

BEWAKEN WORDT BEGELEIDEN

moderne psychiatrische verpleging

door W. A. van den Hurk (Broeder Andreas)

'de mens menselijker maken'

(J. J. Maritain)

Met de bekende snelheid van de 'rasse schreden' vordert de wetenschap. Niet in de laatste plaats op medisch en verpleegkundig gebied. . . Maar uit de nood van vandaag werd de Dag van de verpleging (12 mei a.s.) geboren: om alle moderne ontwikkelingen te kunnen bijhouden komt men ruimte tekort, komt men bedden tekort. . . komt men vooral handen tekort!

Met name geldt dit ook voor de psychiatrische verpleging, waarover in deze AO iets meer wordt verteld.

Nog slechts kort geleden

Wanneer een dertigtal jaren geleden iemand het besluit nam in een psychiatrische inrichting te gaan werken, had hij of zij wellicht een bepaald 'verwachtingsbeeld' ook al was deze term toen nog niet in zwang. Uiteraard was dat verwachtingsbeeld wel zeer verschillend van het huidige.

Op zichzelf is dat niet zo verwonderlijk. Verwachtingsbeelden wisselen met de cultuurpatronen van de samenleving, dus ook zeker met betrekking tot een zo wonderlijk gestructureerde samenleving als een psychiatrische inrichting was en is.

Maar omgekeerd had het instituut een verwachtingsbeeld van de verpleger – (ik spreek gemakshalve over een mannelijk verplegende en een mannelijke patiënt). Belangrijker en interessanter is echter de kwestie: hóe werd de nieuwe (aspirant) verplegende in-geleid, wát werd hem geboden? Bij het ter hand stellen van een tamelijk omvangrijke sleutelbos werd bij wijze van 'introductie' gewezen op het belang van de sleutel in het algemeen – in termen van de soldaat en zijn wapens – en het sluiten van deuren in het bijzonder. Deuren waren natuurlijk gesloten, soms zelfs dubbel (nachtslot) en buitendeuren hadden vaak een zgn. sluis (deur-halletje-deur).

Ik herinner mij dat mijn vader eens op bezoek was, en daar hij moeilijk in één dag op en neer kon, mocht hij van de directie slapen in een logeerkamer op een van de paviljoens.

's Morgens wilde hij naar buiten en liep vast tegen de sluis. Hij vroeg aan een broeder die juist binnenkwam of deze zo vriendelijk wilde zijn de deur te openen.

'Van welke zaal ben je...? Ja, dat zeggen er hier wel meer, dat ze de vader zijn van een broeder. . . vraag het maar eens aan het hoofd daar. . .' Na deze 'verpleegkundige' woorden onderstreept te hebben met een armzwaai naar een bepaalde deur, ging hij zijns weegs.

Dat 'vragen-aan' was precies geregeld. Er waren omschreven verantwoordelijkheden met zeer scherpe instructies. In voorschriften aan familieleden stond vermeld wat NIET aan patiënten ter hand mocht worden gesteld zonder verlof. Iedereen wist precies waarvoor hij verlof kon geven en dat was gewoonlijk niëts; alles moest via de naast-hogere. Alleen het afdelingshoofd, die kàn wat. Dat was het GEZAG op de afdeling.

Schuren, poetsen, boenen

Als we de sleutelbos met veel ontzag hadden aangenomen en overwogen, waar men deze het best kon opbergen (in je broekzak gaf het geen prettig gevoel en op een andere plaats was je bang dat je kleding ernstig zou lijden) kregen we het tweede statussymbool, namelijk de witte jas. Je kreeg

precies voldoende tijd om je al een halve dokter te voelen en je trok al een wijs gezicht als er een patiënt passeerde. Daarna moest je ervaren dat een blauw schort en klompen vaker werden gedragen. De meeste tijd immers werd besteed aan netheid-properheid-hygiëne: alles moet schoon zijn, enz. 'Druk hebben' betekende: de ramen moeten nog gelapt – de trap nog geschuurd – de bedden nog gesopt – en heeft het magazijn al een beurt gehad? Wanneer een patiënt iets vroeg en je even een vriendelijk praatje bleef maken, stelde er al gauw een hogere collega de vraag of-je-niks-te-doen-had; en de graad van nadruk bracht je tot het besef wat kennelijk belangrijker was.. . Buitenstaanders stonden verbaasd over de netheid die alom heerste, en het klonk als een grote pluim als je opving: 'Had ik niet gedacht. Alleen maar mannen en zó netjes'.

