Verplegen in het psychiatrisch centrum : een onderzoek naar taken van psychiatrisch verpleegkundigen

Citation for published version (APA):

Dassen, T. W. N. (1989). *Verplegen in het psychiatrisch centrum : een onderzoek naar taken van psychiatrisch verpleegkundigen*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19890921td>

Document status and date:

Published: 01/01/1989

DOI:

[10.26481/dis.19890921td](https://doi.org/10.26481/dis.19890921td)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

VERPLEGEN IN HET PSYCHIATRISCH CENTRUM

VERPLEGEN IN HET PSYCHIATRISCH CENTRUM
een onderzoek naar taken van psychiatrisch
verpleegkundigen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. F.I.M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen
op donderdag, 21 september 1989 om 14.00 uur

door

Theodoor Wilhelm Nicolaas Dassen

geboren te Kerkrade in 1953

Promotor: Prof. Dr. H.Philipsen

Beoordelingskommissie: Prof. Dr. F.C.B. van Wijmen (voorzitter)
Prof. Dr. A.H.M. van den Bergh-Braam
Prof. Dr. J.J.C.B Bremer
Prof. Dr. A. Hazewinkel
Prof. Dr. M.M.W. Richartz
Dr. A. Visser

© T.W.N. Dassen

produktie: Datawyse Maastricht
druk: Krips Repro Meppel

WOORD VOORAF

Aan het onderzoek dat hier gepresenteerd wordt is door meer dan duizend psychiatisch verpleegkundigen meegewerkt. Hun bijdrage bestond uit deelname aan interviews, het invullen van een enquête of het, uit hoofde van hun functie, verlenen van toestemming voor de uitvoering van het onderzoek in de betreffende psychiatrische centra. Zonder hun medewerking zou dit verslag nooit geschreven zijn.

Meer 'achter de schermen' is medewerking verleend door vele anderen die behulpzaam waren bij de verwerking van de gegevens en de interpretatie van de resultaten. Ook hun medewerking is van groot belang geweest voor de afronding van dit onderzoek.

Het is onmogelijk om iedereen hier met name te noemen. Ik beperk mij daarom tot de leden van de begeleidingscommissie: Prof.Dr.H.Philipsen, die gewaakt heeft over het verantwoord omgaan met de gegevens; Dr.R.Halfens die vooral de technische kant van het onderzoek in de gaten hield; dhr.G.Brouns en Dr.R.Bambang Oetomo, die door hun bekendheid met het terrein van onderzoek behulpzaam waren bij de soms moeilijk keuzes die nodig waren voor het afbakenen van het onderzoeks domein. Eveneens is dank verschuldigd aan de leden van de beoordelingscommissie, die met hun adviezen ertoe bijgedragen hebben dat het geheel een consistent en leesbaar proefschrift werd.

Tot slot wil ik hier de wens uitspreken dat dit onderzoek een zinvolle bijdrage levert aan de discussies rond het beroep van psychiatisch verpleegkundige en indirect bijdraagt aan de kwaliteit van de zorgverlening voor de psychiatrische patiënt.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	9
1. ONTWIKKELINGEN IN DE PSYCHIATRISCHE VERPLEGING	13
1.1. De opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige	14
1.2. Taken van psychiatrisch verpleegkundigen	19
1.3. Beroepsidentiteit van de psychiatrisch verpleegkundige	24
1.4. Algemene ontwikkelingen in de verpleegkunde die van invloed zijn op de psychiatrische verpleging	27
1.5. De zorg voor de chronische psychiatrische patiënt	29
1.6. De verpleegkundige als begeleider van de chronische patiënt	31
1.7. Vraagstellingen	34
2. INTERVIEWS MET PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN	35
2.1. Werkwijze	35
2.2. Onderzoekspopulatie	36
2.3. Taken van psychiatrisch verpleegkundigen	37
2.4. Positie van de psychiatrisch verpleegkundige binnen de organisatie van de psychiatrische centra	42
2.5. Positie van de psychiatrisch verpleegkundige binnen de verpleegkundige beroepsgroep	44
2.6. Chroniciteit	45
2.7. Algemene bevindingen	45
3. HET ONDERZOEKSMODEL	49
3.1. Het algemene onderzoeksmodel	49
3.2. Taakopvattingen	51
3.3. Opvattingen over chroniciteit en beroepsidentifikatie	53
3.4. Burnout	54
3.5. Aard van de zorgverlening	56
3.6. Persoonskenmerken	56
3.7. Psychiatrische centra	57
4. HET HOOFDONDERZOEK	59
4.1. Onderzoekspopulatie	59
4.2. De steekproef	60
4.3. Werkwijze	60
4.4. Instrumentontwikkeling	61
4.5. Deelnemende instellingen	61
4.6. Respons	62
4.7. Achtergrondkenmerken van de respondenten	64
4.8. Selectie van variabelen voor het onderzoek	68

5. TAAKOPVATTINGEN	69
5.1. Tijdsbesteding	69
5.2. Het meten van de taakopvattingen	70
5.3. Taakopvattingen naar persoonskenmerken	82
5.4. Taakopvattingen naar sektor en instelling	84
6. CHRONICITEIT, IDENTIFIKATIE EN BURNOUT	87
6.1. Visie op chroniciteit	87
6.2. Beroepsidentifikatie	91
6.3. Burnout	96
6.4. Samenhang chroniciteit, identifikatie en burnout	101
7. VERKLARING VAN VERSCHILLEN IN TAAKOPVATTINGEN	103
7.1. Samenhang taakopvattingen met visies op chroniciteit, identifikatie en burnout	103
7.2. Multivariate samenhangen tussen de taakopvattingen en de verklarende variabelen	104
7.3. Bespreking van de belangrijkste verklarende variabelen	106
8. SLOTBESCHOUWING	113
8.1. Konklusies	113
8.2. Diskussie	116
8.3. Beperkingen en aanbevelingen	120
SAMENVATTING	123
LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN	126
LITERATUUR	127
BIJLAGE	133
A. Interviews	134
B. Schalen	136
C. Faktortabel activiteiten	139
SUMMARY	141
CURRICULUM VITAE	144

INLEIDING

De ontwikkeling in de intramurale zorg voor de psychiatrische patiënt gedurende de afgelopen vijftig jaar kan gekenmerkt worden als: van verzorgingsgericht naar begeleidingsgericht. Binnen de verzorgingsgerichtheid werd met name aandacht besteed aan lichamelijke hygiëne, orde en netheid. Daarnaast werd getracht om via medische behandelingen de patiënten te genezen van hun kwalen. Geleidelijk aan ontstond, vooral door de invloed van de sociale wetenschappen, het inzicht dat de wijze waarop de zorg voor de psychiatrische patiënt georganiseerd was juist de afhankelijkheid van deze patiënten bevorderde. Psychiatrische patiënten waren in hun doen en laten namelijk onderworpen aan het inrichtingsregiem. De vooruitzichten op een terugkeer in de maatschappij buiten de instellingen werden daardoor alleen maar bemoeilijkt. Patiënten dienden daarom een zo gericht mogelijke behandeling te krijgen en zo kort mogelijk opgenomen te worden in de psychiatrische centra. Dit gold uiteraard niet voor de patiënten die al lang, soms wel veertig jaar, in de psychiatrische instellingen woonden. Deze chronische patiënten dienden meer zelfstandigheid te krijgen en zoveel mogelijk in kleinschalige woonvormen buiten de inrichtingen gehuisvest te worden. Het aksent van de hulpverlening kwam daarmee te liggen op begeleiding van, in plaats van, zorgen vóór de patiënten.

De veranderde opvattingen over de hulpverlening aan chronische patiënten leidde tot veranderingen in de taken van de psychiatrische verpleegkundigen. In die taken was sprake van een aksentverschuiving naar begeleiding. De psychiatrisch verpleegkundige ging zich daardoor onderscheiden van de ziekenhuisverpleegkundige.

Op de afdelingen voor kortdurende behandeling van psychiatrische patiënten, de zogenaamde shortstay-afdelingen, raakte de psychiatrisch verpleegkundige meer betrokken bij de behandeling. De rol van deze verpleegkundigen werd daarmee een van mede-behandelaar van de patiënt.

Deze ontwikkelingen hebben geleid tot de 'identiteitskrisis' van de psychiatrische verpleegkunde. Enerzijds is er onduidelijkheid omtrent de taken van psychiatrisch verpleegkundigen; anderzijds is er discussie omtrent de beroepsidentiteit: is psychiatrische verpleging nog wel een verpleegkundig beroep? De discussie omtrent de beroepsrol hangt samen met de veranderde taken van de psychiatrisch verpleegkundigen.

Zoals reeds vermeld werd was het de invloed van de sociale wetenschappen die mede leidde tot de gewijzigde opvattingen omtrent de behandeling van psychiatrische patiënten. Met name in de sociale wetenschappen ging men er van uit dat de oorzaken van chroniciteit niet verklaard dienden te worden vanuit de patiënt zelf (als ziekte), doch vanuit omgevingsfactoren, namelijk het inrichtingsmilieu. De psychia-

trisch verpleegkundige werd daarbij beschouwd als één van de factoren van dat milieu, die de afhankelijkheid van de patiënten bevorderde. Verpleegkundigen waren namelijk opgeleid om de regels van het huis te bewaken en vormden een representant van de medische benadering. Een verandering in deze benadering van de psychiatrische patiënt diende dus ook uit te gaan van het aanleren van een andere attitude aan de verpleegkundigen. In de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige, die door de psychiatrische instellingen zelf als in-service opleiding gegeven werd, werden daarom ook sociaal-agogische vakken en vaardigheden onderwezen. Leerling-verpleegkundigen werden bewust gemaakt van hun taken bij het tegengaan van het afhankelijk maken van patiënten van het instituut. Hun visie op het ontstaan van chronische patiënten diende een sociaal-wetenschappelijk en niet een medische te zijn.

De taken van psychiatrisch verpleegkundigen staan onder invloed van veranderingen, c.q. invloeden vanuit de sociale wetenschappen. Dit kreeg onder andere vorm doordat sociale wetenschappers in de psychiatrische instellingen gingen werken en betrokken raakten bij de behandeling van de patiënten.

In de literatuur wordt over de taken van psychiatrisch verpleegkundigen hoofdzakelijk in ideologische zin geschreven. Hoe die taken er in de dagelijkse praktijk uitzien is nauwelijks onderzocht. Vandaar dat in dit onderzoek de volgende probleemstelling centraal staat:

A. *Welke opvattingen hebben psychiatrisch verpleegkundigen omtrent hun taken ten behoeve van psychiatrische patiënten?*

Aangezien het onderzoek niet alleen bedoeld is om een inventarisatie van de taken te maken, doch ook enige verklaring van mogelijke verschillen in taakopvattingen wil leveren, is de volgende probleemstelling toegevoegd:

B. *Hoe zijn eventuele verschillen in taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen te verklaren?*

Bij het onderzoek wordt gebruik gemaakt van zowel interviews als schriftelijke enquêtes. De informatie die verkregen wordt via de interviews dient ter nadere oriëntatie op het onderzoeksdomein. De gegevensverzameling voor het hoofdonderzoek heeft plaats gevonden met behulp van een schriftelijke enquête onder psychiatrisch verpleegkundigen in zes psychiatrische centra. Bij dit deel van het onderzoek zijn ook verpleegkundigen die niet bij chronische patiënten werken betrokken. Dit geeft namelijk de mogelijkheid om de bevindingen die betrekking hebben op diegenen die werkzaam zijn bij chronische patiënten te vergelijken met de bevindingen van verpleegkundigen die juist niet belast zijn met de zorg voor chronische patiënten.

De opbouw van het onderzoeksverslag is als volgt: In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van de taken van psychiatisch verpleegkundigen. Daarbij wordt eveneens ingegaan op de ontwikkeling van het beroep in het algemeen vanaf het ontstaan van de opleidingen. Ook komt de positie van de psychiatisch verpleegkundige binnen het verpleegkundig beroep als zodanig aan bod. Daar dit onderzoek met name gericht is op de zorg voor de chronische patiënt, zal ook aandacht besteed worden aan het verschijnsel chroniciteit met betrekking tot psychiatische patiënten.

In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van een vooronderzoek dat gehouden werd ter nadere verkenning van het onderzoeksdomein. Daarbij is gebruik gemaakt van semi-gestruktureerde interviews die gehouden zijn met 52 verpleegkundigen uit vijf psychiatisch instellingen. Op basis van de informatie uit de literatuur en uit de interviews is uiteindelijk een keuze bepaald voor de in het hoofdonderzoek op te nemen onderzoeksbegrippen die een mogelijk verklaring van de taakopvattingen geven. Het betreft naast enkele relevant geachte persoonskenmerken en het al dan niet door psychiatisch verpleegkundigen bezitten van een diploma 'inrichtingswerk', de visie op de problematiek van de chronische patiënt, de beroepsidentifikatie en burnout. In hoofdstuk 3 wordt de mogelijke samenhang van die begrippen met de taakopvattingen toegelicht en zal een onderzoeksmodel gepresenteerd worden dat als leidraad voor de analyses zal dienen.

In hoofdstuk 4 worden de opzet en de gekozen werkwijze voor de gegevensverzameling van het hoofdonderzoek besproken. Tevens wordt aandacht besteed aan de bepaling van de steekproef en aan de respons op de enquête. Daarbij worden de relevant geachte persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht ervaring en functie van de respondenten aan het onderzoek weergegeven.

De volgende hoofdstukken bevatten de eigenlijke analyses. In hoofdstuk 5 ligt de nadruk op de bespreking van de taakopvattingen. De verklarende variabelen worden besproken in hoofdstuk 6. De samenhang tussen de persoonskenmerken en de overige verklarende variabelen met de taakopvattingen wordt in hoofdstuk 7 met behulp van multivariate analyses nagegaan.

In de slotbeschouwing wordt de konklusie van het onderzoek alsmede enige discussie omtrent de bevindingen weergegeven. Tot slot worden enkele beperkingen van het onderzoek besproken en zullen enkele aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan worden.

Om praktische redenen is soms gebruik gemaakt van afkortingen. Het betreft uitsluitend afkortingen die bij ingewijden in het domein van onderzoek bekend verondersteld worden. Volledigheidshalve is aan het einde van het verslag een verklarende lijst van deze afkortingen opgenomen.

Van de in de literatuur gebruikelijke afkorting APZ, die staat voor algemeen psychiatrisch ziekenhuis, is geen gebruik gemaakt. De voorkeur werd gegeven aan een afwisselend gebruik van de meer neutrale benamingen psychiatrische instelling en psychiatrisch centrum.

1. ONTWIKKELINGEN IN DE PSYCHIATRISCHE VERPLEGING

Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg zijn psychiatrisch verpleegkundigen, voor het directe contact met de patiënt, een belangrijke discipline. Ongeveer 12.000 verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen zijn betrokken bij de zorg voor ruim 23.000 psychiatrische patiënten (resp. N.Z.I, 1988 en N.c.G.v., 1987). Voor een groot deel ($\pm 70\%$) betreft dit de zorg voor chronische patiënten.

Met name als gevolg van veranderde opvattingen in de geestelijke gezondheidszorg wordt veelvuldig over de zorgverlening aan chronische psychiatrische patiënten gepubliceerd. Over de taken van de psychiatrisch verpleegkundigen daarbij wordt slechts met mondjesmaat geschreven, en dan veelal in ideologische zin.

De veranderingen in de zorgverlening aan chronische patiënten zijn van invloed op de taken van de verpleegkundigen. Behalve ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn ook andere factoren van invloed op het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Dit betreft met name veranderingen in de functie van verpleegkundigen als beroepsgroep, welke gericht zijn op het verzelfstandigen van de discipline. Een belangrijke gebeurtenis in die ontwikkeling van het verpleegkundig beroep is de oprichting van één algemene basisopleiding voor alle verpleegkundigen. Deze opleiding begint meer en meer de plaats in te nemen van de huidige in-service opleidingen, die gericht zijn op de zorgverlening in één bepaalde sektor van de gezondheidszorg.

In dit hoofdstuk zal de nadruk liggen op het bespreken van veranderingen in de psychiatrische verpleging. Het ontstaan van de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige wordt als begin van deze ontwikkeling gekozen. Ook ontwikkelingen in die opleiding worden behandeld. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de taken van psychiatrisch verpleegkundigen. De discussie over de beroepsidentiteit van de psychiatrisch verpleegkundige wordt eveneens belicht. Ook worden enkele algemene ontwikkelingen in de verpleging, voor zover van invloed op de verpleging in psychiatrische centra, besproken. Tot slot komen de taken van psychiatrisch verpleegkundigen, met name met betrekking tot de zorgverlening voor de chronische patiënt, aan bod.

Voor alle duidelijkheid wordt erop gewezen dat dit hoofdstuk bedoeld is als een algemene inleiding op de ontwikkelingen van de psychiatrische zorg. Het aksent ligt daarom op de beschrijving van veranderingen in het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Alleen in zoverre dat voor een goed begrip van zaken nodig is, zal aandacht besteed worden aan ontwikkelingen in de psychiatrie.

1.1. De opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige

Aan het einde van de vorige eeuw ontstonden de eerste opleidingen tot psychiatrisch verpleegkundige. In die tijd was er nog geen sprake van psychiatrisch verplegen, zoals wij dat nu kennen, maar veel meer van oppassen.

De overgang van oppassen naar verplegen, welke de verandering van de omgang met psychiatrisch patiënten in de 19^e eeuw en het begin van de 20^e eeuw markeert wordt treffend getypeerd door Van der Scheer:

De tegenstelling tusschen de door ruwe oppassers bewaakte onrustige gekken (razenden genaamd), die in donkere ongezellige zalen bijeengebracht of in duistere, lichtlooze, vochtige cellen, dikwijls aan kettingen vastgelegd of in boeien geklonken, in het leven werden gehouden, en de door geschoold personeel verzorgde geestelijk zieken, die in van lucht en licht voorziene frische zalen der moderne gestichten, in als ziekenkamertje ingericht eenpersoonskamertje, in bed en in permanentbad, worden verpleegd, is dan ook buitengewoon scherp en contrastrijk
(Van der Scheer, 1928; blz. 188)

In die tijd was sprake van behandeling in bed en bad. Ook spreekt de auteur over 'verpleegd worden' ¹⁾. Deze benadering hangt samen met het feit dat de toenmalige gestichten meer en meer, volgens het Utrechtse model van Schroeder van de Kolk, als ziekenhuis gezien werden. Dit vloeide voort uit een veranderde benadering in de psychiatrie. Deze komt erop neer dat men maatschappelijke ellende en sociale improductiviteit beschouwde als uitdrukkingen van geestesziekte. Degenen die zich onaanangepast gedroegen werden beschouwd als zieken (Fox, e.a 1983). Een gevolg daarvan was onder meer de invoering van de bedverpleging in de psychiatrische inrichtingen. Psychiatrische stoornis werd behandeld als een lichamelijke ziekte. Dit had in ieder geval het voordeel dat men patiënten beter kon observeren (Dane, 1968). Aan de verpleging van krankzinnigen moesten daardoor wel steeds hogere eisen gesteld worden. Een opleiding voor het personeel werd noodzakelijk (Schut, 1970). Immers toewijding, kristelijke liefde en roeping, hoe verdienstelijk ook, bleken niet voldoende (Kramer, 1969). Bovendien zou een opleiding kunnen bijdragen aan een vaster personeelsbestand. Onder het personeel was namelijk sprake van een groot verloop. Deels was dat een gevolg van de afkomst van het personeel, doch ook de lage lonen, de gebrekkige kost en inwoning en het ontbreken van vrije tijd vormden redenen voor het verloop (Vijselaar, 1982). Als oppassers nam men daarom wat er aan personeel te krijgen was, van landlopers en bedelaars tot ontslagen gevangenen

¹⁾ Verplegen werd indertijd gebruikt in de betekenis van verzorgen. Zie Van Dale, Groot Woordenboek der Nederlandsche Taal, (zesde geheel opnieuw bewerkte uitgave, 1924): *verplegen*, verzorgen: een zieke verplegen; de armen verplegen. *verzorgen*, een zieke verzorgen.

en uit dienst ontslagen militairen. Het personeel stond bekend als een samenraapsel van dronkaards en vagebonden (Van der Laarse-De Bruin, 1981). Van het personeel in de krankzinnigengestichten had men dan ook, aan het einde van de vorige eeuw, bepaald geen hoge dunk. Een van de leden van de 'Vereeniging voor Psychiatrie' stelde dit in 1874 als volgt:

Een fatsoenlijke verpleegster waagt zich niet in een gezelschap als dat, zoals het tegenwoordig verplegend personeel in de meeste gestichten wordt afgeschilderd.

(Van der Esch, 1975; blz. 75).

In Nederland ontstonden initiatieven tot het oprichten van een opleiding voor de oppassers en oppasseressen. De eerste diploma's werden in 1893 in het gesticht Meerenberg te Santpoort uitgereikt. De eksamens werden afgenomen door leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. In andere gestichten gebeurde dit door leden van organisaties die op basis van de overeenkomstige levensbeschouwing de krankzinnigenzorg behartigden (N.R.V., 1983).

Het ging bij de opleidingen aanvankelijk om het aanleren van op de dagelijkse praktijk gerichte gedragskodes. Dus orde, netheid en discipline. Het zwaartepunt van de opleiding lag op de voorschriften inzake orde, netheid, veiligheid en rust. Veiligheid slaat dan op de eigen veiligheid van de verplegende, bijvoorbeeld: altijd achter de patiënt lopen (Peeters en De Vos, 1982).

Met de totstandkoming van de opleiding werden de oppassers en oppasseressen meer als persoon benaderd. Vanaf 1890 werden zij verpleger of verpleegster, dan wel broeder of zuster genoemd (Vijselaar, 1982). Ook het dragen van een uniform werd met de oprichting van de opleidingen verplicht gesteld (Kramer, 1969). Voor broeders betekende dit het dragen van een zwart of grijs pak met een hoog, wit boordje. Verpleegsters en leerling-verpleegsters waren herkenbaar aan hun lichtblauwe japon. Eerste verpleegsters droegen een donkerblauwe japon. De hoofdverpleegsters waren gekleed in een stemmig zwarte jurk (Vijselaar 1982).

Op verscheidene plaatsen in het land werden initiatieven tot verbetering van de krankzinnigenzorg genomen. Dit leidde op den duur tot zes verschillende wijzen om het diploma krankzinnigenverpleging te verwerven. In de rijksgestichten was dit mogelijk in twee jaar en twee maanden. In de gestichten van de Vereniging tot Kristelijke Verzorging van Krankzinnigen duurde de opleiding ongeveer drie jaar. In een aantal gestichten kon men voor het diploma van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie worden opgeleid. De Bond voor Ziekenverpleging

verzorgde eveneens een opleiding. Het Witte Kruis en Nosokomos ²⁾ gaven een diploma krankzinnigenverpleging, nadat de kandidaten enige tijd, na het behalen van de door de instelling verstrekte diploma's voor algemene ziekenverpleging, werkzaam waren geweest in een krankzinnigengesticht (Van der Esch, 1975).

Ondanks de grote verscheidenheid aan opleidingen was men toch tevreden met de resultaten van de eksamens. Met name de eksamens in de vakken die direkt met verpleging te maken hadden werden door de kandidaten met goed gevolg afgelegd. Meer problemen hadden zij echter met lezen, schrijven, rekenen en Nederlandse taal. Om hier iets aan te doen werden vooropleidingen georganiseerd voor toelating tot de opleiding krankzinnigenverpleging. Door de bij de opleiding betrokken stichtingen en verenigingen werden initiatieven genomen om zowel de toelating tot als de inhoud van de opleiding te verbeteren. In verband met de wensen tot meer eenheid en een centrale regeling ontstond er behoefte aan een landelijk gekoördineerde opleiding (Weisglas, 1981). Men wilde één opleiding waarin de verpleging in het algemene ziekenhuis, in de gestichten, de kinderen de kraamverpleging geleerd zou worden (Hopman, 1980). De Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging erkende de gestichten echter niet als ziekenhuis. Dit had tot gevolg dat er een aparte opleiding voor krankzinnigenverpleging kwam. In de Wet Ziekenverpleging van 1921, waarin de opleidingseisen vastgelegd werden, werden het Witte en het Zwarte Kruis apart geregeld ³⁾. Het onderscheid tussen deze twee opleidingen ging verder dan alleen de inhoud van de opleiding. In de genoemde Wet op de Ziekenverpleging stond de B-verpleging in die zin lager aangeschreven dan de A-verpleging dat met een lagere vooropleiding volstaan kon worden voor toelating tot de B-opleiding ⁴⁾. Dit had tevens tot gevolg dat de B-opleiding ging fungeren als een soort vooropleiding voor diegenen die liever de hoger aangeschreven A-opleiding wilden volgen, doch niet over de daartoe vereiste vooropleiding beschikten (Bierenbroodspot, 1976).

Belangrijk is in dit verband ook het verschil in afkomst van de verplegers en verpleegsters. Voor de A-opleiding werd geworven onder de dames uit de betere standen. Bij

²⁾ Het Witte Kruis was een in 1875 opgerichte vereniging die tot doel had de overheid te helpen bij de bestrijding van besmettelijke ziekten. Nosokomos was de in 1900 door inzet van Aletta Jacobs en Aletrino opgerichte beroepsvereniging voor verpleegkundigen (Van der Meij - De Leur, 1974).

³⁾ Hoewel de opleidingen officieel Ziekenverpleging A en B heten, is de benaming resp. Witte en Zwarte Kruis voor ingewijden een begrip. Het Witte Kruis stond voor de opleiding A, de algemene ziekenverpleging. Het Zwarte Kruis stond voor de opleiding B, te weten de psychiatrische verpleging. Opmerkelijk daarbij is de kleur van de insignes, waarnaar de benamingen witte en zwarte kruis verwijzen. Het insigne van de B-verpleegkundige heeft wel de vorm van een kruis, doch is blauw, en niet zwart van kleur. Overigens worden die insignes niet (meer) gedragen door psychiatrisch verpleegkundigen.

