

*Binnen het psychotherapeutisch centrum Rustenburg vinden we het belangrijk om als verpleegkundige een visie te handhaven en te ondersteunen. Door de vakgroep verpleegkunde is de uitdaging aangegaan om de verpleegkundige rol binnen ons centrum te expliciteren.*

# (BASIS)HOUDING VAN DE PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE

In P.T.C. Rustenburg

*“Het lijden in onze cultuur blijft vaak verborgen voor de buitenwereld. Dit lijden plooit de persoon op zichzelf terug, wat leidt tot vervreemding van de omgeving. Betrokkenheid en engagement die staande blijven, slaan de brug tussen de realiteit en de persoon in zijn geheel. Dit ‘niet verlaten’ biedt de mogelijkheid tot reflectie en een gevoel van aanvaarding, dat zorgt dat de persoon zijn lijden in een verhaal kan brengen. Dit laat toe zich te laten zien. Het zonder agenda ontvangen, met ruimte en aandacht, maakt afstemming mogelijk. DIT IS DE OPDRACHT VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN”. - Grypdonck (2009) -*

# Inhoud

Proloog .....	1
Focus van de verpleegkundige .....	2
Omschrijving van de verpleegkundige interactie.....	4
Basishouding van de verpleegkundige .....	4
Continue verpleegkundige aanwezigheid: 'er zijn' .....	7
Verpleegtherapeutische relatie.....	9
Milieutherapie .....	10
Kennis en kunde .....	13
Zorgethische visie.....	14
Professionele zelfzorg .....	16
Verpleegkundige en het interdisciplinaire dialoog .....	17
Conclusie .....	20
Literatuurlijst .....	20

# Proloog

De verpleegkundige neemt de dagelijkse zorg op voor de patiënt in het milieutherapeutisch leefklimaat. Hierbij spant en verzorgt de verpleegkundige de draden van de patiënt met het therapeutische aanbod dat verspreid is over vele disciplines. Zo fungeert de verpleegkundige als weefsel van de kliniek. De verpleegkundige hanteert hierbij een specifieke basishouding. Deze basishouding omschrijven is de identiteit van de verpleegkundige een taal geven.

Het ontstaan van de vakgroep verpleegkunde in PTC Rustenburg in 2010 creëerde een forum voor dit denkproces.

De vakgroep verpleegkunde ondersteunt de verpleegkundige in het centrum om zijn identiteit in taal te brengen. Dit door een denkkader aan te bieden waarin de vele begrippen, concepten, waarden en normen die eigen zijn aan onze verpleegkundige identiteit, een plaats krijgen.

In 2012 werden de eerste concrete stappen gezet om dit denk- en schrijfproces op gang te brengen. De tekst die nu volgt is gefinaliseerd in 2015.

Als methodiek hanteerden we het consulteren van nationale en internationale vakliteratuur, debat met verpleegkundigen in de vakgroep, met verpleegkundigen van alle teams, met artsen en psychologen in PTC Rustenburg, met externe experts.

We hebben antwoorden gezocht op de volgende vragen:

- Wat betekent verpleegkunde in relatie met de patiënt?
- Welke vaardigheden en attitude zien we in de basishouding van de verpleegkundige?
- Waar is de specifieke focus van de verpleegkundige?
- Wat houdt de verpleegkundig therapeutische relatie in?
- Hoe steunt de verpleegkundige het individu in zijn proces doorheen de opname?
- Hoe verhoudt zich dit tot het team? De behandeling? De context?

We blikken terug op een zeer boeiende periode. Het samen aan de slag gaan en 'woorden zoeken' voor onze identiteit was een intens proces. De tekst ervaren we als good enough en creëert goesting om verder in dialoog aan de slag te gaan.

De vakgroep verpleegkunde

## Focus van de verpleegkundige

Een korte schets:

*De verpleegkundige ontvangt de patiënt met al zijn ruwe emotie. De patiënt heeft vaak al vele drempels overwonnen vooraleer hij kiest voor opname in een psychotherapeutisch centrum. Meestal omdat hij of zij zelf geen antwoord meer kan bieden op het soms 'ondraaglijke' lijden. De verpleegkundige ontmoet de persoon; met of zonder familie of partner; met het hele hebben en houden of met opvallend weinig bagage; en biedt hen een kamer aan. Een kamer met sleutel, een privéplaats, waar men tijdelijk verblijft. De verpleegkundige stelt de patiënt voor in groep en helpt hem ingang te vinden via een meter of een peter. In het contact krijgt de verpleegkundige een indruk over de draagkracht van de patiënt. Hoe angstig is de patiënt? Welke info kan hij of zij opnemen? Wat zijn de onmiddellijke noden?*

*Er wordt een gesprek gepland waarbij kennismaking centraal staat. Er wordt geluisterd hoe de patiënt de eerste momenten ervaart en wat belangrijk is om weten om samen een verhaal te maken. Er wordt heel bewust nagegaan of er fysieke zorgen zijn, hoe de slaap verloopt en of er zich problemen stellen rond voeding of dieet. Medicatie wordt opgevraagd en voortaan toegediend door de verpleegkundige. De verpleegkundige monitort van op de achtergrond hoe de persoon zich doorheen de dag verhoudt, zich al dan niet staande houdt, hoe hij of zij zich voelt en wat dit betekent voor de patiënt in kwestie. 's Morgens komt de verpleegkundige even langs op de kamer om de mensen 'goeiemorgen' te zeggen. De verpleegkundige biedt hiermee een impliciete uitnodiging tot het ontbijt en neemt er zelf ook aan deel.*

In deze korte schets van een opname valt op hoe de focus van de verpleegkundige ligt in de ontmoeting van de patiënt in het alledaagse, in wat zich afspeelt in het hier en nu. Hoe de patiënt woorden geeft aan zijn emoties of hoe de patiënt praktisch zijn kamer installeert. In dit alledaagse contact verschijnen de effecten van het ziek zijn (Deproost, 2012). In het hier en nu zien we de menselijke respons van de totale persoon (volgens RCN, 2003).