Waakzaamheid geboden

Naast deze 'schoonheids-cultus' was het voor de verpleger uitermate belangrijk 'waakzaam' te zijn. Hij was de *bewaker* van de 'on-vrije' mens, hij moest voortdurend opletten waar de patiënten bleven, dat ze niet agressief werden – en hij moest waakzaam zijn om elke agressiviteit tegen hem zelf gericht, te kunnen opvangen.

Verplegenden werden primair belast met controle op de patiënten en ze moesten zorgen, dat dezen geen gevaren opleverden voor anderen en dat zij daarbij werden beschermd voor gevaren tegen zichzelf.

Vóór de sollicitatie verwachtte de verpleger dit ook, blijkens het feit dat er in zoveel sollicitatiebrieven te lezen was: 'ik ben in het bezit van een flink en stevig postuur en van een krachtig gestel'.

'Wie had de deur laten open staan?', 'wie had er dienst toen patiënt Jansen ontvluchtte?' waren vragen die tot boven, resp. tot beneden toe werden uitgezocht.

Op sommige afdelingen had men tinnen borden en dito drinkgerei, 'kroezen' geheten.

Ik herinner me dat ik een patiënt in de isoleerkamer koffie serveerde op een blad (dat hoorde zo). Onderweg vroeg ik me af, hoe mijn patiënt dat hete geval zou moeten aanpakken. Gelukkig was hij beter op de hoogte dan ik. Hij had een tip van een beddelaken, dubbel gevouwen, al in de ronding van hand en duim.

Op lang niet alle afdelingen kregen de patiënten messen bij de maaltijd. Als ze er al waren, dan werden ze na de maaltijd zorgvuldig geteld en achter slot bewaard.

Boterhammen waren gesmeerd. Er was in de zg. broodkamer (wat een efficiency!) een ingewikkeld apparaat waarmee het brood niet alleen gesneden, maar ook van boter voorzien werd.

Op de dagverblijven was een zg. 'gaspit je' aanwezig. Een ingenieus beweegbaar handvat dat in rusttoestand een heel klein vlammetje gaf en als men het schuin hield een grotere vlam. De pijpen van de patiënten waren dientengevolge meestal schuin afgebrand aan de kop, wat een wonderlijk gezicht was. Voorts was verplegen het uitvoeren van orders. De arts maakte visite met-het-hoofd-om-de-deur en de stereotype vraag of er nog iets bijzonders was. Dat iets-bijzonders kon alleen maar een lichamelijke ziekte zijn of onaangepast gedrag in de vorm van onrust of agressie.

De dokter gaf nieuwe voorschriften aan de hoofdverpleger. De hoofdverpleger aan de onder hem komende verpleger en zo druppelde het naar beneden. Ieders taak was: stipt uitvoeren wat van boven af werd gedecreteerd en voor de rest heel hard werken opdat de zaal er net en schoon uitzag. Het hoofd had zo graag mensen die 'netjes' konden werken en altijd zo'n rust en orde op de afdeling hadden.

En de patiënt?

De patiënt had het goed. Dat beweerde hij zelf, dat beweerde ook zijn familie. Hij zag er netjes uit. 's Zondags een bijna gewoon burgercostuum en in de week een, zij het uniforme, kleding van pilo of manchester.

Hij kreeg zoveel boterhammen als hij lustte, kreeg zijn rook- of pruimtabak (in kleine hoeveelheden

tegelijk verstrekt, anders maakte hij toch maar alles tegelijk op) en mocht 's zaterdags met de groep mee wandelen. Voorop liep dan een verpleger, daarna volgde een aaneengesloten groep uniform geklede patiënten en er achter weer een of twee verplegers.

Ik herinner me dat ik als jong verpleger me wel eens afgevraagd heb of ik alleen maar mee moest om af en toe 'vuurtjes' te geven. Ik had immers lucifers.

Alles werd voor de patiënt geregeld. Het feit dat hij dit alles als een fataliteit onderging en alles deed wat men van hem verlangde, zagen wij misschien als het bereiken van een therapeutisch effect. In werkelijkheid werd er niets bereikt. De patiënt handelde niet als een vrij mens. En als er al eens een patiënt tegen dit regel-van-boven-af protesteerde, dan werd dit niet gezien als een weer hanteren van zijn eigen menselijke vrijheid, maar werd het toegeschreven aan zijn gestoordheid. De patiënt kàn niet anders. We kweekten, zonder het overigens te beseffen, chronische patiënten.