⁴⁾ In sommige publikaties wordt vermeld dat de B-opleiding in 1929 wettelijk geregeld werd (zie o.a. Binnenkade 1973 en Verwey 1981). De Staatscourant vermeldt de B-opleiding echter al in 1923 bij het uitvoeringsbesluit van de Wet van 1921 (Staatscourant, 1923).

de B-opleiding werd geen onderscheid gemaakt naar maatschappelijke afkomst en werden ook van meet af aan mannen toegelaten (Hopman, 1980). Wellicht heeft dit te maken met het gegeven dat verpleegkundigen binnen de psychiatrie een bewakersfunctie vervulden, men had hier 'sterke mannen' nodig (Spijker, 1979). Overigens werden verpleegsters alleen toegelaten op vrouwenafdelingen. Mannelijke en vrouwelijke patiënten werden niet alleen strikt gescheiden door de afdelingen; er bestonden zelfs aparte inrichtingen voor mannen en vrouwen. In de inrichtingen voor mannen heeft het zelfs tot ruim na de tweede wereldoorlog geduurd voordat men het aandurfde vrouwelijke verpleegkundigen aan te stellen (Bremer, 1972)⁵⁾. Tegenwoordig zijn niet alleen de psychiatrische centra gemengd, doch worden veelal mannen en vrouwen ook op dezelfde afdelingen verpleegd.

De aparte opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige bestaat nog steeds. De aard van de opleiding is niet wezenlijk veranderd. Dat wil zeggen dat de psychiatrische centra nog steeds zelf deze in-service opleiding verzorgen. Het afzonderlijke theoretische deel wordt veelal ondergebracht in regionale scholen die dan de opleiding voor enkele instellingen verzorgen. De inhoud van de opleiding is regelmatig aangepast aan de vernieuwde taken van de verpleegkundigen. Ook is de toelatingseis gelijk gesteld aan die van de A-opleiding. Bij de laatste wijziging van de opleiding in 1986 is die vastgesteld op minimaal mavo (of vergelijkbaar niveau, danwel het diploma ziekenverzorgende) en een minimumleeftijd van 17 jaar (dit was voorheen 17 jaar en 7 maanden). Degenen die bij aanvang van de opleiding de leeftijd van 25 jaar hebben bereikt hoeven niet (meer) aan de vooropleidingseis te voldoen.

De duur van de opleiding werd in verband met het invoeren van een werkweek van 36 uren, van 3 jaar op 3 jaar en 4 maanden gebracht. Dit was ook nodig vanwege de uitbreiding van het aantal lesuren van 960 tot 1320. Een belangrijk element van genoemde wijziging is ook dat over de zogenaamde pré-klinische periode (nu 30 weken) geen salaris uitbetaald wordt aan de leerlingen.

De praktijk van de opleiding bestaat uit leerwerkperioden op de verpleegafdelingen. Daarbij moet ervaring opgedaan worden op de afdelingen voor acute, chronische en gerontopsychiatrie.

De leerling-verpleegkundige sluit voor het volgen van de opleiding een leerwerkovereenkomst af met de psychiatrisch instelling waar de praktijkervaring opgedaan wordt. De leerling is dus in dienst van een psychiatrisch centrum.

In 1980 behaalden 1140 leerlingen hun B-diploma, in 1985 waren dat er 868 (Van

⁵⁾ Dit wil niet zeggen dat vrouwen nooit eerder op mannenafdelingen werkzaam geweest waren. In het gesticht Meerenberg te Santpoort had men al rond de eeuwwisseling ervaring opgedaan met verpleegsters op mannenafdelingen. Door Van Deventer werden verpleegsters, juist vanwege hun vrouwelijke eigenschappen waardoor zij zeer geschikt zouden zijn voor de verpleging, op mannenafdelingen aangesteld. In 1892 werkten er in Meerenberg 62 vrouwelijke en 71 mannelijke oppassers; in 1903 waren dat er respectievelijk 47 en 87 (Van der Scheer, 1928).

der Windt, 1988). Deze afname heeft op zijn minst drie redenen. Op de eerste plaats heeft er een wijziging in de verhouding leerlingen gediplomeerden plaatsgevonden (zie *Figuur 1.1.*). Op de tweede plaats bestaat tegenwoordig de mogelijkheid om een schoolopleiding op middelbaar of hoger beroepsopleidingsniveau te volgen. Tenslotte is sprake van een afnemende belangstelling voor de opleiding onder het op zich al verminderd aantal schoolverlaters.

(Bron: N.Z.I., Statistiek personeelssterkte, resp. 1978 t/m 1988)

Figuur 1.1. Aantallen psychiatrisch verpleegkundigen

Aan het begin van deze paragraaf werd vermeld dat één van redenen voor oprichting van een opleiding het grote verloop onder het personeel was. Al gauw werd duidelijk dat dit niet de oplossing van dit personeelsprobleem bleek te zijn (Vijselaar, 1982). Aan B-verpleegkundigen is nagenoeg altijd een tekort geweest. Tussen 1953 en 1957 deed zich een stijging voor van een tekort van 4% tot 19%. Het tekort aan verplegers was daarbij aanzienlijk lager dan dat een verpleegsters. In de vijftiger jaren was er zelfs een aparte beroepskracht, in de persoon van Zr. Meyboom, aangesteld om voorlichting te geven over de B-opleiding, met als doel het werven van verpleegsters (Meyboom, 1952). In 1967 werkten er in Heiloo 28 gediplomeerden op 700 patiënten. Volgens de geldende normen was dat een tekort van 40% (Binneveld en Wolf, 1985).

De aanleiding tot het instellen van de opleidingen tot psychiatrisch verpleegkundige was gelegen in zowel een kwalitatief als kwantitatief tekort aan personeel. Het tekort aan verplegenden is door de opleiding nooit echt opgelost. De inhoud van de opleiding is voortdurend aan wijzigingen onderhevig. Een gunstige bijkomstigheid van de organisatievorm van de opleidingen als in-service opleiding is dat de inhoud ervan af kan worden gestemd op de taken van de verpleegkundigen. Het veranderen van die taken leidt tot aanpassingen van de opleiding.

Hoe de taken aan verandering onderhevig waren (en zijn) zal in de volgende paragraaf aan bod komen.

1.2. Taken van psychiatrisch verpleegkundigen

In de vorige paragraaf werd de bedverpleging reeds genoemd als een van de gevolgen van de vernieuwde inzichten in de behandeling van geestes- en zenuwzieken. De badverpleging werd eveneens ingevoerd. Deze zogenaamde permanente badbehandeling werd vooral toegepast op onrustige patiënten, vanwege de kalmerende werking die uit zou gaan van de lauwe baden. Ook werden patiënten behandeld door hen in te wikkelen in doeken. Deze behandelingen, de bad- en inwikkeltherapie, leken meer op dwangmiddelen dan op 'vrije verpleging' (Van der Meij-De Leur, 1974). Het uitgangspunt van het no-restraint beleid was namelijk om de patiënten zo min mogelijk te beperken in hun doen en laten op de afdelingen. Als noodzakelijk kwaad binnen de no-restraint opvattingen werd het gebruik van bad en inwikkelbehandeling gezien als een verbetering ten opzichte van de opsluiting in cellen (Schut, 1970). Het moge duidelijk zijn dat de uitvoering van de bad- en inwikkeltherapieën tot de taken van de verplegenden behoorden.

In 1926 werd door Hermann Simon te Gütersloh de aktievere therapie ingevoerd. Deze therapie werd ontdekt toen men genoodzaakt was ten gevolge van een tekort aan personeel de patiënten in te zetten bij werkzaamheden in de inrichting (Van der Meij-De Leur, 1974). Van der Scheer, geneesheer directeur van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, introduceerde de aktievere therapie in Nederland. Het belang van deze vorm van therapie is dat men niet meer het ziekelijke, doch de nog gezonde krachten en bekwaamheden van de zieke als aangrijpingspunt ter behandeling nam (Kramer, 1969).

Ook bij de aktievere therapie werden verplegenden ingezet, en wel met name wat meer ervaren verplegenden die daar belangstelling voor hadden (Poot, 1985).

Was er eerst dus sprake van oppassen en bewaken, later kwam het aksent te liggen op het verzorgen (met name in de betekenis van lichamelijke verzorging) en het deelnemen aan de arbeids- en bezigheidstherapie. Weer later, met de opkomst van de resocialiseringsgedachte wordt de verpleegkundige de centrale spil in het scheppen

van een therapeutisch klimaat (Rozendal, 1981).

Deze ontwikkeling wordt in talrijke publikaties, o.a. onder een noemer als "van oppasser tot (socio-)therapeut" beschreven (Hopman, 1980). Dit geldt niet uitsluitend voor de Nederlandse situatie. Ook in de Angelsaksische literatuur worden publikaties aangetroffen van gelijke strekking (zie bijvoorbeeld: Bowling, 1974; Peplau, 1978; Darcy, 1978; Wondrak, 1982; Church, 1987). Al deze artikelen geven aan dat het beroep van psychiatrisch verpleegkundige ontstond uit de functie van oppasser en leidde tot begeleider en therapeut.

Opmerkelijk is de parallel tussen de functies van de psychiatrische instellingen en de taken van de daar werkzame verpleegkundigen. Immers ook de ontwikkeling van de psychiatrische centra kan omschreven worden als een: "van bewaken tot behandelen en begeleiden". Voor de psychiatrische verpleging is sprake van een afgeleide functie. Tot nu toe is die functie slechts in globale termen besproken. Hiernavolgend zal meer concreet in onderdelen aandacht besteed worden aan de inhoud van de taken van de verplegenden.

In de periode 1880 - 1900 zagen de taken van de oppassers en oppasseressen er als volgt uit:

*schoonmaken der vertrekken;
aandacht voor lichamelijke hygiëne;
verzorgen van de maaltijden;
orde handhaven en ontvluchtingen voorkomen;
dwangmiddelen toepassen.*
(Bambang Oetomo, 1970; blz. 38)

Na 1900 kwam het aksent, naast de bewakende functie, te liggen op de verpleging van de veelal in bed verblijvende patiënten. De dagelijkse bezigheden van de verplegenden bestonden uit:

*patiënten helpen met handwerkjes;
het schoonmaken van het fruit;
met patiënten in de tuin wandelen, voor zover toegestaan;
patiënten catheteriseren/blaasspoelen;
het assisteren bij lumbaalpuncties;
bij onrustige patiënten helpen om een dwangjakje aan te doen;
bij ernstige onrust patiënten in natte lakens wikkelen;
het helpen van patiënten die permanente baden krijgen.*
(Poot, 1985; blz. 1301)

Tussen 1930 - 1960 werd de verpleging intensiever. Er was nu meer verpleegtechnisch werk ten gevolge van lichamelijke behandelwijzen zoals slaapkuren, insulineuren, elektroshocks en andere behandelingsmethoden (Poot, 1985).

Pas met de invoering van psychofarmaca ⁶⁾ (1955 - 1960) kon de functie van 'oppassen en bewaken' op de achtergrond raken en kwam er tijd voor begeleiding en behandeling (Van der Laarse-De Bruin, 1981). De komst van de psychofarmaca was niet alleen van groot belang voor de behandeling van psychosen, maar had ook invloed op de taken van de verplegenden. Dat die invloed verder ging dan het afschaffen van de verplichte lessen in zelfverdediging uit de opleiding (die in sommige instellingen gegeven werden) blijkt uit het volgende citaat:

Toen er nog echte psychotici in de inrichting rondliepen met hallucinaties en bloeiende wanen, waren er verplegers die op een bewonderenswaardige wijze met dergelijke patiënten omgingen en met succes. In deze tijd vol medicatie voelt dezelfde verpleger zich een soort consumentenbeurs voor pilletjes, terwijl het echte 'werk' aan anderen wordt overgedragen.
(Smits, 1971; blz.420).

Vanaf de vijftiger jaren kwamen verpleegkundigen in de psychiatrische instellingen in een soort vacuüm terecht. Door de invoering van diverse therapieën ontstonden namelijk ook nieuwe disciplines, zoals de arbeids de bezigheids- en de bewegingstherapeuten. Maatschappelijk werkers, psychologen en pedagogen raakten eveneens bij de behandeling van de patiënten betrokken. De taken van de verplegenden stonden als het ware opnieuw ter discussie. Ook van hen werd verwacht dat zij deel gingen nemen aan de therapeutische taken.

De moderne psychiatrische verpleegkundige behoorde óók een socio-therapeutische werker te zijn, náást de vele andere capaciteiten waarover hij diende te beschikken, al naar gelang de omstandigheden (Cohen Stuart, 1965). "Het psychiatrisch verplegen", aldus Lutters en Smits in 1968, "zal in de toekomst veel meer het karakter krijgen van een persoonlijke begeleiding van de kant van de verpleegster en verpleger in het psychosociale revalidatieproces van de geesteszieken". De bekwaamheid van de psychiatrische verpleegkundige kwam dus te liggen op het terrein van het hanteren van de menselijke verhoudingen (Van Beers, 1972). Dit betekende evenwel niet dat oude taken vervielen.

Kramer (1970) verdeelde de taken van de psychiatrisch verplegenden in een drietal aspecten:

⁶⁾ In 1952 werd Largactil (chloorpromazine) voor het eerst toegepast op psychotici (Kuiper, 1975). Daarmee was het eerste psychofarmacum een feit.

- *Het op de juiste wijze verzorgen van de patiënt in die gevallen, waarin hij dit niet of onvoldoende kan doen.*
 - *Het de arts mogelijk maken de behandeling uit te voeren, zowel somatisch als psychisch.*
 - *Kennis hebben van die verpleegkundig-therapeutische aspecten die van belang zijn voor een doeltreffende beïnvloeding en begeleiding van psychiatrische patiënten.*
- (Kramer, 1970; blz. 42)

Het eerste aspect slaat op de verzorging van de patiënten. Het tweede aspect geeft de positie ten opzichte van de arts aan. Het laatste aspect geeft de therapeutische taken van de psychiatrisch verpleegkundigen weer.

In publikaties van recenter datum wordt aan de omschrijving van Kramer vooral het groepswork toegevoegd. Er is namelijk een verschuiving merkbaar van individuele zorgverlening naar groepsgerichte zorgverlening. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de omschrijving van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Door de Raad is een aantal rapporten uitgebracht over de specialisaties in de verpleegkunde. In het rapport dat een profiel schetst van de psychiatrisch verpleegkundige wordt deze beschreven als:

(...) iemand, die middels de creatie van een sociotherapeutisch leefklimaat en door individuele en groepsbegeleiding, bijdraagt aan de genezing en resocialisatie van de patiënten.

(N.R.V., 1983)

Een gedetailleerde uitwerking van de taken van psychiatrisch verpleegkundigen wordt gegeven door de Nationale Ziekenhuisraad:

- *Coördinatie van patiëntgerichte activiteiten van de verschillende zorgverleners/behandelaars; bewaken van de uitvoering van het behandelplan.*
- *Individuele begeleiding van patiënten.*
- *Begeleiding van woongroepen, in stand houden van het juiste woonklimaat.*
- *Het leiden van diverse groepsactiviteiten.*
- *Gerichte gedragsbeïnvloeding in samenhang met door het behandelteam ontwikkelde programma's.*
- *Observatie en rapportage.*
- *Voor verpleegkundigen specifieke taken als:*
beheer en verstrekken van medicijnen, verpleegtechnische handelingen e.d.
- *Huishoudelijk werk: al het huishoudelijk werk dat samen met de patiënten wordt verricht, dan wel in directe samenhang met andere zorg voor patiënten plaatsvindt.*

- *Bijvoorbeeld: samen met de patiënten verzorgen van maaltijden, koffie, thee, schoonmaken, wanneer een patiënt eten gemorst heeft e.d.*
 - *Het in verband met psychische en/of lichamelijke invaliditeit ondersteunen en/of overnemen van ADL-activiteiten van patiënten.*
- (Schuring e.a., 1984, deel I; blz. 11-12)

Een vergelijking van de taken, zoals die hierboven weergegeven zijn, met die van de oppassers en oppasseressen van honderd jaar geleden laat zien dat er heel wat toegevoegd is. De oorspronkelijke taken, zoals huishoudelijk werk, aandacht voor hygiëne en het handhaven van orde worden overigens nog steeds aangetroffen, zij het in andere bewoordingen. Het lijkt erop dat, net als bij de ontwikkeling van de gestichten, sprake is van doeltoevoegingen, zoals die beschreven zijn door Bambang Oetomo (1974). Het doel van de gestichten was aanvankelijk bewaken en bedwingen van gestoorden. De lichamelijke zorgverlening kwam daar als doeloriëntatie bij. Later kwam daar de resocialisatie of begeleiding bij als doeloriëntatie. Het toevoegen van doelen aan de psychiatrische centra leidt tot het toevoegen van taken aan de verpleegkundigen. De realisatie van de doelen gebeurt immers door de verplegenden. De onderhavige verandering bestaat overigens niet alleen in het toevoegen van taken, maar ook in het verleggen van aksenten. Zo wordt in de leerstofomschrijving voor de vernieuwde B-opleiding van 1975 genoemd dat de verpleegkundige minder diagnostisch en meer therapeutisch gericht bezig moet zijn (Leerstof Ziekenverpleging-B, 1974).

Naast het verleggen van aksenten van individu naar groepsgericht werken, en van diagnostisch naar therapeutisch bezig zijn, kwam ook het aksent te liggen op de methodische aanpak. Dit laatste komt vooral tot uitdrukking in de definitie die Kerstens (1983) geeft van psychiatrische verpleegkunde:⁷⁾

Psychiatrische verpleegkunde is het methodische hulpverleningsproces, waarbij de psychiatrische verpleegkundige als lid van het multidisciplinaire team een integraal begeleidingsproces ontwikkelt waarin hij het intermenselijk contact hanteert als een therapeutische relatie en de sfeer rondom dat intermenselijke contact uitbouwt tot een therapeutisch milieu teneinde de 'zieke' mens te begeleiden van een afhankelijke naar een onafhankelijke relatie/situatie.

(Kerstens, 1983; blz. 159).

Voor de uitleg van deze definitie zal gebruik gemaakt worden van de toelichting die de auteur er zelf bij geeft. Psychiatrische verpleegkunde wordt gezien als een metho-

⁷⁾ Bij de herziening van het opleidingsleerplan voor de B-opleiding heeft het werk van Kerstens naast de indeling van Van den Brink-Tjebbes een belangrijke rol gespeeld.

disch hulpverleningsproces. Dit wil zeggen dat er sprake is van doelgericht, bewust, systematisch en procesmatig handelen. De verpleegkundige werkt daarbij in een team dat bestaat uit verschillende disciplines. De patiënt - verpleegkundige relatie is therapeutisch als de verpleegkundige in relatie met de patiënt mogelijkheden creëert waardoor de patiënt zelf, binnen zijn mogelijkheden en beperkingen, tot een oplossing kan komen van zijn problemen. Met therapeutisch milieu wordt bedoeld dat sprake is van een georganiseerde behandelingseenheid, waarbinnen één patiënt relaties met een groep en behandelaars worden aangeboden.

Ontstond het beroep van psychiatrisch verpleegkundige uit de functie van oppasser en bewaker, die naast de arts verantwoordelijk was voor de zorg voor de psychiatrische patiënt, tegenwoordig is de psychiatrisch verpleegkundige als lid van het multidisciplinaire team ook therapeutisch actief. De primaire verzorgende taken zijn daarbij nog steeds aanwezig. Deze combinatie van nieuwe en oude taken vormt de basis voor menige discussie over de rol van de psychiatrisch verpleegkundige, zoals zal blijken uit de volgende paragraaf.

1.3. Beroepsidentiteit van de psychiatrisch verpleegkundige

Bij de bespreking van de taken in de vorige paragraaf werd reeds duidelijk dat de psychiatrisch verpleegkundige steeds meer (ook) een therapeutische taak kreeg. Die verandering hing samen met de ontwikkeling van de psychiatrische instellingen, die eveneens tot uitdrukking kwam in de verandering van de samenstelling van het personeel. Waren er eerst de zenuwarts en de verplegenden, daarna kwam er een leger van gespecialiseerde deskundigen die de patiënten in teamverband behandelden. Verplegenden werden daarbij nauwelijks meer nodig geacht (Esser, 1956). De verplegenden wier taken nu, door de afname van verpleegtechnisch werk, steeds minder op die van de ziekenhuisverpleegkundigen gingen lijken, gingen zich daarvan ook in uiterlijke herkenning onderscheiden door het niet meer dragen van de uniformen (witte jassen).

Naast het vervallen van een deel van de verpleegtechnische taken, werden ook taken van de verpleegkundigen overgenomen door nieuwe disciplines, zoals de arbeidstherapeuten en de maatschappelijk werkers.

De psychiatrisch verpleegkundige kreeg langzaam maar zeker meer te maken met allerlei sociale problematiek variërend van huwelijks- en seksuele tot opvoedings- en drugsproblemen. Daarbij funktioneert de psychiatrisch verpleegkundige tussen genees en gedragskundigen (Vermaas, 1974). Het gevolg van dit alles was dat verplegenden gekonfronteerd raakten met onduidelijkheden omtrent hun beroepsidentiteit (De Wit, 1975). De vraag speelde of 'verplegers' nog wel de juiste aanduiding van het beroep was en of die wellicht beter vervangen kon worden door 'therapeuten' of 'groepslei-

ders' (Jacobs, 1968). Kern van die discussie rond de beroepsidentiteit is de vraag of de psychiatrisch verpleegkundige primair de rol van begeleider van de patiënten bij alledaagse zaken dient te vervullen of ook een rol als therapeut bij de behandeling heeft. Men dient een keus te maken tussen de B-verpleegkundige die een 'behandelaar' van het leefmilieu van de patiënt is, maar geen therapeut of de B-verpleegkundige die juist of zelfs voornamelijk funktioneert als individuele en/of groepstherapeut (Van Ree, 1975). Volgens Van Ree verdient het tweede alternatief de voorkeur. De meningen daarover zijn evenwel niet eensluidend. Volgens Ganzevoort (1973) is het niet verstandig om te streven naar een verregaande (agogische) bijscholing voor verpleegkundigen. Het typische van het 'verpleegkundige-zijn' zou daarmee ondermijnd worden.

De geest was echter al uit de fles. Er werden applicatiekursussen opgezet voor afgestudeerde B-verpleegkundigen. Voorbeelden daarvan zijn een cursus 'werken met de groep als behandelingsinstrument' en een cursus 'groepsverpleegkundige' bestaande uit onder andere een aantal agogische vakken (Bras, 1977). Met die nascholingskursussen wordt gereageerd op de noodzaak tot het bezitten van vaardigheden voor het werken in groepen. Volgens Stolte (1981) komt daarmee de rechtstreekse relatie van de verpleegkundige tot de individuele patiënt, en daarmee de eigenheid van de professie, in het gedrang.

Groepsverpleging ⁸⁾ en sociotherapie leken de psychiatrisch verpleegkundige een nieuwe identiteit te geven. Vooral de aanduiding sociotherapeut werd regelmatig gebruikt. Het werd daarom zelfs noodzakelijk geacht om een nadere studie van het verschijnsel sociotherapeut te maken. De commissie die daartoe in 1976 opgericht werd, kreeg als opdracht om te onderzoeken wat de identiteit van de sociotherapeut was en welke rol deze in de psychiatrische hulpverlening kon hebben. De commissie kwam tot de konklusie dat sociotherapeut geen beroep was, maar een funktie. Voor de uitoefening van sociotherapie zou een hogere specifieke funktie-opleiding nodig zijn (Blaauw en De Weger, 1986).

Opmerkelijk is de overeenkomst tussen de definitie van psychiatrische verpleegkunde van Kerstens (zie vorige paragraaf) en de definitie van sociotherapeut die door de commissie gegeven werd:

Een sociotherapeut is een gekwalificeerde funktionaris op het gebied van het methodisch hanteren van het leefklimaat.
(Commissie Sociotherapie, 1982)

⁸⁾ Dit begrip wordt nogal eens verward met teamverpleging. Bij groepsverpleging gaat het ook om het hanteren van de groep en groepsprocessen als middel in de behandeling. Bij teamverpleging worden patiënten en verpleegkundigen wel in groepen verdeeld, doch is de groep geen medium in de behandeling.

In beide definities staat als het ware het methodische aspect en het hanteren van het leefklimaat, c.q. therapeutisch milieu centraal.

Volgens Mertens (1985) dient sociotherapie gezien te worden als een nadere invulling van het functioneren van de verpleegkundige in de psychiatrie. De auteur gaat daarbij nog verder door te stellen dat sociotherapie een verpleegkundig behandelingsmodel is. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid is van mening dat sociotherapie geen specialisatie is, doch als onderdeel van het opleidingsleerplan B-verpleegkundige opgenomen moet worden. Deze opvatting strookt met de omschrijving die Dörner geeft van sociotherapie:

Soziotherapie ist die Basis therapeutischen Handelns in psychiatrischen Einrichtungen.

(Dörner, 1978; blz.351)

Hoewel de sociotherapie beschouwd kan worden als een onderdeel van de taken van psychiatisch verpleegkundigen, vormt deze behandelvorm een bedreiging van de beroepsidentiteit van de verpleegkundigen. Voor het uitoefenen van de functie van sociotherapeut is namelijk geen diploma ziekenverpleging vereist is. Zo wordt in personeelsadvertenties voor een sociotherapeut veelal iemand gevraagd die in het bezit is van hetzij een diploma ziekenverpleging-B, hetzij een diploma inrichtingswerk. Vooral die laatste categorie, de inrichtingswerkers⁹⁾ vormen in deze een potentiële vervanging van de psychiatisch verpleegkundigen.