Deze focus, zoals ook blijkt uit de schets, gaat daarbij uit naar de 'primaire basale zorg'. De verpleegkundige helpt voorzien in het basiscomfort, helpt een veilige plek installeren, komt aan fysieke noden tegemoet, gaat na hoe men zich voelt en wat dit voor zichzelf en de ander betekent. We spreken van 'primaire basale zorg' waarin de behoeften van de mens verschijnen (Maslow, s.a).

Als persoon heeft men basale/biologische behoeften, veiligheidsbehoeften, sociale behoeften en behoefte naar zelfwaardering, etc.

Als een opname zich opdringt, zijn er behoeften waar de patiënt op eigen houtje niet voorbij geraakt. Het niet eerder kunnen realiseren van bepaalde behoeften is bij elke mens gelinkt aan de levensgeschiedenis, eigen omgeving, coping- strategieën, pathologie, enz. waardoor het trachten te realiseren van deze behoeften meestal spanningen met zich mee brengt. Behoeftes kunnen in verschillende richtingen evolueren, lopen vaak niet rechtlijnig, maar staan in continue verbinding met elkaar.

Als verpleegkundige willen we de patiënt helpen evolueren naar onafhankelijkheid en zelfontwikkeling (uit definitie RCN, 2003). Het is streven naar omstandigheden, in dit alledaagse, waarin groei mogelijk wordt (leerervaringen).

# Omschrijving van de verpleegkundige interactie

## Basishouding van de verpleegkundige

De basishouding is een 'manier van zijn'. De verpleegkundige is er steeds en gaat met aandacht en toewijding een interactie aan met de patiënt. De aanwezigheid tijdens de vrije momenten zonder agenda maakt dat het moment bepaald wordt door de ander, door wat de ander aan de orde stelt. De verpleegkundige is daarbij waakzaam voor de effecten van het ziek-zijn en komt los van allerlei vormen van fixatie en veronderstellingen. De verpleegkundige gaat zich aansluiten bij de leefwereld en de levensloop van die ander. De verpleegkundige ondergaat een onderdompeling in en een blootstelling aan de wereld van de patiënt zoals hij/zij die ervaart.

Om te komen tot deze basishouding van 'er zijn' voor de patiënt, vraagt dit een aantal specifieke vaardigheden van de verpleegkundige. Wat deze vaardigheden kunnen zijn, vinden wij terug in een onderzoek van Dziopa en Ahern (2009).

**Begrip en empathie tonen** d.m.v. actief luisteren, het aannemen van een niet-veroordelende houding, het tonen van betrokkenheid, het vrijmaken van voldoende tijd, controle slechts gedeeltelijk overnemen en de patiënt veeleer zien als mens i.p.v. als zieke.

Dit verloopt volgens Sitvast (2006) het best door een open, niet-oordelende manier van communiceren waarbij iets bij voorkeur betekenis krijgt binnen de relatie en niet op basis van een hiërarchisch verschil in kennis tussen een deskundige hulpverlener en een 'onwetende' hulpvrager.

**Steun bieden en beschikbaar zijn** (cfr. holding en veiligheid) door fysieke aanwezigheid en door dingen te doen voor en met de patiënt (bv. door samen planning op te maken en nadien te evalueren, spontaan te bevragen, moederlijke zorg en structuur te bieden). Het is samen met de patiënt anticiperen op wat er op hem afkomt. Beschikbaarheid wordt verder in dit werk belicht.

**Geïndividualiseerde zorg bieden** door het unieke van de patiënt te bekijken.

**Authentiek zijn** door naturel te zijn in interacties, congruent te zijn in waarden en overtuigingen, betrouwbaar te zijn, verbaal en non-verbaal gedrag op elkaar af te stemmen, open en eerlijk te zijn, duidelijke feedback te bieden, humor te durven gebruiken, zelfonthulling te bieden weliswaar op een

professionele manier (bvb. door levenservaringen te delen en te tonen dat je als verpleegkundige ook maar een mens bent, kwetsbaar bent, grenzen hebt,...)

**Gelijkwaardigheid nastreven** door het probleemoplossend vermogen van de patiënt te stimuleren en hiermee zijn/haar controle over het leven te versterken (cfr. patiëntenparticipatie, empowerment en zelfontwikkeling). Het is een valkuil om als verpleegkundige al te snel eigen oplossingen op te dringen (cfr. alwetende hulpverlener). Gelijkwaardigheid symboliseert zich in het beschermen van de patiënt indien aangewezen; door het ook over de gewone dingen des levens te kunnen hebben en niet steeds gefocust te zijn op het 'probleem' van de patiënt; door patiënten het gevoel te geven dat ze een keuze hebben, hoe beperkt die soms ook is.

**Respect tonen** door de patiënt serieus te nemen, hem in zijn waarde te laten en je open en onbevooroordeeld op te stellen.

**Duidelijke grenzen tonen** wat essentieel is om de relatie werkbaar te houden. Grenzen bieden duidelijkheid, veiligheid en voorspelbaarheid. Je investeert in het begrijpbaar maken van het kader zowel individueel als in groep.

