



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2013-2014

DE BETEKENIS VAN EEN PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE VOOR
MENSEN MET EEN PSYCHOTISCHE KWETSBAARHEID
Een exploratief onderzoek naar de mening van de patiënten

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Matthys Shalini

Promotor: Prof. Dr. Grypdonck Maria



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2013-2014

DE BETEKENIS VAN EEN PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE VOOR
MENSEN MET EEN PSYCHOTISCHE KWETSBAARHEID
Een exploratief onderzoek naar de mening van de patiënten

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Matthys Shalini

Promotor: Prof. Dr. Grypdonck Maria

Inhoudstafel

Woord vooraf.....	I
Abstract.....	II
Inleiding.....	1
Onderzoeksmethode	3
Resultaten	9
Discussie.....	26
Conclusie	32
Literatuurlijst	33
Bijlagen.....	36
Lijst van tabellen	44
Lijst van figuren	44

Woord vooraf

Deze masterproef is het resultaat van een opleiding gestart in 2011. Via enkele voorafgaandelijke gesprekken met mijn promotor, professor Grypdonck, groeide mijn initieel idee uit tot een onderzoeksvorstel. Ik wil haar dan ook uitermate bedanken voor haar enthousiaste begeleiding en coaching, de aanhoudende inhoudelijke stimulansen, de verrijkende discussies die het niveau van deze masterproef naar een hoger niveau tilden.

In het bijzonder wil ik mijn grote waardering en sympathie uiten voor de respondenten aan dit onderzoek. Ze bleken een rijkdom aan kennis over hun gevoelswereld te bezitten die ze met mij wilden delen. Ik heb mij terdege gerealiseerd hoe zeer hun mogelijkheden vaak onderschat worden. Hun ervaringen vormen het hart en de drijfveer tot het verderzetten van dit onderzoek. Ik wil hen bij deze bedanken voor hun vertrouwen, hun geduld en hun bereidwilligheid om mij tijdens de interviews deelgenoot te maken van hun ervaringskennis. Herhaaldelijk moesten ze me corrigeren op verkeerde interpretaties en woordkeuzes. Hun taalpreciesheid was wonderbaar.

Verder wil ik mijn dank uiten aan de directie PC St. Amandus Beernem om me te stimuleren bij deze opleiding en de toelating tot uitvoering van dit onderzoek. Wendy Devos die in haar pauzetijd doorwerkte om de demografische gegevens en diagnoses op te lijsten. De teamleden van 'Oase 1' om noodgedwongen een zelfsturend team te worden door de frequente afwezigheid van hun afdelingshoofd. De personeelsleden van 'De Stroom', voor hun hulpvaardige ontvangst.

Mijn studiegenoten en mijn zielsverwanten, in het bijzonder An en Els voor de toffe momenten en de boeiende discussies in de vele autoritten.

And last but not least mijn man Stefaan en onze kinderen Laura en Daan, die ten gevolge van mijn grote honger naar kennis, gedurende drie jaar meermaals hun vrije tijd doorbrachten zonder mijn aanwezigheid. Mijn ouders voor de voltijdse kinderopvang en onvoorwaardelijke steun. Zonder jullie opoffering was dit zeker niet gelukt.

“Aantal woorden masterproef: 6922 (exclusief woord vooraf, inhoudstabel, abstract, tabellen, figuren, bijlagen en bibliografie)”

Abstract

Dit onderzoek focust op de betekenis van de psychiatrisch verpleegkundige vanuit het perspectief van patiënten met een lang traject van psychotische kwetsbaarheid tijdens een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Als onderzoeksmethode werd de ‘grounded theory’-benadering met fenomenologische oriëntatie aangewend. Daartoe werden vijftien respondenten, bevroegd aan de hand van individuele semi-gestructureerde interviews.

De belangrijkste bevindingen in verband met de betekenis van de psychiatrisch verpleegkundige vanuit patiëntenperspectief werden geclusterd in 5 thema's. De resultaten toonden aan dat de psychiatrisch verpleegkundige fungeert als *toegangspoort* tot de *binnen- en buitenwereld* waarbij de verpleegkundige de respondent dient te benaderen bij zijn beweging doorheen deze werelden. De specifieke positie van de psychiatrisch verpleegkundige heeft daarbij een betekenis op verschillende domeinen. Enerzijds creëert de verpleegkundige ruimte waar de respondent rust kan vinden, geen verplichtingen heeft en broos mag zijn in diens zoektocht naar stabiliteit. Anderzijds ondersteunt de verpleegkundige het *herstel van zijn identiteit, zijn waarderend zelfbeeld*, waardoor de respondent energie krijgt die hij terug investeert in het focussen op een toekomst met werk, woonst en sociaal contact.

Inleiding

In de dagdagelijkse praktijk wordt de verpleegkundige-patiënt-relatie veelal als sleutelement beschouwd (Van Dusseldorp et al. 2011, Hewitt et al. 2005, Dearing 2004, Scanlon 2006). Scanlon (2006) beschrijft dit als een *grotendeels niet-bestudeerd verschijnsel dat niet goed begrepen is*. Dat deze verpleegkundige-patiënt-relatie door de psychiatisch verpleegkundige zelf ook als de kern van haar/zijn werk beschouwd wordt (Van Dusseldorp et al. 2011), onderzoek terzake heeft aangetoond dat een therapeutische relatie effectief kan bijdragen aan de preventie van relapse (Van Dusseldorp et al. 2011), het geven van hoop (Van Bos 2013) en een noodzakelijke voorwaarde is voor een succesvol therapeutisch resultaat, maken deze vaststelling nog meer verwonderlijk.

Ook De Leeuw, e.a. (2012) stellen vast dat er vooralsnog *weinig onderzoek is gedaan naar de uitkomst van de verpleegkundige-patiënt-relatie bij chronisch psychiatrische patiënten*.

Niettemin de theorieën over psychiatrische verpleegkunde voornamelijk op de relatie focussen en de meeste artikels over 'psychiatisch verpleegkundige-patiënt-relaties' hoofdzakelijk geïnspireerd zijn op de theorie van Peplau (Lego 1999), blijken de meeste onderzoeksresultaten zich voornamelijk te beperken tot een opsomming van kenmerken en strategieën. Zo concludeert Reed (2008) dat de verpleegkundige-patiëntrelatie, in haar streven naar effectiviteit, moet gebouwd worden op een goede verstandhouding, vertrouwen, oprechtheid en op patiënt-centered doelen. Van Dusseldorp, e.a. (2011) beschrijven in dit kader verschillende strategieën die de verpleegkundigen kunnen helpen bij het opzetten van een verpleegkundige-patiëntrelatie. De beschreven strategieën zijn o.a. de poging om te begrijpen, vriendelijkheid, afstemmen, het 'onthullende zelf', 'er zijn' voor de patiënt en de handhaving van de vertrouwelijkheid.

Hörberg e.a. (2004) stelt in een kwalitatief onderzoek eveneens vast dat patiënten de psychiatisch verpleegkundige-patiënt-relatie als belangrijk en waardevol omschrijven. Toch is er echter bijzonder *weinig onderzoek gedaan over wat in deze patiëntenopvattingen de relatie zo waardevol maakt*.

In de geestelijke gezondheidszorg is de *opvatting gegroeid dat de meningen van patiënten* ernstig moeten genomen worden. Deze opvatting is o.a. terug te vinden in de wet op de patiëntenrechten, in de aandacht binnen de patiëntentevredenheidsbevragingen, in de vernieuwingen van artikel 107 en in het werken met ervaringsdeskundigen. Vandaag de dag kan men zich geen uitspraak over goede zorg meer voorstellen zonder dat daarbij de opvatting van de psychiatrische patiënten bevestigd wordt. Precies omdat de patiënten rechtstreeks met de verpleegkundige zorg in contact komen, kunnen ze in het beoordelingsproces van verpleegkundige zorg niet genegeerd worden (Debyser et al. 2011). Toch zien we dat de *kenmerken en karakteristieken van een goede verpleegkundige voornamelijk worden bestudeerd vanuit het verpleegkundig perspectief*, dit terwijl de percepties van patiënten vaak verschillen van die van professionals (Forrest et al. 2000).

In de beginfase van ons onderzoek hebben we een brede literatuurstudie uitgevoerd over de ‘goede psychiatrisch verpleegkundige vanuit patiëntenperspectief’¹. Omwille van de focus van dit onderzoek zal het niet uitvoerig besproken worden. Uit deze literatuurstudie blijkt dat patiënten eerder de interpersoonlijke en menselijke kwaliteiten van verpleegkundigen waarderen dan een specifieke verpleegkundig-therapeutische benadering. Een goede psychiatrisch verpleegkundige wordt frequent omschreven als iemand met volgende karakteristieken: ‘gezond verstand’, ‘warmte en sensitiviteit’, ‘vriendelijkheid’, ‘iemand die een vriend zou kunnen zijn’ en als iemand die de noden van de patiënten herkent en hen als individuen benadert (Forrest et al. 2000, Allen et al. 2003, Lammers & Happell 2003, Andreasson & Skärsäter 2012). Moyle (2003) omschrijft het belang van de verpleegkundige aanwezigheid als middel om geruststelling te bekomen. Binnen voormelde literatuurstudie vonden we voornamelijk een opsomming van kenmerken die door patiënten geformuleerd werden, over mogelijke onderlinge verbanden en/of interferenties tussen de kenmerken werd echter niets teruggevonden.

Het hier gerapporteerde onderzoek richt zich op een groep mensen met een langdurig traject van psychotische kwetsbaarheid, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, waar 24-uurs verpleegkundige begeleiding aanwezig is. Voor die groep patiënten kunnen

¹ In het uitgevoerde literatuurstudie werden slechts 6 artikels geïncludeerd, waarvan 2 specifiek over psychose en schizofrenie.

verpleegkundigen een belangrijk verschil uitmaken. Het is een kwetsbare doelgroep waarbij veel van de verpleegkundige-patiënt-relatie afhangt en het kennen van hun opvattingen niet evident is gezien bij vraagstelling het moeilijk onderscheid te maken is of het een objectief antwoord is of als het gekleurd is door de pathologie. Onderhavig onderzoek tracht, de betekenis van de psychiatrisch verpleegkundige te leren kennen vanuit het perspectief van patiënten met een lang traject van psychotische kwetsbaarheid opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis

Dit onderzoek heeft tevens de ambitie om een brug te slaan tussen het werkveld, het onderzoek en het onderwijs om zodoende een bijdrage te leveren tot het omschrijven van de karakteristieken waaraan psychiatrisch verpleegkundigen in hun streven naar deskundige en humane zorg moeten voldoen.

Onderzoeksmethode

Onderzoeksdesign

Er werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek a.d.h.v. de grounded theory benadering (Glaser & Strauss 1967) met fenomenologische oriëntatie. Het primaire doel van Grounded theory is de diepere betekenis van de ervaring van patiënten te achterhalen (Polit & Beck 2010). De data werden d.m.v. individuele semi-gestructureerde interviews bekomen, vervolgens geanalyseerd en met elkaar in verband gebracht om zodoende de betekenis van de opname en de plaats daarbij van een psychiatrisch verpleegkundige te achterhalen. Daarbij werd gebruik gemaakt van de constant comparatieve methode, een herhalend proces van dataverzameling, coderen, analyseren en interpreteren van de data, waarbij alle data voortdurend met elkaar geconfronteerd en in verband gebracht worden (Holloway & Wheeler 2010) en van onderzoekerstriangulatie (Morse & Field 1995). Het onderzoek blijft echter exploratief door de beperking in data. In de vijftien interviews genereerden we geen “thick data” (Morse & Field 1995). Daarvoor waren de uitdrukkingmogelijkheden² van de patiënt te beperkt (Pols 2005).

² De groep kan wel verbaliseren, doch afhankelijk van de respondent: niet spreken op een manier dat het gemakkelijk te begrijpen is voor de onderzoeker, beperkt spreken, of soms voor de onderzoeker een incoherent verhaal vertellen.