Inrichtingswerkers zijn primair opgeleid voor het werken met groepen. Hun opleiding, verzorgd door de sociale akademies, kan beschouwd worden als een logisch vervolg op (en zelfs als een alternatief voor) de B-opleiding. Diverse psychiatrische instellingen geven B-verpleegkundigen de gelegenheid deze opleiding (gedeeltelijk) in werktijd te volgen. In sommige instellingen werken inrichtingswerkers samen met verpleegkundigen op de afdelingen. Andere instellingen laten inrichtingswerkers alleen toe, wanneer deze eveneens over een B-diploma beschikken. In de praktijk werken psychiatisch verpleegkundigen, inrichtingswerkers en personen die beide opleidingen gevolgd hebben op dezelfde afdelingen in vergelijkbare en zelfs gelijke functies.

De discussie over de beroepsidentiteit gaat voort tot de dag van vandaag, zoals blijkt uit een recente publikatie in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging. Alleen al de titel

⁹⁾ Voor alle duidelijkheid dient hier vermeld te worden dat 'inrichtingswerkers' de aanduiding is van diegenen die in het bezit zijn van een middelbare of hogere beroepsopleiding inrichtingswerk. De term zou tot verwarring kunnen leiden, aangezien strikt genomen iedereen die werkzaam is in een inrichting als inrichtingswerker beschouwd kan worden.

ervan spreekt boekdelen: "Werken er nog verpleegkundigen in de psychiatrie?" (Van Dam, e.a. 1987).

De kern van die discussie is (nog steeds) de vraag of de psychiatrisch verpleegkundige primair een verpleegkundige, danwel een therapeutische rol vervult.

1.4. Algemene ontwikkelingen in de verpleegkunde die van invloed zijn op de psychiatrische verpleging

Tot nu toe is gesproken over de veranderingen in de psychiatrische verpleging vanuit ontwikkelingen in de psychiatrische instellingen. De psychiatrische verpleegkunde maakt echter deel uit van het verpleegkundig beroep. Ook ontwikkelingen in de verpleegkunde in het algemeen zijn derhalve van invloed op het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Van belang is in dit verband vooral de professionalisering van de verpleegkunde. Funktiegerichte scholing in de diverse instellingstypen zoals die in de verpleging plaatsvinden vormen daarbij een eerste struikelblok. Professionalisering wordt namelijk belemmerd bij beroepen die in hun functie uitoefening afhankelijk zijn van organisaties, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen (Freidson, 1981), die de taken van de betreffende functies bepalen. Dit had tot gevolg dat de invulling van deze functie van de verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis, de psychiatrische instellingen en in de overige werkvelden onafhankelijk van elkaar ontwikkelde. De wens tot eenheid in het verpleegkundig beroep is daarmee een belangrijke voorwaarde voor de professionalisering geworden. Dit leidde uiteindelijk tot de oprichting van schoolopleidingen, die onafhankelijk van de ziekenhuizen moesten functioneren en op den duur in de plaats zouden komen van de (functiegerichte) in-service opleidingen. Het betreft opleidingen op middelbaar en hoger beroepsopleidend niveau. Deze opleidingen gingen in 1972 van start bij de toenmalige Hogere Scholen voor Verpleegkundigen, het Seminarium voor Gezondheidszorg te Utrecht, en de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen. Bij deze opleidingen werd uitgegaan van één geïntegreerd programma waarin die groundbegrippen, vaardigheden en attitudes ontwikkeld dienden te worden die de grondslag vormen van elke vorm van verplegen (De Hey, 1979). Uitgangspunt was daarbij dat verplegen een ondeelbaar beroep zou zijn. In de uitoefeningen daarvan (bijvoorbeeld in ziekenhuizen of psychiatrische instellingen) zouden slechts aksentverschillen zijn. Deze werden evenwel niet spectaculair geacht. Wel werd gesteld dat er duidelijke aksentverschillen in de functieprofielen van verpleegkundigen zouden zijn. De scholing kreeg al naar gelang de sektor een aksent op een meer somatisch-technische, danwel agogisch-technische vaardigheden (De Jong, 1982). Thiadens formuleerde dit in 1971 als volgt:

*De accentuering van de verpleegkundige A ten aanzien van de verpleegkundige B en Z mag alleen gehanteerd worden vanuit het instituut en niet vanuit de professie. Immers, de specifieke accentuering van de verpleegkundige A, B of Z geeft een uitholling van het beroepsbeeld te zien.*¹⁰⁾
(Thiadens e.a., 1971; blz. 133)

In deze periode ($\pm$ 1970 tot heden) lopen dus twee ontwikkelingen naast elkaar. Enerzijds is er een professionaliseringsproces; anderzijds is er in de B-opleiding sprake van het verleggen van aksenten naar de meer agogisch gerichte benadering (sociotherapie), welke de indruk geeft dat de psychiatrische verpleging steeds meer afstand neemt van het verpleegkundig beroep. De nadruk op een meer agogische benadering kwam in 1975 tot uitdrukking bij de herziening van de B-opleiding door het uitbreiden van het vakkenpakket met andragogie en persoonlijkheidsvorming. Het vak verpleegkunde was tot 1986 in de B-opleiding opgedeeld in somatische en psychiatrische verpleegkunde. Beide vakken waren verplicht. In de A-opleiding was psychiatrische verpleegkunde een fakultatief examenvak. De dagopleidingen gaan uit van verpleegkunde als één vak.

In essentie bestaat het verschil tussen de dagopleidingen en de in-service opleidingen daaruit dat er in het eerste geval sprake is van beroepsopleidingen en in het tweede geval van functie-opleidingen.

Vermaas (1980) ageerde tegen deze nieuwe ontwikkelingen in de verpleging, die er volgens hem toe zouden leiden dat het vakgebied psychiatrische verpleegkunde zou verdwijnen. Zijn voorspelling is uitgekomen. Bij de laatste herziening van de B-opleiding in 1986 is dit vak namelijk niet meer opgenomen in het opleidingsleerplan. Psychiatrische verpleegkunde wordt merkwaardig genoeg alleen nog onderwezen in de A-opleiding (Giebing, 1986). Wel kent de B-opleiding als thema onderdeel van het vak verpleegkunde de zogenaamde specifieke verpleegkunde. Onder die noemer wordt dan aangetroffen wat eerder als psychiatrische verpleegkunde aangeduid werd.

De drang naar eenheid in het verpleegkundig beroep, welke vorm krijgt in de schoolopleidingen lijkt daarmee de discussie rond de identiteit van de psychiatrisch verpleegkundige eerder te versterken dan op te lossen.

¹⁰⁾ Z staat voor zwakzinnigenzorg. Deze opleiding is sinds 1978 (met terugwerkende kracht) erkend als verpleegkundige opleiding. Om de eenheid in het verpleegkundige beroep te benadrukken werd ook het aparte insigne voor de A- en B-verpleging afgeschaft. Alle verpleegkundigen (A, B, Z, M.B.O.V. of H.B.O.V. opgeleid) kregen nu eenzelfde insigne uitgereikt.

1.5. De zorg voor de chronische psychiatrische patiënt

Tot 1904 was de vrijwillige opname in een gesticht onmogelijk. Een Rechterlijke Machtiging of een In Bewaring Stelling, waarmee de patiënten opgenomen werden, maakte het nodig om de afdelingen zorgvuldig op slot te houden, teneinde ontsnapping van de patiënten te voorkomen (Bakker - Van der Kooij, 1984). In 1914 werden voor het eerst de zogenaamde 'open afdelingen' ingevoerd (Dane, 1968). Sindsdien konden de patiënten onderverdeeld worden in twee categorieën: zij die op gesloten afdelingen verpleegd werden en zij die op open afdelingen verpleegd werden. Geleidelijk aan ging men inzien dat behandeling en verpleging van psychiatrische patiënten zeer nauw met elkaar verbonden waren (Esser, 1956). De voorkeur ontstond om patiëntengroepen te formeren naar aard en ernst van medische en verpleegkundige problemen, en niet langer op basis van de wijze van opnemings, te weten gedwongen of vrijwillig (Cohen Stuart, 1966).

Uiteindelijk leidden deze inzichten tot het verplegen van patiënten met gelijksoortige zorgvragen op dezelfde afdelingen. Het gevolg was daarvan weer dat men ging differentiëren en meer zicht kreeg op de populatie die in de inrichtingen verbleef. Zo ontstond de afsplitsing van de zorg voor zwakzinnigen en (deels) van de zorg voor ouderen die lijden aan dementie. Voor het psychiatrisch centrum bleef over de behandeling van psycho-sociale problemen en de verpleging van patiënten die al lange tijd in de inrichtingen verbleven. Er vond een indeling plaats in de zogenaamde shortstay en longstay-psychiatrie (Van Andel, 1980).

Het langdurig verblijf van bepaalde groepen patiënten in de inrichtingen zag men steeds meer als een gevolg van het ontbreken van de juiste behandelingsmethoden in het verleden. Het aantal langdurig opgenomen patiënten zou vanzelf afnemen door het gebruik van de moderne behandelingsmethoden, zoals die ook in de shortstay aangewend werden. Een beperkte groep die toch permanent begeleiding nodig zou hebben, diende in kleinschalige woonvoorzieningen gehuisvest te worden. Na verloop van tijd zouden de grootschalige psychiatrische inrichtingen dan vervangen kunnen worden door kleine behandelcentra. Althans zo waren de beleidsvisies in de jaren zeventig. Uitgangspunt daarbij was de gedachte dat de institutionalisering van de hulpverlening, in de vorm van psychiatrische inrichtingen, een mogelijk faktor was die de zorgbehoefte zou stimuleren (Barton, 1966; Ciompi, 1980). De woonfunctie van de psychiatrische centra zou, voor zover toch nodig, op geheel andere wijze vorm moeten krijgen (De Haen, 1981). De uitwerking van die visies leidde er uiteindelijk toe, dat men zich meer en meer ging afvragen wie die chronische psychiatrische patiënten waren; of abstracter geformuleerd: "Wat is chroniciteit eigenlijk?" (Goldman, 1981).

Het begrip chroniciteit/chronische patiënt wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Wat men eronder verstaat is veelal afhankelijk van de reden waarom die

groep personen omschrijving behoeft (Giel, 1984). Dit verklaart dat sommige auteurs stellen dat het een meerduidig begrip is, dat meer verwarring dan helderheid brengt (Gersons, 1984; Holman, 1985). Deze verwarring is deels terug te voeren tot het gelijk stellen van chroniciteit aan opnameduur en frekwentie van opname. De discussie spitst zich dan toe op de duur van de opname: hoelang is langdurig en na hoeveel tijd raakt iemand chronisch? Anders gezegd: in welke mate neemt de kans op ontslag af, naarmate iemand langer opgenomen is (Offerhaus, 1983).

In de literatuur over de chronische psychiatrische patiënt ligt de nadruk op twee problemen: enerzijds het beleidsprobleem, waar en hoe de chronische patiënten een plaats in de maatschappij te geven; anderzijds de verklaringsproblemen omtrent oorzaken van chroniciteit. Wat dit laatste betreft zijn er in grote lijnen twee stromingen te benoemen: de verklaring van chroniciteit vanuit omgevingsfactoren na opname en die vanuit persoonsgebonden factoren, welke reeds voor opname in de inrichting aanwezig zijn en aanleiding zijn tot de opname zelf (Van den Hout, 1985).

Voor beide benaderingen zijn argumenten aan te dragen. Ciompi (1980) heeft in een overzichtsartikel over chroniciteit deze argumenten afgewogen. Hij konkludeert dat chroniciteit het beste beschouwd kan worden als een hospitalisatie-artefakt. Er zou sprake zijn van psychosociale problemen, die leiden tot een acute hulpvraag. Het falen van de hulpverlening in het oplossen van die problemen leidt dan tot chroniciteit. Barton (1966) was, geïnspireerd door het werk van Goffman, een van de aanhangers van deze benadering van chroniciteit. Wing en Braun (1970) plaatsten een aantal kanttekeningen bij de hospitalisatiethese van Barton. Wing bleef zich tegen deze, volgens hem eenzijdige benadering, verzetten. Eind zeventiger jaren konstateerde Wing dat, ondanks het nieuwe beleid (de-institutionalisering) alle veranderingen niet leidden tot een afname van het aantal chronische patiënten (Wing, 1978).

Ook in Nederland heeft de de-institutionalisering niet geleid tot afname van het aantal chronische patiënten. Het aantal neemt de laatste jaren zelfs toe (N.c.G.v., 1987). Haveman (1984) spreekt daarom van trans-institutionalisering. De chronische patiënten zijn er nog steeds, doch nu ondergebracht in andere voorzieningen. Dit betekent niet, dat er geen veranderingen plaatsvonden in de aard van de behandeling. Het is immers juist de woonfunctie die op andere wijze vorm heeft gekregen (Delimon, 1980). Daar waar het begrip chronische patiënt vervangen wordt door 'bewoner' impliceert dit, dat deze mensen niet '*in behandeling*' zijn, doch '*in zorg*'. Anders gezegd: het gaat niet om een therapeutisch model, maar om een invaliditeitsmodel (De Jong, 1984). In deze benadering gaat men niet zozeer uit van de vraag wat de oorzaken van chroniciteit zijn, doch van de actuele hulpvraag: de behoefte aan een beschermd woonmilieu van de patiënt. Vooral Wing en Braun (1970) hebben zich sterk gemaakt voor deze benadering die als het ware een integratie beoogt van de klinische en de sociale inzichten in de problematiek van de chronische patiënt. De

oorzaken van chroniciteit worden volgens Wing niet verklaard als òf ziekte òf gevolg van langdurige opname, doch eerder uit een combinatie van beide factoren. Bij chroniciteit gaat het dan om sociale handicaps in de zin van:

(...) the state of an individual who is unable to perform socially up to the standards expected by himself or herself, by people important to him or her, or by society in general.

(Wing & Morris, 1981; blz. 4)

In bovenstaande beschrijving van het definitieprobleem van de chronische psychiatrische patiënt, staan twee benaderingen centraal: de ziekththese en de hospitalisatietheze. In het eerste geval gaat het om het beschouwen van chroniciteit als ziekte, in het tweede geval gaat het om de hospitalisatie-processen, zoals beschreven door Goffman (1961) en Barton (1966). Laatst genoemde processen zouden leiden tot hospitalisatie-effecten, met betrekking tot de relatie tussen het milieu van de inrichting en het gedrag van de patiënt (Wennink, 1986). Een derde benadering die een integratie vormt van deze twee thesen is de handicapththese, die aansluit bij de theorie van Wing. Daarbij gaat het niet zozeer om de oorzaken van chroniciteit, doch om het actuele gedrag van de patiënten. Voor verpleegkundigen is met name deze benadering van belang. Immers de actuele hulpvraag en niet de oorzaken van chroniciteit bepaalt de taken van de verpleegkundigen.

1.6. De verpleegkundige als begeleider van de chronische patiënt

Psychiatrisch verpleegkundigen zijn van oudsher de begeleiders van psychiatrische patiënten in de inrichtingen, ook van de chronische patiënten. Zij worden daarmee gezien als een van de factoren van het inrichtingsmilieu die van invloed zijn op het ontstaan van hospitalisatie-effecten.

In 1973 wordt door de Visiecommissie van psychiatrisch centrum St.Bavo het Tweede Visierapport uitgebracht onder de titel "De chronische patiënt". In het kader van de zorg voor chronische patiënten wordt ferm kritiek geleverd op de verpleegkundige discipline. De nadruk ligt daarbij op het kwalitatieve tekort van de verpleging. Gekonstateerd wordt dat de opleiding tekortschiet. De hele gang van zaken in de opleiding wordt als anti-therapeutisch bestempeld:

Men leert er zogenaamde interessante psychiatrische en psychologische wederwaardigheden. Diagnoses die (...) in de psychiatrische inrichting van weinig waarde zijn.

(St. Bavo, 1973; blz.163)

De houding die men aanleert in de opleiding is te veel verzorgend en te weinig begeleidend. Let wel, we schrijven 1973. Sindsdien is o.a. door de herziening van de B-opleiding in 1975 meer nadruk gelegd op persoonlijkheidsvorming en agogische technieken. Profijt daarvan hebben met name verpleegkundigen die op behandelafdelingen en therapeutische gemeenschappen werken. Voor verpleegkundigen die bij chronische patiënten werken gaat het namelijk om ander zaken. Een paradoxale komplikatie voor verpleegkundigen is dat zij geacht worden om een deel van de vertrouwde taken af te stoten; ze moeten afleren wat ze gewend waren te doen. Holman en Wennink (1986) spreken in dit verband over de vier A's in het begeleiderswerk. Het gaat daarbij om 'attitude-verandering', 'afwachten', 'accepteren' en 'afleren'. Bij attitude-verandering gaat het om het verwerven van een attitude die past bij de doelstelling van het wonen. Afwachten slaat op het voor lief nemen om niets te doen, en af te wachten tot de initiatieven van de bewoners zelf komen. Accepteren heeft betrekking op de acceptatie van de normen en waarden van de bewoners, waarbij onderhandeling de basis is voor beïnvloeding van het gedrag van de bewoner. Het belangrijkste voor de verpleegkundige is de vierde 'A' van afleren. Deze staat namelijk voor het afleren van datgene wat geleerd is in de opleiding: mensen die in de problemen zijn gekomen, efficiënt, snel en vriendelijk weer op het rechte spoor te zetten. De auteurs stellen dan ook dat verpleegkundigen moeten emanciperen van verpleegkundige naar begeleider. Onder begeleiden verstaan zij, in navolging van Dröes:

- *dat er sprake is van een deels persoonlijke, deels professionele relatie tussen begeleider en bewoner;*
- *dat er geen algemeen geldende termijndoelen zijn;*
- *dat niet systematisch gebruik gemaakt wordt van principes uit de groeps-therapie, de sociotherapie of van verzorgende of verpleegkundige principes.* (Dröes, 1982; blz. 1181).

Het zijn vooral de twee laatste punten uit de omschrijving van begeleiden waarmee de verpleegkunde in moeilijkheden raakt. In de tijd waarin verpleegkunde gezien wordt als een methodisch hulpverleningsproces, blijkt het voor de verpleging van de chronische psychiatrische patiënt, volgens sommigen althans, niet gewenst om doelen en tijdslimieten te stellen en gebruik te maken van deze systematische principes. Behandeldoelen zouden geen uitgangspunt kunnen zijn voor de begeleiding in beschermende woonvormen (Holman, 1984).

Wat nu te doen met een uitspraak over verplegen en methodisch werken als de volgende:

The nursing process is the core and essence of nursing; it is central to all nursing actions; applicable in any setting, within any frame of reference, any concept, theory, or philosophy.

(Yura & Walsh, 1978; blz. 1).

Ook andere auteurs zijn die mening toegedaan. Zo benadrukken Keane (1981) en Stockwell (1985) dat zowel de algemene als de psychiatrische verpleging gebaat zijn met een methodische aanpak. Dezelfde mening wordt ook aangetroffen in een leerboek voor het toepassen van het verpleegkundig proces in de psychiatrische verpleegkunde (Ward, 1987).

De visie van Holman en Wennink op de rol van de verpleegkundige bij de begeleiding van chronische patiënten levert voor de verpleegkunde een dilemma op. De verpleging kan daarmee twee kanten uit: of zij erkent dat chronische psychiatrische patiënten niet gebaat zijn met verpleegkundigen als hulpverleners, of zij erkent dat niet op alle terreinen van de verpleging een methodische aanpak essentieel is. Altschul (1978) opteert duidelijk voor de laatste aanpak. Zij stelt dat het van belang is om er niet zonder meer van uit te gaan dat het verpleegkundige proces in de psychiatrische verpleging altijd zinvol is toe te passen. Ook Houtepen (1986) wijst op de beperkingen van de toepassingsmogelijkheden van het systematisch verpleegkundige handelen wanneer het gaat om verpleegproblemen van psychosociale aard.

De meningen over de noodzaak tot methodisch werken in de psychiatrische verpleging zijn derhalve verdeeld. Daarbij dient niet over het hoofd gezien te worden dat de opvattingen over begeleiden, zoals door Holman & Wennink (1986) beschreven, met name bedoeld zijn voor beschermende woonvormen. Dus daar waar 'wonen' en niet behandelen op de eerste plaats komt als doelstelling van de afdeling. De verpleegkundige die voor wat betreft het methodisch werken al te zuiver in de leer is verkeert op die afdelingen in een moeilijk parket. Nu niet vanwege het *kwalitatieve tekort*, zoals begin jaren zeventig, doch vanwege een *'kwalitatief teveel'*. Begeleiders staan overgekwatificeerd in een zorgsysteem, dat ernaar streeft een zo-normaal-mogelijk-woonmilieu te zijn (Holman & Wennink, 1986).

Bij de begeleiding van chronische patiënten ontstaat dus een doorbraak in de traditie waarmee de taken van de verpleegkundige tot stand kwamen. Was eerst sprake van uitbreiding van deze taken, afgeleid van de doeltoevoegingen van het psychiatrisch centrum, en het verleggen van aksenten waar door de opleidingen op ingespeeld werd, nu wordt gevraagd om deels af te leren wat in de opleidingen geleerd werd, en te emanciperen van verpleegkundige naar begeleider.

1.7. Vraagstellingen

Uit de literatuurverkenning wordt duidelijk op welke manier ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg van invloed zijn op het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Vooral de taken van verpleegkundigen in de psychiatrische instellingen lijken onder invloed van die ontwikkelingen te veranderen. Een vraag daaromtrent blijft vooralsnog onbeantwoord: welke konkrete middelen wenden zij aan om het begeleidingsproces vorm te geven? Anders gesteld: waaruit bestaan de taken van psychiatrisch verpleegkundigen in de praktijk van alledag bij de zorg voor de chronische patiënt.

Het gevolg van de verandering in de taken van de verpleegkundige is een discussie over de beroepsidentiteit van de psychiatrische verpleging. Dit leidt tot vragen omtrent de positie van psychiatrisch verpleegkundigen, zowel binnen de eigen beroepsgroep, als binnen het tegenwoordige multidisciplinaire team in de psychiatrische instelling.

Daar de spil in deze ontwikkelingen de veranderende visie op de zorg voor de chronische psychiatrische patiënt is, rijst de vraag naar de visie van psychiatrisch verpleegkundigen op de problematiek van de chronische patiënt. Ter verkenning van de centrale probleemstelling die gericht is op de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen, zullen eerst de hiervoor genoemde aandachtspunten nader vanuit de praktijk verkend worden.

Samenvatting

Uit een verkenning van de literatuur blijkt dat de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep sinds jaar en dag een bijzondere plaats inneemt in het totaal van verpleegkundige beroepen. Uit de ontwikkeling van de taken van psychiatrisch verpleegkundigen wordt duidelijk dat er in de loop der tijd steeds nieuwe taken toegevoegd zijn. Tevens kunnen die taken gezien worden als een afgeleide van de functie van de psychiatrische instellingen. Zo leidt het onderscheiden van behandel en verblijfspsychiatrie tot een tweedeling in de psychiatrische verpleegkunde. Enerzijds ontwikkelt de psychiatrisch verpleegkundige zich tot (socio-) therapeut; anderzijds tot begeleider. Beide rollen tasten de verpleegkundige identiteit aan. Met name de begeleidersrol van chronische psychiatrische patiënten lijkt in strijd met actuele ontwikkelingen van de verpleegkunde: het methodisch werken. Dit neemt niet weg dat 'chroniciteit' met betrekking tot de psychiatrische patiënt gezien kan worden als een verpleegprobleem, waarbij psychiatrisch verpleegkundigen een taak in de begeleiding hebben. Hoe die taak in de dagelijkse praktijk gestalte krijgt wordt uit de literatuur niet duidelijk. Een verkennend onderzoek daarnaar is gewenst. In het volgende hoofdstuk wordt verslag gedaan van een dergelijke praktijkverkenning.

2. INTERVIEWS MET PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een praktijkverkenning aan de hand van interviews, die gehouden werden met 52 verpleegkundigen uit vijf psychiatrische instellingen. Doelstelling daarvan was het verkrijgen van informatie over het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. De literatuur over het beroep van psychiatrisch verpleegkundige, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, liet namelijk een aantal vragen onbeantwoord. De aandachtsgebieden zoals geformuleerd in het vorige hoofdstuk dienden bij de interviews als leidraad. Deze zijn weergegeven in de volgende vraagstellingen:

- A. Welke taken verrichten psychiatrisch verpleegkundigen in de praktijk van alledag?
- B. Hoe ervaren psychiatrisch verpleegkundigen hun positie als lid van het multidisciplinaire team binnen psychiatrische instellingen?
- C. Welke plaats nemen psychiatrisch verpleegkundigen, naar hun mening, in binnen de verpleegkundige beroepsgroep?
- D. Welke opvattingen hebben psychiatrisch verpleegkundigen over chronische patiënten?

2.1. Werkwijze

Voor het verkrijgen van antwoorden op de vraagstelling is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. De vragen daarvoor werden opgesteld rondom de vraagstellingen en werden zowel direkt als indirekt gesteld. Naast de vragen werd ook een casus aan de deelnemers voorgelegd. Deze diende ter aanvulling van de antwoorden op de open vragen. Tevens heeft een casus het voordeel dat iedereen naar aanleiding van eenzelfde situatie dient te reageren ¹⁾.

De op tape opgenomen gesprekken werden beluisterd en voorzien van respondenten-vraagnummers uitgewerkt op systeemkaarten. Per vraag is vervolgens nagegaan welk type informatie deze opleverde in relatie tot de oorspronkelijke vraagstellingen. Zo gaf bijvoorbeeld een vraag naar de ontwikkelingen in de psychiatrie, informatie over de huidige situatie ("toen was het zo..., nu is het zo...").

¹⁾ In Bijlage A zijn de vragen van de interviews, alsmede de casus opgenomen. Ook wordt in de bijlage een verantwoording gegeven van de samenstelling van de steekproef voor de interviews.