**Zelfbewustzijn hanteren** door als verpleegkundige te reflecteren over welke relatie je met de patiënt hebt (afstand-nabijheid, hechtingsstijl,...), door je bewust te zijn van welke zaken spelen in de overdracht- en tegenoverdracht, door eigen kwetsbaarheid en grenzen te onderkennen, door in voeling te komen met je eigen persoon en emotionele levenservaringen, d.m.v. supervisie, e.d. meer (cfr. 'professionele zelfzorg').

## Continue verpleegkundige aanwezigheid: 'er zijn'

Als verpleegkundige zetten we in op continue aanwezigheid waardoor we direct betrokken en gemakkelijk(er) bereikbaar zijn. 'Er zijn' betekent dat er een actieve inzet is tot aanwezig zijn. In de aanwezigheid van de verpleegkundige kun je volgens Peplau (1952) zowel een kwalitatieve als kwantitatieve laag onderscheiden. De kwantitatieve laag gaat over effectief aanwezige uren bij de patiënt, het aantal contactmomenten, ook wel Kronos genoemd (zie verder), terwijl de kwalitatieve laag veeleer gaat over toegankelijkheid. Deze kwalitatieve aanwezigheid betreft een unieke positie van de verpleegkundige. De verpleegkundige verkeert meer dan andere disciplines in de mogelijkheid om beschikbaar te zijn in de leefwereld van de patiënt.

Vanuit deze aanwezigheid hebben we de gelegenheid om een werkrelatie met de mensen op te bouwen. 'Elk contact met de patiënt is een mogelijkheid/gelegenheid om er iets mee te doen' (Peplau, 1952). Dit wordt omvat door het werkwoord 'er zijn'. Als verpleegkundige zie je de persoon op de meest onbewaakte momenten, vaak ook in informeel contact. Dit zorgt dat de patiënt zich kan laten zien en maakt spontaan gedrag en emoties zichtbaar. Dit 'laten zien', 'tevoorschijn komen' in een niet-veroordelend klimaat biedt mogelijkheid tot reflectie, confrontatie en ruimte voor verandering of aanvaarding (cfr. zelfontwikkeling).

De verpleegkundige bevindt zich steeds in een spanningsveld tussen het tempo van de externe realiteit (dat wat strikt gezien 'moet' gebeuren) en de interne realiteit van de patiënt. Een beeld uit de Griekse mythologie maakt dit spanningsveld duidelijker:

*Kronos* was de god van de 'exacte' tijd, de ouderdom. Hij was een geweldige oergod die lange tijd opperheerser was maar uiteindelijk door Zeus werd verslagen. Kronos heeft doorheen de geschiedenis inspirerend gewerkt voor de planning.

Als verpleegkundige zijn 'tijd en planning' heel herkenbare begrippen. Het takenpakket van de verpleegkundige bestaat uit het uitvoeren van zorg, het halen van doelstellingen, het (her)evalueren en (her)plannen, met voortdurende alertheid voor de continuïteit of nog liever de 'continue tijd' en de realiteit.

Daartegenover staat *Kairos*, de god van de 'juiste' tijd. Hij werd afgebeeld als een naakte, maar gevleugelde god die afgezien van een haarlok op zijn voorhoofd kaal was.



De symboliek van Kairos is dat je een kans kunt grijpen als je hem vooraf ziet aankomen, maar achteraf is er geen manier om hem weer terug te halen. Kairos wordt vaak afgebeeld met vleugels aan zijn voeten, omdat de gelegenheid iets vluchtig is. Hij is altijd jong en mooi, want er is steeds weer een nieuwe gelegenheid die schoonheid voort kan brengen. Maar met de schoonheid vergaan ook de kansen. Hij heeft vaak een scheermes of een weegschaal bij zich wat benadrukt dat de gelegenheid een kritiek moment is: scherp, onderscheidend en doorslaggevend voor het vervolg. Als verpleegkundige herkent Kairos, hét moment, als een heel wezenlijk iets van het verpleegkundig werk.

Doorheen taken en planning hebben we als verpleegkundige oog voor hét moment, waarbij je met de patiënt komt tot spreken of niet spreken, bevragen of niet bevragen. We zoeken naar de opportuniteit om iets bespreekbaar te brengen. Het gunstige moment is er opeens, maar kan ook snel voorbij zijn. Hierbij laat je soms de planning en de tijd eventjes los. Tact is hierbij van cruciaal belang (Poland, 1975).

## Verpleegtherapeutische relatie

De verpleegtherapeutische relatie vertrekt vanuit de ontmoeting (Grypdonck & Baart, 2008).