Natuurlijk waren we vol zachtheid en geduld. We gingen er prat op dat we zelfs ernstige beledigingen, ons door patiënten naar het hoofd geslingerd, zonder afkeer of vijandigheid konden incasseren. Heus, we waren goed voor de patiënten, zolang zij tenminste deden wat wij wilden.

We leerden op een kaart aantekenen als een patiënt iets geweigerd had en meenden dat onze taak was volbracht met deze rapportage.

En we dachten ook dat we het zo goed deden. We wilden het zelfs steeds beter doen. We probeerden van alles, al of niet aangemoedigd door sommige artsen.

Want hieruit: uit dit niet tevreden zijn met het bereikte en met de gedachte dat onze taak afgelopen was zodra de spuit was gegeven en de vloer was geboend, - hieruit volgde dat sommige verplegenden, en later vele anderen, begrepen dat dan de taak pas moest beginnen.

Nu wéten we dat gewone verpleging (in de zin van verzorgen) met dit alles misschien mag eindigen, maar dat psychiatrische verpleging hier pas begint.

Psychiatrische verpleging vandaag

Verplegen heeft zich van bewaken en verzorgen ontwikkeld tot een integrerend deel van de totale psychiatrische behandeling.

In 1960 schreef de 'Studiegroep leidinggevende B-verplegenden' in een nota, uitgebracht naar aanleiding van een nieuw ontwerp voor het opleidingsprogramma van de B-verpleging:

'Artsen zowel als verplegenden hebben het niet duidelijk gezien dat er, zo goed als er een psychiatrische geneeskunde bestaat, ook een psychiatrische verpleegkunde behoort te bestaan. Het gevolg is dat de beoefenaren van deze verpleegkunde zelf weinig inzicht hebben in het hoe en waarom van hun dagelijkse verpleegkundige activiteiten. Zo zijn het de jonge collega's met hun gevraag waarom dit en waarom dat, en zo zijn het ook de artsen zelf met hun eis dat de verplegende de therapeutischesfeer-dient-te-scheppen-op-de-afdeling, die de volgende generatie van beroepsgenoten voor een reeks problemen stellen, waar men momenteel geen raad mee weet en waarvoor bewust, snel en met vereende krachten een bevredigende oplossing gezocht dient te worden'.

Er is *nadien* verheugend veel gedaan door zeer velen.

Verschillende aspecten

De psychiatrische verpleegkunde is als verplicht leervak in het opleidingsprogramma opgenomen. (Zie het kader op omtrent opleidingen.) Velen hebben getracht op papier te brengen wat psychiatrische verpleegkunde is; anderen hebben zich bezig gehouden met de problemen rondom het onderricht en de vorming van docenten.

We willen trachten een beeld te schetsen van de rol welke men de psychiatrisch verpleegkundige heden ten dage toebedeelt. Hierbij komen drie aspecten naar voren:

I Het directieve aspect

II Het situatieve aspect

III Het communicatieve aspect.

Drie aspecten van dezelfde taak; wel te onderscheiden, maar niet te scheiden.

Het directieve aspect

Wanneer men de taak van de psychiater kortweg in een paar hoofdtrekken kan samenvatten als (o.a.) de verwerking van observatiegegevens, het stellen van de diagnose en het aangeven van de therapie, dan zien we voor de verpleging een taak die vooraf gaat aan deze activiteit van de arts en een taak als mede-uitvoerder van de therapie.

Voorafgaande aan de diagnose moeten gegevens verzameld worden, zoals polsslag, temperatuur e.d. (die dus in het *somatische* vlak liggen) tegelijk met gegevens die in het *psychische* vlak liggen, en het gedrag, achtergronden, psychische stoornissen, enz. betreffen. Als medewerker aan de geneeskundige behandeling, de therapie, zal hij injecties moeten geven, medicamenten toedienen (dus weer somatisch) maar tévens: zorg dragen voor de omgeving, beïnvloeden van situaties en gedrag, waarbinnen zich de genezing zal moeten voltrekken.