Voor het ordenen van het materiaal werd gebruik gemaakt van de door Spradley (1980) omschreven methode waarbij per uitspraak gezocht dient te worden naar een gemeenschappelijke noemer die dan een categorie ter ordening van het materiaal aangeeft.

Om de persoonlijke invloed van de onderzoeker zo veel mogelijk te beperken zijn bij de verwerking van de interviews meer personen betrokken. Het beluisteren en uitwerken op systeemkaarten gebeurde door de onderzoeker zelf. De casus werd door iemand anders beluisterd en uitgewerkt. Het vaststellen van categorieën aan de hand van de uitspraken vond in overleg plaats. Daarbij zijn de items ook ter beoordeling voorgelegd aan iemand die in het geheel niet bekend was met het terrein van onderzoek. Daarna zijn de uitwerkingen samen doorgenomen met iemand die juist wel deskundig is op dit gebied. Op deze wijze is in overleg vastgesteld of de categorieën inderdaad passend zijn en of de indeling van een respondent (indien dat van toepassing was) bij een bepaalde categorie korrekt gebeurde ²⁾.

2.2. Onderzoekspopulatie

Bij een oriënterende dataverzameling wordt bij het samenstellen van de steekproef gestreefd naar diversiteit en niet naar representativiteit. Daarom werden verpleegkundigen uit diverse psychiatrische centra benaderd. Per instelling werden verpleegkundigen aangezocht die werkzaam waren in de directe patiëntenzorg bij chronische psychiatrische patiënten.

De interviews hebben plaatsgevonden in vijf psychiatrische centra. Bij de keuze voor de instellingen werd rekening gehouden met een spreiding naar kenmerken zoals ligging, grootte en levensbeschouwing. De deelnemende instellingen varieerden. Zowel protestantse als rooms-katholieke en algemene (vanouds katholieke) instellingen namen deel. Het aantal bedden per instelling varieerde van ongeveer 300 tot ruim 800. Ook het oprichtingsjaar varieerde van midden vorige eeuw tot slechts enkele decennia geleden. De instellingen lagen ruim verspreid door heel Nederland.

Het aantal respondenten per instelling varieerde van 8 tot 13, al naar gelang de grootte van de instelling.

Het betrof 36 mannen en 16 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van resp.: 35 en 32 jaar. De jongste deelnemer was 24 jaar; de oudste 58 jaar. Van de deelnemers

²⁾ Voor de verwerking van de casus is dank verschuldigd aan drs. A. van der Schaft, die een groot deel van de analyses ervan uitgevoerd heeft. Mevr. M. Tilly heeft, als leek op het gebied van de psychiatrische verpleging, het materiaal in eerste instantie geskoord. Dr. R. Bambang Oetomo heeft, als deskundige op het gebied van de psychiatrie, het materiaal nogmaals samen met mij doorgenomen.

hadden er 32 een functie als sub- of afdelingshoofd.

Nagenoeg de helft van de deelnemers had langer dan vijf jaar ervaring met het verplegen van chronische patiënten. Deze ervaring varieerde van 1 jaar tot 23 jaar. Op twee H.B.O.V.-ers na hadden alle respondenten een diploma Verpleegkunde-B. Naast de B-opleiding hadden 11 respondenten ook een A-opleiding gevolgd. De kaderopleiding werd door 18 respondenten afgerond. De helft, 26 verpleegkundigen hadden deelgenomen aan andere opleidingen, zoals bijvoorbeeld inrichtingswerk of interne bijscholingen ³⁾.

De steekproef voldeed aan de eis van kwalitatieve spreiding. Zowel leeftijd (en ervaring), als opleidingen en functies waren gevarieerd vertegenwoordigd. Dit gold ook voor de vertegenwoordiging van de afdelingen. Verpleegkundigen werkzaam op diverse afdelingen, zoals verblijfsafdelingen, afdelingen voor interne resocialisatie en sociowoningen of daarop gelijkende afdelingen zoals hostels namen deel aan de interviews.

2.3. Taken van psychiatrisch verpleegkundigen

De eerste vraag uit de interviews luidde: "Beschrijf eens een werkdag". Dit leverde een veelheid aan informatie op over de werkzaamheden van psychiatrisch verpleegkundigen. De handelingen ten behoeve van de directe patiëntenzorg zijn in grote lijnen als volgt samen te vatten:

- * Het toezien op en, waar nodig, assisteren bij de lichamelijke verzorging van de bewoners. Dit hield bijvoorbeeld in het wekken van de mensen, helpen bij wassen en aankleden en het geven van medicijnen, het onderhouden van eigen kamers en de gemeenschappelijke ruimten. Verpleegkundigen helpen bij het 'totale voedingsgebeuren'. Dit bestaat uit het helpen met tafeldekken, eten delen (mee-eten in sommige instellingen); het helpen met boodschappen doen, koken of zelf koken voor bewoners. Nagenoeg iedereen vermeldde het gezamenlijk koffiedrinken met patiënten.
- * Daarnaast werden activiteiten genoemd die gericht waren op activiteiten van de bewoners, zoals het erop toezien dat bewoners naar therapieën gingen en het ondernemen van gezamenlijke activiteiten. Belangrijk daarbij was vooral de begeleiding in het sociaal verkeer tussen de bewoners onderling.

³⁾ De gegevens over de respondenten zijn in Bijlage A uitvoeriger weergegeven, in de vorm van tabellen.

De ordening van de werkzaamheden naar gelijksoortige activiteiten leverde een aantal categorieën op, variërend van de zorg rond de maaltijden tot de organisatie van de zorgverlening (zie *Figuur 2.1.*).

*** Maaltijden**

De taak rond de maaltijden kan variëren van het stimuleren van bewoners tot corvee taken, tot het koken voor hen, of het helpen daarbij.

*** Persoonlijke verzorging**

Dit varieert van het toezien op de verzorging tot het helpen met baden en douchen.

*** Kleding**

Toezien op de was. Dit wil zeggen de was doen, of het helpen hierbij.

*** Huishoudelijke taken afdeling**

Dit varieert van het zelf poetsen van de w.c. tot het toezien op het onderhoud van de afdeling door bewoners.

*** Medicijnen**

De verpleegkundige deelt de medicijnen uit, of ziet toe op het gebruik ervan wanneer bewoners ze in eigen beheer hebben.

*** Begeleiding sociaal verkeer**

Hierbij gaat het om zaken als het stimuleren van bewoners tot activiteiten, zelf deelnemen aan die activiteiten, opvangen van bewoners en het scheppen van een leefklimaat op de afdeling.

*** Organisatie zorgverlening**

Dit is een taak gericht op het scheppen van voorwaarden om de zorgverlening op afdelingsniveau te kunnen realiseren. Er is sprake van overdracht van informatie aan collega's, maken van werkafspraken en het opstellen van beleids- en behandelplannen.

Figuur 2.1. Werkzaamheden van psychiatrisch verpleegkundigen op longstay-afdelingen

In zoverre deze activiteiten gericht zijn op de directe zorgverlening is een verdeling aan te brengen van enerzijds 'geheel zelf doen door de verpleging' en anderzijds 'geheel zelf doen door de bewoner'. Tussen deze twee uitersten zijn allerlei varianten mogelijk. In feite is er sprake van een continuüm in de zorgverlening (zie *Figuur 2.2.*).

Figuur 2.2. Zorgverlening in een continuum

Een beperking van de verkregen informatie over de werkzaamheden bestaat daaruit dat men vooral de 'tastbare' activiteiten noemt. Om die beperking tegen te gaan is ook gevraagd over welke vaardigheden men moet beschikken om het werk te doen. Voor deze benadering werd gekozen, omdat, naar aangenomen werd, vaardigheden betrekking hebben op handelingen die verpleegkundigen verrichten tijdens hun werk. Vaardigheden worden veelal geformuleerd onder het gebruik van 'kunnen'. Bijvoorbeeld: iets kunnen uitleggen. Dit werd dan beschreven als: iets uitleggen als activiteit. Op deze wijze werden uit de vraag naar de vaardigheden een aantal activiteiten afgeleid. Deze vulden de hierboven genoemde activiteiten aan, en gaven daarom een completer beeld van de taken van psychiatisch verpleegkundigen. Dat gaf de mogelijkheid om een driedeling aan te brengen in de werkzaamheden van de psychiatisch verpleegkundigen. De taken werden aldus ingedeeld in *team-activiteiten*, *organisatie van de zorgverlening* en *direkte zorgverlening* (zie *Figuur 2.3.*).

Een vergelijking met de indeling uit *Figuur 2.1.* toont dat de rubriek *team-activiteiten* nieuw is. De *organisatie van de zorgverlening* komt in beide indelingen voor. De eerste vijf categorieën uit *Figuur 2.1.* maken deel uit van de *direkte zorgverlening*. De driedeling uit *Figuur 2.3.* kan derhalve beschouwd worden als een ruimere indeling van de werkzaamheden van de psychiatisch verpleegkundige, waarbij de eerder vermelde activiteiten gezien worden als een nadere invulling van de *direkte zorgverlening*.

Ter aanvulling van de informatie op de vragen werd een casus aan de respondenten voorgelegd. Daarbij werd onder andere gevraagd om aan te geven wat de taak van de verpleegkundige was ten aanzien van de in de casus beschreven patiënt ⁴⁾.

⁴⁾ Het ging daarbij om een man van middelbare leeftijd, die na een aantal heropnames goed functioneerde in de instelling. Als bijzonderheid gold dat hij al jaren dezelfde kleding droeg en dat hij beslist niet overgeplaatst wilde worden naar de sociowoningen.

*** Team-activiteiten:**

Dit betreft zaken als het onderling samenwerken van verpleegkundigen, elkaar feedback geven, rekening houden met anderen, in een team kunnen werken.

*** Activiteiten die betrekking hebben op de organisatie zorgverlening:**

Methodisch kunnen werken; goed kunnen organiseren; coördineren, rapporteren.

*** Activiteiten m.b.t. directe zorgverlening:**

Het omgaan met bewoners; het bieden van structuur, gezelligheid, sfeer kunnen scheppen, doorbreken van spanningen, winnen van vertrouwen, aangaan van relaties, consequent handelen, soepel met situaties om kunnen gaan, de leiding kunnen zo nodig directief kunnen optreden.

Figuur 2.3. Driedeling taken psychiatrisch verpleegkundigen

Eenduidig was men zeker niet. Men gaf tegengestelde opvattingen weer, zoals de patiënt zijn gang laten gaan als deze daar gelukkig mee was, of op directe wijze overplaatsen naar sociowoningen. Als taken van de psychiatrisch verpleegkundigen bij de begeleiding van de patiënt uit de casus werden genoemd:

- het verzamelen van informatie over de patiënt;
- het coördineren van de zorgverlening;
- stimuleren van de patiënt in zijn persoonlijke verzorging;
- stimuleren van kontakten met de familie;
- een vertrouwensrelatie opbouwen;
- activiteiten stimuleren of afremmen;
- directief of non-directief optreden.

Ook deze activiteiten zijn onder te brengen in de driedeling die in *Figuur 2.2.* weergegeven is; respectievelijk bij *organisatie van de zorgverlening* (punt 1 en 2) en bij *directe zorgverlening* (punt 3 t/m 7).

De taken met betrekking tot de directe zorgverlening, zoals die vermeld werden bij de casus, zijn van geheel andere aard dan de taken die bij de beschrijving van de werkdag geïnterpreteerd zijn. Zij corresponderen wel meer met de *directe zorgverlening* zoals die naar aanleiding van de vaardigheden beschreven zijn. In zekere zin gaat het bij de beschrijving van de werkdag om de begeleiding bij alledaagse zaken. De uitwerking van de casus en de vaardigheden wijzen meer op de intentie van het handelen van de verpleegkundigen. Bij de beschrijving van een werkdag ging het

meer om de middelen die gebruikt werden (alledaagse zaken) om het begeleidingsproces gestalte te geven.

Een vergelijking van de hiervoor beschreven taken met de taken die in hoofdstuk 1 vermeld zijn laat een opvallende gelijkenis met de drie aspecten van Kramer zien (zie hfdst.1.).

Het eerste aspect heeft betrekking op het op de juiste wijze verzorgen van een patiënt die dat zelf niet voldoende kan. Dit is te vergelijken met de *begeleiding bij alledaagse activiteiten*.

Het tweede aspect heeft betrekking op het behulpzaam zijn van de arts. Dit kwam nu niet naar voren bij de taken, doch is wellicht te wijten aan het feit dat de omschrijving van Kramer gedateerd is. Zijn boek is ruim twintig jaar geleden voor het eerst uitgegeven. De *team-activiteiten* vormen daarom mogelijk de hedendaagse variant daarvan.

Het derde aspect, de verpleegkundig-therapeutische aspecten met betrekking tot de beïnvloeding en begeleiding spoort met de taken zoals die afgeleid zijn uit de vaardigheden en de casus.

Ook de opsomming van taken van Schuring e.a. (zie hfdst.1.) vertoont veel overeenkomstige activiteiten met de informatie uit de interviews. De omschrijvingen van de N.Z.R. en van Kerstens (zie hfdst.1.) zijn op een abstrakter niveau geformuleerd. De taken passen daar echter goed in.

De omschrijving van de taken van de psychiatrisch verpleegkundigen komt redelijk overeen met de taken zoals die in de literatuur beschreven zijn.

Kramer maakt daarbij feitelijk een onderverdeling van de op de directe zorgverlening gerichte taken. Dezelfde onderverdeling wordt ook afgeleid van de informatie uit de interviews. Het gaat daarbij in wezen om wat door Van Bergen en Hollands (1978) werd omschreven als het *instrumenteel technische aspekt* en het *agogische aspekt* van het verpleegkundig handelen⁵⁾. Het instrumenteel-technische is bedoeld als het 'tekortenoplossend verhelpend handelen'. Belangrijk is daarbij de opmerking van de auteurs dat beide aspecten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Dit komt met name tot uitdrukking in het feit dat er een continuüm is van enerzijds geheel overnemen van activiteiten (instrumenteel) tot het aan de patiënt overlaten van de activiteiten en zonodig begeleiden daarbij (agogisch). Ook komt dit tot uitdrukking in het feit dat de alledaagse activiteiten als middel gezien kunnen worden voor het bewerkstelligen van het begeleidingsproces.

⁵⁾ Instrumenteel technisch dient daarbij wel in ruime zin opgevat te worden. Het betreft niet het louter technisch bezig zijn, doch het instrumenteel handelen dat gericht is op de alledaagse zorgverlening.

Aan de hand van de informatie uit de interviews is de taak van de psychiatrisch verpleegkundigen bij de begeleiding van chronische patiënten als volgt te omschrijven:

Het participeren in een leefmilieu van bewoners waarbij, indien nodig, gedrag bijgestuurd wordt en/of activiteiten van de bewoners overgenomen worden; en het scheppen van een structuur waarin bovengenoemde mogelijk is.

De betekenis van het vooronderzoek bestond met name uit de inventarisatie van concrete activiteiten. Deze activiteiten bleken te dienen als middel om de doelstellingen van de taakstelling te realiseren. Dit is te omschrijven als:

Het door middel van agogische vaardigheden begeleiden van chronische psychiatrische patiënten met gebruikmaking van alledaagse activiteiten.

Begeleiden is daarbij de intentie van het handelen. De alledaagse activiteiten zijn het middel daartoe. Agogisch handelen verwijst naar de aangewende techniek om middel en intentie op elkaar af te stemmen.

De alledaagse activiteiten blijken een belangrijke plaats in te nemen bij de taken van psychiatrisch verpleegkundigen. Dit wordt door Cosijns (1982) gezien als zowel de sterke als de zwakke kant van de psychiatrische verpleging. De sterke kant is de mogelijkheid om via alledaagse zaken op spontane wijze de patiënt te benaderen. De zwakke kant bestaat daaruit dat het hanteren van alledaagse zaken zo vanzelfsprekend is, dat men zich daarmee als psychiatrisch verpleegkundige nauwelijks weet te profileren binnen het multidisciplinaire team als een eigen deskundigheid.

2.4. Positie van de psychiatrisch verpleegkundige binnen de organisatie van de psychiatrische centra

Aan de respondenten werd gevraagd wat hun positie als psychiatrisch verpleegkundige binnen de instelling was. Hoewel deze vraag bedoeld was om informatie over de positie ten opzichte van de andere disciplines te verkrijgen, ging men daar veelal anders op in. In de antwoorden lag enerzijds de nadruk op de zelfstandigheid op afdelingsniveau, anderzijds op de matige betrokkenheid op beleidsniveau. Ook gaf men aan de uitvoerder te zijn van zaken die op beleidsniveau beslist werden. Op afdelingsniveau was sprake van overleg op basis van gelijkwaardigheid met de overige disciplines. Gesteld werd dat die disciplines als konsulent geraadpleegd werden, waarbij het ook kon gaan om ondersteuning van de verpleging zelf. Ook werd gewag

gemaakt van een ondergeschikte positie, waarbij de verpleegkundige niet serieus genomen werd, terwijl naar hun zeggen de verpleegkundige de belangrijkste figuur uit de organisatie was. Verpleegkundigen waren huns inziens namelijk het meest betrokken bij de patiënt en namen ten aanzien van de patiënt een centrale plaats, in de organisatie in, zoals men zei.

De positie werd aldus verschillend ervaren en varieerde van ondergeschikt en uitvoerend tot autonoom en centraal. Het spreekt voor zich dat de functie (al dan niet leidinggevend) van invloed was op de ervaren positie. Dit gold evenwel niet voor de 'centrale positie'. Die werd zowel door leidinggevendenden als niet-leidinggevendenden genoemd. In zekere zin is dat ook begrijpelijk, aangezien de 'centrale positie' niet verwijst naar een plaats in de hiërarchie van de organisatie, doch naar de plaats tussen de andere disciplines. Aangezien de vraag daar op betrekking bedoelde te hebben, werd ook gevraagd om de taakafbakening met de andere disciplines aan te geven. Nagenoeg de helft van de 52 respondenten gaf aan dat verpleegkundigen nauwer contact met de patiënt hebben, dan andere disciplines. De andere disciplines hebben daarentegen, volgens de respondenten, gerichtere contacten met de patiënt. Ook werd genoemd dat andere disciplines het begeleidingsproces meer op afstand bewaken.

De taken van de overige disciplines vertoonden overlap met die van de verpleging. Hierbij kon onderscheid aangebracht worden naar de drie meest genoemde disciplines: psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker. Bij deze drie disciplines werd zowel gesproken over overlap, als over duidelijke afbakening. Ten aanzien van de psychiater bleek de taakafbakening het duidelijkst.

Ook naar aanleiding van de casus werd gevraagd om naast de taken van de verpleegkundige de taken van de andere disciplines aan te geven. In de antwoorden werd minder overlap tussen de verpleging en de andere disciplines genoemd dan bij de open vragen. Van alle disciplines werden specifieke taken aangegeven. Vermeld werden vooral maatschappelijk werker, psychiater en psycholoog.

Van maatschappelijk werkers werd het vaakst gezegd dat die als taak hadden het uitzoeken van de sociale achtergronden buiten de instelling. De psycholoog zag men het meeste voor diagnostiek en behandeling. De psychiater noemde men in verband met individuele therapie en medikatie, alsmede diagnostiek. Van de activiteiten-begeleiders werd gezegd dat die er waren om te zorgen voor een activiteitenprogramma. In het algemeen zag men de andere disciplines als aanvulling van de verpleegkundige visie in het multidisciplinaire team.

Het verschil in antwoorden op de open vragen en op de vragen bij de casus is mogelijk gelijk aan het verschil tussen theorie en praktijk. Men is bekend met de specifieke aandachtsgebieden van diverse disciplines, en noemt die bij een 'papieren patiënt'. In

de feitelijke praktijk blijken rollen en functies te verschillen van de meningen daarover.

De taakafbakening, zoals die ervaren werd, varieerde van afgebakend tot onduidelijk en niet-afgebakend. De meerderheid van de respondenten (31 van de 52) vond de taken van de psychiatrisch verpleegkundige niet afgebakend. Op zich ligt dat ook voor de hand, gezien het gegeven dat de andere disciplines in feite taken uitvoeren die voorheen door verpleegkundigen gedaan werden. Daarnaast is er sprake van een algehele branchevervaging waarbij de grenzen tussen het takenpakket van de verschillende disciplines vervagen (Schuring e.a, 1984, deel II). De onduidelijkheid in de taakafbakening is aldus niet specifiek voor de verpleging en de overige disciplines. Het is een algemeen kenmerk van het hedendaagse psychiatrisch centrum als gevolg van de horizontale werkspecialisatie (Van Ommen, 1988).

2.5. Positie van de psychiatrisch verpleegkundige binnen de verpleegkundige beroepsgroep

Naar aanleiding van de vraag of een verpleegkundige opleiding voorwaarde is om op een longstay-afdeling te werken, werd door de helft van de respondenten vermeld, dat men dat niet echt noodzakelijk achtte. Op de vraag waar men dan het vak zou leren, gaf men als antwoord dat dit òf in de praktijk geleerd werd, òf dat men het 'gewoon moest hebben'. Dit laatste refereerde dan aan persoonlijke eigenschappen, al dan niet meegekregen 'van huis uit'. De andere helft vond een verpleegkundige opleiding wel aangewezen, namelijk vooral voor de kennis van ziektebeelden, de psychopathologie, voedingsleer en andere theoretische achtergronden.

Leidinggevenden hadden vaker een uitgesproken mening over de noodzaak tot het hebben van een opleiding dan niet-leidinggevenden. Leidinggevenden beantwoordden de vraag daaromtrent met 'neen' of met 'ja'. Niet-leidinggevenden hielden het vaker op een middenpositie 'ja/neen'.

In het algemeen blijkt dat de respondenten een weinig eenduidige mening hebben over hun werk als onderdeel van het verpleegkundige beroep. Ongeveer de helft van de respondenten vond dat hun werk eigenlijk geen verplegen was. Hierbij dient opgemerkt te worden dat men verplegen zag als datgene wat door verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen gedaan werd. Nagenoeg unaniem waren de respondenten van mening dat het werken in de psychiatrie dermate verschilde van het werken in een algemeen ziekenhuis, dat het daarmee nauwelijks te vergelijken was. Overigens werd ook het werk in de acute psychiatrie als duidelijk anders gezien, dan het werk in de longstay.

2.6. Chroniciteit

Gevraagd werd om de chronische psychiatrische patiënt te beschrijven aan de hand van de vraag: "Wat zijn dat voor mensen?". Een op die wijze geformuleerde vraag leverde problemen op, omdat de problematiek van de chronische psychiatrische patiënt te verscheiden was. Rekening houdend met bovenstaande kanttekeningen heeft men toch het een en ander genoemd over de patiënten waarmee men werkte. De antwoorden werden gebundeld tot een aantal rubrieken. Hierbij is gezocht naar gelijksoortige opmerkingen. Op deze wijze ontstonden 7 categorieën, die overigens elkaar niet uitsluiten, noch van gelijke orde zijn.

De antwoorden variëren van *abnormaal gedrag* tot *woonproblematiek* (zie Figuur 2.4).

De meningen van psychiatrisch verpleegkundigen over chronische patiënten bleken niet wezenlijk te verschillen van de omschrijvingen die in de literatuur aangetroffen werden. Zo vatte Haveman (1987) de antwoorden van vier geneesheer directeuren van psychiatrische centra op de vraag om chronische patiënten te definiëren als volgt samen:

- *iemand die met een defect was genezen;*
 - *personen op wie alle mogelijkheden van rehabilitatie zijn vastgelopen, maar zekerheid hierover bestaat nooit;*
 - *chronische patiënten zijn aanwijzingen van het onvermogen van behandeling; en*
 - *patiënten die lang en frequent zijn opgenomen.*
- (Haveman, 1987; blz. 11)

Ook de in hoofdstuk 1 beschreven 'thesen' over chroniciteit zijn in de antwoorden vertegenwoordigd. De hospitalisatiethese werd zelfs bij naam genoemd. De ziek-tethese werd eveneens aangetroffen. De nadruk lag op wat Wing en Morris (1981) sociale handicaps noemen, namelijk abnormaal gedrag, afhankelijkheid, onvermogen tot contacten onderhouden en de daarmee samenhangende woonproblematiek.

2.7. Algemene bevindingen

Naast de interviews werden ter oriëntatie ook gesprekken gevoerd met funktionarissen uit andere instellingen, met funktionarissen bij de verpleegkundige hoofdinspectie, met onderzoekers uit andere instituten en met funktionarissen van de Nationale Ziekenhuisraad. In deze gesprekken werd regelmatig in verschillende versie aan-gegeven: "Werken in de longstay moet je niet te lang doen, anders ga je er zelf aan onderuit, of je raakt net zo gehospitaliseerd als de patiënten. Je moet kunnen werken in een situatie waarin je geen eindresultaten kunt verwachten."

*** Abnormaal gedrag (24)**

Het zijn mensen die zich anders dan normaal gedragen, bijvoorbeeld in de vorm van het vragen van veel aandacht, 'lastig zijn', of terughoudendheid of uitingen van onmachtsgevoelens en argwaan, alsmede faalangst en dwangmatige gedragingen.

*** Afhankelijkheid (24)**

Het betreft hier uitspraken over de behoefte dan wel noodzaak aan structuur en begeleiding ook al is een zekere mate van zelfredzaamheid nog aanwezig.

*** Hospitalisatie (19)**

Het begrip 'gehospitaliseerd' werd in meerdere varianten gebruikt. Er werd gesproken over hospitalisatie-effecten en hospitalisatie-syndroom. Ook werd aangegeven dat het feit dat de patiënten chronisch zijn een gevolg was van het onvermogen van de psychiatrie uit de tijd waarin ze opgenomen zijn.

*** Onvermogen in kontakten (21)**

Het onvermogen tot het leggen en onderhouden van sociale kontakten werd op diverse wijzen benadrukt. Het betreft zowel het ontbreken aan behoefte aan kontakt met anderen als het onvermogen om met anderen in kontakt te treden.