Steekproef en Setting

Omdat de data grote verscheidenheid vertoonden en we omwille van het beperkt aantal interviews de verscheidenheid niet nog groter wilden maken, werden alle respondenten gerekruteerd op één afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, waar alleen mannen met een psychotische kwetsbaarheid verbleven die reeds een langdurig traject binnen de GGZ doorlopen hadden en nog steeds ernstige beperkingen ondervonden van hun kwetsbaarheid³.

De selectie van de respondenten gebeurde door de onderzoeker zelf, op grond van een geanonimiseerde patiëntenlijst met demografische gegevens en diagnoses⁴, zodat *purposive sampling* mogelijk was. Voor deze werkwijze werd gekozen om een onnavolgbare selectie door de verpleegkundigen te vermijden en mogelijke elite-vertekening te voorkomen. De respondenten werden geselecteerd a.d.h.v. hun leeftijd en opnameduur om de gewenste diversiteit te verkrijgen. De behandelende psychiater besliste bij wie de deelname aan deze bevraging een mogelijks risico kon inhouden. 75% werden medisch geschikt bevonden. Omdat de verpleegkundigen de patiënten dienden uit te nodigen werd het onderzoek op de betrokken afdeling voorgesteld tijdens de teamvergadering (oktober 2013), met als doelstelling een hogere participatiegraad voor het eerste informatief gesprek te bekomen. De onderzoeker gaf telefonisch het geselecteerde administratief nummer door aan de verpleegkundige die de patiënt motiveerde tot een eerste contact met de onderzoeker.

Na toestemming van de patiënt, contacteerde de onderzoeker de patiënt waarbij verdere uitleg over het onderzoek werd gegeven. Als ondersteuning werd een informatiebrief gebruikt. Het onderzoek werd individueel aan de patiënt voorgesteld zodat op vragen kon ingegaan worden en vertrouwelijk kon gewerkt worden. Indien de patiënt bereid was tot *participatie*, werd door hem het “informed consent⁵” ondertekend en een afspraak gemaakt op een tijdstip en plaats binnen het ziekenhuis volgens voorkeur van de respondent.

³ <http://www.amandus.be/nl-be/zorgaanbod/onsaanbod/psychosezorg/destroom.aspx>

⁴ Bijlage 1: Gehanteerde lijst met demografische gegevens en diagnoses

⁵ Bijlage 4: Informatiebrief met informed consent.

Kenmerken en omvang van de steekproef

Alle patiënten van de geselecteerde afdeling, die in staat waren om in het Nederlands een gesprek te voeren en bij wie het interview geen schade zou berokkenen kwamen in aanmerking voor uitnodiging tot onderzoek, zie tabel 1.

Vijftien van de twintig, a.d.h.v. purposive sampling geselecteerde patiënten, gaven hun goedkeuring. De weigeraars hadden geen demografische noch diagnostische verschillen t.o.v. de respondenten. Na twaalf interviews werden geen nieuwe data meer bekomen. De dataverzameling werd na vijftien interviews stopgezet en de diagnose van de respondenten werden geregistreerd. Hun gegevens werden opgenomen in tabel 2.

Tabel 1: Steekproefselectie

Aantal patiënten demografische lijst	39
Exclusie criteria:	
Medisch ongeschikt	10
Anderstalig	1
Aantal overblijvende patiënten	28
Aantal uitgenodigden voor interview	20
Aantal geweigerde deelnames	5
Aantal geïnterviewden	15

Tabel 2: Gegevens respondenten steekproef- interview

	Totaal	Gemiddelde	Mediaan	Minst	Meest
Respondenten	15				
Leeftijd:		46 jaar	49 jaar	28 jaar	67 j
Tussen 28-38j	6				
Tussen 38-48j	1				
Tussen 48-58j	4				
58j en meer	4				
Opnameduur:		5 jaar	3 jaar	1.5 m	18 j
Tussen 1 maand -6 maanden	4				
Tussen 6m- 12m	1				
Tussen 1j-3j	2				
Tussen 3- 5j	3				
5 jaar en meer	5				
Burgerlijke stand:					
<i>ongetrouwd</i>	14				
<i>gescheiden</i>	1				
Hoofddiagnose AS I:					
<i>Schizofrenie</i>	13				
<i>Psychot. st. door een middel, met wanen</i>	1				
<i>Dysmorfische lichaams- en OC stoornis</i>	1				
Gegevens interviewduur:	11u23 min.	45 min.	47 min.	20 min.	63 min.
Tussen 20-35 min	3				
Tussen 35-45 min	4				
Tussen 45-55 min	5				
55 min en meer	3				

Dataverzameling en analyse

De gegevensverzameling vond plaats van december 2013 tot april 2014 d.m.v. *semi-structureerde* interviews. Het narratief karakter van het interview werd zoveel als mogelijk nagestreefd. De dataverzameling was open en flexibel (Maso & Smaling 1998). Deze openheid was nodig om flexibel te kunnen reageren op wat er zich ter plekke voordeed en bij interactie met de respondent te kunnen achterhalen wat bepaalde gebeurtenissen en ervaringen, ... voor hem betekenden. Wanneer een respondent wou ingaan op een bepaald onderwerp, kon dit. Het doel van dit onderzoek werd echter steeds voor ogen gehouden.

Het was een hele uitdaging voor de onderzoeker om de respondenten te blijven motiveren om met hun verhaal te komen. Respondenten reageerden tijdens het interview soms intermitterend, vanuit een psychotische modus, wat het interviewen niet gemakkelijker maakte. De meeste respondenten hadden evenwel veel geduld om de onderzoeker te helpen om hen te begrijpen. In het begin van het onderzoek was het voor de onderzoeker

moeilijk uit de duale rol verpleegkundige/onderzoeker te blijven en attent te zijn voor rolverwarring. Tijdens het overleg met de promotor werden de interviews m.b.t. dit risico mee opgevolgd. Om het referentiekader van de verpleegkundige te verlaten liet de onderzoeker zich inspireren door herstelverhalen (de Ruijter 2008) en in het bijzonder door Tielens (2012) die haar ondersteunde om ‘in gesprek te komen met psychose’. Het citaat: ‘Gelijk hebben is niet relevant’, gaf enerzijds de mogelijkheid om los te komen van de directe focus op de onderzoeksvragen en anderzijds het verhaal van de respondent mee te beleven tijdens het interview, waardoor rijkere data verzameld werden. Tijdens het interview werd gebruik gemaakt van parafrasering en het actief controleren of de interpretatie door de onderzoeker van het gesproken woord correct was. Afwijkende data werd gecontroleerd en bij uitspraken over negatieve ervaringen werd doorgevraagd om zo de data te verrijken en om de bedoelingen van de respondent beter te begrijpen.

*Een interviewgide*⁶ werd opgesteld en tijdens het proces aangepast. Tijdens het interview werd enkele keren gepolst naar de moeilijkheidsgraad van de vragen. De te moeilijke vragen werden naar een meer concreet niveau aangepast.

Het verloop van het gesprek bepaalde de structuur en de formulering van de vragen.

De data van de interviews werden verzameld via *geluidsopname* en aangevuld met de nota's die kort na het interview⁷ gemaakt werden. “*Alles*” werd woordelijk *getranscribeerd* met inbegrip van pauzes en intonaties waarbij non-verbale communicatie werd toegevoegd.

Aan de hand van een iteratief proces van het herlezen en soms herbeluisteren van interviews werd “*de drie fasen codering*” toegepast zoals in de Grounded Theory methode gebruikelijk is (Polit & Beck 2010, Wester 2004). De bottom-up theory constructie werd toegepast in de open codering om de analyse voldoende open te houden. Codering werd uitgevoerd in ‘in vivo’ codes. Bij het axiaal coderen voor de conceptenvorming werd o.m. gebruik gemaakt van ‘word frequency query’ als extra controle. Door storytelling en grafische voorstellingen van relaties tussen concepten werd selectief coderen toegepast. Met het oog op het blootleggen van de belangrijkste

⁶ Bijlage 2: Interviewgide

⁷ Bijlage 3: Voorbeeld sjabloon uitschrijven totaal interview

concepten en hun relaties en de focus niet te verliezen of te vervallen in het analyseren en beschrijven van losse feiten en individuen, werd doorheen het gehele proces gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie en comparatieve analyse van de data uit voorgaande interviews.

Om de data te beheren, te coderen en te analyseren werd gebruikgemaakt van Nvivo versie 10.

Validiteit

Er werd zoveel als mogelijk rekening gehouden met de valkuilen bij kwalitatief onderzoek. De onderzoeker was zich bewust van het feit dat ze zich, als kwalitatief onderzoeker, integraal als persoon moest inzetten om een zo optimaal mogelijk inzicht te krijgen in de belevingswereld van anderen. De onderzoeker kon zich immers niet verschuilen achter een instrument (Wester, 1987). Het referentiekader van de onderzoeker werd vóór aanvang van het onderzoek uitgeschreven.

De validiteitsbevorderende acties werden reeds besproken bij het onderdeel over de onderzoeksmethode. De validiteit werd verder nagestreefd door het uitschrijven van de audit trail, het methodologisch en analytisch proces van beslissingen en door onderzoekerstriangulatie.

Ethische overweging

Voor dit onderzoek werd aan het ethisch comité UZ Gent⁸ en de ethische commissie van de Broeders van Liefde de toestemming gevraagd.

De patiënten werden mondeling en schriftelijk geïnformeerd aan de hand van een eerste contact en een informatiebrief. Een mondelinge en schriftelijke toestemming (informed consent) werd gevraagd voor vrijwillige deelname aan het onderzoek⁹.

Om de privacy bij transcripts te respecteren werden alle gegevens geanonimiseerd. In het gebruik van citaten en de rapportage van de resultaten is er eveneens over gewaakt de privacy niet te schenden.

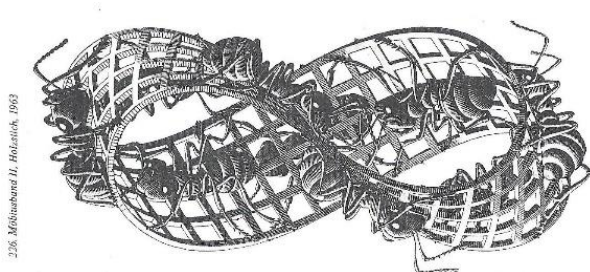
⁸ Belgisch Registratienummer: B670201318853

⁹ Bijlage 4: informatiebrief met informed consent

Resultaten

De data werden geanalyseerd aan de hand van twee vragen: ‘Wat vindt de respondent belangrijk tijdens een opname in het psychiatrisch ziekenhuis?’ en ‘Wat kan een verpleegkundige daarin betekenen?’ De resultaten op de eerste vraag zijn samengevat in tabel 5 en de resultaten m.b.t. de betekenis van verpleegkundigen worden uitgedrukt in rollen, zie tabel 6. Enkele, door respondenten aangehaalde, voorbeelden worden weergegeven om de rollen meer te concretiseren. Citaten ter illustratie van de resultaten van betekenis van de opname en van de verpleegkundige, zijn in tabel 7 weergegeven.

Vanuit de data-analyse zien we de respondent bewegen binnen twee werelden waarbij de verpleegkundige afhankelijk van de wereld waarin de respondent zich op dat moment bevindt, voortdurend de afstemming moet maken met wat hij op dat moment nodig heeft. Deze beweging wordt voorgesteld in figuur 1. Het is belangrijk rekening te houden met de wisselwerkingen en de verschillende betekenissen in ons handelen. Het is balanceren tussen ziek zijn en mogelijkheden hebben, tussen rust en activatie, tussen binnen- en buitenwereld. Binnen deze twee werelden dienen de verpleegkundigen, zoals weergegeven in figuur 2 en 3, een aantal rollen op te nemen.



Figuur 1: Möbiusband I: Uit: *Der zauberspiegel des M.C. Escher* (p.99), door Ernst, B., 1986 Berlin: Taco.