Lange tijd was dit directieve, of richtlijn-gevende, aspect het enige wat men kende. Daarbij had het temperatuur opnemen, het geven van injecties, het behandelen van wondjes en al dergelijke zaken de grootste belangstelling. Dát was immers verplegen! Dan leerde men daarbij wat psychiatrische termen hanteren en het 'verzorgen van het lichaam' van de patiënt, vaak onder het motto 'het is OOK een mens'. Flagranter en on-menselijker discriminatie kan ik me niet voorstellen.

Men heeft leren inzien dat de verhouding van de verplegende tot de arts, die de richtlijnen verstrekt, maar één aspect vormt van onze taak.

Maar het geven van medicamenten bijv. is op zichzelf nooit een therapeutische situatie. De houding en wijze van benadering door de verplegende is bijna net zo belangrijk als het geneesmiddel dat hij uitreikt. Een veel meer eigen aspect is daarom:

Het situatieve aspect

Het welzijn van de zieke mens dient bevorderd te worden door de zelfstandige begeleiding van de B-verplegende. De kennis van dit begeleiden is die zelfstandige wetenschap, die aangeduid wordt met de naam verpleegkunde.

De verplegende IS niet alleen steeds BIJ de patiënt, maar DOET ook de hele dag MET de patiënt. De psychiatrische patiënt is immers 'een in zijn vrijheid gestoorde mens'.

Voor de patiënt is de afdeling, gedwongen of vrijwillig, zijn leefmilieu. Hij leeft in een wereld van verminderde vrijheid waarin ongeveer alles voor hem bepaald wordt: eten, slapen, ontspanning, bezoek, enz.

Om de patiënt *opnieuw tot vrijheid te brengen* zijn er tal van mogelijkheden. Zo kan de éne afdeling meer vrijheid toelaten – of liever gezegd: doen gebruiken – dan een andere.

In feite is het mogelijk op elke afdeling een hele scala van 'vrijheids-niveaus' te bieden. Er zijn vele gradaties: van de bijna volledige vrijheid van het buiten wandelen, buiten de inrichting werken, op week-end gaan enz., tot de meest verpletterende onvrijheid van de op bed verpleegde in de 'separeerkamer'. Op de ene afdeling wordt de sterk hallucinerende patiënt geaccepteerd, terwijl hij op een 'hoger' niveau niet geduld wordt als zijnde niet 'normaal'. De verpleging sluit zich met grote flexibiliteit aan bij de mate van onvrij zijn van de patiënt zelf.

'De zieke is als mens aan ons uitgeleverd' zegt E. Barnes in haar boek: 'People in hospital'.

Het meest eigene van de psychiatrische verpleging is: de patiënt een situatie bieden waarin hij zichzelf kan zijn, en waarin hij zich kan handhaven ten overstaan van zichzelf zowel als ten overstaan van de ander.

Het is de verplegende die deze situaties schept, telkens anders, telkens opnieuw. Hoezeer de patiënt gestoord is, op deze wijze kan hij steeds zichzelf zijn – zelfs met zijn gestoordheden.

Begeleiden

Psychiatrische verpleging is een begeleidende, helpende, steunende, tot eigen daden uitlokkende activiteit, om de patiënt weer vrij en weer verantwoordelijk te maken.

Psychiatrisch verplegen is: instaan vóór. Mijn verantwoordelijkheid samen met de verminderde verantwoordelijkheid van de patiënt; méér van mij naarmate de patiënt minder heeft, en terugtreden van mij waar de patiënt weer méér verantwoordelijkheid voor eigen daden opbrengt. In 1801 zei de Franse arts en psychiater Pinel in zijn *Traité sur l'aliénation mentale*, over 'psychische en fysische noden' van zijn patiënten in de gestichten La Salpêtrière en Bicêtre waar hij een methode invoerde die hij 'psychische behandeling van de waanzin' noemde: '... ik was onder de indruk van de aanblik van een groot aantal geesteszieken, die aan orde en regelmaat werden onderworpen, van het levendige soms zonderlinge gedrag waartoe de waanzin hen drijft en van de handigheid van de oppasser, om alleen door zachtheid of door energiek, echter medevoelend en humaan ingrijpen de opwindung weer in rustige banen te leiden, vaak zelfs een verwarde geest tot helderheid te brengen. . .'

'Wij moeten de patiënten helpen zichzelf te accepteren', zeggen D. Merenes en I.J. Karnosh in het boek: *Essentials of psychiatrie nursing*.