*** Diagnostisch (21)**

Naast het gebruiken van psychiatrische ziektebeelden worden ook andere begrippen gebruikt die aan het medisch (psychiatrisch) denken refereren, zoals bijvoorbeeld: toestandsbeeld, onbehandelbaar en ziekte.

*** Intelligentie (12)**

Diverse malen werd genoemd dat chroniciteit verband zou houden met een geringe intelligentie.

*** Woonproblematiek (11)**

Het wonen werd centraal gesteld, bijvoorbeeld vanwege de onmogelijkheid om mensen te behandelen. Ook hier was een relatie met de onzelfstandigheid aangegeven.

Figuur 2.4. Kategorieën chroniciteit ⁶⁾

⁶⁾ Het getal tussen haakjes geeft aan hoe vaak een uitspraak genoemd werd welke bij de betreffende rubriek hoort. Het totale aantal was groter dan het aantal respondenten, omdat men verschillende dingen noemde.

Deze reacties tonen veel overeenkomst met het verschijnsel burnout. Aangezien het vooronderzoek onder andere bedoeld was om zicht te krijgen op factoren die mogelijk van invloed zijn op de taken van psychiatrisch verpleegkundigen, leek een nadere bestudering van burnout gewenst.

Konklusie

De taken van psychiatrisch verpleegkundigen op longstay-afdelingen bestaan volgens de geïnterviewde psychiatrisch verpleegkundigen uit team-activiteiten, organisatie van de zorgverlening en directe patiëntenzorg. De directe patiëntenzorg is onder te verdelen in de alledaagse activiteiten en de begeleiding in agogische zin.

De taak werd omschreven als: het participeren in het leefmilieu van de bewoner waarbij, indien nodig hun gedrag bijgestuurd wordt en/of activiteiten overgenomen worden en het scheppen van een structuur waarin dit mogelijk was. Alledaagse zaken, zoals persoonlijke verzorging en de zorg voor de directe omgeving vormen daarvan belangrijke aandachtsvelden.

Voor wat betreft de taken die gericht zijn op de directe patiëntenzorg werd een continuüm aangegeven variërend van alleen toezien tot geheel overnemen van activiteiten. Dit betekent dat taken kunnen variëren in de aard van de activiteiten en in de mate waarin men activiteiten van patiënten wil overnemen.

De identifikatie met de beroepsgroep was ambivalent te noemen. Psychiatrisch verplegen werd slechts door de helft van de 52 respondenten als verplegen beschouwd. Ook de positie in de instelling ten opzichte van de andere disciplines werd verschillend ervaren. Van belang voor verder onderzoek leek vooral de identifikatie met verplegen. Immers formeel zijn psychiatrisch verpleegkundigen per definitie verpleegkundige.

De visie op de chronische patiënt was niet éénduidig. Patiënten werden zowel in termen van ziekte als hospitalisatie gezien. De gevarieerde visies kwamen wel overeen met de diverse aspecten die in de literatuur over chronische patiënten aangetroffen worden.

Zijdelings viel de aandacht op het belang van het zogenaamde burnout-fenomeen voor het verder onderzoek. In het volgende hoofdstuk zal daar nader op ingegaan worden.

3. HET ONDERZOEKSMODEL

Inleiding

In dit hoofdstuk zal, uitgaande van de probleemstelling, nagegaan worden welke verschijnselen in het hoofdonderzoek bestudeerd worden. Tevens wordt aangegeven hoe die verschijnselen verwacht worden samen te hangen. De verwachte verbanden zullen in een onderzoeksmodel, dat dient als leidraad voor de analyses van het hoofdonderzoek, weergegeven worden.

3.1. Het algemene onderzoeksmodel

De probleemstelling van dit onderzoek, zoals weergegeven in de inleiding, luidt als volgt:

- A. *Welke opvattingen hebben psychiatrisch verpleegkundigen omtrent hun taken ten behoeve van psychiatrische patiënten?*
- B. *Hoe zijn eventuele verschillen in taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen te verklaren?*

Etzioni (1969) beschrijft reeds in 1969 dat met name verpleegkundigen in psychiatrische instellingen geneigd zijn om hun gedrag te richten naar datgene wat de samenleving buiten de instelling van hen verwacht. Zo wordt de taakstelling beïnvloed door datgene wat maatschappelijk als positief gehonoreerd wordt (Mok, 1973). Recente publikaties attenderen eveneens op deze invloed van maatschappelijke opvattingen op het functioneren van verpleegkundigen (N.R.V., 1983).

In hoofdstuk 1 werd er op gewezen dat veranderde opvattingen over de zorg van psychiatrische patiënten geleid hebben tot wijzigingen in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen. De achterliggende gedachte hierbij was de zogenaamde anti-hospitalisatiethese. Deze veronderstelt dat de visie op de problematiek van de chronische patiënt verband houdt met de taakopvattingen van psychiatrische verpleegkundigen.

In samenhang met de vernieuwde visie op de zorg voor chronische patiënten is de rol van de verpleegkundige gewijzigd.

De identiteit van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige werd daardoor aangetast. Het aksent in de behandeling van psychiatrische patiënten verschoof namelijk van verzorging naar begeleiding. Met name de (agogisch-) begeleidende taken leidden tot vragen omtrent de beroepsidentiteit van psychiatrisch verpleegkundigen (zie hoofdstuk 1).

Aangezien een wijziging in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen leidde tot discussies omtrent de beroepsidentiteit wordt verondersteld dat er samenhang bestaat tussen de beroepsidentifikatie en de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen.

Tijdens de bezoeken aan de psychiatrische centra werd gewezen op problemen die verband hielden met het werken als psychiatrisch verpleegkundige. De aandacht werd vooral gevestigd op een verschijnsel dat men aanduidde als 'gehospitaliseerde verpleegkundigen'. Bedoeld werd daarmee dat verpleegkundigen die geruime tijd hun vak uitoefenen min of meer immuun raken voor de problemen van patiënten en alleen nog maar routinematig de hoogst noodzakelijke zorg verrichten. Gelijksortige symptomen worden in de literatuur aangetroffen als het burnout-syndroom (Keirse, 1987a). In het onderzoek zal daarom nagegaan worden of burnout samenhang vertoont met taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen.

Naast visies van psychiatrisch verpleegkundigen op de problematiek van de chronische patiënt, de beroepsidentifikatie en de mate waarin er sprake is van burnout, is een aantal meer objectieve kenmerken te benoemen die eveneens van invloed kunnen zijn op de taakopvattingen. Daarbij kan gedacht worden aan kenmerken zoals: leeftijd, ervaring, geslacht, functie en opleidingen.

Hoewel de veranderingen in de psychiatrische centra in grote lijnen eenzelfde patroon weergeven, namelijk het ontstaan van sectoren en een sociaal wetenschappelijk benadering (naast een medische) van de problematiek van de psychiatrische patiënten, is denkbaar dat de mate waarin die veranderingen plaats vinden verschilt tussen de instellingen. Tijdens bezoeken aan psychiatrische centra ontstond namelijk de indruk dat er verschillen bestaan tussen de instellingen onderling die wellicht het beste te omschrijven zijn als verschillen in instellingscultuur. Het wordt daardoor niet uitgesloten geacht dat taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen verschillen tussen psychiatrische centra.

Uitgaande van bovenstaande overwegingen is een onderzoeksmodel samengesteld (zie *Figuur 3.1.*). De afhankelijke variabele in het model is de taakopvatting van psychiatrisch verpleegkundigen. De onafhankelijke variabelen bestaan uit twee groepen. Een groep omvat min of meer objectieve kenmerken, waarvan het in sociaal-wetenschappelijk onderzoek gebruikelijk is dat ze als onafhankelijk variabele beschouwd worden. Het gaat daarbij om de persoonskenmerken en het werk: de instelling en de sektor waar men werkzaam is. De tweede groep omvat variabelen die niet per definitie als onafhankelijke variabelen gelden, doch die in dit onderzoek op deze wijze geïnterpreteerd zullen worden. Het betreft visies van verpleegkundigen en burnout.

Figuur 3.1. Nominale onderzoeksmodel

3.2. Taakopvattingen

Bij dit onderzoek gaat de aandacht uit naar wat psychiatrisch verpleegkundigen vinden dat zij doen; dus de eigen perceptie van de taken. Gekozen is dus voor een onderzoek naar meningen van psychiatrisch verpleegkundigen over hun werk. Het aksent ligt daarbij op de activiteiten die verpleegkundigen zeggen te verrichten. Het gaat niet om de formele taakkenmerken, zoals in onderzoek naar taakkenmerken veelal gebruikelijk is (Algera, 1984). Bij een dergelijke benadering gaat het om zaken als de autonomie of de gevarieerdheid van het werk (zie o.a. Hackman & Oldham, 1975). Ook gaat het in dit onderzoek niet om het bestuderen van gedrag of de capaciteiten van verpleegkundigen. Hoewel een dergelijke benadering zeker relevant zou zijn bij onderzoek naar de taken van psychiatrisch verpleegkundigen, ligt het meer voor de hand om eerst de nadruk te leggen op onderzoek naar de inhoud van de taken. Informatie daarover is wel beschikbaar, doch veelal gebaseerd op eigen meningen van auteurs of omschreven als wat die taken zouden moeten zijn (zie hfdst.1). Het gaat in dit onderzoek daarom om: de activiteiten die door psychiatrisch verpleegkundigen verricht worden. In Hoofdstuk 2 werd een onderverdeling gemaakt in team-activiteiten, organisatie van de zorgverlening en de directe zorgverlening. De directe zorgverlening werd onderverdeeld in twee aspecten, namelijk de zorg voor de alledaagse activiteiten en de meer agogisch begeleidende activiteiten. Het onderzoek is gericht op patiëntgebonden activiteiten. Activiteiten met betrekking tot begeleiding van leerlingen, team-activiteiten en organisatie blijven daarom buiten beschouwing. Dat geldt ook voor datgene wat zich op een meer algemeen niveau afspeelt, zoals: het opbouwen van relaties; het winnen van vertrouwen, of het

scheppen van een bepaalde sfeer op de afdeling. De nadruk ligt derhalve niet op de intentie van het handelen doch op zaken zoals:

- *zorg voor de maaltijden*
- *persoonlijke verzorging*
- *huishoudelijke taken op de afdeling*
- *medicijnen toedienen*
- *begeleiding bij sociaal verkeer*

Het onderzoek is gericht op opvattingen. Het gaat namelijk om uitspraken van psychiatrisch verpleegkundigen over hun werk. In het algemeen zijn uitspraken onder te verdelen in drie typen (Philipsen, 1988). Zo kunnen psychiatrisch verpleegkundigen aangeven dat zij patiënten vaak behulpzaam zijn bij het oplossen van relationele problemen (objectieve / cognitieve uitspraak). Een ander type uitspraak is bijvoorbeeld: "Ik vind dat ik patiënten vaker bij relationele problemen behoor te begeleiden" (evaluatieve / normatieve uitspraak). Naast opvattingen over wat men doet en wat men vindt dat men behoort te doen, is ook een opvatting over de beleving daarvan te onderscheiden: "Het begeleiden van patiënten bij relationele problemen vindt ik leuk werk", of "Dit soort werk vind ik uitputtend" (subjectieve / affectieve uitspraak).

In het eerste geval gaat het om het oordeel van bijvoorbeeld de mate waarin iets voorkomt. Het evaluatieve daarentegen geeft aan hoe men dit beoordeelt, bijvoorbeeld of men het meer of minder behoort te doen. In andere bewoordingen zou gesproken kunnen worden over de *feitelijkheid* en de *wenselijkheid*. Dat wil zeggen: hoe vaak verricht men een bepaalde activiteit, en hoe vaak zou men dat naar eigen mening behoren te doen. Deze twee benaderingen, de feitelijkheid en de wenselijkheid, vormen de afhankelijke variabele van het onderzoek. De affectieve benadering komt in het onderzoek met name tot uitdrukking als een onafhankelijke variabele, namelijk burnout.

De affectieve uitspraken verwijzen naar de beleving van het werk. Zij geven het raakvlak met de in het onderzoek opgenomen meting daarvan als het burnout-syndroom aan.

Aangezien bij het onderzoek gebruik gemaakt wordt van een enquête, is de opgave van de respondenten per definitie een gepercipieerde feitelijkheid. Men geeft de ervaren feitelijkheid weer. Strikt genomen is het onderzoek daarmee beperkt tot *taakopvattingen*. Dit is evenwel een konsekwentie van de gekozen onderzoeksmethode. De ervaren feitelijkheid zal derhalve als *feitelijkheid* beschouwd worden. Alleen daar waar dit tot misverstanden zou kunnen leiden, wordt aangegeven om welk type uitspraak het gaat. Zonder nadere aanduiding betreft het de (ervaren) feitelijkheid, dus de mate waarin men aangeeft de activiteiten te verrichten.

3.3. Opvattingen over chroniciteit en beroepsidentifikatie

Visie op Chroniciteit

In hoofdstuk 1 werd vermeld dat veranderingen in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen samenhangen met de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Van belang bij die ontwikkeling is vooral de opvatting over chroniciteit, die uitmondde in de anti-hospitalisatiegedachte. Dit laatste wil zeggen dat men in de zorgverlening aan chronische psychiatrische patiënten de zelfstandigheid van deze mensen zoveel mogelijk dient te bevorderen. Het doel daarvan is het tegengaan van het afhankelijk worden van psychiatrische patiënten van de hulpverlening c.q. de hulpverleners. Verpleegkundigen worden in hun opleidingen gewezen op hun taak bij het tegengaan van hospitalisatie-effecten. Dat wil zeggen dat van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zo veel mogelijk aan patiënten zelf overlaten. Immers het overnemen van activiteiten wordt gezien als een van de redenen waarom psychiatrische patiënten afhankelijk (dreigen te) worden (Barton 1966; Offerhaus, 1983). Hun grondhouding dient daarom gebaseerd te zijn op het respecteren van de zelfstandigheid van de patiënt. De visie op de oorzaken van 'chroniciteit' hebben hun weerklink gevonden in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen.

De veranderde visie op chroniciteit leidde tot wijzigingen in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen. Uit interviews met psychiatrisch verpleegkundigen (zie hoofdstuk 2) bleek dat de beschrijving die zij gaven van chronische patiënten overeenkomt met de in de literatuur beschreven chroniciteitsopvattingen. Vooral het onderscheid in ziekte- en hospitalisatiethese is daarbij van belang. De ziektebenadering past namelijk in de traditionele rol van de psychiatrische verpleegkundige: zorgen vóór de patiënt. De hospitalisatie-benadering verlangt een begeleidende rol van de verpleegkundige: stimuleren en activeren van patiënten.

Verwacht wordt dat de visie van psychiatrisch verpleegkundigen op chroniciteit samenhangt met hun taakopvattingen.

Beroepsidentifikatie

Zoals hiervoor reeds vermeld werd past het zorgen vóór de patiënt in het traditionele beeld van verplegen. Het agogisch begeleidende handelen past meer bij een therapeutische beroepsrol. Het gaat dan om begeleiding in plaats van verpleging. De ontwikkeling van de psychiatrische centra is analoog hieraan: van zorggericht naar begeleidingsgericht. In hoofdstuk 1 werd gewezen op de parallel tussen de ontwikkeling van de psychiatrische centra en de taken van verpleegkundigen die er werken. Dit geeft aan dat daar waar psychiatrisch verpleegkundigen hun rol meer als een therapeutische beroepsrol zien, er mogelijk ook sprake is van een meer op begeleidingsgerichte invulling van hun taken. De therapeutenrol past namelijk bij het

agogisch begeleidend actief zijn. De rol van verpleegkundige past meer bij het zorgen voor alledaagse activiteiten. In die zin wordt verwacht dat verschillen in beroepsidentifikatie samenhangen met verschillen in taakopvattingen.

3.4. Burnout

Burnout is een verschijnsel dat vooral in verband gebracht wordt met de dienstverlenende beroepen, zoals in het onderwijs, maatschappelijk werk en de gezondheidszorg. Beoefenaars van die beroepen vormen een zekere risico-groep. Doordat zij 'met mensen werken' lopen zij het gevaar emotioneel uitgeput of opgebrand te raken. In de literatuur worden verschillende definities en operationalisering van burnout naast elkaar gebruikt. Toch is er ten aanzien van drie aspecten sprake van consensus:

- burnout vindt plaats op individueel niveau;
- burnout is: "an internal psychological experience involving feelings, attitudes, motives, and expectations"
- burnout is een negatieve ervaring voor de persoon: "in that it concerns problems, distress, discomfort, disfunction, and/or negative consequences" (Maslach, 1982).

Maslach & Jackson hebben het begrip verder uitgewerkt met de nadruk op de psychische kant van het verschijnsel. Zij stellen:

Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynicism that occurs frequently among individuals who do 'people-work' of some kind.
(Maslach & Jackson, 1981; blz. 228).

Alvorens in te gaan op de gevolgen van burnout zal aandacht besteed worden aan de oorzaken ervan. Maslach (1978) geeft aan dat het optreden van burnout gezien moet worden als een onvermogen om op een adequate wijze om te gaan met chronische emotionele stress van het werk. Dit onvermogen wordt niet alleen de persoon in kwestie toegeschreven, doch kan het beste begrepen worden in termen van sociale en situationele bronnen (Maslach & Jackson, 1982).

De arbeidssituatie geldt als een belangrijke bron van burnout. Alles wat leidt tot arbeidsstress kan leiden tot burnout, wanneer men niet adequaat met die stress om weet te gaan. Rolconflicten en/of een te grote case-load zijn hiervan voorbeelden. Het hebben van te hoge verwachtingen omtrent de vooruitgang bij patiënten en het zich te zeer identificeren met de problemen van die ander gelden eveneens als oorzaken van burnout.

Hoewel burnout ontstaat als gevolg van het werken met mensen, heeft het verschijnsel ook effect op de wijze waarop men zijn werk uitvoert. In de psychiatrische verpleging is naast de (te) grote werkdruk vooral de identifikatie met de problemen van patiënten van belang, wanneer die leidt tot een (te) grote betrokkenheid bij de patiënten ontstaat een voedingsbodem voor burnout (Maslach, 1978). Het vinden van een juist evenwicht tussen afstand en betrokkenheid is een van de moeilijke opgaven waar psychiatrisch verpleegkundigen mee gekonfronteerd worden (De Lange & Borgesius, 1988). De omgang met psychiatrische patiënten kan, bij het niet juist hanteren van het probleem van de afstand en betrokkenheid, leiden tot burnout. De betrokkenheid slaat dan om in afstandelijkheid. Eenmaal onderhevig aan burnout, leidt dit verschijnsel tot een andere benadering van het werk. De kwaliteit van de zorgverlening kan door burnout onder het personeel aangetast worden (Cherniss, 1980). Het werk verwordt namelijk tot routine en kontakten met patiënten worden tot een minimum beperkt. Men is dan niet meer ontvankelijk voor de problemen van de patiënten en vermijdt de emotionele betrokkenheid (Keirse, 1987a).

Aan de taken van psychiatrisch verpleegkundigen in de directe patiëntenzorg werden twee aspecten onderscheiden (zie hoofdstuk 2): de alledaagse activiteiten gericht op de persoonlijke zorg van de patiënt en de agogisch-begeleidende activiteiten. Deze laatste activiteiten zijn gericht op het ondersteunen van de patiënt in psycho-sociale problemen. Hoewel beide aspecten nauw met elkaar verweven zijn is het denkbaar dat bij optredende burnout juist die psycho-sociale begeleiding afneemt. Immers de dagelijkse zorg, het behulpzaam zijn bij zaken als tafels dekken, kleding wassen en dergelijke, leent zich voor een routinematige aanpak. Aandacht voor psycho-sociale problemen vereist een zekere mate van (emotionele) betrokkenheid en laat zich niet met routine-antwoorden afdoen. Daarnaast is de omgang met de patiënt een basisvoorwaarde voor psycho-sociale begeleiding. Kontakten met patiënten dienen dus niet vermeden te worden, doch juist bevorderd.

Gediplomeerde verpleegkundigen werken in een positie die het vermijden van kontakten met de patiënt mogelijk maakt. Zij kunnen de noodzakelijke zorgverlening aan leerlingen overlaten en zelf 'vluchten' in kantoorwerk en overlegtaken. Burnout hoeft daarom niet noodzakelijkerwijs tot ontslag te leiden, aangezien er in de werksituatie voldoende mogelijkheden bestaan om de betrokkenheid met de patiënt te vermijden. In die zin wordt verondersteld dat er een verband bestaat tussen burnout en de (feitelijke) taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen. In het onderzoek zal daarom burnout beschouwd worden als een verschijnsel dat de taakopvattingen beïnvloedt.

3.5. Aard van de zorgverlening

In de vorige paragrafen werd reeds gebruik gemaakt van de begrippen shortstay en longstay. Deze sectoren bestaan uit een aantal afdelingen die onderling verschillen. De shortstay-afdelingen hebben gemeenschappelijk dat de patiënten er opgenomen worden voor kortdurende (tot twee jaar) behandeling. In de longstay-afdelingen verblijven patiënten die langdurig opgenomen zijn in de psychiatrische instelling: de chronische psychiatrische patiënten.

De sectoren verschillen niet alleen in het type patiënten dat er verblijft doch ook in de samenstelling van de teams die er werken en in de overlegstructuren (Van Ommen, 1988).

Met name door het verschil in doelstelling van de sectoren (behandelen of beschermde woonmilieu bieden) wordt verwacht dat de taakopvattingen van verpleegkundigen er verschillen.

3.6. Persoonskenmerken

Uit de analyses van de interviews (zie hfdst.2) is gebleken dat leidinggevende een meer uitgesproken mening hebben over het al dan niet noodzakelijk zijn van het gevolgd hebben van een verpleegkundigen opleiding, dan niet-leidinggeven. Daarnaast mag in het algemeen aangenomen worden dat taken gerelateerd zijn aan functie. Het is dus van belang de taakopvattingen te vergelijken tussen leidinggeven en niet-leidinggeven.

Uit een eerder uitgevoerde analyse van de relatie tussen functie, geslacht en leeftijd van psychiatrisch verpleegkundigen (Dassen, e.a., 1987/88) is gebleken dat er verband bestaat tussen geslacht en functie. Eveneens bleken er verschillen in gemiddelde leeftijd tussen mannelijke en vrouwelijke psychiatrisch verpleegkundigen, werkzaam in diverse sectoren. Het controleren van de onderzoeksbevindingen voor geslacht is aldus gewenst.

Hoewel functie en ervaring (en leeftijd) wellicht samenhangen, zullen niet alle verpleegkundigen met een lange ervaring een leidinggevende positie innemen. Ervaring en zal derhalve eveneens als persoonskenmerk bij het onderzoek betrokken worden.

Van andere orde is de opleiding. In hoofdstuk 1 werd reeds besproken dat de opleiding inrichtingswerk een gebruikelijke vervolgopleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen is.

De opleiding inrichtingswerk is gericht op werkers die zich op enigerlei wijze bezig houden met cliënten binnen residentiële hulpverlenings- en/of verblijfsituaties. Speciaal wanneer het de 24-uurs verblijfsituatie betreft. Het kan dus gaan om psychiatrische instellingen, internaten, kindertehuizen, gevangenissen. Kortom overal, waar mensen in instituten verblijven.

De activiteiten van inrichtingswerkers bestaan uit het doelgericht samen met (of juist niet) de cliënten vaststellen van huisregels, maken van afspraken, plannen van activiteiten, het reguleren (of juist niet) van interacties tussen cliënten.

Het verschil met de B-opleiding heeft dus vooral betrekking op het gericht zijn op groepen. Bij de B-opleiding gaat het om meer individueel gericht zijn, bijvoorbeeld: letten op de stemming, het geheugen, de motoriek etc. van de patiënt.

Gezien het verschil in benadering van beide opleidingen zal in het onderzoek een vergelijking tussen verpleegkundigen met en zonder een opleiding inrichtingswerk opgenomen worden.

3.7. Psychiatrische centra

Aangezien de veranderingen in de psychiatrische centra, zoals bijvoorbeeld het ontstaan van de sectoren, een ingrijpend proces van organisatieverandering zijn, is denkbaar dat de ontwikkeling in de zorgverlening niet in alle instellingen parallel lopen. Van oudsher zijn de psychiatrische instellingen gesloten gemeenschappen die tamelijk geïsoleerd van de maatschappij funktioneerden. Verschillen in instellingscultuur konden daardoor lange tijd stand houden ¹⁾.

Een belangrijk kenmerk van de psychiatrische instellingen is in dit verband het gegeven dat het overgrote deel van het personeel dat in de directe patiëntenzorg werkzaam is, door de instellingen zelf opgeleid wordt via in-service opleidingen. Deze opleiding vormt een belangrijk instrument bij het proces van het zich eigen maken van het waardensysteem, de normen en het gedragspatroon dat vereist is in de betreffende organisatie. Dit proces, dat aangeduid wordt als socialisatie, vindt ook plaats tijdens andere (beroeps-) opleidingen. In de situatie van de B-opleiding is er echter sprake van een formele socialisatie waarbij de organisatie een belangrijke invloed uitoefent. Mintzberg (1983) spreekt in dit verband, waarbij het gaat om een organisatie die de eigen leden kan socialiseren voor eigen belangen, van indoctrinatie die vooral bepaald wordt door de cultuur van de organisatie, waarbij diegenen die zich daar niet in kunnen vinden en zich dus niet laten socialiseren niet lang deel uit zullen maken van de organisatie (Hofstede, 1986).

Deze structuur maakt het mogelijk om een zekere 'instellingscultuur' te reproduceren via de vorming van de leerlingen.

In het onderzoek zal daarom nagegaan worden of taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen verband houden met de psychiatrische instelling waar zij werkzaam zijn.

¹⁾ Hoewel er onderscheid aan te brengen is tussen instellingsklimaat en instellingscultuur (Hofstede, 1986) zal deze nuance hier verder buiten beschouwing gelaten worden.