De continue verbondenheid en switch tussen de twee werelden die samen een eenheid vormen binnen de persoon, kan vergeleken worden met de möbiusband¹⁰, die de samenvloeiing en de overgang tussen de binnen- en buitenwereld weergeeft en zo de nood

aan een flexibele, attente houding van de verpleegkundige voorstelt. Bij belemmering tussen de overgang naar de twee werelden heeft de verpleegkundige, weergegeven in figuur 4, de rol als toegangspoort om indien noodzakelijk de switch te ondersteunen.

¹⁰Afbeelding: Möbiusband I, door Holzstich, 1961: Ernst, B. 1986, pag. 99

De binnenwereld

De respondenten wensen vanuit hun anders zijn voornamelijk rust te vinden en een plaats waar ze zichzelf kunnen zijn, zonder meer. **De wereld is voor hen te veeleisend of begrijpt hen niet.**



Figuur 2: De binnenwereld

De respondenten verwoorden heel wat zaken die hen *helpen om deze rust* te vinden. Ze zijn weergegeven in tabel 3:

Tabel 3: Uitdrukkingen van respondenten over zaken die hen helpen om rust te vinden

Geef me rust, overvraag me niet

Geef me een rustige plaats of ruimte waar ik alleen, op mezelf, kan zijn

Geef me medicatie die goed aangepast is of geen medicatie want die maakt me ziek

Geef me stilte of laat me mijn muziek beluisteren; dit geeft me rust

Laat me gewoon met rust, ik wil geen contact

Stel me gerust want hierdoor krijg ik rust

Geef me informatie zodat ik begrijp wat er gebeurt

Geef me de vrijheid zodat ik van de afdeling kan of naar mijn kamer als het nodig is.

Het gevoel van vrijheid geeft rust.

Geef me rust in mijn hoofd door mijn dagelijkse behoeften te voorzien: maaltijden, medicatie, arts, warm water, verzorging ,...

De verpleegkundige kan **een rol als rustgever** opnemen door rekening te houden met beperkingen en mogelijkheden van de respondenten, door hen te (er)kennen, naar hen te luisteren en zich aan te passen aan hun noden. Tevens door toegankelijkheid te tonen en “er te zijn”, door hen aan te spreken en contact aan te bieden of net door mee te deinen

op hun noden van vrijheid en hun wens tot geen contact. Maar evenzeer door hen ruimte te geven of net een structuur te zoeken waardoor de situatie meer voorspelbaar wordt, door hen te ondersteunen en hun geheugen te zijn als zij het eventjes vergeten, door hen gehoor te geven en antwoord op vragen niet uit te stellen.

Veiligheid wordt door de respondenten ook als noodzaak ervaren binnen een wereld van achterdocht en broosheid. Het gevoel van veiligheid creëert op zich rust voor de respondenten en kan op verschillende manieren bekomen worden. Zo geeft het aan de respondenten een veilig gevoel te weten dat de verpleegkundigen over kennis beschikken en professioneel zijn, dat ze als respondent informatie en de nodige zorg krijgen. Het gevoel van veiligheid wordt ook bevorderd door de voorspelbaarheid van personeel en respondenten, door de veiligheid van de omgeving of door samen dingen te doen.

Een verpleegkundige kan als voorspelbaar persoon **een beveiligger** zijn, die door het aanbieden van structuur, waar afspraken niet zomaar gewijzigd worden, zorgt dat de omgeving voorspelbaar wordt, zodat de respondent weet wat er van hem verwacht wordt. Iemand die de regie tijdelijk overneemt op momenten dat hun wereld een chaos wordt, iemand die ze vertrouwen, die er is als ze haar nodig hebben, iemand die vergeten normen en waarden terug aangeeft. De structurerende functie mag echter niet te rigide toegepast worden maar moet bekeken worden op individueel niveau. Hierin wordt flexibiliteit gevraagd zodat de respondenten nog de ruimte krijgen en kunnen ontsnappen als de stress te hoog wordt. Om escalatie bij medepatiënten te voorkomen wordt van de verpleegkundige verlangd dat afspraken heel strikt worden opgevolgd en voor iedereen gelijk worden toegepast, zodat de omgeving veilig blijft. Er wordt van de verpleegkundigen ook duidelijk respect verwacht, medepatiënten uitlezen als het wat minder gaat verwoorden de respondenten als ongepast. Hierin is het belangrijk dat het gebruik van humor afgewogen wordt, met respect wordt gehanteerd, nooit kwetsend mag zijn en steeds afgetoetst moet worden aan de actuele toestand van de respondent.

In nauwe verbinding met rust en veiligheid staat *het voorkomen van escalatie*. De preventie ervan zit reeds vervat in de voorgaande rollen. Niemand is vrij van escalatie. In deze fase vragen ze een respectvolle benadering vanwege de verpleegkundige en als respondent de ruimte te krijgen om zichzelf te mogen zijn. Rust, veiligheid, observatie en

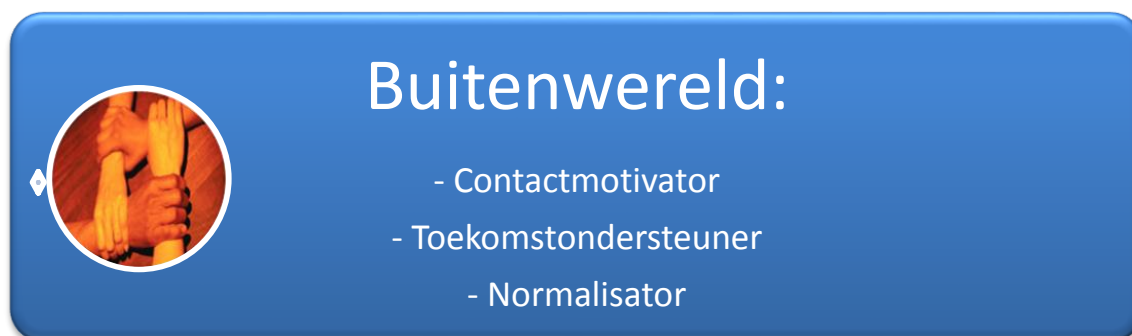
advies kunnen een preventieve werking hebben. Daarom wensen de respondenten een professionele en ervaren verpleegkundige. De respondenten omschrijven verschillende acties die kunnen ondernomen worden voordat hun toestand escaleert. Ze vinden het belangrijk dat verpleegkundigen hun wensen kennen en er naar handelen, dat ze geobserveerd worden, tijdig signalen opmerken en bij escalatie een veilige plaats aangeboden krijgen waar ze ook mogen zijn als het minder goed gaat. Hun vertrouwen in de verpleegkundige brengt rust, of laat de respondent toe om sneller hulp te vragen. Door de continue bereikbaarheid van verpleegkundigen kunnen gedachten geventileerd worden. Sommige respondenten ervaren echter dat een gesprek over hun gedachten een negatieve invloed heeft op hun toestand en verkiezen eerder om een gesprek over dagdagelijkse dingen. Een luisterend oor is soms voldoende. Gedachten verzetten wordt bij de meeste respondenten aangehaald als een preventieve factor voor escalatie, het maakt het leven draaglijker, geeft rust in hun hoofd, verzacht de pijn. Gedachten kunnen verzet worden door activiteiten, door vrijheid buiten de afdeling,... Het gewoon menselijk contact, een eenvoudig gesprek over dagdagelijkse zaken of humor wordt bij verschillende respondenten aangehaald als bron van verstrooiing. Geloof, muziek, sport of andere interesses helpen eveneens om hun gedachten te verzetten. De verpleegkundige kan hier als **'preventieadviseur'** fungeren door laagdrempelig, bezorgd en sterk betrokken te zijn op de respondent, of te vragen hoe het met hem gaat. De verpleegkundige verkeert in de unieke situatie om de respondenten grondig te leren kennen, om samen met hen te ontdekken wat helpt binnen hun (herstel)traject of hen ondersteunende woorden aan te reiken. Het gevoel van onvoorwaardelijkheid is hierbij van cruciaal belang. De verpleegkundige kan vertrouwen geven door aan de respondenten tegelijk vrijheid en structuur te geven waar nodig. Daarenboven beseft de respondent dat de verpleegkundige ook zaken ter bespreking kan aanbrengen in het interdisciplinair team. Als extra ondersteuning wordt soms het aanbieden van medicatie uitgesproken.

In hun binnenwereld is het vinden van *ontspanning* ook belangrijk. Ontspanning is verbonden met rust vinden, een goed gevoel krijgen en heeft een rol in preventie van escalatie. In hun lijdensweg kan het herontdekken van genot een lichtpunt zijn. Dit kan gebeuren door contact te leggen, samen dingen te doen of langs de zijlijn aanwezig te mogen zijn. Anderen vinden het net belangrijk om aan de groep te kunnen ontsnappen en

individueel de afdeling te kunnen verlaten, in de natuur te wandelen of ergens op een bank te zitten. Het passief en/of actief beleven van muziek werd door velen aangehaald als bron van ontspanning. Voor sommigen heeft ook het geloof een speciale betekenis: men vindt er rust in, het geeft hen een daginvulling, het contact waar men naartoe leeft. Andere ontspannende activiteiten zijn afhankelijk van de interesses van de respondent: naar de film gaan, bezoek aan pretparken, op reis gaan, schilderen, samen lachen, sporten. Het geeft hen terug de ervaring om te kunnen genieten, ook al is het kortstondig en komt men erna weer in de pijn terecht. Men vindt het echter goed om te ervaren dat dit nog kan. Binnen *hun lijden zoeken verschillende respondenten naar steun*, naar een zeker verstrooiing van de gedachten en naar vormen van flexibiliteit waarbij verpleegkundigen een betekenis kunnen hebben. De verpleegkundige in de rol van **ontspanner** leert hun interesses ontdekken, creëert mogelijkheden, prikkelt hen om in beweging te komen.

De buitenwereld

Er zijn momenten waarop de respondent meer buiten zichzelf wil komen, meer nood ervaart om deel uit te maken van een groter geheel, of toch de wereld buiten zichzelf wil leren kennen. Deze andere wereld noemden sommige respondenten de buitenwereld.



Figuur 3: De buitenwereld

De buitenwereld is de wereld buiten de veiligheid, buiten de rust, waar de respondent zich niet kan permitteren om te escaleren, waar hij aan voorwaarden moet voldoen om mee te draaien. De toekomst verkennen en creëren is hier aan de orde. De respondenten hebben over het algemeen interesse in de wereld en de mogelijkheden ervan. Ze willen verkennen wat deze wereld inhoudt en hoe het is om er als persoon met beperkingen aan deel te

nemen. Ze zijn op zoek naar een manier om hun leven terug op de sporen krijgen, naar een streefdoel.

Dit doen ze door activiteiten buiten de afdeling te zoeken, door in contact te komen met medepatiënten, familie of vrienden, door actua of nieuws te volgen. Sommigen willen weten wat er gebeurt, dat geeft hen een aansluiting om in contact te komen. Ze willen terug als normaal behandeld worden en dito gesprekken voeren. De verpleegkundigen zijn hier de **normalisators**.

De respondenten willen plezier maken en ondersteuning krijgen in hun activiteiten zodat ze weer een normaal leven kunnen leiden. Op weekend gaan, niet geïsoleerd geraken en in contact blijven met de buitenwereld om niet te vervreemden. Ze willen terug sociale relaties opbouwen. Als **contactmotivator** kan de verpleegkundige activiteiten aanbieden die kennisverruimend werken en contacten naar buiten oriënteren, het contact met familie en derden stimuleren en/of ondersteunen. Belangrijk hierbij is dat de verpleegkundige ook zelf vlot bereikbaar is voor contact en het gevaar op stigmatisatie in de buitenwereld actief aanpakt, zodat de stap naar een leven als evenwaardig mens voor de respondent laagdrempeliger wordt.