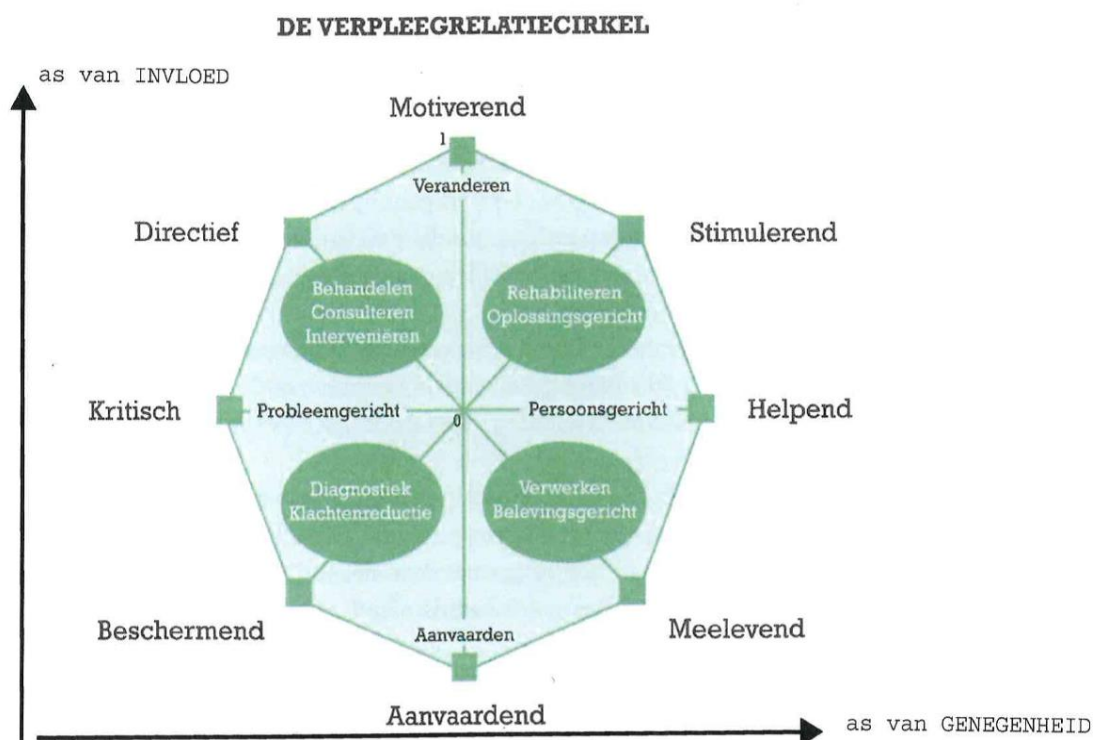
De relatie van de verpleegkundige wordt verpleegtherapeutisch wanneer de verpleegkundige insteekt op een groeibevorderende zorg. (cfr zelfontwikkeling hoofdstuk focus verpleegkunde)

Deze groeibevorderende zorg kan tot stand komen wanneer in de werkrelatie bewust wordt omgaan met holding en containment, overdracht en tegenoverdrachten, hechtingsstijlen en de betekenis die de verpleegkundige wordt toebedeeld.

De zorg wordt vanuit deze werkrelatie bekeken en georganiseerd. Deze relatie op zich bepaalt mee de impact van de zorg (Sermeus en Grypdonck, 2012). Op die manier wordt de relatie aangewend als werkinstrument om het verpleegproces te starten, inhoud en vorm te geven.

De eerder besproken focus van de verpleegkundige, vertrekkende vanuit de behoeften, zit continue verstrengeld in die relatie. De relatie wordt bewust gehanteerd om op het juiste moment het juiste te doen. Door het 'er zijn' verneemt de verpleegkundige informatie die 'tactvol' teruggegeven wordt. De verpleegkundige balanceert in de zorg tussen de ene pool van zorg overnemen, veiligheid installeren, grenzen aanduiden, crisis hanteren, beslissen voor de patiënt en de andere pool waarbij de keuze bij de patiënt wordt gelaten en gestimuleerd, zelfstandigheid en zelfredzaamheid ontwikkelen in afstemming tot zijn omgeving hier en buiten de kliniek. Hierbij kan het beeld gehanteerd worden van het paard en de kar waarbij de patiënt altijd op de kar zit. In relatie met de patiënt en in functie van wat de zorg vraagt, kan de verpleegkundige de keuze maken om de teugels over te nemen, naast de patiënt op de kar te zitten en de patiënt te laten rijden, of kan de verpleegkundige naast de kar lopen.

Dat de verpleegkundige de relatie bewust hanteert om op het juiste moment het juiste te doen, impliceert dat de verpleegkundige varieert in verschillende houdingen in zijn relatie met de patiënt. De acht typerende houdingen die omschreven zijn in de verpleegrelatiecirkel (Brunklaus, 2011) kunnen ons een kader geven waardoor deze houdingen worden beïnvloed.



Figuur 21.2 Acht typerende houdingen in relatie tot aanvaarden versus veranderen en persoonsgerichtheid versus probleemgerichtheid.

Dit model wil aantonen dat de verpleegrelatie zich oriënteert tegenover twee menselijke basisbehoeften: behoefte aan genegenheid en behoefte aan invloed.

De verpleegkundige kan door haar onvoorwaardelijke basishouding andere invalshoeken belichten (bv. minder zwart-wit) en de patiënt helpen nadenken over wat diens houding/actie mogelijk teweegbrengt of uitlokt bij anderen. Het niet veroordelend samen kijken naar wat er gebeurt, nodigt uit tot reflectie over zichzelf met de ander als spiegel, waarmee men verder in therapie aan de slag gaat. De verpleegkundige moedigt de patiënt aan om stil te staan bij de emoties en gedachten die hij/zij in het alledaagse ervaart.

Via de ontmoeting in het alledaagse wordt de verpleegkundige geappelleerd om veeleer te spreken over de subjectieve rol die ze door de patiënt toebedeeld wordt dan over de objectieve rol. De verpleegkundige wordt een moeder, een vader die slecht of goed kan zijn, zacht of verwerpend, dominerend, verstikkend, enz. Het is een relatie met overdracht, tegenoverdracht en herhalingen die zich mogelijk opnieuw installeren.

Deze overdrachten bevatten terechte en niet terechte verwachtingen van de patiënt naar de verpleegkundige. Op deze manier geeft de patiënt ons betekenis. Als verpleegkundige is het een opdracht de betekenis die we toebedeeld krijgen van de patiënt te dragen en te verdragen.

Hechting en hechtingsstijlen (gedesorganiseerd, vermijdend, afhankelijk of ambivalent) kleuren de contacten en deze relatie. De verpleegkundige wordt vanuit de relatie geappelleerd om zicht te krijgen op zowel eigen hechtingsstijl als die van de patiënt en om hiermee (zelf)bewust om te gaan.