Samenvatting

In dit hoofdstuk werd een onderzoeksmodel gepresenteerd, dat zal dienen als leidraad voor de analyses. In *Figuur 3.2.* is dit onderzoeksmodel nogmaals weergegeven, doch nu met de meer uitgewerkte begrippen die in het hoofdonderzoek opgenomen zullen worden. De nadere operationalisering van deze begrippen zal in de volgende hoofdstukken besproken worden.

Figuur 3.2. Het uitgewerkte onderzoeksmodel

De te verklaren variabele omvat de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen, welke gericht zijn op de activiteiten met betrekking tot de directe patiëntenzorg. Verondersteld wordt dat verschillen in taakopvattingen samenhangen met de visie op chroniciteit, beroepsidentifikatie en burnout. Aangezien er aanwijzingen zijn dat, zowel de laatst genoemde verschijnselen als de taakopvattingen afhankelijk kunnen zijn van de psychiatrische instelling waar verpleegkundigen werkzaam zijn, is ook de instelling als een verklarende faktor in het onderzoeksmodel opgenomen. Ditzelfde geldt voor de aard van de zorgverlening, dat wil zeggen of men al dan niet werkzaam is bij chronische psychiatrische patiënten. Daarnaast zullen de meningen van psychiatrisch verpleegkundigen gecontroleerd worden voor eventuele invloeden van persoonskenmerken, zoals o.a. leeftijd, geslacht en het al dan niet door verpleegkundigen gevolgd hebben van de opleiding inrichtingswerk.

4. HET HOOFDONDERZOEK

Inleiding

De centrale probleemstelling, zoals genoemd in de inleiding, kan met behulp van de informatie uit de voorgaande hoofdstukken uitgewerkt worden tot een aantal vraagstellingen. Deze luiden als volgt:

- I. Wat zijn de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen?
- II. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen en persoonskenmerken?
- III. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen en de visie op chroniciteit?
- IV. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen en beroepsidentificatie?
- V. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen en burnout?
- VI. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen en de aard van de zorgverlening?
- VII. Welke samenhang bestaat er tussen de taakopvattingen en de instellingen?

Voor het beantwoorden van deze vraagstellingen wordt gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête onder verpleegkundigen die werkzaam zijn in psychiatrische instellingen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de selectie van de respondenten, en zal de wijze van dataverzameling toegelicht worden. Tot slot worden enkele algemene kenmerken van de respondenten besproken.

4.1. Onderzoekspopulatie

Het spreekt voor zich dat de onderzoekspopulatie bestaat uit psychiatrisch verpleegkundigen. Afgebakend is de doelgroep daarmee allerm minst. De vraag luidt nu namelijk: wat wordt verstaan onder psychiatrisch verpleegkundigen? Zijn dit verpleegkundigen met een B-diploma? Of zijn dit alle verpleegkundigen die werkzaam zijn in psychiatrische instellingen?

Het bezitten van een B-opleiding is geen strikte voorwaarde om te werken in de psychiatrische verpleging. Zeker na de invoering van de dagopleidingen is dit niet meer een vanzelfsprekendheid. Daarnaast werken er ook verpleegkundigen met een Z- of A-diploma of ziekenverzorgenden in psychiatrische instellingen. Het is daarom beter om de doelgroep te beschrijven als: *iedereen die als verplegende werkzaam is in*

een psychiatrisch centrum. Onder verplegenden zullen dan alleen gediplomeerden worden verstaan.

Een volgende afbakening betreft de afdelingen. Alleen verplegenden die werken op afdelingen die behoren tot de shortstay- en de longstay-psychiatrie worden benaderd. Geriatrische afdelingen blijven buiten beschouwing, aangezien op die afdelingen meer nadruk ligt op lichamelijke verzorging en dit ook van invloed is op de samenstelling van de verpleegteams. Op deze afdelingen werken namelijk relatief veel ziekenverzorgenden.

4.2. De steekproef

In 1986 bedroeg het aantal verpleegkundigen (inclusief verzorgend en opvoedkundig personeel) 8822 (N.Z.I., 1987). Gegevens, uitgesplitst naar sectoren zijn niet beschikbaar. Tijdens het vooronderzoek zijn deze gegevens wel verzameld. De verhouding shortstay : longstay : geriatrie was bij de vijf aan het vooronderzoek deelnemende instellingen 26 : 44 : 30. Uitgaande van deze verhouding bestaat de doelgroep uit ongeveer 6200 personen, waarvan er ± 3900 op longstay-afdelingen werken en ± 2300 op shortstay-afdelingen. Voor 43 psychiatrische centra verdeeld over het land is dat gemiddeld ± 145 per instelling.

Uitgaande van het aantal variabelen die het onderzoek zal bevatten wordt, met het oog op de te verrichten statistische analyses, gestreefd naar een steekproefgrootte van acht à negen honderd respondenten. Het verdelen van deze respondenten over alle instellingen stuit op praktische en onderzoekstechnische bezwaren. Het aantal per instelling zou al gauw te klein zijn om instellingen onderling te vergelijken. Het ligt daarom meer voor de hand om een aantal instellingen te selecteren. Om het streefgetal te halen zal deelname van 5 tot 6 instellingen voldoende zijn.

4.3. Werkwijze

Voor het verzamelen van de gegevens is gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête. Deze techniek heeft het voordeel dat met betrekkelijk weinig middelen (tijd en mankracht) veel respondenten benaderd kunnen worden. Daarbij is deze methode zeker geschikt wanneer het gaat om het meten van de perceptie van de eigen taken (Mintzberg, 1973). Een van de bezwaren van deze techniek is het risico van een lage respons. De gehanteerde procedure was daarom gericht op het bevorderen van de respons. Om die reden werd de enquête uitgevoerd in de vorm van een boekje op A5 formaat (Zie: Nederhof, 1981). Alle respondenten ontvingen de vragenlijst in een op naam gestelde envelop, vergezeld van een op naam gesteld begeleidend schrijven, dat persoonlijk ondertekend was door de onderzoeker.

Eerst werd het onderzoek besproken tijdens een vergadering met de afdelingshoof-

den. In een later stadium werden alle afdelingen bezocht en werd uitleg gegeven over het onderzoek aan de aanwezige verpleegkundigen. De enquêtes werden dan uitgedeeld. De verpleegkundigen die op dat moment niet aanwezig waren, ontvingen de vragenlijst via het afdelingshoofd. Na twee weken werden de vragenlijsten per afdeling weer opgehaald.

Deze werkwijze heeft als voordeel dat het persoonlijk contact met de onderzoeker geoptimaliseerd wordt, hetgeen mogelijk een gunstig effect op de respons heeft. Die methode werd eerder met succes toegepast tijdens een doctoraalstudie in een psychiatrische instelling (Van der Schaft, 1987).

4.4. Instrumentontwikkeling

Voor de in het onderzoek te meten begrippen bleken geen meetinstrumenten voorhanden. Dit betekende dat in hoofdzaak gebruik gemaakt diende te worden van zelf te konstrueren schalen. Alleen voor burnout kon gebruik gemaakt worden van een bestaand instrument, namelijk de Maslach Burnout Inventory Scale.

Behalve de burnoutschaal werden alle schalen samengesteld aan de hand van gegevens uit de interviews. Voor het bepalen van de afzonderlijke items werden uitspraken uit de interviews gebruikt. Per dimensie is een aantal citaten overgenomen. Zo nodig werd de formulering aangepast teneinde korrespondentie met de antwoordcategorie te verkrijgen.

Voor het testen van de schalen op interne consistentie en op de bruikbaarheid van de formuleringen werd de lijst voorgelegd aan vier lesgroepen van de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen, bestaande uit verpleegkundigen werkzaam in psychiatrische centra die een kaderopleiding volgden. Het betrof 48 mannen en 21 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar (s.d. 3.5). Uit de opgave van de woonplaatsen bleek dat het vooral werknemers betrof van psychiatrische instellingen uit het midden, zuiden en oosten van het land.

Het invullen van de vragenlijsten gebeurde klassikaal in aanwezigheid van de onderzoeker. Dit gaf de mogelijkheid om onduidelijkheden in de formulering direkt te bespreken. Zowel de mondelinge opmerkingen als de schriftelijke reacties bevatten waardevolle suggesties ter verbetering van de formulering van de items.

De keuze van de items voor de definitieve versie van de schalen werd bepaald met behulp van principale componentenanalyse. Daarna werd de interne consistentie berekend aan de hand van de Cronbachs alpha koëfficiënt.

4.5. Deelnemende instellingen

De instellingen werden geselecteerd op kenmerken als geografische ligging, grootte en oprichtingsjaar. Alle benaderde instellingen waren bereid om mee te werken.

Overigens dient vermeld te worden dat het contact met de instellingen in drie van de zes gevallen niet uitging van de onderzoeker. Vanuit de instelling werd contact opgenomen met de onderzoeker met de vraag of er een samenwerking mogelijk was met de vakgroep verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg, bijvoorbeeld in de vorm van stageplaatsen. Bij een oriënterend gesprek daarover werd dan het onderhavige onderzoek aangeboden.

In totaal hebben zes psychiatrische instellingen aan het hoofdonderzoek deelgenomen. Eén van deze instellingen had ook deelgenomen aan het vooronderzoek, in de overige vijf gevallen ging het om nieuwe instellingen. In totaal hebben er aldus tien verschillende psychiatrische centra in het onderzoek geparticipeerd. De grootte van de zes aan het hoofdonderzoek deelnemende instellingen varieert van kleine, middelgrote tot zeer grote instellingen. Ook naar levensbeschouwelijke achtergrond zijn deze instellingen gevarieerd. Zowel algemene en (van oorsprong) katholieke en protestantse instellingen namen deel aan het onderzoek. De oudste deelnemende instelling dateert uit de vorige eeuw, de jongste is enkele decennia oud. Nagenoeg alle instellingen hebben dependances in andere plaatsen. In totaal werden uiteindelijk twintig lokaties, verspreid door heel Nederland, bezocht.

4.6. Respons

Alle verplegenden werkzaam op afdelingen welke behoren tot de longstay en shortstay werden in de zes deelnemende psychiatrische centra benaderd voor deelname aan het onderzoek. In totaal betrof dit 1148 personen. Er werden 898 enquêtes terug ontvangen. Dit komt neer op een respons van 78% (zie *Tabel 4.1.*).

Exacte gegevens over de aard van de non-respons zijn niet bekend. Volgens opgave van sommige afdelingshoofden had de non-respons vooral betrekking op ziekte, vakantie en enkele weigeringen. Uit een vergelijking van de respons per afdeling bleek dat de non-respons vooral toe te schrijven was aan de lage deelname van een beperkt aantal afdelingen. Het totaal aantal deelnemende afdelingen bedroeg ruim honderd. Bij 33 afdelingen was de respons 100 %. Bij 19 afdelingen was dat tussen de 80 en 100 %. Slechts vijftien afdelingen gaven een respons van 50% of minder.

In één instelling was de respons van de verpleegkundigen op de longstay-afdelingen beduidend lager dan elders, namelijk 51%. In de andere instellingen was dat 80% of meer. De reden voor die lage respons is niet bekend. Wel is bekend dat de respons tussen de afdelingen onderling in die instelling niet veel fluktueerde. Er is daar dus sprake van een algemene lage respons in de longstay-sektor.

Tabel 4.1. Respons naar sektor en instelling

instellingen	longstay			shortstay			totaal	
	n	resp.	(%)	n	resp.	(%)	n	resp. (%)
A	80	68	(85)	50	111	(74)	230	179 (78)
B	158	134	(85)	46	40	(87)	204	174 (85)
C	102	87	(85)	46	35	(76)	148	122 (82)
D	51	41	(80)	71	58	(82)	122	99 (81)
E	134	115	(86)	99	83	(84)	233	198 (85)
F	129	66	(51)	82	60	(73)	211	126 (60)
totaal	654	511	(78)	494	387	(78)	1148	898 (78)

n = aantal uitgedeelde enquêtes

resp.= aantal terugontvangen enquêtes

Indeling in long- en shortstay

De indeling van de steekproef in longstay en shortstay is met name nodig om de bevindingen die betrekking hebben op verpleegkundigen die bij chronische patiënten werken te kunnen vergelijken met een referentiegroep.

Een aantal respondenten maakt wel deel uit van de hierboven genoemde sectoren, maar werkt op tamelijk specifieke afdelingen. Zo blijkt dat 5% van de respondenten werkzaam is op afdelingen voor crisisinterventie. Op dit soort afdelingen gaat het om intensievere behandeling en bewaking. Het kan daarbij zowel om chronische patiënten gaan, als om mensen die niet tot die categorie gerekend worden, doch daar omwille van tijdelijk noodzakelijke intensieve verpleging verblijven. In sommige psychiatrische instellingen spreekt men daarom niet over crisisafdelingen, maar over afdelingen voor intensive-care.

De aard van de zorgverlening op deze afdelingen verschilt dusdanig van de algemene shortstay en longstay-afdelingen, dat het niet zonder meer mogelijk is de crisisafdelingen bij dit onderzoek te betrekken. Ditzelfde geldt ook voor de sociowoningen. Van de deelnemers aan het onderzoek werkt 10% op deze afdelingen. Sociowoningen zijn eigenlijk geen afdelingen, maar woningen buiten het terrein van de instelling waar chronische psychiatrische patiënten in kleine groepen samenwonen. In vergelijking met verblijfsafdelingen zijn bewoners van sociowoningen zelfstandiger. Dit houdt in dat zij meer werkzaamheden (bijv. van huishoudelijke aard) zelf verrichten (Peeters, 1988). Een bijkomende faktor is dat het werk op de sociowoningen niet alleen inhoudelijk, doch ook organisatorisch verschilt. De taak van de psychiatrisch verpleegkundigen krijgt daardoor op een geheel andere wijze vorm (Bleeker, 1987). Het betrekken van de sociowoningen en de crisisafdelingen bij dit onderzoek betekent dat niet die aandacht besteed kan worden aan deze vorm van zorgverlening, die daarvoor

nodig is. Het verdient daarom de voorkeur om afzonderlijk aandacht aan deze afdelingen te besteden.

Naast de genoemde twee afdelingstypen zijn er ook een aantal verpleegkundigen werkzaam op afdelingen voor socio- en psychotherapie, afdelingen voor dagbehandeling en afdelingen met het aksent op lichamelijke zorgverlening. Ook de respondenten van die afdelingen worden niet gerekend tot de steekproef, zoals deze bedoeld is voor dit onderzoek.

Resumerend komt bovenstaande erop neer dat, van de 1148 uitgedeelde enquêtes er 898 terugontvangen zijn, doch dat van die 898 er 697 gebruikt zullen worden voor de analyses zoals deze nodig zijn voor het beantwoorden van de probleemstelling van het onderhavig onderzoek.

De krisisafdelingen, de sociowoningen en een aantal andere specifieke afdelingstypen worden buiten beschouwing gelaten, teneinde de te vergelijken groepen zo homogeen mogelijk samen te stellen.

4.7. Achtergrondkenmerken van de respondenten

De demografische gegevens van de respondenten worden behandeld in zoverre deze relevant geacht worden voor de analyses. Het betreft geslacht, leeftijd, functie, ervaring, en opleidingen.

Geslacht

De steekproefverdeling naar mannen en vrouwen komt nagenoeg overeen met landelijke cijfers. Volgens opgave van het C.B.S. (1985) bedroeg op 31-12-1984 het aantal mannen in de psychiatrische verpleging 47 %. Tijdens het vooronderzoek, dat plaats vond in 1986, werd in de gegevens, verzameld van vijf instellingen, 53 % mannen aangetroffen.

Het nagenoeg gelijke aandeel van mannen en vrouwen geldt niet voor alle deelnemende instellingen. In twee instellingen werkt 60% vrouwen; in één instelling is dit 40%. In de andere drie is dit nagenoeg 50%. Als er in een instelling een oververtegenwoordiging van vrouwen is, komt dit merendeels voor rekening van de longstay-sektor. Overigens werken in alle zes de instellingen relatief meer mannen in de short-stay, dan in de longstay-sektor.

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 33 jaar. Voor mannen is dat 34 en voor vrouwen 31 jaar. Dit verschil is statistisch significant ($t = 6,3$ $p < 0.001$ $df = 688$) en komt overeen met eerder beschreven leeftijdsverschillen tussen mannelijke en vrouwelijke psychiatrisch verpleegkundigen (Dassen, e.a., 1987/88).

In het algemeen geldt dat vrouwen vanaf 25 jaar het arbeidsproces beginnen te verlaten, terwijl mannen dan nog in toenemende mate eraan deel gaan nemen (C.B.S., 1987). Dit patroon geldt ook voor de psychiatrische verpleging. Er is namelijk een oververtegenwoordiging van mannen in de middelste leeftijdsgroep (zie Tabel 4.2.). Dit geldt voor alle zes de deelnemende instellingen.

Tabel 4.2. Percentage respondenten naar geslacht en leeftijdsgroep (1988)

	20 - 30	30 - 40	40 +	totaal
mannen	25	59	15	100% = 343
vrouwen	52	35	13	100% = 347
totaal	39	47	14	100% = 690

$$\chi^2 = 55.39 \quad p < 0.01$$

Verpleegkundigen die in de longstay-sektor werken zijn gemiddeld iets ouder dan hun kollega's in de shortstay. Alleen voor de vrouwen geldt, dat dit verschil in leeftijd statistisch significant is (zie Tabel 4.3.).

Tabel 4.3. Gemiddelde leeftijd respondenten (1988)

	mannen		vrouwen *)		totaal **)	
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)
shortstay	34	(6.1)	30	(6.6)	32	(6.6)
longstay	35	(7.3)	32	(7.1)	33	(7.4)
totaal	34	(6.7)	31	(6.9)	33	(7.0)

*) sign: $t = 2.37$ $p < 0.05$ **) sign: $t = 2.02$ $p < 0.05$

Tussen de instellingen onderling zijn er verschillen in de gemiddelde leeftijd van de aldaar werkende verpleegkundigen. De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in de shortstay-sektor verschilt significant tussen de instellingen ($F=2.45$ $p<0.05$). Voor de longstay-sektor zijn er geen verschillen in gemiddelde leeftijd tussen de instellingen onderling.

Functie

Er is onderscheid gemaakt in vier functiegroepen. Alle verpleegkundigen die geen leidinggevende functie vervullen worden aangeduid als 'teamverpleegkundigen'. Waarnemend- afdelings- of unithoofden en hoofden worden resp. waarnemend hoofd en afdelingshoofd genoemd. Daarnaast zijn er afdelingshoofden die hoofd zijn van een aantal afdelingen. Deze zullen aangeduid worden als coördinerende afdelingshoofden.

Verpleegkundigen die als praktijkbegeleider of vaste nachtdienst, of op andere uitvoerende functies werkzaam zijn, zijn ingedeeld als teamlid.

De gemiddelde leeftijd neemt toe met de hoogte van de functie, hetgeen voor de hand ligt. Eveneens conform de verwachting is de afname van het aantal vrouwen naarmate de functie hoger is (zie *Tabel 4.4.*). Dit patroon geldt voor alle zes de deelnemende instellingen.

Tabel 4.4. Functie naar aantallen, gemiddelde leeftijd en aantal mannen in procenten per sektor (1988)

	longstay			shortstay		
	n	gem.lft	%man	n	gem.lft	%man
teamlid	270	32	35	255	30	50
waarnemend hoofd	22	33	73	30	33	63
afdelingshoofd	56	38	71	37	38	81
coördinerend hoofd	8	43	88	12	43	75
totaal	356	33	44	334	32	56

Ervaring in de verpleging

Men gaf op gemiddeld 7.5 jaar ervaring in de psychiatrische verpleging te hebben. De duur van de werkervaring van de verpleegkundigen verschilt tussen de instellingen. Voor de shortstay afdelingen is de totale ervaring gemiddeld 7.1 jaar ($F=2.38$ $p<0.05$). Ook de gemiddelde ervaring op de longstay afdelingen verschilt tussen de instellingen. De totale ervaring is er gemiddeld 7.9 jaar ($F=3.27$ $p<0.01$).

Mannen hebben gemiddeld 8.9 jaar ervaring. Voor vrouwen is dat 6.1 jaar (zie *Tabel 4.5*). Het verschil van bijna drie jaar ervaring in totaal tussen mannen en vrouwen is statistisch significant ($t = 6.3$ $p < 0.001$)

Tabel 4.5. Aantal jaren ervaring naar afdeling (1988; $n = 690$)

	mannen gem. (s.d.)	vrouwen gem. (s.d.)	totaal gem. (s.d.)
shortstay	8.3 (6.4)	5.6 (5.1)	7.1 (5.9)
longstay	9.7 (6.9)	6.5 (5.0)	7.9 (6.1)
totaal	8.9 (6.6)	6.1 (5.1)	7.5 (6.1)

Opleidingen

Tachtig procent van de respondenten heeft een B-opleiding gevolgd. Ruim een kwart van die tachtig procent, oftewel twintig procent van alle verpleegkundigen die aan het onderzoek deelgenomen hebben beschikt over zowel een diploma verpleegkunde A als B.

Acht procent van de deelnemers heeft een M.B.O.V. opleiding gevolgd, en vijf procent bezit een diploma van de H.B.O.V.

Een kleine groep (7%) bezit geen van de hiervoor genoemde opleidingen, maar wel een diploma ziekenverzorging of een diploma verpleegkunde-Z of alleen een A-diploma.

Verder komen alle denkbare combinaties van basisopleidingen voor, zoals bijv. ziekenverzorging plus één van de verpleegkunde diploma's, of een diploma van een dagopleiding plus een diploma van een in-service opleiding.

Naast basisopleidingen hebben de respondenten ook andere opleidingen gevolgd. Het meeste gaat het daarbij om de kaderopleiding (en andere managementopleidingen) of de opleiding inrichtingswerk.

Van de deelnemers heeft 24% een kaderopleiding en 13% een andere verpleegkundige vervolgopleiding zoals, docentenopleiding, praktijkbegeleiding, alsook verpleegkundige specialismen gevolgd.

De opleiding inrichtingswerk is gevolgd door 11% van de deelnemers. Voor andere opleidingen, zoals psychotherapie, maatschappelijk werk, pedagogische akademie en m.o. pedagogiek, geldt dat bij elkaar 13% van de deelnemers die gevolgd heeft.

4.8. Selectie van variabelen voor het onderzoek

Voor de analyses zullen alleen functie, ervaring, geslacht en het al dan niet gevolgd hebben van een opleiding inrichtingswerk gebruikt worden. De verantwoording daarvan werd in hoofdstuk 3 gegeven. In het kort zal dit nogmaals toegelicht worden, en aan de hand van de bevindingen op haalbaarheid ingeschat.

Functie is van belang, aangezien verwacht mag worden dat taakopvattingen verband houden met de functie die men bekleedt. Ofschoon het aantal jaren dat men werkzaam is samenhangt met de functie ($r=0.53$), geldt niet voor iedereen met een ruime ervaring dat hij of zij op een leidinggevende functie werkzaam is. Leeftijd blijft buiten beschouwing aangezien het verband tussen jaren ervaring en leeftijd tamelijk hoog is ($r=0.80$). Uit de analyses van de persoonskenmerken blijkt dat er verbanden zijn tussen geslacht en gemiddelde leeftijd en functie. Het is aldus zinvol om geslacht in het onderzoek te betrekken, dat wil zeggen de bevindingen te controleren voor het mogelijke effect van geslacht.

De opleiding inrichtingswerk is een sociaal-agogische opleiding die een aantal psychiatisch verpleegkundigen gevolgd hebben na hun B-opleiding. In tegenstelling tot de verpleegkunde opleidingen is deze opleiding niet afgeleid van het medisch model. Het is daarom van belang om na te gaan of verpleegkundigen die deze opleiding gevolgd hebben verschillen in taakopvattingen van collega's die niet in het bezit zijn van een diploma inrichtingswerk.

Verder zal bij de analyses nagegaan worden of er verschillen zijn naar de aard van de zorgverlening, dat wil zeggen de sektor waarin men werkzaam is.

Samenvatting

In dit hoofdstuk is de opzet van het hoofdonderzoek besproken. Dit onderzoek bestaat uit een schriftelijke enquête onder psychiatisch verpleegkundigen, werkzaam in zes psychiatische instellingen.

In totaal is door 898 verpleegkundigen uit zes instellingen deelgenomen aan het onderzoek. De respons bedraagt (in totaal) 78%. Niet alle deelnemers werken op longstay of shortstay-afdelingen, zoals die bedoeld zijn voor dit onderzoek. Dit betekent dat uiteindelijk 697 enquêtes gebruikt zullen worden voor de analyses.

Uit de analyses van de persoonskenmerken blijkt dat er verschillen zijn naar geslacht, leeftijd en opleidingen tussen de respondenten uit de twee sectoren. Mannen zijn iets ouder dan vrouwen, en verpleegkundigen werkzaam op longstay-afdelingen zijn gemiddeld ouder dan verpleegkundigen die in shortstay-afdelingen werken. Ook zijn er verschillen in persoonskenmerken tussen verpleegkundigen die in de deelnemende instellingen werkzaam zijn. Voor de analyses zal van de achtergrondkenmerken alleen functie, geslacht, aantal jaren ervaring en het bezitten van een diploma inrichtingswerk als verklarende variabele beschouwd worden.

5. TAAKOPVATTINGEN

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de taken van psychiatrisch verpleegkundigen behandeld. Het gaat daarbij om de (ervaren) feitelijkheid en de wenselijkheid ten aanzien van een aantal activiteiten die psychiatrisch verpleegkundigen verrichten. Aan bod komen zowel de relatieve tijdsbesteding en de voldoening van de activiteiten als de frequenties.

Uiteraard zal uitgelegd worden hoe de taken gemeten zijn en hoe deze onderverdeeld zijn in een aantal subgroepen. Tenslotte wordt nagegaan of er verbanden zijn tussen achtergrondkenmerken van de respondenten en de taakopvattingen.