In de buitenwereld wordt verwacht dat men werkt en iets aanvangt met zijn persoonlijke mogelijkheden. De verpleegkundige kan in dit kader betekenisvol zijn door de mogelijkheden van de respondent te helpen inschatten en hem waar nodig te activeren, zodat hij niet bij de pakken blijft zitten. Dit o.a. door het geven van adequate informatie, ondersteunend te zijn bij het omschrijven van haalbare doelstellingen en bij het ondernemen van acties, samen de mogelijkheden te verkennen en concreet aan te pakken. Doordat de verpleegkundige de respondent ondersteunt, mee helpt zoeken, geeft ze ook effectief aan dat ze in de respondent en het proces gelooft, hetgeen op zich terug energie geeft om verder te doen. De respondenten willen terug genieten van het dagdagelijkse en dingen aanleren om een plaats te vinden waar ze een leven buiten de binnenwereld kunnen leiden. De verpleegkundige kan de rol van **toekomstondersteuner** opnemen middels een divers gamma van acties, o.a. door (mee) op zoek te gaan naar een woonst of woonvorm die best bij de respondent past, praktische oplossingen te zoeken om diens toekomstmogelijkheden waar te maken, al is het maar om voor hun bezittingen te kunnen zorgen, door te onderhandelen met de bewindvoerder of als verpleegkundige ervoor te

zorgen dat de respondenten geld hebben en zelf hun aankopen kunnen doen, wat hen opnieuw mogelijkheden geeft.

In de overgang naar de buitenwereld vindt een ontwikkeling plaats in het zoeken naar de herstellende identiteit en het ontwikkelen van een waarderend zelfbeeld. Maar soms kunnen de respondenten door gebeurtenissen daarin teruggezet worden.

De herstellende identiteit

Door de psychose verliezen sommige respondenten een deel van hun identiteit, waardoor ze gedestabiliseerd worden en uit elkaar vallen, in de leegte en de chaos (Vanheule, 2011). In de data zien we een heropbouw na confrontatie met ziekte en beperkingen, waarin men de vraag stelt: *“Wie ben ik?”* De zoektocht naar de herstellende identiteit is een proces dat zich in de twee werelden afspeelt en waar de verpleegkundige een belangrijke rol in kan spelen. De respondent wil zichzelf opnieuw leren kennen. ‘Op de duur weet je niet meer wie je bent’. Door in contact te komen, feedback te ontvangen en via activiteiten proberen ze zichzelf te leren kennen. Als verpleegkundige ben je **ondersteuner in het herstel van de identiteit**. Door een spiegel te zijn, samen dingen aan te pakken, in contact te komen, helpt ze de respondent te herontdekken wie hij is. Door hem te vertrouwen krijgt hij terug vertrouwen in zichzelf.

Het waarderend zelfbeeld

Een tweede ontwikkeling komt voort uit de vraag: *“Ben ik nog iets waard?”* Aanvaard me voor wie ik ben. Door de psychose en de (zelf)stigmatisatie hebben sommigen een negatief zelfbeeld. Hier leert de respondent zijn zelfbeeld terug waarderen. Het waarderend zelfbeeld wordt opgebouwd, geënt op de respondent zijn identiteit met inclusie van de beperkingen. De respondenten willen er mogen zijn met hun beperkingen. Ze willen, door betekenisvol te zijn voor anderen en zich daarbij de moeite waard te voelen, als evenwaardig mens gezien en benaderd worden. De respondenten zoeken naar een wederkerigheid en willen iets terugdoen, ze scannen naar een betrokkenheid vanuit hun omgeving. Als verpleegkundige is hier de rol van **motivator van waarderend zelfbeeld** weggelegd, onder meer door de respondenten de moeite waard te vinden om

hen te leren kennen, door blijk te geven van vertrouwen en geloof in hen. Precies door in contact te komen met anderen, genegenheid te ervaren en/of concrete doelen te bereiken, bouwen de respondenten hun zelfbeeld terug verder op. Treffend daarbij is dat de acties die men als verpleegkundige onderneemt, door de respondenten vaak worden afgetoetst door: ‘Vinden ze me waardig genoeg om dit voor mij te doen?’

Echte belangstelling, het authentiek bevestigen van waardigheid werd in woorden weergegeven in tabel 4:

Tabel 4: Uitspraken van respondenten over het ervaren van waardering door verpleegkundigen

‘Ze doen iets meer dan wat ze moeten doen, soms werkkerreinoverstijgend.
Ze geven me een schouderklopje.
Ze zijn flexibel.
Ze houden zich niet strikt aan het boekje maar kennen mij en laten mij dat toe.
We maken samen grapjes.
Ik mag verdriet hebben.
Ze geven me liefde, ik ben het waard om graag gezien te worden.
Ze zien me als persoon.
Ze benaderen me persoonlijk en houden rekening met mijn wensen.
Ik mag mezelf zijn.
Ik ben het zelfs waard dat ze persoonlijke dingen aan mij vertellen.
Rekeninghoudend met mijn beperkingen en gefocust op mijn mogelijkheden,
ondernemen we samen dingen om iets te bereiken.’

Belangrijk is dus dat via het (samen)zetten van kleine stapjes een aantal succeservaringen gecreëerd worden, waardoor hun zelfbeeld en het geloof in zichzelf kan groeien.

De toegangspoort

Bij de vaak geblokkeerde overgang tussen binnen- en buitenwereld fungeert de verpleegkundige dikwijls als toegangspoort.



Figuur 4: Verpleegkundige als toegangspoort

In een eerste fase toont de verpleegkundige aan de respondent dat er meer is dan de eigen binnenwereld en de wereld dus niet ophoudt met zichzelf. De verpleegkundige brengt de respondent in contact met het andere, doet de respondent zin krijgen in het externe, steeds rekening houdend met diens tempo en concrete noden. Als persoon brengt de verpleegkundige de buitenwereld binnen door 'er te zijn', door authentiek te reageren en persoonlijke verhalen te vertellen. Hierdoor krijgt de respondent terug voeling met de wereld buiten zijn binnenwereld. De verpleegkundige fungeert hierbij als **voorbeeldfiguur** waarbij ze hem terug een aantal waarden, normen en omgangsvormen leert kennen. Door de respondent enerzijds op het persoonlijk/menselijk vlak te benaderen krijgt de verpleegkundige toegang tot, en empowert ze de respondent om als mens verder te streven naar zelfplooiing/zelfrealisatie. Anderzijds wordt de respondent door de therapeutische benadering in staat gesteld om tot een persoon uit te groeien die kan leven met zijn beperkingen. Dit intermenselijk contact tussen verpleegkundige en patiënt mag echter niet kunstmatig zijn of beperkt blijven tot een louter professionele acte, maar moet daarentegen een voldoende hoge authenticiteit en spontaniteit hebben.

De verpleegkundige kan daarnaast ook als spiegelend **proefpersoon** fungeren, zodat de respondent veilig en laagdrempelig kan experimenteren om in contact te komen. De verpleegkundige begeleidt de respondent daarbij, door buitenactiviteiten te organiseren,

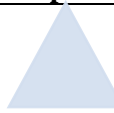
eerst samen op een veilige manier (afhankelijk van de situatie) en daarna door los te laten en verblijf in de buitenwereld te stimuleren.

Vaak werd de verpleegkundige in het interview **beschermd** door de respondent. We interpreteerden dit als noodzaak om zo zijn veiligheidsgevoel en de toegangspoort te behouden.


Als we de onderscheiden rollen binnen de voormelde vijf clusters bekijken, is het als verpleegkundige belangrijk om in het contact met de respondent de integraliteit van de twee werelden te zien en zich daarbij op een evenwichtige wijze binnen deze eenheid te bewegen. Hierbinnen speelt er zich bij de respondent een continue wisselwerking af. Als toegangspoort moet de verpleegkundige afstemmen om volgens noodzaak de werelden bij de respondent binnen te brengen. De verpleegkundige heeft daarbij, afhankelijk van het proces waar de respondent zich in bevindt, een actieve ofwel een toeschouwende rol te vervullen. De focus zal de ene keer meer op de buitenwereld, de andere keer op de binnenwereld liggen en de acties zullen dan ook steeds moeten afgestemd worden op de specificiteit van de respondent. Binnen dezelfde clusters gaven de respondenten soms tegenstrijdige aanbevelingen, de ene respondent had eerder nood aan een gesprek over zijn gedachten, terwijl dat bij anderen voor meer leed zorgde. De respondent voelt dit soms goed aan maar leeft soms ook in een tweestrijd, waardoor hij niet altijd in staat is om aan te geven wat de beste strategie is voor hem. Dit moet de verpleegkundige goed afwegen. Het leren kennen van de respondent, het aannemen van een empathische basishouding, het bezitten van positieve nieuwsgierigheid om het verhaal van de patiënt in volheid te begrijpen, het constructief aanwenden van opgedane ervaring en professionaliteit alsook een houding van actieve betrokkenheid zijn elementen die ondersteunend kunnen zijn voor de verpleegkundige in het maken van deze afweging.

Tabel 5: De noden tijdens een opname


Buitenwereld	Waarderend Zelfbeeld	Herstellende Identiteit	Binnenwereld
<p>Laat me een leven leiden als evenwaardig mens/persoon</p>	<p>Ben ik iets waard? Aanvaardt me zoals ik ben</p> <p>Leer mij kennen, vindt mij de moeite Wensen kennen, me begrepen voelen Er mogen zijn met mijn beperkingen Betekenisvol zijn Genegenheid ontvangen Wederkerigheid Dingen bereiken</p>	<p>Wie ben ik?</p> <p>Mezelf terug leren kennen</p>	<p>Wereld is te veel eisend</p>
<p>Toekomstperspectief Een doel hebben Werk: dingen bereiken, woonst Vrijheid</p> <p>Sociaal Contact -Activiteiten die bijdragen tot kennis van het dagelijkse leven of die gespreksonderwerp kunnen zijn -Activiteiten buiten de afdeling -Relatie: familie, vrienden -Humor</p> <p>Alledaagse Genieten Normaal leven leiden</p>	<p>Toegangspoort brengt de buitenwereld binnen en/of leidt je tot de buitenwereld</p>  <p>Zin krijgen in Experimenteren Voorbeelden hebben Verbinding tot het team</p> 		<p>Rust- tijd Vrijheid binnen/buiten de afdeling Individuele -/groepsruimte Activiteit: muziek, godsdienst, sport</p> <p>Veiligheid Dagelijkse behoeften zijn voldaan Activiteiten binnen de afdeling Een veilige omgeving</p> <p>Preventie escalatie Activiteiten individueel/groep</p> <p>Ontspanning Terug leren ervaren door laagdrempeligheid</p>
<p>Verpleegkundige en respondant in afstemming</p>			



Tabel 6: Verpleegkundige rollen

Buitenwereld	Waarderend Zelfbeeld Motivator van waard. zelfbeeld	Herstellende Identiteit Ondersteuner i. herstel v. identiteit	Binnenwereld
<p>Laat me een leven leiden als evenwaardige mens</p>	<p>Ben ik iets waard? Aanvaard me zoals ik ben Werkerreinoverschrijdend, doe dat extraatje meer? Echte belangstelling Flexibiliteit Geloven in/vertrouwen in/vrijheid geven Mening bevragen en respecteren Kenmerken van in contact komen Aandacht voor iedereen Genegenheid geven Persoonlijke dingen delen Opkomen voor Succesverhalen creëren, hoop geven</p>	<p>Wie ben ik? Leer me mezelf terug kennen Geef me ondersteuning Laat me dingen uit proberen Kom met mij in contact Geef me een duwtje/motiveren/activeren Laat me deelnemen/observeren aan de rand</p>	<p>Wereld is te veel eisend</p>
<p>Toekomstondersteuner: Interesses verkennen Doelstellingen creëren Er in geloven/ motiveren Praktische en emotionele ondersteuning verkennen en niet uitstellen Er zijn Autonomie geven en respecteren Activiteiten naar buiten richten</p>	<p>Toegangspoort brengt de wereld binnen en leid je tot de wereld</p>  <p>Voorbeeldfiguur (waarden en normen, dingen van je leven vertellen, kennis delen) Proefpersoon (samen dingen aanpakken) Vertrouwenspersoon Verbindingspersoon tot het team Kenmerken verpleegkundige: professionele interpersoonlijke en menselijke kwaliteiten, zorgen met de respondent, betrokkenheid, sterke persoonlijkheid (bijlage 5)</p>		<p>Rustgever “Er zijn” Steun in zijn lijden Luisterend Aangepast contact (Geen)gesprek over gedachten Voorspelbaarheid Tijd en ruimte geven Rustig klimaat creëren Samen zijn/alleen zijn op afstand</p>
<p>Contactenmotivator: Humor Activiteiten aanbieden verschillende niveau: kennisverruiming, contactname, verkenning, ... Contact vrienden, familie stimuleren Bereikbaarheid van de verpleegk. Samen zijn met patiënten/verpleegk.</p>			<p>Beveiliging Voor omgeving: structuur Mezelf: structuur, grenzen stellen en flexibiliteit Verzorgd worden Nabij zijn Inschatbaarheid personeel Onvoorwaardelijkheid</p>