Ik lees in een rapport van *The Royal College of Nursing*, London: 'Verpleegsters zijn geen gevoelloze ordebehaarsters meer, maar leidsters van de gemeenschapsactiviteiten op de afdeling. Ze moeten proberen de patiënten zo ver te brengen dat ze actief aan hun genezingsproces meewerken in plaats van zich alleen maar te schikken naar gegeven opdrachten' .

Psychiatrische verpleegkunde is...

Psychiatrische verpleegkunde is: je open stellen voor de patiënt. Men moet niet alleen naar hem luisteren, maar hem ook kunnen béluisteren. Al naar gelang van de persoonlijkheid van de zieke, het eigene van het ziektebeeld, en de bepaalde fase van de ziekte of het herstel, zal het tegemoet treden anders moeten zijn.

Psychiatrische verpleegkunde is: je op fijn besnaarde wijze kunnen instellen op de zieke persoonlijkheid van de patiënt. Telkens weer opnieuw in staat zijn ànders geaard contact tot stand te brengen. De benadering van de mens in de zieke veronderstelt een grote mate van veelzijdigheid en souplesse in de omgang.

Psychiatrische verpleegkunde is: symptomen van de ziekte kunnen waarnemen en registreren, maar tevens begrip hebben voor wat deze verschijnselen betekenen voor de zieke zèlf. De verplegende moet het menselijke en het persoonlijke in de zieke tegemoet treden met erkenning van de symptomen. Maar ook de zieke verlangt dat hij deze kern vindt, ondanks de symptomen. De verpleger moet het gezonde kunnen vinden het ziekelijke ondanks het ziekelijke, zonder dit nochtans voorbij te zien of te negeren.

Psychiatrische verpleegkunde is: een therapeutische sfeer kunnen scheppen, een bindend element kunnen zijn in de groep. Het is: middelen uitdenken, methoden ontwikkelen, nieuwe ideeën introduceren, dikwijls in weerwil van oppositie en altijd in aanwezigheid van onzekerheden en dreigende mislukking.

Psychiatrische verpleegkunde is: je vormen tot een hoogstaande persoonlijkheid, die gezag kan afdwingen zonder te dwingen, en eisen kan stellen zonder te eisen. Zodoende zal de zelfstandigheid van de verpleegkunde steeds beter worden onderscheiden.

Dit is het tweede aspect, dat niet los te denken is van het eerste.

Integendeel, het roept om een derde, nl.:

Het communicatieve aspect

Het communicatieve aspect wil in wezen niets anders zeggen dan de samenwerking met de arts, of de onderlinge verstandhouding tussen arts en verplegende.

In één van zijn publikaties heeft dr. M.H. Cohen Stuart een onderscheid gemaakt tussen behandeling, verpleging en verzorging. De *behandeling* noemt hij 'een complex van activiteiten die door de arts via verschillende media tot de patiënt worden gericht'. Van *verzorgen* zegt hij: 'Het is een directe hulpverlening aan de medemens door bijstand ten aanzien van bepaalde, bij het gezonde leven behorende en het gezonde leven waarborgende activiteiten, die de zieke tijdelijk of blijvend niet langer zelf kan uitvoeren.

Bij *verpleging*, althans in de moderne zin van het woord, gaat de activiteit van de verplegende een belangrijke stap verder.

Doordat de verpleging zich richt op de verzachting van de directe gevolgen van het ziek-zijn, raakt zij dagelijks de behandeling van de arts. Indien men in een bepaalde situatie van verpleging wil spreken, is een dergelijke directe relatie tussen een behandeling en deze verpleging noodzakelijk'.

De arts moet ons verpleegkundig handelen stimuleren. Veel en langdurig overleg zal nodig zijn. Werken in een team zal het hoogste rendement opleveren. Het is daarom van het grootste belang dat de psychiatrisch-verplegenden begrip krijgen van de beginselen van een doelmatige communicatie. Het is de hoogste tijd dat de verpleegkundige staf háár deel van de verantwoordelijkheid voor de therapie op zich neemt.

Artsen en verplegenden vormen een eenheid waarvan je niet zo maar willekeurig een deel wegdenken kunt. Waarmee kan ik deze verhouding tussen arts en verplegende het beste vergelijken? U zult misschien eventjes lachen om het voorbeeld dat ik geef, maar dat wat mij het meest van toepassing schijnt te zijn, is nl. het beeld van het huwelijk. Dr. Veraart zegt nog:

'Ik meen ook, dat er soms te weinig begrip is bij de academici en stafleden voor het feit, dat die verplegende een volwaardig medewerker is, die als zodanig ook moet worden beschouwd en behandeld'.