5.1. Tijdsbesteding

Aan de respondenten werd gevraagd een ordening naar tijdsbesteding aan te geven. Uit die ordening blijkt dat men de minste tijd besteedt aan begeleiding bij het huishouden. Aan kontakten met kollega's en/of andere disciplines daarentegen zegt men de meeste tijd te besteden; nog meer dan aan gezamenlijke activiteiten met patiënten, of het voeren van begeleidende gesprekken (zie *Tabel 5.1.*).

Tabel 5.1. Gemiddelde relatieve tijdsbesteding (n=697)

	longstay	shortstay	t.*)	totaal (s.d)	
kontakten met kollega's en/of andere disciplines	3.5	4.1	5.19	3.8	(1.5)
gezamenlijke activiteiten met patiënten	3.5	3.7	n.s.	3.6	(2.0)
begeleidende gesprekken	3.2	3.9	4.93	3.5	(1.8)
begeleiding bij persoonlijke verzorging	4.1	2.7	9.36	3.4	(2.1)
informatie verstrekken en verkrijgen (m.b.t. pat.)	3.0	3.9	7.27	3.4	(1.7)
begeleiding bij huishouden	2.9	2.0	7.36	2.5	(1.8)

*) t-waarde, significant bij $p < 0.001$

De relatieve tijdsbesteding verschilt tussen de sectoren. In de shortstay besteedt men de meeste tijd aan kontakten met kollega's en informatie uitwisselen over patiënten. In de longstay wordt de meeste tijd besteed aan persoonlijke verzorging van patiënten. In beide sectoren wordt de minste tijd besteed aan begeleiding bij het huishouden.

In een onderzoek onder leerling-verpleegkundigen werd nagegaan welke prioriteiten leerlingen gaven aan activiteiten (Van der Hoop, 1973). Het voeren van gesprekken had de hoogste prioriteit. Activiteiten met betrekking tot 'lichamelijke verzorging en persoonlijke verzorging' hadden de laagste prioriteit. Dit patroon komt niet overeen met de ordening van de activiteiten naar tijdsbesteding uit *Tabel 5.1*. In de volgende paragraaf zal nagegaan worden of dit patroon wel tot uitdrukking komt bij het verschil in feitelijkheid en wenselijkheid met betrekking tot de taken van psychiatisch verpleegkundigen.

5.2. Het meten van de taakopvattingen

Konstruktie van de meetschaal

Zoals uit de vorige paragraaf bleek werd bij het onderzoek naar de taken uitgegaan van een indeling in zes categorieën van activiteiten. Voor het bepalen van de vragen voor de enquête werd een selectie gemaakt uit de activiteiten die de verpleegkundigen tijdens de interviews noemden. Per activiteit is door de respondenten aangegeven hoe vaak deze verricht wordt en hoe vaak men vindt dat de activiteit verricht moet worden. Bijvoorbeeld:

Hoe vaak helpt u patiënten bij het wassen en aankleden?

n.v.t. / nooit / zelden / soms / vaak / erg vaak

Hoe vaak vindt u dat u dit moet doen?

n.v.t. / nooit / zelden / soms / vaak / erg vaak

Op de onderzoeksgegevens is een faktoranalyse (principale componentenanalyse) toegepast op beide metingen: de feitelijke en de wenselijke taakopvattingen ¹⁾. Een indeling in vijf factoren geeft voor beide metingen exakt dezelfde groepen weer. Daarbij is sprake van één sterke faktor (eigenwaarde feitelijk 8.9; wenselijk 10.2) en een duidelijke tweede faktor (eigenwaarde feitelijk 4.7; wenselijk 4.3). De eerste faktor omvat activiteiten met betrekking tot *persoonlijke zorg*, de tweede omvat items over *begeleidende gesprekken*. Aangezien de overige factoren (eigenwaarden tussen 2.6 en 1.3) inhoudelijk betekenisvol zijn, is besloten om in eerste instantie de taken te bestuderen aan de hand van vijf factoren. De bij het uittesten van de lijst bekende factoren: kontakten met kollega's en/of andere disciplines, en informatie verstrekken en verkrijgen met betrekking tot de patiënt, blijken bij de definitieve indeling één faktor te vormen. Het gaat nu dus om vijf factoren:

¹⁾ De faktortabel met de bijbehorende gegevens over de faktoranalyse is opgenomen in Bijlage C.

- *persoonlijke zorg;*
- *begeleidende gesprekken;*
- *begeleiding bij huishouden;*
- *gezamenlijke activiteiten;*
- *informeren & coördineren.*

Niet alle vragen maken deel uit van deze factoren. Enkele vragen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat alle respondenten nagenoeg hetzelfde antwoord gaven. Bijvoorbeeld met patiënten naar film of feest gaan (2% van de respondenten als vaak of erg vaak aangegeven), of koffie drinken met patiënten (80% vaak en erg vaak). Andere vragen zijn kennelijk van andere orde en zijn daardoor buiten de factoren gebleven. Dit geldt bijvoorbeeld voor een vraag over medicijnen toedienen en een vraag over het bijhouden van financiën voor patiënten. Dit wil niet zeggen dat deze activiteiten van minder belang zouden zijn. Het aantal items dat in de enquête opgenomen werd met betrekking tot deze activiteiten was in ieder geval te gering om een faktor te kunnen vormen. Dat heeft wellicht te maken met het feit dat (bijvoorbeeld wat betreft medicijnen toedienen) wel door de geïnterviewden op die activiteiten gewezen werd, doch niet aan de hand van diverse uitspraken.

Frekwenties van de activiteiten in feitelijkheid en wenselijkheid

Alvorens nader ingegaan wordt op de constructie van de activiteitenschalen, zal eerst de frekwentie in feitelijkheid en wenselijkheid besproken worden. Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de indeling in de vijf factoren. Per faktor wordt van alle activiteiten aangegeven hoeveel respondenten deze vaak danwel weinig verrichten en in welke mate zij deze naar hun zeggen minder danwel vaker behoren te doen.

Begeleidende gesprekken is de meest voor de hand liggende benaming voor de eerste faktor. Alle vragen hebben betrekking op het voeren van gesprekken met patiënten. De strekking van de vragen verschilt van informatie inwinnen tot het geven van informatie en het houden van vertrouwelijke gesprekken.

Ruim zestig procent van de respondenten geeft (gemiddeld) aan dat zij vaak of erg vaak begeleidende gesprekken voeren. Al deze gesprekken zou men bij voorkeur vaker houden; dat wil zeggen dat het aantal respondenten dat vindt dat zij deze activiteiten vaker zouden moeten verrichten groter is dan het aantal dat van mening is dat de activiteiten minder vaak gedaan zou moeten worden (zie *Tabel 5.2.*).

Tabel 5.2. Begeleidende gesprekken in procenten (n=697)

		nooit zelden	soms	vaak erg vaak	minder	vaker
1.	praten met pat.omdat er iets is	2	21	78	6	13
2.	praten over wensen van pat.	4	30	66	7	20
3.	belang aktiv.uitleggen	8	27	65	13	18
4.	praten over gevoelens en emoties	5	32	64	4	21
5.	praten over akt. van pat.	6	31	63	7	16
6.	praten over spanning & moeilijkh.	6	34	61	7	18
7.	vertrouw. gesprek met patiënten	5	38	56	6	20
8.	pat. stimul.over pers. probl. prat	7	45	48	4	17
9.	informereren naar daginvulling pat.	14	41	45	4	30
	gemiddeld	6	33	61	6	19

Het agogisch handelen is per definitie een wezenlijke komponent van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. In hoofdstuk twee is beschreven dat dit de werkvorm is die aangewend wordt voor het begeleiden van patiënten; bijvoorbeeld wat betreft het stimuleren van patiënten om voor zichzelf te zorgen. De begeleidende taak van de psychiatrisch verpleegkundige hangt samen met de veranderde opvattingen over de zorgverlening aan de chronische patiënt (zie hfdst. 1.). Het is juist deze taak die de psychiatrische verpleging onderscheidt van bijvoorbeeld de verpleging in de algemene ziekenhuizen. In die lijn is te verwachten dat de profilering van de psychiatrische verpleging vooral gericht is op het aksentueren van de agogisch begeleidende taken. De bevindingen uit *Tabel 5.2.* bevestigen dit beeld.

De benaming **persoonlijke zorg** lijkt het beste van toepassing op de volgende faktor. Aangetekend dient daarbij wel te worden, dat het gaat om persoonlijke zorg in ruime zin. Het betreft items over lichamelijke verzorging, kleding, slapen, maar ook over maaltijden en de zorg daaromtrent.

Gemiddeld wordt door 41% van de respondenten aangegeven dat zij activiteiten met betrekking tot persoonlijke zorg vaak of erg vaak doen (zie *Tabel 5.3.*). Tussen de activiteiten onderling zijn er echter grote verschillen in frekwentie. Zo zegt 71% van de respondenten er vaak op toe te zien dat patiënten naar activiteiten gaan. Slechts 17% van de respondenten bepaalt wat voor kleding de patiënten dragen. Voor deze activiteiten geldt dat het percentage dat deze minder vaak wil verrichten beduidend groter is dan het aantal respondenten dat de activiteiten vaker wil doen. Dit is overeenkomstig de eerder beschreven anti-hospitalisatiegedachte, waaruit afgeleid is dat persoonlijke zorg bij voorkeur minder door verpleegkundigen gedaan zou dienen te worden. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat de meerderheid van de respondenten geen verandering in frekwentie van persoonlijke zorg activiteiten wenselijk acht.

Tabel 5.3. Persoonlijke zorg in procenten (1988; n=697)

		nooit zelden	soms	vaak erg vaak	minder	vaker
1.	toezien dat pat.naar akt. gaan	15	14	71	45	2
2.	begl. wakker worden en opstaan	18	20	62	40	2
3.	toezien niet te vroeg gaan slapen	21	25	54	31	6
4.	begl. broodmaaltijden	31	26	42	23	9
5.	helpen op/afruimen tafel	27	33	39	40	3
6.	begeleiden bij afwas	32	31	38	32	4
7.	begl. wassen en aankleden	35	29	36	21	5
8.	begl. baden en douchen	32	32	36	17	11
9.	begeleiden pat.naar aktivite.	36	33	32	24	10
10.	begl. opmaken en verschonen bed	41	34	26	24	6
11.	bepalen kleding patiënten	51	32	17	27	6
	gemiddeld	31	28	41	29	6

De derde faktor kreeg de benaming **koördinatie & informatie**. Het betreft vragen die betrekking hebben op het regelen van zaken vóór de patiënt en het onderhouden van contacten met derden over de patiënt.

Tabel 5.4. Informatie & koördinatie activiteiten in procenten (n=697)

		nooit zelden	soms	vaak erg vaak	minder	vaker
1.	kontakten andere disciplines	9	25	66	8	11
2.	zorgverl. koörd. voor patiënten	12	24	63	10	17
3.	kontakten familieleden	15	47	38	4	33
4.	gesprekken met familie	21	52	27	4	38
5.	familie inform.over patiënten	28	45	27	6	26
6.	kontakten externe instant. discipl.	42	40	18	3	31
	gemiddeld	21	39	40	35	26

Van deze activiteiten zegt gemiddeld 40% van de respondenten dat zij ze vaak of erg vaak verrichten. De frekwentie tussen de activiteiten onderling verschilt (zie Tabel 5.4.). Het aantal respondenten dat de activiteiten vaker zegt te willen doen is groter dan het aantal dat de activiteiten minder vaak wil doen. Ook hier geldt, evenals bij de vorige activiteiten, dat de meerderheid geen behoefte aangeeft tot wijziging van de frekwentie.

Begeleiding huishouden omvat enkele vragen die betrekking hebben op activiteiten van huishoudelijke aard die geen dagelijks karakter hebben en zo mogelijk ook door bijvoorbeeld de huishoudelijke dienst gedaan zouden kunnen worden. Het gaat om schoonhouden van kamers tot het kopen van levensmiddelen.

Tabel 5.5. Begeleiding huishouden in procenten (n=697)

		nooit zelden	soms	vaak erg vaak	minder	vaker
1.	begl. onderhoud gemeensch. ruimten	38	30	32	18	17
2.	begl. onderhoud kamers	35	35	30	19	19
3.	begl. verzorgen wassen kleding	42	35	23	18	15
4.	kopen levensmidd.voor maaltijden	77	13	10	4	22
	gemiddeld	48	48	24	15	18

Gemiddeld zegt 24 % van de respondenten vaak begeleiding bij huishouden te geven. Alleen levensmiddelen kopen voor maaltijden zou men meer willen doen. Wat betreft zaken die het schoonmaken betreffen, is het aantal respondenten dat die minder zouden willen doen min of meer gelijk aan het aantal dat die activiteiten vaker zou willen doen (zie *Tabel 5.5.*).

Gezamenlijk activiteiten variëren van wandelen met patiënten tot het begeleiden bij het doen van boodschappen voor privé gebruik van patiënten. Het gemeenschappelijke element is het *gezamenlijk met de patiënt* dingen doen. Expressief gedrag vormt naast het agogisch handelen een deel van de taken van psychiatrisch verpleegkundigen (Van Eeden, 1982). Bedoeld wordt daarmee het samen dingen doen, zonder dat een hoger doel (begeleiding) voorop staat.

Tabel 5.6. Gezamenlijke activiteiten in procenten (n=697)

		nooit zelden	soms	vaak erg vaak	minder	vaker
1.	wandelen met patiënten	29	48	25	4	38
2.	gezelschapspel. met patiënt.	27	48	25	4	38
3.	met pat. naar stad of dorp gaan	39	44	17	3	7
4.	boodschappen voor privé gebruik	44	43	13	6	25
	gemiddeld	35	46	20	4	27

Gemiddeld zegt 20% van de respondenten de gezamenlijke activiteiten vaak te verrichten. Het aantal respondenten dat deze activiteiten vaker wil doen is groter dan het aantal dat de activiteiten minder vaak zou willen doen. De meerderheid houdt het evenwel op de frekwentie waarin de activiteiten gedaan worden (zie *Tabel 5.6.*).

Algemene opmerkingen bij de activiteiten

Hoewel voor alle activiteiten geldt dat de meeste respondenten deze in gelijke mate doen als zij vinden dat zij die behoren te doen, is het algemene patroon: minder aan persoonlijke zorg en meer aan begeleidende gesprekken en gezamenlijke activiteiten doen. Vergelijkbaar met dit patroon is een onderzoek naar taakopvattingen van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. Uit dat onderzoek bleek dat verpleegkundigen minder aan lichamelijke zorg van patiënten wilden doen en meer aan psycho-sociale begeleiding. Het meest wilde men af van het huishoudelijk werk (De Vries-Griever, 1987). Uit beide onderzoeken (dat van De Vries-Griever en het onderhavige) blijkt dat verpleegkundigen minder aan persoonlijke zorg zouden willen doen, zij het dat persoonlijke zorg in het ziekenhuis neerkomt op lichamelijke zorgverlening en in de psychiatrische instellingen op alledaagse activiteiten in ruimere zin.

Een andere parallel betreft de wens om meer aan psycho-sociale begeleiding te doen. Psychiatrisch verpleegkundigen willen meer aan begeleidende gesprekken doen, hetgeen gerekend kan worden tot psycho-sociale begeleiding.

Anders ligt het met huishoudelijk werk. Psychiatrisch verpleegkundigen willen dit, althans gemiddeld, niet minder doen. Het ontbreken van overeenkomst met het onderzoek van De Vries-Griever en dit onderzoek aksentueert het verschil tussen de verpleging in het algemeen ziekenhuis en in de psychiatrische instelling. Huishoudelijk werk is voor de psychiatrisch verpleegkundige geen doel op zich, doch een middel om te participeren in het woonmilieu van de patiënten. In algemene ziekenhuizen is huishoudelijk werk niet meer dan dat. Het wordt ongetwijfeld niet samen met de patiënten verricht.

De resultaten van het onderzoek van De Vries-Griever zijn opmerkelijk, omdat eruit blijkt dat verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen een deel van wat juist als kenmerk van hun taken gezien wordt, de lichamelijke verzorging, liever minder willen doen. Voor de psychiatrisch verpleging geldt deze konstatering ook, maar heeft wellicht een andere betekenis. Het verrichten van activiteiten op het vlak van persoonlijke zorg dient immers, uitgaande van de anti-hospitalisatiegedachte, zoveel mogelijk beperkt te worden. Anders gesteld: de antwoorden van de psychiatrisch verpleegkundigen dienen gezien te worden in het licht van een bepaalde beroepshouding die van hen verwacht wordt.

Daarbij kan dan wel een kanttekening geplaatst worden omtrent de vraag of het niet toevallig gewoon goed uitkomt dat in het kader van de anti-hospitalisatiegedachte 'minder leuke dingen' ook niet gedaan hoeven worden. Daar staat evenwel tegenover dat datgene wat de beroepsvoldoening bepaalt, samenhangt met datgene wat maatschappelijk verwacht wordt dat men zou moeten doen (Mok, 1973). Van psychiatrisch verpleegkundigen wordt nou eenmaal verwacht dat zij het aksent leggen op begeleiding in agogische zin; en dat zij de patiënt zoveel mogelijk vrij laten in zijn alledaagse doen (zie hoofdstuk 1).

Betrouwbaarheid van de meetschaal

De interne consistentie van de factoren is bepaald via het berekenen van de Cronbachs alfa koëfficiënt. De meeste alfa's zijn hoger dan 0.80 (zie *Tabel 5.7.*). Bij persoonlijke zorg is dat zelfs 0.91. Bij het konstrueren van schalen is homogeniteit daarvan een vereiste. Een lage alfa-waarde is dan niet gewenst. De alfa's van de factoren zijn bij de aktiviteitenschalen aan de (te) hoge kant. Dit zou kunnen wijzen op de aanwezigheid van een antwoordtendentie. Alvorens daar verder op in te gaan zal eerst de samenhang tussen de factoren behandeld worden.

Tabel 5.7. Schaalwaarden aktiviteiten

	gem.	feitelijk (s.d.)	alfa	wenselijk gem.	(s.d.)	alfa	Pearson r. *)
persoonlijke zorg	3.1	(.81)	.91	2.8	(.80)	.91	.77
begeleiding huishouden	2.5	(.82)	.71	2.6	(.87)	.77	.74
begeleidende gesprekken	3.6	(.57)	.89	3.8	(.58)	.89	.77
gezamenlijke aktiviteiten	2.8	(.77)	.80	3.2	(.88)	.86	.77
koördinatie & informatie	3.2	(.67)	.81	3.5	(.64)	.82	.88

*) Korrelaties tussen feitelijkheid en wenselijkheid

De subschalen onderling vertonen samenhang, hetgeen voor de hand ligt, er is namelijk sprake van dimensies van één taakgebied, die in de praktijk niet volledig te scheiden zijn. Wel is het mogelijk om in meer theoretische zin onderscheid aan te brengen tussen groepen van gelijksoortige aktiviteiten. Dit blijkt ook uit de samenhang tussen de subschalen onderling (zie *Tabel 5.8.*).

Zowel voor de meting van de feitelijke taken als de wenselijke taken bestaat er samenhang tussen de subschalen *persoonlijke zorg* en *begeleiding huishouden* met *gezamenlijke aktiviteiten* bij een Pearson koëfficiënt van > 0.50. Tussen de overige subschalen is eveneens samenhang, doch in mindere mate. Dit bevestigt dat, zoals

reeds gesteld, sprake is van dimensies die wel te onderscheiden zijn, doch niet geheel van elkaar te scheiden. De taken zijn **niet** onafhankelijk van elkaar.

Tabel 5.8. Samenhang tussen de subschalen *)

feiteijk \ wenselijk	pers. zorg	huish. begl.	begl. gespr.	geza. akt.	koörd. info.
persoonlijke zorg		0.52	0.28	0.62	0.27
huishoud. begeleiding	0.46		0.42	0.57	0.27
begeleidende gesprek.	0.16	0.39		0.49	0.39
gezamenlijke aktiv.	0.59	0.51	0.41		0.34
koördinatie & inform.	0.24	0.22	0.33	0.23	

*) Alle korrelaties zijn significant bij $p \leq 0.01$

De samenhang tussen de subschalen kan echter ook een andere oorzaak hebben. Er zou sprake kunnen zijn van een antwoordtendentie, namelijk de neiging van alle activiteiten aan te geven dat men deze vaak, danwel weinig doet. De Cronbach alfa-waarden zijn aan de hoge kant, hetgeen eveneens wijst in de richting van een antwoordtendentie. Ter controle zijn daarom ook de alfa's van de hele schaal berekend. Deze zijn voor de meting van de feitelijkeheid 0.90 en voor de meting van de wenselijkheid 0.91. Deze hoge waarden wijzen inderdaad in de richting van de aanwezigheid van een antwoordtendentie. Daarom dient rekening gehouden te worden met de aanwezigheid van een storende faktor, die de validiteit van het instrument bedreigt. De aanwezigheid van zo'n storende faktor leidt tot effecten bij de afhankelijke variabele, die dan ten onrechte toegeschreven worden aan de verklarende variabelen (Nederhof, 1981). Er is dus sprake van een serieus probleem, waarvoor een oplossing gevonden moet worden. Die oplossing is mogelijk door de skores op de faktoren te combineren met de opgave van de relatieve tijdsbesteding per aktiviteitengroep. Op die wijze ontstaat dan een gewogen taakopvatting, bestaande uit de tijdsbesteding en de frekwentie van de activiteiten. Daartoe is het wel van belang dat beide metingen niet exakt hetzelfde meten. Ter controle daarvoor zijn daarom de onderlinge korrelaties tussen de korresponderende activiteiten berekend (zie Tabel 5.9.).

Tabel 5.9. Pearson korrelaties relatieve tijdsbesteding en factoren
feitelijke taakopvattingen *)

persoonlijke zorg	.59
begeleiding huishouden	.35
begeleidende gesprekken	.35
gezamenlijke activiteiten	.37
informatie & coördinatie	.21 **)

*) $p < 0.001$ **) deze schaal is gekombineerd met 'informatie verstrekken en verkrijgen' van de relatieve tijdsbesteding

Deze korrelaties zijn, hoewel soms significant, niet dermate hoog dat verondersteld moet worden dat precies hetzelfde gemeten is.

Om de antwoordtendenties te corrigeren, kunnen de antwoorden op de items over de tijdsbesteding en de factoren gekombineerd worden. Dit houdt in dat een respondent alleen een score 'hoog' krijgt toegewezen, wanneer deze bij beide metingen een overeenkomstig antwoord in die richting geeft. Voor het bepalen van de grens tussen hoge en lage scores is uitgegaan van de mediaan. Scores kleiner of gelijk aan de mediaan worden als laag, en scores groter dan de mediaan als hoog gewaardeerd. Op deze wijze ontstaat een combinatie van de frekwenties en de relatieve tijdsbesteding van de activiteiten. In *Figuur 5.1.* wordt verduidelijkt hoe de scores opnieuw samengesteld zijn.

Figuur 5.1. Samenstelling scores gewogen taakopvattingen

		A		
		laag	hoog	
B	laag	1	2	1 = laag / laag
	hoog	2	3	2 = laag / hoog
				3 = hoog / hoog

- A. Scores op de relatieve tijdsbesteding
B. Scores uit de frekwenties van de factoren

Op deze wijze is een nieuwe antwoordschaal ontstaan, met scores variërend van 1 tot 3, resp. laag, laag/hoog, en hoog. Laag wil uiteraard zeggen dat de activiteit weinig gedaan wordt en hoog dat de activiteit veel gedaan wordt.

Het onderling vergelijken van de samengestelde schalen is nu niet meer mogelijk, aangezien de konstruktie ervan uitgaat van de mediaanwaarden. Wel zijn de schalen geschikt om na te gaan wat de samenhang met andere variabelen is. In *Tabel 5.10* wordt de verdeling van de activiteiten weergegeven.

Bij begeleiding persoonlijke zorg komen de relatieve tijdsbesteding en de scores op de afzonderlijke vragen het meeste overeen. De categorie hoog/laag is hier namelijk relatief het kleinste. Voor begeleiding huishouden geldt het tegengestelde beeld: de groep hoog/laag is daar het grootste.

Tabel 5.10. Verdeling van de gewogen activiteiten volgens *Figuur 5.1*. in procenten

	laag	laag/hoog	hoog
persoonlijke zorg	33	27	40
koördinatie & informatie	29	42	28
begeleiding huishouden	23	40	38
begeleidende gesprekken	21	38	41
gezamenlijke activiteiten	19	36	45

Aanleiding tot het samenstellen van de nieuwe schalen was onder andere de samenhang tussen de subschalen. In *Tabel 5.11*. wordt daarom de samenhang van de gewogen taakopvattingen weergegeven. Daaruit blijkt dat nu sprake is van negatieve samenhang tussen persoonlijke zorg met gezamenlijke activiteiten ($r = -.21$) en koördinatie & informatie ($r = -.17$).

Tabel 5.11. Samenhang tussen de gewogen taakopvattingen (Pearson korrelaties)

	pers. zorg	huish. begl.	begl. gespr.	geza. akt.
begeleiding huishouden	.29*			
begeleidende gesprekken	.11*	.14*		
gezamenlijke activiteiten	-.21*	.02	.15*	
koördinatie & informatie	-.17*	-.13*	-.15*	.06

*) Signifikant bij $p \leq 0.01$

Konsekwenties van de antwoordtendentie voor de analyses

Eén van de doelstellingen van dit onderzoek is het bestuderen van de wenselijkheid van het uitvoeren van de activiteiten. De gesignaleerde antwoordtendentie maakt een verdere bestudering daarvan echter niet goed mogelijk. Immers daartoe zouden beide metingen (wenselijkheid en feitelijkheid) van elkaar afgetrokken moeten worden. Een

algemeen bezwaar daarbij is dat wenselijkheid en feitelijkheid veelal niet geheel los van elkaar staan. De feitelijkheid beïnvloedt de wenselijkheid (Thierry & Koopman-Iwema, 1984). Ook in het onderhavige onderzoek blijken feitelijkheid en wenselijkheid hoog te korreleren.