Tabel 7: Patiëntencitaten

Buitenwereld	Waarderend Zelfbeeld	Herstellende Identiteit	Binnenwereld
<p>Laat me een leven leiden als evenwaardig mens/persoon</p> <p><i>I5: "Euh ze helpen je vertrouwen, ze hebben hier vertrouwen en je voelde ergens dat je op dezelfde golflengte zat met je gedachten zo naar euh humaniteit toe naar gewoon, jezelf te kunnen zijn dat is ook belangrijk, heel belangrijk en dat moet zeker gerespecteerd worden terwijl dat dat bv in de maatschappij niet altijd gerespecteerd wordt om jezelf te zijn."</i></p> <p><i>I:13 "ik heb ik heb een heel leven opgebouwd Ik kom van hier, jaren ziek, paranoia, mensenschuw, niet onder de mensen durven komen en stilletjes aan weer goed gekomen en dan kunnen de stap zetten in de maatschappij zeg"</i></p>	<p>Ben ik iets waard? Aanvaardt me zoals ik ben</p> <p><i>I5: "en euh dat ik daar in meeding en dat ik inderdaad mezelf herkende azo daarin en dat ik euh eindelijk alleen maar door mijn ziekte die ik gehad heb een beetje, nogal wat opstandig geweest ben in mijn leven en dat dat volgens mij door mijn ziekte en niet door mij eigen kwam I: ja R: ja en dan wordt je blij dat je er wordt aan herinnert met een hele vriendelijke glimlach dat je ook een mens bent euh die doet wat hij kan, ook al kan het niet meer worden gelijk gesteld aan wat je moet doen in de maatschappij dat is dan bv gaan werken en dergelijke, dat is iets wat ik niet meer goed aankan voor het moment toch niet maar vertrouwen ja vertrouwen wordt je geschonken dat is iets ja ik heb de indruk ook van mijn eigen dat ik mezelf meer vertrouw als ik vertrouwen krijg, I: jaja R: versta je het?"</i></p>	<p>Wie ben ik?</p> <p><i>I5: "omdat ik door mijn psychose die ik gehad heb, een heel stuk van mijn persoonlijkheid ben kwijt geraakt ben, in de tijd en dat dit precies nu door het geduld van de mensen en de manier van werken met mekaar, met liefde, met vriendelijkheid dat ik dat weer kan, dat ik dat weer kan herinneren hoe ik was"</i></p>	<p>Wereld is te veel eisend</p> <p><i>I5: "R: ... Veel druk, prestatiedruk maar er gewoon zijn, er gewoon mogen zijn, dat bestaat niet meer in de maatschappij. Je moet kunnen bewijzen dat je gestudeerd hebt ofwel moet je aan het werk zijn, euh ofwel ben je echt ziek dat ze het kunnen zien aan jou is het nu een gebroken been of iets anders, dan zien de mensen dat je ziek bent. maar euh als je met voornamelijk als met veel pijn in je hoofd rond loopt en met gedachten die opkomen dat je niet wilt, dwanggedachten en psychosomatische klachten dan zien de mensen dat niet aan jou en hier hebben ze daar wel begrip voor"</i></p> <p><i>I3: "Kan je dat eens omschrijven hoe dat is als je hier al lang verblijft om naar buiten te gaan? R: Ja dat is bijvoorbeeld euh vreemd zijn I:Ja R: Dat het vreemd is de buitenwereld ja. Er zijn hier mensen die vrijwel nooit naar buiten gaan en als ze het doen is het een andere wereld precies"</i></p>
<p>Toekomstperspectief</p> <p><i>I3: "ze aanhoort voor wat ik dat vroeg, I: ja R: Ze had dus wel echt, echt oor voor wat ik vroeg, hetzelfde zoals ik het over (naam) verpleegkundige B had ze heeft ook hoor en sommige andere mensen hebben ook gehoor voor wat dat ik wil verwezenlijken in de toekomst I: ja R: als ik sprak over een huisje te renoveren, ze lichte me, ze lichte me, ze lichte me toe, ze zocht het op op het internet, ze ontzag het niet"</i></p> <p><i>I13 "ik heb vorige week vastgesteld dat er een patient van hier met dat het</i></p>	<p>Toegangspoort</p> <p>brengt de buitenwereld binnen en/of leidt je tot de buitenwereld</p>  <p><i>I5: " kunnen zorgen als je naar buiten toe werkt dat ze die brug wat gemakkelijker maken azo van hieruit, van hieruit, van hieruit in X (naam dorp ziekenhuis) terug naar de integratie van de maatschappij toe".</i></p> <p><i>I12: "het is niet echt een brug het is die euh ja (...) het is gewoon dat punt met het team hé dat je hebt. Gewoon die deur met dat team hé. ja de laag, allé het aanspreekpunt hé voor al je, dat een beetje meer"</i></p>		<p>Rust- tijd</p> <p><i>I6: op dat moment bijvoorbeeld voelde ik me wel goed om hier te zijn, omdat ik dan weet van kijk ja, dat is buiten de staat, buiten euh euh de luidrucht, buiten euh euh de kringen die die gedachten kan kweken over je personaliteit enzovoort. Toen voelde ik dat, toen vond ik dat wel goed....ik wist van, het is hier het is hier allemaal geen dingen verplicht, hé. Die man weet, het gaat niet goed met mijn gezondheid en ik ben niet graag bij de mensen maar hij, hij, hij, hij, hij, hij verwijt mij niet als mongool of zoiets hé, want mongolen zijn soms ook bang van</i></p>

<p><i>mooi weer wat, dat hij uit zijn vrije wil het gras heeft afgedaan met een grasmaaier. Normaal gezien doet, er dat iemand van het centrum met een wagentje, weet je wel I:Ja R: dat zijn dingen die ik vind dat patiënten zelf mogen doen I:Dat het niet moet uitbesteed worden? R: Welke voordelen heb je daarvan, je ziet dat die persoon nog gaat werken in zijn leven of niet. Het is ook een goede bezigheid en een goede een zeer goed ervaring om te beleven dat je zelf het gras afdoet of dat je zelf ergens iets doet”</i></p> <p><i>Nu iets betekent is misschien iets te extreem uitgedrukt. Maar dat je toch een gevoel hebt van kijk ik heb dat iets gedaan en die persoon denkt misschien in zijn eigen ik heb nu het gras afgedaan en het is nu wachten tot de volgende keer. Dat die patiënt dat in hem heeft. Dat heeft wat perspectief aan zijn toekomst”</i></p>	<p><i>I9“R: je leert ze een beetje kennen in hun privéleven ook azo hé, gow weet je wel,I: ja R: je ziet ze eens op een andere manier dan dat ze hier altijd werken in Beernem, je hebt er eens een andere kijk op wie dat ze zijn I: ja R: en dan begin je ook te beseffen, azo hoe zij leven in de maatschappij en nu ik ook terug in de maatschappij ben”</i></p> <p><i>I9R: “Ze behandelen mij ja (..), ze behandelen mij normaal en en ze leren me veel bij. I: Ja R: ik kan altijd iets vragen bij hen terecht. Als we op vakantie zijn en en ik weet wat niet van het eten van euh hoe mijn biefstuk moet klaargemaakt zijn, dan vraag ik aan wat is dat dan, en zij zegt dan en ze leert mij ook etiquette en allemaal I: amai R: ze leert me veel bij. I: Ja R: Ook gow intieme vragen,I: Ja R: Ook ja intieme vragen en al, ik kan, ik kan altijd, gow ze ja ze is ouder dan ik en gow ik leer eruit en ze heeft ook al heel aangenaam, ze is heel lief van karakter, ...”</i></p>	<p><i>mensen. Maar voor mongool verweet hij me niet en dat dat vind ik wel goed. ...Ik wist van, kijk, eens in een kalme ruimte zitten, om eens na te denken of om eens een beetje rust hebben, dat kan wel goed zijn.”</i></p>
<p>Sociaal Contact</p> <p><i>I6: “Het wordt serieus moeilijk. Je moet je bijna offeren hé om hen hen toch duidelijk te maken, ik ben nog altijd dezelfde persoon wè ja “</i></p> <p><i>I9: “En nu heb ik mijn eigen leven, ik heb mijn eigen sociaal netwerk hoe moet ik dat zeggen I: ja juist R: en nu ken ik mensen, in het begin kende ik er 8 nu heb ik er 50.... R: Ja ja zo veel mogelijk mensen leren kennen, maar dat gaat niet direct hé en azo”</i></p>		<p>Veiligheid</p> <p><i>II1: “En goed personeel wat is dat dan voor jou? ...R: Meer (...)meer verzorging zoals ik al gekend heb, als het uit de hand loopt, dat je gewassen wordt, dat je verzorgt voorkomt en allemaal. Dat je niet bekeken wordt of vernederd wordt met een pamber of zoiets en al zo'n dingen I: Ja”</i></p> <p><i>II: R: Dat ze ook dingen vertellen over hen, over hoe ze zijn.*I: Omdat je juist zei, ik ken hem niet dat dat dan moeilijker is *R: Ja *I: dat is belangrijk? *R: Ewel, iedereen zevert graag eens hé. Maar bij hem weten we nooit of we mogen zeveren en of we slecht gaan varen of goed gaan varen.</i></p>

		<p>I8: Als alcohol al mag, drugs daar trek ik me niet van aan zu. maar allé Maar de één mag wel en de andere niet en die zoveel en die dat en die dan een beetje drinken en die dan een keer en we zitten al door elkaar te leven, is dat prettig ja't?</p> <p>En ze zijn dan kwaad als ze toekomen als ze gedronken hebben. Owowow Roepen en tieren en onnozel doen en ruzie zoeken en en en steken en snuiven en och</p>
<p>Alledaagse</p> <p><i>III:R: Menselijk, dat is leven in de brouwerij brengen,I: Ja R: Euh geen drogen zijn, I: Geen? R: Geen droge sul. En mensen met dat je niet ingepakt zit, dat je niet heel verpakt zit, dat er niets, niets mag gebeuren en allemaal I: ja ja Los zijn? R: Er moet leven in de brouwerij mogen zitten, er mag een keer gelachen worden, eens een grap uitgehaald worden, eens een sigaretje gerookt worden, een tasje koffie drinken, I: Niet te saai? R: Ja dat ze niet te saai zijn, eens een pintje drinken azo, voor diegene die geen alcoholprobleem hebben I: Ja Gewoon dingen kunnen doen, gewoon zijn, is het dat? R: Normaal, normaal. Mensen kunnen op den duur niet meer normaal doen (...). En begrip opbrengen voor de ziekte, voor wie eens abnormaal is, abnormaal bezig is, iedereen kan dat tegenkomen. Ze zeggen ook dat er is niemand vrij van is, om misschien ooit eens in de psychiatrie te kunnen geraken.”</i></p> <p>II: : Dat je kan spelen in het gesprek?</p> <p>*R: Ja+, zoals ze doen in het bureau onder de verpleegkundigen, want ze doen dat ook.</p>		<p>Preventie escalatie</p> <p><i>II2:R: Begrip als ze, als ze, als ze negatieve kanten hebben, als ze negatieve kanten hebben die op een bepaalde tijd ontstaan en die die dan niets aan te doen is, die moeten genezen geraken. Maar je kan dat niet verhelpen door op iemands kop te slaan hé I: Nee nee, dus wil je zeggen op momenten dat het minder goed is dat ze het verstaan en begrip hebben voor wat je meemaakt, ook al het negatief is op dat moment? R: ja, dat ze daar respect voor hebben.”</i></p> <p>Ontspanning</p> <p><i>I9:het mooiste moment was, dat ik hier een heel eind ziek was en dat en dat ik heel hard op mijn tanden gebeten heb om toch mee te gaan naar een pretpark en dat ik er een hele dag van genoten had en dat ik er geen last van heb gehad en dat was de eerste keer dat ik er dat niet had in weken. en ik was benauwd om naar het pretpark te gaan I: Ja R: en ik ben geweest, en ik heb me super geamuseerd en ik was niet ziek, ik had geen last gehad van mijn ziekte”</i></p> <p><i>II: ik zou graag plezier maken maar zonder drugs, maar ik weet niet hoe dat is zonder drugs. Maar herinner me soms dingen zo van als ik jong was 14 jaar, dat ik plezier maakte zonder drugs. en in feite kan dat zonder drugs ook hé maar het gaat niet zo</i></p>

*I: Versta ik dan goed, dat je wil hebben dat ze gewoon doen tegen je?
*R: Dat je nemen als een gewone mens, dat ze je niet zien als zieke mens.