In zijn boek *Milieutherapy in Schizophrenia* beweert Kenneth Artiss: 'Er zit in het verplegend personeel een goudmijn aan therapeutische mogelijkheden, als de psychiaters ze maar ontginnen willen.'

Laten we niet vergeten het boek van dr. Denis V. Martin: *Adventure in psychiatry* te noemen, dat een hele sociale ommekeer beschrijft in de organisatie van een psychiatrisch ziekenhuis.

Gelukkig ontwikkelen er zich in kringen van de verpleging eigen ideeën in deze geest. Het beeld van de verpleging in onze psychiatrische inrichtingen heeft zich de laatste jaren grondig gewijzigd.

Vanwege het directe contact met de patiënt zijn de verplegenden belangrijke schakels geworden in de groepstherapie. Er groeit een team. De goede verstandhouding tussen artsen, verplegenden en patiënten wordt een feit door het gesprek.

Een wekelijkse zaalvergadering met de patiënten, de verplegenden en de afdelingsarts is een gebeuren dat men steeds vaker ziet. Een vrije gedachtenuitwisseling van verplegenden samen met de medici, is in 't geheel geen onmogelijkheid meer. De verpleegkundige als volwaardig staflid; het is een resultaat dat vroeger onbereikbaar leek.

Hoewel het duidelijk is dat aan verpleging in deze zin hoge specifiek psychiatrische eisen gesteld moeten worden, krijgt de rol van de verplegenden een geheel nieuwe betekenis.

Hardop denken over de toekomst

Wie durft het wagen in deze stormachtige ontwikkeling over de toekomst iets te zeggen? Wie zal aangeven wat men over een aantal jaren vanuit de psychiatrie, en vanuit de psychiatrische verpleging eist aan opleiding, training en vaardigheid?

Groeit er een nieuwe stijl van verplegen?

'Moderne psychiatrische behandeling zonder moderne psychiatrische verpleging is even onaanvaardbaar als een moderne chirurgische behandeling zonder operatiezuster', zegt dr. Cohen Stuart.

Dr. M.L.J. Vaessen meent: 'Als de medische staf progressief gaat denken, maar de verpleegsters in de kou laat staan, is er niets bereikt. De arts moet de verpleegster helpen in en met deze nieuwe stijl. De vorming, de na-opleiding en het dagelijks overleg zal ongetwijfeld meer tijd van de arts gaan vragen, en men hoort daartegen wel eens bezwaar. Maar dit hoeft geen verlies te zijn als de arts zijn rol t.a.v. de patiënt voor een deel kan verschuiven naar de verpleegster' .

Mogen we stellen dat, zo goed als er een golfbeweging van ontwikkelingsfasen waarneembaar is in de psychiatrie, deze golfbeweging ook te zien is in de verpleging?

Heeft iedere ontwikkelingsfase in de psychiatrie niet telkens achter zich aan een nieuwe verplegingsstijl (zij het inderdaad een fase later)? Een halve eeuw geleden waren de patiënten praktisch de gehele dag min of meer tot niets-doen gedwongen; ze zaten op hun verblijfzaal te 'niksen'. Toen poogde de psychiatrie tot activering te komen.

De volgende 'golf' in de verpleging was de eerste 'arbeidstherapie', weliswaar in een heel andere vorm dan onze tegenwoordige arbeids-gewenning. De 'therapie' bestond toen nog veelal uit wolpluizen, tabak strippen en dergelijke – hoewel de verpleging de activeringstherapie volgde.

Ná het idee: 'de psychiatrische inrichting is een ècht ziekenhuis', kwam de verpleging in de sfeer van de-verzorgende-bedverpleging, met het streven van de verplegende om tevens het Adiploma te behalen.

De ontwikkeling in de psychiatrie ontstaan bij Freud met zijn leer omtrent 'het onbewuste', en voortgezet met de leer van de 'totale mens' heeft grote invloed gehad op de verpleging. We denken in dit verband ook aan de sociale wetenschappen die het besef deden groeien, dat de geestesgestoorde mens weer tot een niveau gebracht moet waarop hij zich in de maatschappij kan handhaven.