Confrontaties doorwerken gebeurt in de therapie. Daarna helpt de verpleegkundige de patiënt om de interne veiligheid te herstellen door op een ondersteunende wijze de zaken helpen te bespreken. Het hanteren van begrijpbare taal is hierin belangrijk.

In die zorg ga je jezelf als instrument hanteren. De cirkel van de verpleegrelatie, gebouwd rond de as van genegenheid en de as van invloed, (NB. twee menselijke basisbehoeften) brengt in kaart welke houdingen er kunnen aangenomen worden (zie bovenstaande figuur). De zorg binnen deze verpleegrelatie staat telkens in relatie en afstemming met het globale therapeutische multidisciplinaire behandelplan.

## Milieutherapie

Het leefmilieu op de afdeling is de thuisbasis en het oefenterrein (cfr. leerervaringen) voor de patiënt. Het is een huiselijke en aangename omgeving waarin de patiënten samen met de verpleegkundigen leven. Het bevat alle elementen van een veilige omgeving die zowel mogelijkheid tot zorg als confrontatie biedt. Het team stelt in Rustenburg een duidelijke psychoanalytische visie met therapeutische doelstellingen voorop waarbinnen dit groepsgebeuren kadert. De verpleegkundige vervult hierin verschillende functies en rollen.

1. De verpleegkundige is **mede-eigenaar in het faciliteren van het leefmilieu**. Dit faciliteren gebeurt door een kader in het 'hier-en-nu' te creëren en te hanteren. Een therapeutisch leefkader met een sociale structuur (bvb. dagregeling, taakverdelingen, communicatiekanalen), leefregels en afspraken (bvb. m.b.t. agressie, alcoholgebruik, privacy, relatievorming, therapeutische engagementen) in een aangepaste infrastructuur (Deproost, 1995). Het is namelijk in wat zich in het 'hier-en-nu' van het leefmilieu afspeelt, vaak ook op de grens van de afspraken en de regels, dat de effecten van de innerlijke conflicten zichtbaar worden.

Het leefkader blijven we kritisch toetsen aan het doelpubliek van de afdeling. We problematiseren het kader waar nodig en passen het indien gewenst aan.

2. Naast facilitator en mede-eigenaar van het leefmilieu, is de verpleegkundige er een **continu aanwezige speler**. De verpleegkundige heeft niet alleen een observerende rol in het leefmilieu, maar maakt deel uit van de dynamiek die zich in het leefmilieu afspeelt. Ze stapt mee in het alledaagse van het 'hier-en-nu' en maakt doelbewust gebruik van het leefmilieu om zicht te krijgen op de dynamiek van de individuele patiënt, de groep en het paviljoen (gemeenschap).

De verpleegkundige beweegt tactvol en toont zich beschikbaar voor de groep. Er wordt actief tijd geïnstalleerd met de groep. Dit kan gestructureerd verlopen via groepsactiviteiten die een vaste plaats hebben in het therapierooster (bvb. de kooktherapie, weekendbespreking,...). Informeel gebeurt dit via de 'vrije tijd' op de afdeling. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld regelmatig aanwezig in het livinggebeuren met open agenda; de deur van de verpleegpost staat open en er heerst zoveel als mogelijk een cultuur waar men welkom is; de verpleegkundigen zijn aanwezig wanneer patiënten weggaan van en terugkomen op de afdeling; de verpleegkundige is beschikbaar om een positieve of negatieve ervaring te aanhoren.

In crisissituaties en/of bij acting out zoals bij weglopen, zelfverwonding, middelenmisbruik of een suïcidepoging draagt men als verpleegkundige niet alleen zorg voor het individu maar dient men ook oog te hebben voor wat dit in de groep teweegbrengt, in welke mate er onveiligheid is en in hoeverre de groep de gebeurtenis(sen) kan dragen. Een zowel letterlijke als figuurlijke aanwezige kan een gevoel van veiligheid en zekerheid geven.

3. Een voorspelbare zorgroutine draagt eveneens bij tot deze veiligheid en zekerheid. Dit uit zich in de dagindeling, het therapieprogramma, afwisseling van therapie, rust en vrije tijd, net als het helder en begrijpbaar vertalen van wat de leefregels en afspraken inhouden. Op deze manier creëren de verpleegkundigen een **'holding environment'**.

Als eigenaar van een 'holding environment' komt de verpleegkundige soms terecht in een spanningsveld. Aan de ene kant heb je de doelstellingen en verwachtingen vanuit het beleid en de beleidsmakers. De mogelijkheden en voorwaarden om een veilige omgeving te installeren, worden mede beïnvloed door doelstellingen en verwachtingen vanuit een hoger beleidsniveau. En als verpleegkundige word je geappelleerd om het beleid mee uit te dragen. Tegelijkertijd probeert de verpleegkundige bovengenoemde doelstellingen en verwachtingen begrijpelijk te maken, te vertalen voor het individu en de groep, en ook hieromtrent tot een proces van mentaliseren te komen. Zo zijn de verpleegkundigen het dragend weefsel voor het leefmilieu in de kliniek (De Rijdt, 2012).

4. De verpleegkundige streeft binnen de milieutherapie naar een **permanente onbevangen waakzaamheid**. Geen waakzaamheid die de illusie van de controle en het voorspelbare voedt, maar een waakzaamheid voor wat er mogelijk *tussen de plooiën* valt. Dit houdt in dat de verpleegkundige voortdurend mee beweegt op de grens van het voorzienbare en het onvoorzienbare. Het is alertheid aan de dag brengen voor Kairos vanuit de overtuiging dat je in die onverwachte momenten iets kan horen of kan lezen van het individu in de groep.
5. De groep schrijft ook samen een verhaal. En de verpleegkundige helpt dit te bevatten, te omvatten en de vele emoties te verdragen, verteren en vertalen. Zo **houden we de dynamiek van de patiënt en de groep vast** zodat die verder in de therapie aan bod kan komen en bewerkt kan worden.