Verpleegkundige en respondent in afstemming

I13: "Terug het antwoord op deze vraag is afhankelijk van mijn problematiek die ik heb. Momenteel, heb ik zeer bijvoorbeeld dat laatste week heb ik zeer, niet veel gehad aan mijn volgverpleegkundige, door mijn probleem dat ik heb. Ik heb gisteren vernomen dat ze me dan een beetje laten zijn. De laatste tijden, de laatste tijden zeg ik heb ik minder contact gehad met mijn volgverpleegkundige omdat ze me lieten zijn...I: En had je er dan meer nood aan, omdat je zegt ik heb er minder aan gehad? R: Wel minder aan gehad, ik heb ja de laatste weken minder contact gehad met mijn volgverpleegkundige

I: Ja en had je liever meer contact gehad op dat moment? R: Nee, dat was niet aan de orde dan I: Want het is dat dat ze waarschijnlijk deden, je zei: De verpleegkundige heeft je met rust gelaten, volgens je problematiek zullen ze ingeschat hebben dat ze je beter wat met rust lieten. Als je dan volgens je problematiek, anders bent, zeg je dan meer contact is dan goed. Nu was er minder contact R: Ja dat klopt ja, zo is het."

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om vanuit patiëntenperspectief via de noden tijdens een opname, de betekenis van de psychiatrisch verpleegkundige voor de respondent te onderzoeken. Uit bovenstaande resultaten blijkt dat de verpleegkundige verschillende betekenissen heeft, variërend afhankelijk van de toestand van de respondent op dat moment. De betekenissen werden geclusterd in rollen en weergegeven in tabel 6. Het is voor de verpleegkundigen de uitdaging om deze rollen flexibel aan te wenden binnen de integraliteit van binnen- en buitenwereld, waarbinnen zich een ingewikkelde dynamiek afspeelt.

Onze bevindingen lopen in ruime mate parallel met de bevindingen van Wilken (2010) die voor zijn proefschrift onderzoek deed naar goede ‘herstel’zorg. Zowel binnen de resultaten van zijn systematisch review rond herstelstudies, als die van zijn kwalitatief empirisch onderzoek bij mensen met langdurige ervaringen in GGZ, zijn gelijkenissen met ons onderzoek terug te vinden. In zijn review omschrijft hij herstel als een ambivalente notie, die te maken heeft met de strijd om te overleven, het bereiken van stabiliteit, het vinden van een zekere rust en balans. In ons onderzoek wordt dit omschreven als *binnenwereld*. Hij haalt ook het proces van de identiteitreconstructie en het weer deel uit maken van de sociale wereld aan; een sociale wereld die wij de buitenwereld noemen. De twee werelden zoals in ons onderzoek omschreven worden bij Wilken omschreven als een persoonlijk en sociaal herstel, waarin zijn geïnterviewden in onderhandeling lijken over de verhouding tussen die twee, een interactieproces dat bij ons voorgesteld wordt middels de möbiusfiguur. De binnenwereld in combinatie met een evolutie van herstellende identiteit naar waarderend zelfbeeld noemt hij de ‘persoonlijke niche¹¹’ en eens deze teruggevonden, is dit een goed fundament om de sociale status te versterken en aan de ‘sociale niche’ te werken. Wat wij binnen ons onderzoek de buitenwereld, de toekomst, sociale contacten, het alledaagse genoemd hebben. Hij omschrijft de rol van de hulpverlener, niet specifiek die van de psychiatrisch verpleegkundige, als iemand die de kwetsbaarheid van de patiënt helpt verminderen, de

¹¹ Niche: Wilken, J. P., Kaiser, L., & Den Hollander, D. 1994 geciteerd in Wilken, 2010: Deze niche die twee functies dient. Een functie om de veiligheid en bescherming te bieden, als een oase in de woestijn van de wereld. Het milieu compenseert een handicap, zodat zij zo min mogelijk belemmeren in je leven. De tweede functie is om mensen te helpen ontdekken, te ontwikkelen of zijn mogelijkheden te gebruiken.

reconstructie en de ontwikkeling van de eigen identiteit alsook het sociaal functioneren ondersteunt. Dit kwam in onze rollen aan bod als: rustgever, beveiligger, preventieadviseur en ontspanner in de binnenwereld. In de overgang werd de verpleegkundige als ondersteuner bij het herstel van de identiteit en motivator van het waarderen zelfbeeld omschreven en in de buitenwereld als toekomstondersteuner, contactmotivator en normalisator. De verpleegkundige is, als toegangspoort, voorbeeldfiguur en proefpersoon, de verbinder tussen de twee werelden.

Aangezien er binnen ons onderzoek zoveel gelijkenissen zijn in resultaten, kunnen we ons de vraag stellen of de bevindingen ziekteoverschrijdend zijn, de omschreven betekenis van hun opname gelijk mag gesteld worden aan het proces van hun herstel¹², of de verwachtingen voor verpleegkundigen gelijk zijn aan deze voor hulpverleners algemeen en in welke mate de discipline van de hulpverlener een verschil maakt in de conclusies.

Vanuit deze vragen zou het interessant zijn om hetzelfde onderzoek uit te voeren over andere hulpverleners en/of bij andere chronische pathologieën buiten schizofrenie om aldus na te gaan of er terzake verschillen zichtbaar worden.

Als we ons in de literatuur specifiek richten op de rol van de verpleegkundige ten aanzien van mensen met schizofrenie, worden in de Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2012) functies benoemd die ook binnen ons onderzoek naar voor komen. Enkele van deze functies zijn *'goede verpleegkundige zorg'*, die voornamelijk een goede timing en dosering omvat en meer is dan een optelsom van verpleegkundige interventies. Waarbij het belangrijk wordt geacht om de patiënt goed te leren kennen, daarbij rekening te houden met specifieke wensen en haalbare doelen om zo het leven van de patiënt goed te ondersteunen. De functie *'Het alledaagse'*, verwijst naar de aandacht voor de inrichting van de leefomgeving, de praktische ondersteuning, de mogelijkheid tot ontspanning en de patiënten/personeel interactie. De functie *'Lijden en hoop'* staat dan voor de aandacht voor het persoonlijk lijden, het kunnen beroep doen op een betrouwbare relatie, het zoeken naar nieuwe hoop op een toekomst of naar een nieuwe verhouding in het leven met de ziekte. *'Herstel, shared decision making, sociale inclusie'*. Daarentegen kwamen de functies *'vroegsignalering en zorg voor lichamelijke gezondheid'* binnen ons onderzoek

¹² Herstel: omvat het gehele proces dat mensen doormaken in het leren omgaan met (de gevolgen van) een ontwrichtende aandoening en alles wat dat met zich meer brengt. (Kole, M 2013)

minder aan bod. Binnen de voormelde richtlijn, die is opgesteld vanuit hulpverleners- en patiëntenperspectief onafhankelijk van de ziekteprocesduur en de setting, werd een opsomming van functies weergegeven, maar werden geen uitspraken gedaan over hoe ze zich tot elkaar verhouden.

Daarnaast zou het onderzoekaanvullend kunnen zijn om de specifieke perceptie van de verpleegkundige te bestuderen of te onderzoeken of de bekomen resultaten variëren binnen een andere setting of bij patiënten met een korte ziektegeschiedenis. De uitkomsten van dergelijk aanvullend onderzoek zouden een rol kunnen spelen binnen de verdere profilering van het psychiatrisch verpleegkundig beroep.

Bedenkingen betreffende methodologie

Vóór de opstart van het onderzoek wisten we dat de beoogde doelgroep geen evidente populatie zou zijn om te interviewen. Hetzelfde gevoel heerste bij de verpleegkundigen en de respondenten zelf.

Het team dat met deze patiënten werkt veronderstelde dat er heel wat mensen niet zouden voldoen om geïnterviewd te worden, of op het moment van uitnodiging niet in staat waren om geïnterviewd te worden.

Er leek vaak een onderschatting of bescherming door de verpleegkundigen ten aanzien van respondenten en ook van respondenten ten aanzien van hun eigen kunnen. Ze aarzelden of ze zouden kunnen participeren, waar de ervaring achteraf het tegendeel uitwees.

De meeste respondenten kwamen in eerste instantie stil en onzelfzeker over, hadden soms moeite om zich te concentreren en de inhoudelijke lijn van het gesprek vast te houden, waardoor voornamelijk heel concrete vragen gebruikt werden, soms geherformuleerd en/of herhaald. Velen deden moeite om hun psychose af te schermen. Als ze in een psychotische beleving terecht kwamen was het moeilijk om terug naar het onderzoeksdoel over te gaan. Via close reading bleken deze data echter belangrijk om de beleving van de patiënt te kunnen begrijpen. Ondanks hun nood aan rust, het horen van stemmen, aanhoudende hoofdpijn en andere ervaringen lieten ze het interview toe. Met een grote inzet en - opvallend – veel aandacht voor een correcte woordkeuze, gaven ze de betekenis van hun opname en van de verpleegkundige weer. De verklaring van deze grote inspanning vinden we misschien terug

in onze resultaten onder: “men vindt mijn mening de moeite waard, ik word aanzien als evenwaardig persoon”.

Naar het einde van de reeks interviews leken patiënten gemakkelijker te motiveren tot deelname. Mondelinge reclame door geïnterviewden, herkenning en de ervaring van de onderzoeker kunnen hier mogelijke verklaringen voor zijn. Het belang van een geduldige, respectvolle benadering die tijd geeft om informatie te laten doordringen, samen met interesse en gedrevenheid om hen te begrijpen vanuit hun leefwereld, werden als positief ervaren.

De voorstelling van het onderzoek gebeurde in eerste instantie te gedetailleerd, en bracht bij sommigen patiënten enige achterdocht teweeg. Velen hadden het gevoel dat hun verhaal geen meerwaarde zou kunnen betekenen en het kostte moeite om hen te overtuigen van het tegenovergestelde.

Het uitnodigen tot deelname aan het onderzoek was niet altijd evident; de patiënten vertoonden effectief een schommeling in hun mogelijkheden tot deelname. Ze konden niet voorzien hoe ze zich de dag erna zouden voelen of ze vreesden dat ze afspraak zouden vergeten. De meeste interviews werden, op vraag van de respondent, direct na de voorstelling van het onderzoek afgenomen.

Een bepaalde respondent stelde voor om op voorhand een vragenlijst te bezorgen zodat die zich beter zouden kunnen voorbereiden. Bij de vier daaropvolgende respondenten werd dit voorgesteld, maar niemand ging op dit aanbod in. De eerste interviews verliepen heel moeilijk. De antwoorden situeerden zich meestal in het hier en nu. Hun verhaal werd doorspekt met psychotische belevingen zodat het niet evident was om te blijven focussen op de realiteit en vanuit de psychotische belevingen naar de vraagstelling over te gaan.