Huidige ontwikkeling

Typerend voor deze telkens voortschrijdende accent-verschuiving is ook het steeds groeien van allerlei specialismen en sub-specialismen. Zo zien we in het wetenschappelijk team de *psycholoog* zijn entree maken, de academisch geschoolde *bewegingstherapeut*, de *E.E.G.-ist* (specialist voor hersenonderzoek met behulp van elektronen. E.E.G. = elektro-encefalo-grafie), de *internist*, de *biochemicus*, de *socioloog*.

Evenwel beseft men (gelukkig) heel scherp – en zelfs in groeiende mate – dat het bij de behandeling en verpleging van geestelijk gestoorde mensen altijd gaat om de **gehele mens**. Het duidelijkst wordt de verpleger hiermee geconfronteerd; juist hij moet in staat zijn de patiënt in allerlei situaties en vanuit verschillende oogpunten te begeleiden in diens genezingsproces, in diens groei naar een nieuw vrij-zijn,

Na de psychiatrische methoden, die ontstonden bij Freud, nl. de analytische psychiatrie, ontwaakte in dit opzicht het verpleegkundig verantwoordelijkheidsbesef. En de volgende fase zou zich als volgt

kunnen ontwikkelen: tezamen met biochemische deskundigen wordt een nieuw accent gelegd op de somatologische behandeling. Maar het toekomstbeeld kan óók zijn, dat *iedere patiënt persoonlijk begeleid wordt door één verplegende*.

Hoe het allemaal zal worden, weten we nog niet. We kunnen alleen hopen dat de verplegenden kundig en waakzaam genoeg zullen zijn om uitgroei en vernieuwing in te passen dan, wanneer het de juiste tijd is. Voorlopig hebben we nog veel tijd en energie nodig om onze taak in het socio-therapeutisch samenspel wààr te maken, Maar .. we zijn op weg.

'De basis wordt gelegd voor een nieuwe stijl van verplegen en tevens een socio-therapeutisch samenspel van verplegenden en artsen, Leerstof moet gebruikt worden om de emotionele rijping te bevorderen van de persoonlijkheid van de verplegenden.' (Aldus dr. M. L. J. Vaessen.)

'We moeten initiatieven durven ontplooiën om te komen tot nieuwe vormen van verplegen. De verplegenden zelf moeten nieuwe methodieken ontwikkelen. Noodzakelijk is, vorming tot wetenschappelijk denkende en creatief actieve persoonlijkheden.' (Aldus dr. J. W. M. Jongmans.)

De opleiding

De opleiding en scholing (zie het kadertje) zal een grotere rol moeten gaan spelen dan reeds het geval is. Het opleidingsprogramma voor het diploma Ziekenverpleging B werd in de laatste jaren al grondig gereconstrueerd. Het is een gelukkige omstandigheid, en tevens bewijs van goed beleid, dat de ministeriële beschikking in deze de nodige ruimte laat.

Daarnaast zijn er in de praktijk belangrijke initiatieven genomen in de particuliere sector. Zo kennen we een 'Staf-cursus voor verplegenden in de B-sector' voor leidinggevende functionarissen.

Sinds september 1965 is ook de weg gevonden naar de Hogere School voor Verplegenden... en misschien is het een stoute droom om in de toekomst te denken aan opleidingsmogelijkheden voor verplegenden op academisch niveau. Er wordt echter al aan gedacht.

Basisopleiding

Aan de basis ziet het er minder fraai uit. Nog altijd worstelt men met het probleem: één basisopleiding, óf gescheiden blijven van A en B. Steeds meer komt het idee van de zgn. gedifferentieerde opleiding naar voren. Nóg on-overzichtelijker wordt het, nu in deze algemene 'stoeipartij' ook het diploma Z (m.i. terècht) om erkenning vraagt. Hoewel we volledig accoord kunnen gaan met differentiatie van de verpleegkundige activiteiten. A is anders dan B, en beide zijn anders dan Z.

Is het eigenlijk wel zinvol om elkaars diploma's te gaan halen? Is het mogelijk dat iemand, die met hart en ziel zuster op een interne afdeling is, ook nog sociotherapeut kan zijn? Is het niet beter om een brede basis op te zetten ter algemene kennismaking en daarna één richting te kiezen?