## Kennis en kunde

Gedurende de behandeling wordt continu afgewogen hoe supportief en hoe reconstructief er dient gewerkt te worden in functie van de patiënt (Janzing & Lanssen, 1985). In welke mate bezit de patiënt de mogelijkheid om op dat moment vroege ontwikkelingsstoornissen te doorwerken, en wanneer is de desorganisatie zo acuut dat er meer directe ondersteuning vereist is? Kennis van psychopathologie en welke plaats / impact deze heeft op het functioneren van de patiënt, op welzijn, op mogelijkheden en grenzen, op ziekte-inzicht en draagkracht is belangrijk in het contact dat je als verpleegkundige aangaat.

De verpleegkundige ontwikkelt ook kennis en kunde in communicatievaardigheden, gespreksopbouw, verpleegmodellen, interventiemogelijkheden in crisis, psychofarmaca,...

## Zorgethische visie

De visie waar de verpleegkundige binnen Rustenburg naar streeft, sluit nauw aan bij de definitie van zorgethiek, nl. een situationeel adequate respons bieden met het oog op goed leven van de behoeftige mens, vanuit de gedachte dat wie als mens zo goed mogelijk tot zijn recht komt, zichzelf beter ontwikkelt (Baart & Grypdonck, 2008). Bij een puur medisch discours dreigt men af en toe verleid te worden tot enige vorm van paternalisme. Een omgangsvorm waarbij de zorgdrager als 'alwetende' de antwoorden biedt. In de psychoanalytische benadering van Rustenburg stellen we het subject centraal: de beleving, gevoelens, voorstellingen, waarde-ervaringen, m.a.w. de psychische realiteit waarin de patiënt zich bevindt verbonden met de dagelijkse realiteit van de context.

Binnen de zorg voor patiënten is verantwoordelijkheid een belangrijk begrip. Om de autonomie van patiënten te stimuleren en hen tot empowerment te laten komen dienen we de verantwoordelijkheid te delen.

Verantwoordelijkheid is een breed begrip en wordt in uiteenlopende vakdomeinen verschillend benaderd. Zo kent het binnen de juridische context (aansprakelijkheid en schuld) een ander accent dan binnen de filosofie of ethiek (Burggrave, 2009).

Onze verantwoordelijkheid als verpleegkundige is ruimer dan aansprakelijkheid. We omschrijven het als *prospectieve* verantwoordelijkheid. Deze benadering is toekomstgericht en gaat over de verantwoordelijkheid voor wat nog te doen valt. Ons verpleegkundig handelen wordt geappelleerd door het lijden van de patiënt dat hem op zichzelf doet terugplooiën en tot vervreemding van de omgeving leidt. Het appèl van het lijden en in het bijzonder de vervreemding, nodigt de hulpverlener uit om in relatie en in verbinding te gaan. Het lijden impliceert een verantwoordelijkheid van de patiënt. De patiënt ervaart immers een verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn ziek zijn en de effecten van dit ziek zijn. De effecten van het ziek-zijn spelen zich zowel in de persoon als in zijn/haar omgeving af. Wanneer de verpleegkundige ingaat op het appèl van de ander vanuit de houding van 'er zijn', neemt hij/zij de verantwoordelijkheid op voor de verantwoordelijkheid van de patiënt zijn ziek-voelen. De verpleegkundige engageert zich niet om de verantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen. Het gaat er om de verantwoordelijkheid te bevorderen of te herstellen.



We helpen de patiënt de weg terug te vinden naar een reële, redelijke (niet totale) onafhankelijkheid. Dit betekent dat we de ander niet alleen in zijn nood tegemoet treden, maar die ander ook op zo'n manier benaderen dat hij of zij opnieuw een vrij subject, of liever een zo vrij mogelijk subject, wordt.

Prospectieve verantwoordelijkheid stuurt ons als verpleegkundige tot een specifieke actieve basisattitude met empathie, tact, transparantie en respect voor het verhaal van de patiënt (Hebbrecht & Demuynck, 2008).

Verantwoordelijkheid is nauw verbonden met autonomie en afhankelijkheid. Hulpvrager versus hulpverlener impliceert al een vorm van ongelijkheid en afhankelijkheid. Het is de verpleegkundige die bewust kiest wanneer ze de zorg overneemt, begeleidt, weigert of opdringt, dit is nauw verbonden met ego-sterkte, pathologie, mate van ingevulde behoeften enz.

## Professionele zelfzorg

Het vermogen tot professionele zelfzorg is noodzakelijk binnen een context waar vooral met overdracht en tegenoverdracht wordt gewerkt. Onze zorg vereist een hoge mate van betrokkenheid, reflectie, draagkracht, flexibiliteit en inzicht en kennis in de psychopathologie. Kennis die niet gehanteerd wordt als een sjabloon dat op de situatie gelegd wordt, maar als voorraad van mogelijkheden waaruit geput kan worden (Graste & Bauduin, 2000). Net zoals de patiënten hebben verpleegkundigen ook hun eigen geschiedenis, patronen, gevoeligheden, defensiemechanismen, enzovoort. Het bewust zijn van eerder genoemde zaken dient ertoe onderscheid te kunnen maken tussen het subjectieve stuk van de verpleegkundige en dat van de patiënt. Het als verpleegkundige bewust zijn van de eigen gevoeligheden en grenzen zorgt ervoor dat men patronen bij de patiënt kan destilleren zonder de eigen overdracht te laten gelden, maar zich kan focussen op de overdracht en tegenoverdracht komende van de patiënt. Hierbij is een goede verpleegkundige teamwerking noodzakelijk (Baart & Grypdonck, 2008).