Na het lezen van vier interviews werd de vraag gesteld of deze onderzoeksvraag zou kunnen beantwoord worden voor deze welomschreven onderzoekspopulatie. De interviewafnames en de bekomen data werden vergeleken met *het schrappen van de onderzoeker in een ketel en hopen dat er enkele schilfers loskwamen*. Met de blijvende vraag of we met deze individuele belevingen tot een rode draad zouden komen, die een antwoord zou kunnen formuleren op onze onderzoeksvraag.

De moeilijke opgave om de patiënten te interviewen is goed gelukt maar genereerde geen overvloedige data. Uit de analyse van de verzamelde data blijkt dat het zeker de moeite waard is om dergelijke respondenten te interviewen. Het vraagt wederzijdse inspanning om het onderzoek te voeren alsook enkele specifieke vaardigheden van de onderzoeker

en enige ervaring in het omgaan met psychiatrische patiënten. Belangrijk daarbij is om zich als onderzoeker-verpleegkundige voldoende bewust te zijn van het risico op identiteitsverwarring waarbij je enerzijds benieuwd bent om iets over je eigen (verpleegkundige)discipline te vernemen en anderzijds het gevaar loopt om daardoor minder in de belevingswereld van de patiënt mee te gaan. Deze valkuil werd tijdens overleg met de promotor mee opgevolgd. De onderzoeker heeft dit gaande weg geleerd. Dat vraagt dat bij analyse rekening gehouden wordt met de data die optreden vanuit de evolutie in de interviews.

Na inhoudelijke en kwalitatieve controle van het interview werd een aanpassing van de interviewgide doorgevoerd en is gekozen om vooral te focussen op wat de opname voor de respondent betekent, wat hij verlangt en wat de verpleegkundigen daarin kunnen betekenen, terwijl oorspronkelijk gevraagd werd wat ze van een verpleegkundige dachten. Via deze gewijzigde invalshoek was het de bedoeling om verbredend te werken. De aangepaste vraagstelling in combinatie met de gouden tip van Tielens (2012) in gedachten: ‘Gelijk hebben is niet relevant’, gaf de mogelijkheid om het leven van de respondent mee te beleven en het referentiekader van de verpleegkundige te verlaten tijdens het interview.

Topics voor verdere onderzoek

Eerder is aangegeven dat een breder onderzoek binnen een andere setting, t.a.v. patiënten met een andere chronische psychiatrische aandoening, bij personen met een korte psychiatrische ziektegeschiedenis of m.b.t. andere hulpverleners, een verrijking zou kunnen zijn. Deze uitkomsten zouden bovendien een bijdrage kunnen leveren aan een verdere profilering van het psychiatrisch verpleegkundig beroep.

Een onderzoek waar participerende observatie gecombineerd wordt met een interview verpleegkundige-patiënt, zoals het onderzoek uitgevoerd door Raemdonck (2013), zou mogelijks een meerwaarde kunnen betekenen in het toetsen van de voormelde rollen.

Als de resultaten van dit onderzoek geïmplementeerd zouden worden, zou het interessant, maar moeilijk uitvoerbaar¹³, zijn om een kwalitatief pre-post onderzoek te voeren naar mogelijke verschillen in de ervaring van patiënten.

¹³ Waarschijnlijk niet onuitvoerbaar, uitgevoerd door J. De Lange (2004). Met dank aan M. Grypdonck voor de signalering van het onderzoek.

Verder onderzoek in andere psychiatrische ziekenhuizen met een ruimer aantal participanten binnen dezelfde doelgroep, zou verrijkend kunnen zijn naar mogelijke transfereerbaarheid van resultaten.

Relevantie voor de praktijk en aanbevelingen

Het onderzoek kan een bijdrage leveren aan de uitbreidende body of knowledge over de psychiatrische patiënt en de psychiatrisch verpleegkundige. Aangezien er dagdagelijks interacties tussen verpleegkundigen en patiënten plaats vinden, kunnen de resultaten van belang zijn voor de praktijk. Als de verpleegkundigen inzicht krijgen in de integraliteit van de twee werelden en kunnen omgaan met het continue interactieproces die zich afspeelt binnen de patiënt, zullen ze begripsvoller zorg op maat kunnen bieden. Hun handelingen, contacten en afspraken kunnen daardoor beter afgestemd worden op de fase waarin de individuele patiënt zich bevindt. Daarbij kunnen patiëntendoelstellingen weliswaar in team afgestemd worden, maar moeten individuele verpleegkundigen, gezien de wisselende dynamiek van patiëntennoden en/of verwachtingen op een dynamische, professionele en zelfstandige wijze kunnen handelen. Het flexibel hanteren van de verschillende rollen kan hierin een ondersteuning zijn.

De verschillende rollen kunnen ten gunste zijn van het herstel van de patiënt, het werkveld inspireren in de omgang met de patiënt, de kwalitatieve uitbouw van de verpleegkundige-patiënt-relatie ondersteunen en eveneens een aanzet zijn om hun eigen handelen en referentiekader als verpleegkundigen in vraag te stellen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen geïmplementeerd worden in de opleiding over wat de patiënten belangrijk vinden en het uitvoeren van een kwalitatief interview zou deel kunnen uitmaken van het bijscholings- en kwaliteitsbevorderend programma in een voorziening.

Conclusie

Binnen ons onderzoek kunnen we concluderen dat, tijdens de opname, de psychiatisch verpleegkundige een belangrijke betekenis kan hebben voor respondenten met een langdurig traject van leven met een psychotische kwetsbaarheid. Deze betekenis is het resultaat van een samenspel van verschillende rollen die idealiter op een optimale wijze worden afgestemd op de concrete situatie en de zorgnoden van de respondent. Het opnemen van de rollen moet gebeuren via een integraliteitsbenadering, rekening houdend met het continu interactieproces tussen twee werelden. In de binnenwereld waar de respondenten rust, veiligheid en stabiliteit willen vinden, kan de verpleegkundige op een laagdrempelige wijze en evoluerend volgens het proces waarin de respondent zijn herstellende identiteit kan opbouwen en ondersteund wordt in het waarderen van zijn zelfbeeld, de buitenwereld binnenbrengen. Rekening houdend met de autonomie van de respondent, worden er (samen) sociale contacten gelegd en toekomstdoelen ontwikkeld. Met als uiteindelijk doel, de respondent een kwalitatief leven te laten leiden als evenwaardig persoon in een niet-stigmatiserende wereld. Daarbij dient de verpleegkundige voor het opnemen van de verschillende rollen, specifieke kenmerken¹⁴, attitudes, en kennis te bezitten om een zo optimaal mogelijke en herstelondersteunende verpleegkundige-patiëntenrelatie op te bouwen.

¹⁴ Bijlage 5: Oplijsting van kenmerken van een goede verpleegkundige vanuit patiëntenperspectief

Literatuurlijst

Allen, M.H., Carpenter, D., Sheets, J.L., Miccio, S. & Ross, R. (2003). What Do Consumers Say They Want and Need During a Psychiatric Emergency? *Journal of Psychiatric Practice*, 9 (1), 39-58.

Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 15-22.

Dearing, K.S. (2004). Getting it, together: how the nurse-patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 18 (5), 155-163.

Debyser, B., Grypdonck, M., Defloor, T. & Verhaeghe, S. (2011). Involvement of inpatient mental health clients in the practical training and assessment of mental health nursing students: Can it benefit clients and students? *Nurse Education Today*, 31, 198-203.

De Lange, J. (2004). *Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment.* (Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam). Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd via:
<http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AF0517%20Proefschrift%20Def.ashx>

De Leeuw, M., Vanmeijel, B., Grypdonck, M. & Kroon, H. (2012). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: process and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 1-7.

de Ruijter, B. (2007). *Keerpunt: van psychose naar herstel.* Assen: Koninklijke van Gorcum

Ernst, B (1986). *Der zauberspiegel des M.C. Escher.* Berlin: Taco

Forrest, S., Masters, H. & Brown, N. (2000). Mental health service user involvement in nurse education: exploring the issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 51-57

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* New Jersey: Aldine

Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of advanced nursing*, 52 (5), 561-570.

- Hörberg, U., Brunt, D. & Axelsson, A. (2004). Clients' perceptions of client-nurse relationships in local authority psychiatric services: a qualitative study. *International journal of mental health nursing*, 13 (1), 9-17.
- Holloway, I. & Wheeler S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Oxford: Blackwell (3^o druk).
- Lammers, J. & Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 385-392.
- Lego, S. (1999). The One-To-One Nurse-Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(4), 4-23.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Morse, J. M. & Field, P. A. (1995). *Nursing research: The application of qualitative approaches*. Thornes: Nelson.
- Moyle, W. (2003). Nurse-patiënt relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 103-109.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pols, J. (2005). Enacting Appreciations: Beyond the Patient Perspective. *Health Care Analysis* 13 (3), 203-221.
- Raemdonck, T. (2013). *Dagdagelijkse interacties tussen psychiatrische verpleegkundigen en patiënten vanuit een therapeutische invalshoek* (Masterproef Universiteit Gent). Geraadpleegd via http://users.ugent.be/~dibeeckm/2012_2013/Raemdonck,%20T..pdf
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 85-91.
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 319-329.
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W. & Van Der Bijl, J.(2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (8), 678–683.
- Tielens, J. (2012). *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom.

van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggemans, R., et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van Bos, L. & De Hert, M. (2013). Evidence based nursing en de therapeutische relatie: een literatuurstudie. *Psychiatrie en verpleging* 4, 144-156.

Van Dusseldorp, L., Goossens, P. & van Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing* 32, 2-19.

Van Heule, S. (2011). *The Subject of Psychosis: A Lacanian Perspective*. Hampshire: Palgrave Mac Millan.

Wilken J.P. (2010). *Recovering Care: A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.

Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.

Wester, F. (2004). Analysis of qualitative research material. *Huisarts en Wetenschap*, 47(12), 565-570.

Bijlagen

Bijlage 1: Demografische gegevens

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Masterproef Shalini Matthys												
2													
3	Demografische gegevens van patiënten op de stroom												
4													
5	adm nr.	medisch verantwoord	gedwongen statuut	probatie voorwaarden	geslacht	geboortedatum	diagnose	1°opname PC	1°opname De Stroom	opnamedatum PC	opnamedatum de stroom	burgerlijke stand	hoogst behaald niveau opleiding
6													
7	4620	1	0	0	1		AS 1: 295.90	0	0	16/10/2013	16/10/2013	ong	secundair onbepaald
8							AS 2: 301.81						
9	2012	1	0	0	1		AS1: 295.10	0	0	4/05/1995	25/04/1996	ong	secund lagere cyclus
10							AS1: 302.4						
11							AS1: 305.00						
12							AS2: V71.09						
13	4833	0	0		1		AS1: 298.9	0	1	5/07/2005	3/07/2008	echtgescheiden	secundair hogere cyclus
14							AS2: 301.0						
15	5575	1	0		1		AS1: 297.1	1	0	16/04/2007	27/01/2011	echtgescheiden	onbekend
16							AS2: 301.81						
17	512	0	0		1		AS1: 295.30	0	1	18/09/1991	13/06/2002	ongetrouwd	secundair lagere cyclus
18							AS2: 301.0						
19	4579	0	1		1		AS1: 295.10	0	1	9/01/2009	25/09/2012	ongetrouwd	onbekend
20							AS2: 318.0						
21	86	0	0		1		AS1: 295.30	0	0	10/05/1990	22/01/1996	ongetrouwd	secundair lagere cyclus
22							AS2: V71.09						
23	1819	1	0		1		AS1: 295.20	0	1	27/06/1989	19/01/2009	ongetrouwd	lager
24							AS2: 301.0						
25	1271	0	1		1		AS1: 295.30	0	0	29/10/1987	10/03/2006	ongetrouwd	lager
26							AS2: V71.09						
27	3977	0	1		1		AS1: 298.9	1	0	19/10/1998	10/07/2005	ongetrouwd	secundair lagere cyclus
28							AS2: 301.83						
29							AS2: 317						
30	1502	1	1		1	10/01/1981	AS1: 295.20	0	1	13/09/1980	10/01/2007	ongetrouwd	secundair hogere cyclus

alle patiënten

voorstelling

demografische gegevens responde

respondenten

analyse respo ...