Het beroep van de ziekenverplegende is in Nederland wettelijk beschermd, en de opleiding voor dit beroep is wettelijk geregeld, nl. bij de Wet van 2 mei 1921.

De wet kent twee (gelijkwaardige) diploma's voor ziekenverpleging: een **diploma A**, bestemd voor verplegenden in algemene (gewone) ziekenhuizen en een **diploma B**, bestemd voor verplegenden in psychiatrische inrichtingen.

Sinds 1963 is naast beide wettelijke diploma's een afzonderlijke wet gekomen waarin het beroep en de opleiding van de ziekenverzorgsters (ziekenverzorgers) worden geregeld.

Daarnaast kent men nog een afzonderlijk diploma voor verpleegkrachten in de inrichtingen voor zwakzinnigen – het zgn. **Z-diploma**.

Voor dit laatste diploma is (nog) geen wettelijke regeling. In deze AO wordt meer in het bijzonder gesproken over de verplegenden in de psychiatrische inrichting.

Dit zijn echter slechts vragen. We weten dat specialisaties nodig zijn, maar we weten ook dat het voor iemand in een bepaalde tak van de volksgezondheid onmogelijk is álle certificaten van bekwaamheid te behalen.

Terwijl dus wel vast staat dat allerlei 'specialismen' moeten worden aangetrokken als *ondersteuning* van de eigenlijke psychiatrisch-verpleegkundige, is het uitermate belangrijk het zwaartepunt niet te gaan leggen juist op gedetailleerde specialismen.

Maar .. er zijn zeer gelukkige initiatieven te signaleren. Sinds 15 februari j.l. ligt er op de tafel der openbaarheid, een stuk: 'De opleiding in de verpleegkunde'.

Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde, voorgelegd aan, bewerkt in en uitgegeven door de studietoelichting van de drie gezamenlijke examencommissies:

- 'Nederlandse vereniging voor psychiatrie en neurologie',
- 'Vereniging van katholieke gestichtsartsen', en de
- 'Vereniging tot christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken'.

Dit stuk doet een ernstige poging om werkelijke vernieuwing aan te brengen in onze huidige opleiding tot verplegende.

De samenstellers zeggen er zelf dit van:

'Door de verpleging, in de breedste zin van het woord genomen, wordt uiterst belangrijk en verantwoordelijk werk verricht. Het is evident voor ieder, die de ontwikkeling volgt, dat de taken in de toekomst zwaarder, belangrijker en vooral meer gedifferentieerd zullen worden.

Daarom heeft de verpleging recht op onderwijs, dat voor deze taken de beste voorbereiding geeft en dat op moderne leest is geschoeid. Het is niet mogelijk gebleken, het beoogde resultaat te bereiken met een vervolmaking van het oude schema.

De verpleging heeft een van de grond af nieuw opgebouwde opleiding nodig. De vele pogingen die in deze richting worden ondernomen, bewijzen dat nu de tijd is gekomen om, in het totaal van de onderwijsvernieuwing op vele andere terreinen, aan de verpleegkunde de plaats te schenken, die haar toekomt'.

We mogen hopen dat dit initiatief de vruchten afwerpt die het verdient.

Want waar moet het tenslotte, ook in de komende jaren om gaan? U raadt het ... om de patiënt.

Om de patiënt, die me eens zei: 'Geen verschil tussen een ziekenhuis en hier'? en hij wees met zijn vinger naar de grond. ... 'In een ziekenhuis lig je, hier wóón je' . . .

'Geen verschil?' zei een ander dezer dagen: 'Toen ik in het ziekenhuis lag, kwam iedereen op bezoek. Ik werd haast bedwelmd door de geur van de bloemen, ik zwom in het fruit. Ik kon het bij wijze van spreken aan de straatstenen niet kwijt, want iedereen had genoeg . . . Nauwelijks ben ik hiër, of het bezoek loopt terug en ik snak naar een tiende van het fruit en de bloemen die ik tóen kreeg!' Ja, dat waren enkele van de vele patiënten. . .

Er was eens een zuster die bij het bestuderen van de psychiatrie verzuchtte: 'Ik ben blij dat ik niet behoef te analyseren, maar dat ik alleen maar met de patiënt hoef òm te gaan. . .'

Omgaan met de patiënt, dat is verplegen. Het instrument van ons verplegen is onze eigen persóón. Niet de injectiespuit is het belangrijkste, of de poeder, maar de MENS die verpleegster of verpleger heet.