We streven naar een cultuur van openheid waarbij verpleegkundigen hun gevoelens rond de patiënt kunnen bespreken, en waarbij confrontatie met collega's die dit anders ervaren, mag. Dit zorgt ervoor dat de verpleegkundige verder kan reflecteren rond zijn werk met de patiënt. Dit alles binnen het geheel van een team.

In het dagelijks werk wordt veel ingezet op communicatie, briefing, vergadering, continuïteit van zorg en worden structurele momenten voorzien om zich als verpleegkundige (over de patiënt) uit te spreken. Naast het rechtstreekse werken met de patiënt en het uitwisselen van informatie hieromtrent is het eveneens belangrijk om tijd vrij te maken voor *informele* communicatie. Werkvergaderingen, verpleegkundige vergaderingen, functioneringsgesprekken, supervisie en dagelijkse briefingmomenten bieden idealiter ook tijd en ruimte voor persoonlijke reflecties en subjectiviteit.

Het opdoen van kennis en het verwerven van informatie kunnen eveneens een versterkende voedingsbodem tot professionele zelfzorg bieden. Het volgen van bijscholingen, het zich specialiseren in bepaalde vakdomeinen, het kunnen deelnemen in een werkgroep of vakgroep biedt mogelijkheden om het blikveld, draagkracht en (professionele) bewustzijn als verpleegkundige te verruimen.

## Verpleegkundige en de interdisciplinaire dialoog

De patiëntenzorg wordt opgenomen door verschillende disciplines. Dit heeft als doel de patiënt holistisch te benaderen en te begeleiden. Elk specifiek vakgebied is dermate geëvolueerd tot eigen media en methodieken met specialisatie tot gevolg.

De verpleegkundige discipline kent raakvlakken met alle andere disciplines.

We denken bijvoorbeeld aan de samenwerking met de arts omtrent medicatiebeleid.

Of hoe de verpleegkundige helpt vrije tijd plannen in het weekend met de patiënt wat ook bekeken wordt door de maatschappelijk werker. En hoe een patiënt komt spreken over zijn/haar emotie bij de verpleegkundige na een conflict met een medebewoner en de patiënt deze emoties aan bod brengt in een gesprek met de psycholoog.

De verpleegkundige in het interdisciplinaire dialoog heeft een brugfunctie tussen de patiënt en de behandeling die uitgetekend wordt in het team.

Deze brugfunctie kent een aantal rollen en doelen:

1. De verpleegkundige heeft een **kritische continue waakzaamheid** op het effect van de behandeling. Zo houdt de verpleegkundige een aantal doelstellingen voor ogen. Dit kan gaan om doelstellingen die de patiënt voor zichzelf formuleerde tijdens het intakegesprek, als om doelstellingen die tijdens de opname verschijnen. De verpleegkundige registreert deze doelen in een verpleegplan en evalueert dit regelmatig. De verpleegkundige is medebewaker van de oorspronkelijke 'vraag' van de patiënt. De verpleegkundige kan de patiënt zijn focus hierop helpen behouden en hem hier telkens naar terug leiden, zeker wanneer de patiënt verleid wordt om te denken dat er geen probleem meer is, wanneer hij geneigd is de zaak toe te dekken, enz. De verpleegkundige helpt om de klacht(en) waarmee de patiënt binnenkomt te helpen ombuigen naar een vraag over zijn 'interne psychische huishouding', i.e. een vraag naar zichzelf, zijn eigen subjectieve zelf, zijn eigen aandeel in de herhaling, een nieuwsgierigheid naar wat hij of zij niet weet over zichzelf maar wel verschijnt in vivo, kortom een introspectieve vraag.
2. De verpleegkundige is **pleitbezorger** van de patiënt.

3. De verpleegkundige is **de poortwachter** van het disciplinaire team. De verpleegkundige helpt het multidisciplinaire werk te vertalen, te dragen, te verteren en aan te moedigen. En dit gebeurt via begrijpbare taal. De verpleegkundige begeleidt de patiënt met zijn vragen en noden zodat hij of zij in contact komt en blijft met de andere disciplines.
  
4. De verpleegkundige is de **organisator en coördinator** van de diverse aspecten van de zorg. Dit vertaalt zich volgens Deneire & De Jong (2011) in :
  - prioriteiten stellen voor een groep cliënten in (complexe) zorgsituaties rekening houden met de beschikbare middelen en tijd .
  - met de betrokken zorgvertrekkers gepast overleggen in functie van de zorgafstemming .
  - de nodige instanties contacteren voor de realisatie van de continuïteit van zorg .
  - zelfstandigheid en correct logistieke en administratieve taken uitvoeren .
  - kritisch reflecteren op de visie van de organisatie/afdeling ten aanzien van de functie van verpleegkundige .
  
5. De verpleegkundige is een **betekenaar** in de zorg.

In het dagdagelijkse contact en werken met de patiënt krijgt de verpleegkundige betekenis (zie verpleegtherapeutische relatie). De betekenis in taal brengen binnen het multidisciplinair team helpt de verpleegkundige de zorg verder vorm geven.

Daarnaast kan dit gehanteerd worden binnen de diagnostiek.