Bijlage 2: Interviewguide

Interview voor opgenomen patiënten binnen een psychiatrisch ziekenhuis
Optimalisatie van patiëntenzorg:
‘Een goede psychiatrisch verpleegkundige vanuit patiëntenperspectief’

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aanbod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

Begin opstelling interviewguide:

Kennismaking: creëren van gespreksruimte: (aanbieden koffie, ...)

Uitleg geven over de achtergrond, het doel en de werkwijze:

Checken of uitleg begrepen is.

Zijn er nog vragen?

Starten van de band.

Beginvraag:

Hoe is het voor jou om hier te zijn?

Je vindt het goed om hier te zijn, en wat vind je er dan goed aan?

Wat is belangrijk voor jou? En wat is er nog belangrijk hier op (naam afdeling)?

Wat kan er je opname aangenamer maken?

Wat kan de verpleegkundige daar in betekenen?

Kan zij iets betekenen tijdens je opname? Kan je daar eens een voorbeeld van geven?

Een goede verpleegkundige, wat is dat voor u? Kan je eens een voorbeeld geven van een goede verpleegkundige, ze eens omschrijven, wat typerend is tav de andere

Wat was er positief tijdens je opname? Kan je eens een positieve gebeurtenis beschrijven? Wat deed de verpleegkundige dan?

Mocht je aan het school mogen zeggen wat ze aan verpleegkundigen moeten leren, wat ze zouden moeten kunnen om hier te werken, wat zou dat zijn?

Heb je een verantwoordelijk verpleegkundige? Kan je eens omschrijven wat zij zoal doet? Als je zou mogen beslissen wat zou een verantwoordelijk verpleegkundige voor jou kunnen betekenen? Geef daar eens een voorbeeld van? Zijn er zo nog dingen die ze zou kunnen doen?

Vraagvormen om tot verduidelijking/specificering te komen:

Wat? Wie? Wanneer? Waar? Hoe? Wat gebeurde toen?
Aandacht voor begripsverhelderende vragen: wat is steun, wat is aandacht, wat is...?
Geef eens een voorbeeld? Omschrijf dit eens? Ik begrijp het niet goed, kan je dat nog eens uitleggen?
Parafrazering, gevolgd door heb ik dit goed begrepen of zie je dit anders?

Mocht dit uit het verhaal niet voldoende duidelijk worden dan kunnen de volgende vragen gesteld worden:

Wat droeg je opname bij tot verbetering?

Wat was de rol van de verpleegkundige? Van de verantwoordelijk vpk?

Wat had een invloed op je toestand/situatie?

Hoe kijk je aan tegen de toekomst (en wat kan een verpleegkundige daar in betekenen?)

Afronding: checken wat men van het gesprek vond; of men nog ergens op terug wil komen.

Bijlage 3: Voorbeeldsjabloon totaal interview

Nummer interview:

Datum vraag verpleegkundige:

Datum 1° contact:

Datum interview:

Locatie en tijdstip:

Duur van het interview:

Kenmerken participant:

Administratief nummer:

Geslacht: mannelijk

Geboortedatum:

Leeftijd:

Burgerlijke stand:

Hoogst behaald opleidingsniveau:

Eerste opname PC St Amandus:

Eerste opname X:

Opnamedatum PC St Amandus:

Opnamedatum X:

Rechtstreekste opname X:

Opnameduur PC St Amandus moment van interview:

Opnameduur X moment van interview:

Diagnose:

Contactname en wat aan het interview vooraf ging:

Reflectie interview: (context, inhoud, ...)

-van onderzoeker: omschrijving patiënt (uitzicht, contactname, positie plaats aan tafel in gekozen lokaal, non verbale taal, ...) samenvattende inhoud van interview, houding bij afronden van interview. Gevoel van onderzoeker over verloop, eigen reflectie over contact, verloop interview, manier van vraagstelling, bedenkingen voor aanpassing volgend interview

-van participant: wat vond hij van het interview, de vraagstelling, eventueel advies

-promotor: ontvangen feedback na overleg totaal interview

Uitgetypt interview:

Bijlage 4: Informatiebrief met informed consent



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap

**Informatie voor deelnemers aan een onderzoek over
“ Een goede psychiatrisch verpleegkundige: het perspectief van patiënten”**

Geachte mevrouw/mijnheer,

Naast mijn tewerkstelling als afdelingshoofd op gerontopsychiatrie binnen PC St. Amandus volg ik ook nog een opleiding. In het kader van de opleiding tot Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde aan de Universiteit van Gent, wordt een onderzoek uitgevoerd over “Een goede psychiatrisch verpleegkundige: vanuit het perspectief van patiënten.”

Het doel van het onderzoek is via interviews van opgenomen patiënten binnen PC St. Amandus na te gaan wat zij goede verpleegkundigen vinden. We willen dus te weten komen welke eigenschappen van verpleegkundigen voor patiënten, een verpleegkundige tot een goede verpleegkundige maakt. Dit onderzoek kan helpen om verpleegkundigen zo op te leiden dat ze de zorg kunnen geven die patiënten nodig hebben.

Om dit onderzoek mogelijk te maken, willen we, Professor Grypdonck en Matthys Shalini, uw medewerking vragen.

Deelname aan het onderzoek houdt in dat we een gesprek met u zullen hebben, over wat u een goede verpleegkundige vindt.

Het gesprek dat we in het kader van dit onderzoek met u willen hebben, willen we het liefst op band opnemen. Zo hoeven we niet te noteren tijdens het gesprek en kan de verwerking van het gesprek beter gebeuren. Na het onderzoek worden alle opnames gewist.

Het gesprek met u zal doorgaan op het moment dat u het beste past. De plaats waar het gesprek doorgaat, zal samen besproken worden. De onderzoeker zal daarvoor met u een afspraak maken. Het gesprek zal ongeveer één uur duren.

Wat op band opgenomen is, wordt nadien uitgetypt. Daarbij laten we alle namen en alle verwijzingen weg, waaruit iemand zou kunnen opmaken over wie het gaat. Alleen de

Dit *Informed Consent* voor kwalitatief onderzoek werd goedgekeurd door de subcommissie Ethisch Comité van 07/02/2012

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap
De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België

www.UGent.be

onderzoekers krijgen de uitgeschreven gesprekken te lezen. Aan uw arts of aan andere zorgverleners delen we niets mee. De persoonlijke en klinische gegevens die we verzamelen tijdens deze studie worden geanonimiseerd, gecodeerd en strikt vertrouwelijk behandeld. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

Als we met meerdere patiënten gesproken hebben, analyseren we wat al deze patiënten ons gezegd hebben. Wat we daaruit kunnen besluiten leggen we in een rapport vast, en dat delen we mee aan onze collega's en studenten zodat ook zij van ons onderzoek kunnen leren. We willen nogmaals benadrukken dat in deze rapporten u zelf niet herkenbaar zal zijn.

U bent volledig vrij deel te nemen of niet. Uw keuze zal geen enkele invloed hebben op de zorg die u krijgt. U kan ook op ieder ogenblik uw deelname aan het onderzoek beëindigen of uw toestemming om deel te nemen intrekken. Ook dat zal geen enkel gevolg hebben voor de zorg die u krijgt. Vooraleer het onderzoek van start kon gaan, hebben we, zoals dat in België wettelijk geregeld is, het onderzoek aan het Ethische Comité van het UZ Gent en van de Broeders van Liefde voorgelegd. Beide comités hebben het project goedgekeurd. In geen geval dient de goedkeuring van het Ethisch Comité een aanzet te zijn tot deelname. Hoewel het helemaal niet te verwachten is dat u of uw familielid schade zou kunnen oplopen door aan het onderzoek mee te werken – het gaat immers alleen om een gesprek – is er toch een verzekering voor schade voor de deelnemers afgesloten, zoals bepaald in de wetgeving.

Als u bereid bent deel te nemen aan het onderzoek, zullen we u vragen, zoals de wet dit voorziet, een toestemmingsformulier te ondertekenen. Ook na de ondertekening daarvan bent u vrij om op ieder ogenblik te beslissen niet langer aan het onderzoek deel te nemen.

Als u aanvullende informatie wenst over het onderzoek of over uw mogelijke deelname, kunt u nu of in de loop van het onderzoek contact opnemen met Matthys Shalini, student Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde. (*shalini.matthys@ugent.be* –050/79.95.64.) Zij is de onderzoeker die het gesprek met u zal voeren.

We danken u omdat u aan onze vraag aandacht hebt willen geven.

Met vriendelijke groeten,

< *Prof. Em. Grypdonck M.* >

< *Shalini Matthys, student Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde* >

Betreft: “ Een goede psychiatrisch verpleegkundige: het perspectief van patiënten“

Geïnformeerde toestemming tot medewerking

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan dit onderzoek onder de voorwaarden die in de informatiebrief zijn vermeld. Ik bevestig ingelicht te zijn omtrent de aard en het doel van het onderzoek, kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Tevens ben ik op de hoogte dat ik mij op elk ogenblik kan terugtrekken uit het onderzoek.

Naam van de deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Naam van de onderzoeker door wie uitleg werd verstrekt: Shalini Matthys

Datum:

Handtekening:

Bijlage 5: Kenmerken van een goede verpleegkundige vanuit patiëntenperspectief

Doorheen het onderzoek verwoordden patiënten kenmerken die ze van een verpleegkundige belangrijk vinden. Redenen die ze soms omschreven die zorgden dat de klik in het contact er was, wat er voor zorgde dat ze bepaalde verpleegkundigen soms beter vonden. Die uitspraken heb ik hieronder opgelijst:

‘Gewoon zijn, gewoon praten, Mensen als normaal behandelen

Gelijkheid

Je mening vragen vooraleer ze iets doen (meebetrekken)

Interesse tonen

Sterke persoonlijkheid, met eigen mening, geen meeloper

Goed van hart, geen kwaadheid als ingesteldheid, kan wel om iets te doen stoppen

Zorgen voor zichzelf dan zorgen ze ook voor ons

Rustige mensen die toch motiverend zijn, bemoedigend zijn

Geen saaie, maar verpleegkundigen die normaal doen en waar er eens kan mee gelachen worden. Humor hebben maar niet geforceerd

Begripvol, eerlijkheid, geloven in de goedheid van de mensen

Eigenheid van patiënten zien

Vriendelijk, spontaan, sympathiek en sociaal

Begaafdheid, levenservaring en ervaring in de psychiatrie, wijsheid bezitten

Geen egoïsme, noch ego's

Niets ontzien, hulpzaam, klaar staan voor de patiënten, patiënten ondersteunen, samen dingen doen

Echt oor hebben voor wat gezegd wordt en gevraagd wordt

Info geven, veel bijbrengen, bijleren van het dagdagelijks leven

Vertrouwen in en respect voor de patiënten

Genegenheid geven, erkenning

Bezorgdheid om de mensen'

Lijst van tabellen

Tabel 1: Steekproefselectie.....	5
Tabel 2: Gegevens respondenten steekproef- interview.....	6
Tabel 3: Uitdrukkingen van respondenten over zaken die hen helpen om rust te vinden	10
Tabel 4: Uitspraken van respondenten over het ervaren van waardering door verpleegkundigen.....	16
Tabel 5: De noden tijdens een opname.....	19
Tabel 6: Verpleegkundige rollen	20
Tabel 7: Patiëntencitaten	22

Lijst van figuren

Figuur 1: Möbiusband I: Uit: <i>Der zauberspiegel des M.C. Escher</i> (p.99), door Ernst, B., 1986 Berlin: Taco.	9
Figuur 2: De binnenwereld.....	10
Figuur 3: De buitenwereld.....	13
Figuur 4: Verpleegkundige als toegangspoort.....	17