelling, thematiek, werkwijze).

Benevens het kader veronderstelt een therapeutische relatie de ontwikkeling van een *proces*. Vele verpleegkundigen doen heel goede therapeutische interventies en zijn zeker in staat dat te doen. Het zou een reële meerwaarde betekenen indien de vele hier-en-nu interventies in een langere termijn strategie of in een pro-actief project ingebed zouden zijn.

5) Om de rijke verplegingstraditie vanuit het bovenstaand perspectief te optimaliseren is het noodzakelijk dat verpleegkundigen meer werken vanuit theorie, concepten en inzichten mbt de klinische praktijk. Pas op basis van een *klinische theorie* (die uiteraard empirisch onderbouwd is) kan men een deskundige inschatting van de problematiek maken, effectieve interventies plannen en een traject voorzien (letterlijk voor je geest zien).

Het eerste criterium om van een *professie* te spreken is trouwens dat de gekwalificeerde deskundigheid gebaseerd is op theoretisch kennis. De eerste standaard (van 11) van de psychiatrisch verpleegkundige praktijk in de VS stelt overigens ook : “The nurse applies appropriate theory that is scientifically sound as a basis for decisions regarding nursing practice”.

En het is nu eenmaal zo dat wij met zeer complexe menselijke problemen te maken hebben, die de verpleegkundige het best niet louter op grond van aanvoelen of op basis van snel ontleende begrippen aanpakt. Uiteraard geen theorie om de theorie, maar om klare richting in de praktijk te geven en om de klinische vaardigheden erop te baseren.

6) Expliciet *verantwoordelijk zijn houdt in meer verantwoordelijkheid leren nemen*. Dit is geen gemakkelijke opgave, zeker niet voor een beroepsgroep die vanuit het verleden (zie 1.1. en 1.2.) geleerd heeft enkel uit te voeren wat anderen opdroegen. Het gaat om het leren het eigen verpleegterrein in eigen handen te nemen en de verpleegkundige begeleiding van de toegewezen patiënten volledig op te nemen. Het houdt anderzijds ook in dat de verantwoordelijkheid van de collega's verpleegkundigen gerespecteerd wordt, door zich

aan de afspraken en begeleidingsstrategieën van het verpleegplan van een collega te houden.

Meer verpleegkundige totaal- en eindverantwoordelijkheid dragen veronderstelt beroepsattitudes en sociale vaardigheden zoals zelfstandig denken en handelen, onafhankelijk standpunt bepalen en loyale samenwerking, assertief onderhandelen, ...

**7) *Verantwoordelijk zijn impliceert voorts verantwoording afleggen***, niet vanuit een ondergeschikte positie in de vroegere context maar als volwaardige gesprekspartner en bij meningsverschil vanuit een onderhandelingspositie. Een echte intercollegiale en interdisciplinaire teamwerking biedt daarvoor een optimale kans.

Zoals gesteld zal het in de toekomst ook meer gaan over verantwoording afleggen tegenover en inspelen op het evoluerend organisatie- en overheidsbeleid.

Ten slotte gaat het ook om het verrechtvaardigen en verantwoorden tegenover de patiënt als mondig gebruiker van de verpleegkundige dienstverlening.

**8) *Verantwoordelijk vakmanschap vergt ten slotte een voortdurende ontwikkeling van de deskundigheid***. Bijscholing om de verpleegkundige (en psychiatrische, therapeutische) wetenschappelijke kennis, de klinische inzichten en vaardigheden te verdiepen is essentieel. Voor het hoger en het universitair onderwijs is hier een taak weggelegd om in overleg met het werkveld en de beroepsgroep een divers, gestructureerd en coherent bijscholingsaanbod (met flexibele doorstroming) uit te bouwen.

Uiteraard is ook permanente vorming op instellingsniveau nodig. Het is tevens hoogst wenselijk dat er in de werkcontext verpleegkundige intervisie en intercollegiale toetsing structureel georganiseerd wordt.

Tot zover enkele algemene krachtlijnen die m.i. wezenlijk zijn om de verpleegkundige patiëntentoe wijzing verder te ontwikkelen en toe te laten de verpleegkundige praktijk verder te professionaliseren in functie van een kwaliteitsverpleging.

## **BIBLIOGRAFIE**

- ABRAHAMS, F. Patiënttoewijzing: concretisering doorheen de 3 niveaus van het intramuraal psychiatrisch verpleegkundig handelen. *Psychiatrie en Verpleging*, 1995, 6, 318-331.
- ARMITAGE, P., CHAMPNEY-SMITH, J., ANDREWS, K. Primary nursing and the role of the nurse preceptor in changing long-term mental health care: an evaluation. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 413-422.
- BOWERS, L. The significance of primary nursing. *J. of Advanced Nursing*, 1989, 14, 13-19.
- DEPROOST, E. Patiënttoewijzing: middel tot functie-innovatie en zorgvernieuwing in de psychiatrie. Synthese en vraagstukken. Lezing studiedag (St-Jan de Deo), Gent, 31 mei 1996.
- GASSMAN, P., MELCHIOR, M.E.W., BERG, A.A. van den. *De verpleegkundige als regisseur. Functie-innovatie in de chronische psychiatrie*. Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en Rijksuniversiteit Limburg. Rijswijk/Maastricht, 1994.
- GOFFMAN, E. *Asylums*. Penguin, London, 1978.
- HOLDEN, R.J. Responsibility and autonomous nursing practice. *J. of Advanced Nursing*, 1991, 16, 398-403.
- JOHNS, C. Autonomy of primary nurses: the need of both facilitate and limit autonomy in practice. *J. of Advanced Nursing*, 1990, 15, 886-894.
- MINTZBERG, H. *Structure in Fives*. Prentice - Hall, New Jersey, 1988.
- 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.
- REYNOLDS, W., CORMACK, D. Psychiatric and mental health nursing: theory and practice. In: Reynolds, W., Cormack, D. (Eds). *Psychiatric and Mental Health Nursing. Theory and Practice*, Chapman and Hall, London, 1990.
- WILSON, J.H., HOBBS, H. Therapeutic Partnership. A model for Clinical Practice. *J. of Psychosocial Nursing*, 1995, 2, 27-30.