## Conclusie

In het beschrijven van onze verpleegkundige rol wilden we ons behoeden om te vervallen in het oplijsten van vaardigheden, maar eerder een antwoord vinden op de vraag: Wat maakt ons werk nu specifiek verpleegkundig?

Een zoektocht die dit werk opleverde en die we als volgt samenvatten:

*“De verpleegkundige ‘ontmoet’ de patiënt, vanuit een continue aanwezigheid en bouwt gaandeweg een relatie op. Een verpleegtherapeutische relatie die gericht is op een groeibevorderende zorg. Dit speelt zich af in het leefmilieu op de afdeling, de thuisbasis en het oefenterrein voor de patiënt. Daarin legt de verpleegkundige de focus op de behoeften en de daarmee gepaarde noden en tekorten in de alledaagse leefwereld van de patiënt. Dit gebeurt vanuit een specifieke basishouding.*

*Doorheen taken en planning (Kronos) zoeken we als verpleegkundige naar opportuniteiten (Kairos) om met de patiënt op weg te gaan . Daarbij is kennis van psychopathologie en welke plaats / impact deze heeft op het functioneren van de patiënt onontbeerlijk.*

*Daarbij willen we bewust omgaan met het spel van overdracht en tegenoverdracht en de betekenis die we als verpleegkundige daarbij krijgen. Dit vindt plaats in het multidisciplinaire team.”*

Deze tekst zien we als een basistekst, een vertrekpunt om alle facetten van ons verpleegkundig handelen verder te concretiseren. In die zin biedt het zowel een kader voor de dagelijkse werking, een basis om tot een competentieprofiel voor verpleegkundigen te komen als een leidraad om ons interdisciplinair te positioneren.

## Literatuurlijst

BAART, A., GRYPDONCK, M., Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Lemma, 2008.

BOTERMAN ET AL. Factoren die de therapeutische relatie beïnvloeden vanuit de beleving van de patiënt en de verpleegkundige. Literatuuronderzoek. 2010-2011.

BRUNKLAUS, O., Interactieve vaardigheden voor verpleegkundigen: communicatie in het perspectief van herstel. Pearson Benelux B.V., 2<sup>e</sup> editie, mei 2011, 269 p, 352 p.

BURGGRAEVE, R., Achteromzien en vooruitzien, ethische visie op meerzijdige verantwoordelijkheid. Tijdschrift voor welzijnswerk, jrg 33, nr. 302, september 2009.

DENEIRE, M. & DE JONG, M., Competentieprofiel bachelor in de verpleegkunde. Associatie K.U.L.euven. Aug 2011.

DEPROOST, E., Over de gemeenschappelijke basis van de psychiatrische en somatische verpleegkunde. Psychiatrie en verpleging, 1995, nr. 2, p. 55 – 65.

DEPROOST, E., Het werk van Peplau: een inspiratiebron voor de Vlaamse psychiatrische/GGZ verpleegkunde? Cursus opleiding Gespecialiseerde Verpleegkundige in de Geestelijke Gezondheidszorg. Oktober 2012.

DZIOPA, F. & AHERN, K., “What Makes a Quality Therapeutic Relationship in psychiatric mental health Nursing : a review of the Research Literature”. The internet Journal of Advanced Nursing Practice, 10, 2009, 1-19.

FORCHUCK ET AL. Establishing a Nurse-client relationship. Journal of Psychosocial Nursing, 1989, Vol 27, No 2.

FORCHUCK & REYNOLDS. Clients’ reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Schotland; 2001 journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8, 45 – 51.

GRASTE, J., BAUDUIN, D., Waardenvol werk. Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum & Comp, 2000.

GRYPDONCK, M., Verpleegkundige zorg plannen, een prioriteit. Psychiatrie en Verpleging, 1993 nr 1.

GRYPDONCK, M., Presentie en de verpleegkundige zorg. Tekst van een lezing gehouden in het H. Hartziekenhuis in Ieper op 26 november 2009.

HEBBRECHT M., DEMUYNCK I., Empathie, hoeksteen of struikelblok in de psychoanalytische psychotherapie? Uitgeverij Garant, Antwerpen-Apeldoorn, 2008.

JANZING, C., LANSEN, J., Milieu therapie. Het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting. Assen, Van Gorcum & Comp, 1985.

KOEKOEK, B. , STRINGER, B., Verpleegkundige zorg bij de borderline persoonlijkheidsstoornis, p. 205 Hoofdstuk 6.1, uit handboek Borderline persoonlijkheidsstoornis, de Tijdstroom.

KRIKILION, W., Ethische uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg: een integrale visie op kwaliteitsbevordering, uit tijdschrift Psychiatrie en Verpleging : 2013-02.

MASLOW, A., De behoeftepiramide van Maslow. Datum niet gespecificeerd.

NOE, E., Zorg voor de zorg, en het onzichtbare tonen. De praktijk van de alledaagse aanwezigheid. Uit psychiatrie en verpleging, 2013-04.

PEPLAU, H. Interpersonal relations in nursing. New York, G.P. Putnam's Sons, 1952.

POLAND, W.S., 'Tact as a psychoanalytic function'. The international journal of psycho-analysis, volume 56, 1975, p155-161.

SITVAST, J., Narratieve verpleegkunde, Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2006 nr. 7-8.

SERMEUS, W., GRYPDONCK, M., Integrerende verpleegkunde revisited. Hefboom tot integrale zorg. 2012.

WOUTERS, B., Functieprofiel van de psychiatrische verpleegkundige in Vlaanderen, resultaat werkgroep 'psychiatrische verpleegkunde in Oost-Vlaanderen, voorzitter werkgroep: Wouters, B.

WWW.rcn.org.uk. Defining 'Nursing' volgens het Royal College of Nursing, april 2003.