Een andere beperking is dat een deel van de oorspronkelijke waarden verloren gaat. Zo kan de verschillscore 1 op vier manieren tot stand komen. De betekenis daarvan is evenwel niet gelijk. Iets *erg vaak* doen doch *vaak* willen doen is immers niet gelijk aan iets *weinig* doen en *nooit* willen doen. In beide situaties zal de verschillscore 1 zijn. Afgezien van deze technische bezwaren, die op zich niet onoverkomelijk zouden zijn, speelt de antwoordtendentie hier parten. De ervaren feitelijkheid is namelijk opnieuw gekonstrueerd, omdat er een antwoordtendentie bleek te bestaan. Bij het samenstellen van de nieuwe schaal is de oorspronkelijke (feitelijkheids-) meting betrokken. Diezelfde meting zou ook deel uitmaken van de verschillscore. Dit betekent dat eenzelfde variantie van beide metingen: de gewogen feitelijkheid en de samen te stellen verschillscores, deel uit zou maken. Het met elkaar vergelijken van de schalen is dan weinig zinvol te noemen. Daarbij geldt ook nog dat de oorspronkelijke meting van de feitelijkheid en de wenselijkheid van de activiteiten tamelijk hoog blijken te korreleren (zie *Tabel 5.7.*).

De wenselijkheidsmeting dient derhalve beperkt te blijven tot de reeds behandelde verschillen tussen de eigenlijke items (zie *Tabellen 5.2.t/m 5.6.*). De taakopvattingen zijn voor het meer analytische deel van dit onderzoek daarom beperkt tot de (ervaren) feitelijkheid, waarbij gebruik gemaakt wordt van de *gewogen taakopvatting*.

Definitieve bepaling van de taakopvattingen voor de verdere analyses

Aan het begin van dit hoofdstuk werd reeds gerefereerd aan de indeling in taakaspekten van Kramer. Een vergelijking van die aspecten met de indeling van Van Bergen en Hollands werd in hoofdstuk 2 besproken. Het betrof een indeling in instrumenteel technisch, agogisch en coördinerende aspect. Alvorens verder te gaan met de analyses van de taakopvattingen, zal nagegaan worden of deze indeling bevestigd kan worden middels faktoranalyse. Daartoe zijn de vijf gewogen taakopvattingen opgenomen in een principale componentenanalyse op drie factoren. De verwachte taakaspekten worden inderdaad aangetroffen (zie *Tabel 5.12.*).

Een reden van technische aard om deze faktoranalyse uit te voeren is de mogelijkheid om gebruik te maken van faktorscores als schaalwaarden. Faktorscores geven namelijk van elkaar onafhankelijke factoren. Aangezien de drie te verklaren variabelen samenhang vertonen, is het gebruik van faktorscores gewenst bij de verdere analyses van de taakopvattingen.

Tabel 5.12. Faktoranalyse gewogen taakopvattingen

	I	II	III	gem.	s.d.	min.	max.
begeleiding huishouden	.83	.20	.04	}	-0.01	1.0	-1.8 2.2
persoonlijke zorg	.75	-.26	-.19				
begeleidende gesprekken	-.14	.84	.16	}	0.01	1.0	-1.7 2.5
gezamenlijke activiteiten	.23	.61	-.43				
koördinatie & informatie	-.05	.04	.92		0.01	1.0	-2.2 2.1
eigenwaarde	1.51	1.20	.90				
verklaarde variantie	30%	24%	18%				

De eerste faktor bestaat uit *begeleiding huishouden* en *persoonlijke verzorging*. Dit heeft enige overeenkomst met het instrumenteel-technische aspect, zoals dat bedoeld is door Van Bergen & Hollands. Bij de definiëring van dit aspect omschrijven de auteurs instrumenteel-technisch als :

(...) een technologie, gericht op een zo effectief en zo efficiënt mogelijk handelen met betrekking tot het beter maken of het behoeden voor zieker worden van de zieke mens.

(Van Bergen & Hollands, 1978; blz. 71)

Volgens die omschrijving lijkt er geen sprake van overeenkomst met de eerste faktor. De overeenkomst blijkt wel uit de operationalisering van dit aspect door de auteurs. Vergelijk daarbij bijvoorbeeld een van de items uit het meetinstrument voor het bepalen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg:

Een patiënt die dit niet zelf kan, moet geholpen worden om de nagels van z'n handen en voeten te verzorgen.

(Van Bergen, e.a. 1980; blz. 83)

Hoewel er een parallel getrokken kan worden met het instrumenteel-technische aspect, lijkt de benaming *persoonlijke zorg ten behoeve van alledaagse activiteiten* toch passender voor de eerste faktor. In het verloop van dit onderzoek zal dit aangeduid worden als **zorggerichtheid**.

De tweede faktor bestaat uit *begeleidende gesprekken* en *gezamenlijke activiteiten*. In zekere zin is dit een combinatie van de agogisch begeleidende en van de expressieve activiteiten van psychiatrisch verpleegkundigen. De overeenkomst met het agogische aspect van Van Bergen & Hollands (1978) is hierbij zonder meer duidelijk. In het onderzoek zal deze faktor aangeduid worden als **begeleidingsgerichtheid**.

De derde faktor bestaat uit de oorspronkelijk (gewogen) informatie & coördinatie-schaal. Een vergelijking met de coördinatie van zorg, zoals uitgewerkt in het eerder aangehaalde meetinstrument, betreft daarvan uitsluitend de dimensie *overleg*, waarbij dit betrekking heeft op overleg met andere disciplines en met familie van de patiënt (Van Bergen, e.a., 1980). In het onderzoek zal deze faktor derhalve aangeduid worden als **overleggerichtheid**.

De taakopvattingen van psychiatisch verpleegkundigen zijn teruggebracht tot drie factoren: zorg- begeleidings- en overleggerichtheid. Uiteraard is dit onderscheid in drie typen taken overwegend van theoretische aard, aangezien in werkelijkheid deze taken onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

5.3. Taakopvattingen naar persoonskenmerken

De persoonskenmerken gelden als mogelijke determinanten van taakopvattingen. Bij de bestudering daarvan is een beperking aangebracht tot de functie, het geslacht, ervaring en opleiding inrichtingswerk (zie hfdst. 3).

Functie

Verondersteld wordt dat taakopvattingen verschillen tussen leidinggevend en niet-leidinggevend. Uit de analyses blijkt inderdaad dat, bij een onderscheid naar vier hiërarchisch oplopende functiegroepen, er sprake is van verbanden tussen het functie-niveau en de taken (zie *Tabel 5.13*).

Tabel 5.13. Gemiddelde taakopvattingen naar functie (1988)

	begeleid. *)	zorg. **)	overleg ***)	n
teamlid	.75	.09	-.19	523
waarnemend hoofd	.12	.10	.23	52
afdelingshoofd	-.34	-.42	.71	93
koörd. afd. hoofd	-.41	-.82	1.26	20

*) $F = 5.72$ $p < 0.001$ **) $F = 12.00$ $p < 0.001$ ***) $F = 37.20$ $p < 0.001$

Uit een recent onderzoek naar het beroep van psychiatisch verpleegkundige is gebleken dat, ongeacht functie, iedereen alles doet (Borgesius, e.a. 1988). Daarbij geldt evenwel een belangrijke nuancering, zo blijkt uit *Tabel 5.13*: iedereen doet alles, *maar niet in gelijke mate!*

Een veel gehoorde opmerking aan het adres van de verpleging in het algemeen is

dat verpleegkundigen minder betrokken zijn bij de patiëntenzorg naarmate zij een hogere functie bekleden. Ook deze wordt bevestigd door de onderzoeksresultaten. Doch ook hier is een nuancering met betrekking tot de psychiatrische verpleging op zijn plaats. Alle psychiatrisch verpleegkundigen, variërend van teamlid tot afdelingshoofd, zijn betrokken bij, dus hebben direkt kontakt met, patiënten.

Ervaring

Leidinggevend en hebben in het algemeen ook langduriger werkervaring dan niet leidinggevend en. In hoofdstuk werd reeds vermeld dat er een verband ($r=0.53$) bestaat tussen functie en jaren werkervaring. Dit verband is evenwel niet van dien aard dat aangenomen mag worden dat functie en jaren ervaring precies hetzelfde meten. Toch blijkt ervaring in zekere zin hetzelfde patroon voor de taakopvattingen weer te geven als functie. Naarmate men langduriger ervaring heeft wordt namelijk minder aan begeleidingsgerichte en zorggerichte activiteiten gedaan, doch meer aan overleggerichte taken (zie *Tabel 5.14.*)

Tabel 5.14. Gemiddelde taakopvatting naar jaren ervaring

jaren ervaring	begeleid. *)	zorg **)	overleg. ***)	n
tot 5 jaar	.14	.16	-.11	254
5 tot 15 jaar	.01	.12	-.01	348
15 jaar +	.41	-.62	.45	87

*) $F = 9.41$ $p < 0.001$ **) $F = 9.89$ $p < 0.001$ ***) $F = 19.21$ $p < 0.001$ 689

Geslacht

Onder andere vanwege de huishoudelijke en verzorgende activiteiten wordt de verpleging overwegend gezien als een vrouwenberoep (Bischoff, 1982). De psychiatrische verpleging bevestigt in feite dit beeld niet, aangezien daarin nagenoeg evenveel mannen als vrouwen werkzaam zijn. In de verdeling naar functies worden de 'klassieke rolpatronen' wel bevestigd: mannen zijn relatief oververtegenwoordigd op leidinggevende functies. Tijdens de oriëntatiefase van dit onderzoek werd aangetoond dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn op de afdelingen waar meer sprake is van verzorgende werkzaamheden: de geriatrie afdelingen (Dassen e.a., 1987/88). De verdeling van het werk tussen mannen en vrouwen lijkt daardoor ook in de psychiatrische verpleging volgens traditionele rolpatronen sekse-specifiek te zijn.

De begeleidingsgerichte activiteiten verschillen niet tussen mannen en vrouwen. De overige activiteiten verschillen wel. Vrouwen doen meer zorggerichte activiteiten

(gem. m. -0.13, vr. 0.11; $t=3.04$, $p<0.01$), en minder overleggerichte activiteiten (gem. m. 0.21, vr. -0.19; $t=5.06$, $p<0.001$).

Dit wijst op een bevestiging van het hiervoor gestelde beeld, dat vrouwen meer zorggerichte activiteiten zouden doen. Konklusies kunnen hier evenwel nog niet aan verbonden worden, aangezien de verschillen gekontrolleerd dienen te worden voor functie, ervaring en sektor. In hoofdstuk zeven zal daar nader op ingegaan worden.

Opleiding inrichtingswerk

Verwacht werd dat verpleegkundigen/inrichtingswerkers meer gericht zouden zijn op agogisch-begeleidende taken dan verpleegkundigen die geen diploma inrichtingswerk bezitten.

Verschillen tussen verpleegkundigen, die een opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben, en kollega's zonder zo'n opleiding zijn er inderdaad voor de begeleidingsgerichte activiteiten. Verpleegkundigen met een diploma inrichtingswerk geven aan die activiteiten vaker te doen (gem. verpl. -0.03, v+i.w. 0.25; $t=2.17$, $p<0.05$).

Voor de overige taken zijn er geen verschillen tussen beide groepen aantoonbaar in het onderzoek.

5.4. Taakopvattingen naar sektor en instelling

Sektor

Gezien de verschillen in de aard van de zorgverlening tussen de longstay en de shortstay-afdelingen wordt verwacht dat men met name in de longstay meer op zorg en in de shortstay meer op begeleiding gericht zal zijn. De analyses bevestigen deze verwachting. In de longstay afdelingen ligt de nadruk meer op zorggerichte activiteiten. In de shortstay ligt de nadruk meer op begeleidingsgerichte en overleggerichte activiteiten (zie *Tabel 5.15.*).

Tabel 5.15. Gemiddelde taakopvatting naar sektor

	begeleid.	zorg.	overleg
longstay	-0.28	0.21	-0.17
shortstay	0.10	-0.20	0.20
signifikant: $t=(p<0.001)$	7.11	5.20	4.84

Psychiatrische centra

Hoewel in alle aan het onderzoek deelnemende psychiatrische centra dezelfde categorieën patiënten verpleegd worden, wil dit niet zonder meer zeggen dat men ook overal in gelijke mate gericht is op zorg, danwel begeleidende activiteiten. Dit blijkt althans uit een vergelijking van de taakopvattingen tussen de instellingen (zie Tabel 5.16.).

Tabel 5.16. Gemiddelde taakopvattingen naar instellingen

instelling	zorg.	begeleid.	overleg
A	-.21	-.07	.09
B	.35	.01	.16
C	.04	-.34	-.17
D	.08	-.12	.11
E	-.13	.33	.10
F	-.14	.15	-.30
signifikant t=	5.11*)	5.78*)	3.60**)
*) $p < 0.001$	***) $p < 0.01$		

Alle drie de taakopvattingen verschillen significant tussen de instellingen onderling. In instelling B, is men het meest zorggericht, doch niet het minst begeleidingsgericht. Het minst zorggericht zijn verpleegkundigen in instelling A Begeleidingsgericht is men het meeste in instelling E In instelling F is er het minst, en in instelling B het meest sprake van overleggerichtheid.

Een hoge zorggerichtheid hangt dus niet per definitie samen met een lage begeleidingsgerichtheid van verpleegkundigen.

Konklusie

De wenselijkheid ten aanzien van de taken van psychiatrisch verpleegkundigen laat een tendens zien zie overeenkomt met de anti-hospitalisatiegedachte, die ervan uitgaat dat verpleegkundigen zich minder dienen te richten op persoonlijke zorg en meer op begeleiding. Ook de relatieve voldoening van de activiteiten komt overeen met dit patroon: de agogische activiteiten geven de meeste voldoening; de persoonlijke zorg en de begeleiding bij het huishouden geven de minste voldoening.

Door de aanwezigheid van een antwoordtendentie is de konstruktie van de schalen om de activiteiten te meten beperkt. Alleen de (ervaren) feitelijkheid is geschikt voor de analyses van het onderzoek. Daarvoor is dan wel een combinatie gemaakt

van de relatieve tijdsbesteding en de frekwentie waarin de activiteiten verricht worden. Deze gewogen taakopvatting is uiteindelijk gereduceerd tot drie dimensies van de taken, die korresponderen met in de literatuur beschreven aspecten van de taken van verpleegkundigen.

De mate waarin de activiteiten verricht worden verschilt zowel naar functie, ervaringsjaren, geslacht en het al dan niet bezitten van een diploma inrichtingswerk. Ook zijn er verschillen tussen de verpleegkundigen die op longstay-afdelingen werken en verpleegkundigen die op shortstay-afdelingen werken. Alle taken verschillen eveneens tussen de zes aan het onderzoek deelnemende psychiatrische centra.

Aangezien de taken alleen bivariaat getoetst zijn is het niet mogelijk om uit de verschillen tussen de achtergrondkenmerken konklusies te trekken. Daartoe is een multivariate toetsing noodzakelijk. Deze zal in hoofdstuk 7 behandeld worden.

6. CHRONICITEIT, IDENTIFIKATIE EN BURNOUT

Inleiding

In dit hoofdstuk staan de begrippen 'chroniciteit' 'identifikatie' en 'burnout' centraal, waarbij respectievelijk aan de orde zal komen hoe deze begrippen gemeten zijn, wat de samenhang ervan met de persoonskenmerken is, alsmede wat de verbanden zijn met de sectoren en de psychiatrische instellingen.

6.1. Visie op chroniciteit

Konstruktie van de Chroniciteit These Schaal (C.T.S.)

In hoofdstuk 1 is vermeld dat aan de visie op chroniciteit drie benaderingen te onderscheiden zijn: de hospitalisatiethese; de ziekththese en de handicapththese. De hospitalisatiethese en de ziekththese vormen daarbij min of meer aan elkaar tegengestelde benaderingen, terwijl de handicapththese juist een integratie van die twee visies probeert te zijn. Aangezien juist de hospitalisatiethese en de ziekththese refereren aan de veranderde opvattingen in de geestelijke gezondheidszorg, is bij het meten van de visie op chroniciteit voor deze twee benaderingen gekozen.

Voor het samenstellen van de meetschaal over chroniciteit is gebruik gemaakt van gegevens uit de interviews. Uitspraken die betrekking hadden op hospitalisatie en ziekte werden daarbij zo letterlijk mogelijk gebruikt voor het opstellen van de items. De gekozen antwoordschaal is een 5 punts Likertschaaltype, lopend van: 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens'. De veronderstelde subschalen zijn hospitalisatiethese en ziekththese. Het bestaan van deze twee subschalen werd inderdaad bevestigd door de faktoranalyse. De eerste faktor *ziektethese* bestaat uit vragen die, hetzij refereren aan het typeren van chronische psychiatrische patiënten als zijnde zieke mensen, hetzij refereren aan medische begrippen. Uit *Tabel 6.1.* blijkt dat het merendeel van de respondenten het vrijwel geheel eens is met de ziekththese als verklaring voor chroniciteit.

De tweede faktor *hospitalisatiethese* bestaat uit vragen die refereren aan de institutionalisering als veroorzaker van het 'chronisch' worden van psychiatrische patiënten. Vooral over de antwoorden op de vragen die betrekking hebben op deze these verschillen verpleegkundigen van mening (zie *Tabel 6.1.*).

In de literatuur (zie o.a. Ciompi, 1980) worden beide opvattingen, hospitalisatie- en ziekththese wel als elkaars tegengestelde beschouwd. De negatieve samenhang tussen de factoren is daarvan een bevestiging. De sterkte van het verband ($r = -0.24$) geeft aan dat het geen volledig wederzijds uitsluitende opvattingen zijn. In feite gaat het

Tabel 6.1. Frekwenties C.T.S. in procenten, en faktorladingen (varimax rotatie)

	eens	g/m	oneens	faktorlading	
<i>ziektethese</i>					
1. chron. patiënten worden belemmerd door ziekte	86	4	10	.75	.05
2. chron. patiënten zijn zieke mensen	80	6	13	.77	-.09
3. hun ziektebeeld is niet inpasbaar in een gezin	66	14	19	.60	-.18
4. ze zijn dusdanig ziek dat ze niet in maatsch. funkt.	60	13	27	.62	-.24
5. de meesten vertonen duidelijk psychiatrisch gedrag	78	4	17	.58	-.06
6. het zijn vooral (chronisch-) psychotische mensen	38	11	51	.54	.11
<i>Hospitalisatiethese</i>					
1. hun gedrag heeft vooral te maken met langdurige opname	44	15	41	.08	.76
2. hospitalisatie-effekten zijn oorzaak van verblijf in p.i.	48	13	39	-.05	.74
3. niet ziekte, maar de psychiatrie is schuld aan hun gedrag	14	18	68	-.24	.70
4. ze zijn verleerd om eigen initiatieven te nemen	68	10	22	.16	.66
5. het zijn gewone mensen die gehospitaliseerd zijn geraakt	11	7	83	.23	.60
eigenwaarde				3.2	1.9
verklaarde variantie				29%	18%

Tabel 6.2. Schaalwaarden C.T.S. *) (1988; n=697)

	<i>alfa</i>	gem.	s.d.	min / max	items
ziektethese	0.72	21.3	3.6	6 - 30	6
hospitalisatiethese	0.73	14.2	3.3	5 - 25	5

*) somskores

om verschillende gezichtspunten die gerelateerd zijn aan een medische danwel een meer psycho-sociale benadering.

Betrouwbaarheid C.T.S.

De interne consistentie van de ziekthetese-schaal is 0.72; voor de hospitalisatie-these-schaal is dit 0.73. Hieruit wordt gekonkludeerd dat er sprake is van voldoende homogene subschalen (zie *Tabel 6.2.*).

C.T.S. naar persoonskenmerken

Zowel functie als het aantal jaren dat men werkzaam is en het feit of men al dan niet een opleiding inrichtingswerk gevolgd heeft, vertoont samenhang met opvattingen over de chroniciteit-thesen.

Teamleden zijn het meeste van mening dat chroniciteit gezien moet worden als een gevolg van de institutionalisering (zie *Tabel 6.3*). Koördinerende afdelingshoofden vinden dit het minst. Wat de ziekthetese betreft zijn er geen significante verschillen tussen verpleegkundigen die in verschillende functies werkzaam zijn.

Tabel 6.3. C.T.S. uitgesplitst naar functie

	ziektethese		hospitalisatiethese *)		n
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)	
teamlid	21.3	(3.6)	14.3	(3.3)	523
waarnemend hoofd	21.3	(3.6)	13.6	(3.0)	52
afdelingshoofd	21.8	(3.3)	13.8	(3.6)	93
koörd. afdelingshoofd	21.3	(2.9)	12.5	(3.4)	20
totaal	21.3	(3.7)	14.2	(3.3)	688

*) $F=2.91$ $p<0.05$

Voor ervaring geldt een tegengestelde beeld, dat wil zeggen dat de ziekthetese wel significante verschillen tussen de drie groepen vertoont, maar de hospitalisatiethese niet (*Tabel 6.4.*).

Verpleegkundigen die een opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben zijn gemiddeld meer van mening dat chroniciteit gezien moet worden als een hospitalisatie-artefakt dan hun kollega's zonder zo'n opleiding (resp.: 15.0 en 13.9; $t=2.46$ $p<0.05$). Dit is conform de verwachting, aangezien de opleiding inrichtingswerk een sociaal-agogi-

sche opleiding is, terwijl de verpleegkunde opleidingen sterk aanleunen tegen de medische benadering van ziekte. Het verschil in opvatting komt eveneens tot uitdrukking in de scores op de ziekthetese-schaal. Verpleegkundigen met een diploma inrichtingswerk vinden minder dat chroniciteit gezien moet worden als gevolg van ziekte (resp.: 21.4 en 20.4; $t=2.28$, $p<0.05$).

Tabel 6.4. C.T.S. uitgesplitst naar jaren ervaring

jaren ervaring	ziektethese *)		hospitalisatiethese		n
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)	
tot 5 jaar	21.4	(3.1)	14.3	(3.1)	254
5 tot 15 jaar	21.1	(3.9)	14.2	(3.4)	348
15 jaar +	22.2	(3.3)	13.6	(3.5)	87
totaal	21.3	(3.7)	14.2	(3.3)	689

*) sign.: $F=3.58$ $p<0.05$

C.T.S. naar sektor en instelling

Over de hospitalisatiethese verschillen de verpleegkundigen in de longstay en de shortstay niet van mening. Dat geldt echter wel voor de ziekthetese. Verpleegkundigen die in de shortstay-sektor werkzaam zijn vinden gemiddeld iets minder dat chroniciteit beschouwd moet worden als gevolg van ziekte, dan hun kollega's uit de longstay-sektor (gem. shst. 21.0, lst. 21.6; $t=2.13$, $p<0.05$).

Ook tussen verpleegkundigen van de deelnemende instellingen is er verschil van mening over chroniciteit. Zowel voor de scores op de ziekthetese-schaal als voor de scores op de hospitalisatiethese-schaal zijn er significante verschillen tussen de verpleegkundigen uit verschillende instellingen (zie *Tabel 6.5*).

Bij de hospitalisatiethese valt vooral de relatief lage score van instelling D op. De verpleegkundigen uit die instelling maken deel uit van diegenen die het meest van mening zijn dat chroniciteit een gevolg is van ziekte, zij zijn eveneens het minst van mening dat chroniciteit een gevolg is van institutionalisering.

Tabel 6.5. C.T.S. uitgesplitst naar instellingen

	ziektethese *)		hospitalisatiethese. **)	
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)
A	21.6	(3.4)	14.4	(3.3)
B	21.1	(3.7)	14.6	(3.4)
C	22.2	(3.0)	14.0	(3.2)
D	22.3	(3.4)	12.9	(3.0)
E	20.5	(3.8)	14.1	(3.5)
F	20.5	(3.5)	14.6	(3.3)
totaal	21.1	(3.7)	14.3	(3.3)

*) significant: $F = 5.33$ $p < 0.001$ **) significant: $F = 3.85$ $p < 0.002$

6.2. Beroepsidentifikatie

Konstruktie van de Verpleegkundige Identifikatie Schaal (V.I.S.)

Uit de interviews bleek dat de beroepsidentifikatie niet eenduidig is. Zoals in hoofdstuk 1 besproken is spitst de discussie rond de beroepsidentiteit van psychiatisch verpleegkundigen zich toe op de vraag of zij primair verpleegkundige zijn danwel therapeut. Bij de meting van de identifikatie wordt derhalve uitgegaan van twee benaderingen namelijk identifikatie met verplegen en identifikatie met therapeuten. Ook de identifikatie schaal werd samengesteld aan de hand van uitspraken uit de interviews. Het bestaan van de veronderstelde factoren wordt inderdaad bevestigd met faktoranalyse. Alvorens deze nader te bespreken zal eerst aandacht besteed worden aan enkele antwoorden die men gaf op de uitspraken. Deze zijn in Tabel 6.6. opgenomen. Enkele uitspraken werden vanwege scheefheid van de verdeling van de antwoorden niet opgenomen of maakten geen deel uit van de bedoelde factoren. Ze zijn echter zeer de moeite waard om hier weer te geven. Vandaar dat aan de tabel ook een restgroep toegevoegd is. Gezien de discussie over verplegen als een ondeelbaar beroep (zie hfdst. 1), zijn vooral de antwoorden op de vragen naar de overeenkomst met de ziekenhuisverpleging en de zwakzinnigenzorg van belang.

Ruim een kwart (27%) van de respondenten is van mening dat hun werk veel overeenkomst met het werk van een A-verpleegkundige heeft; 64% van de deelnemers aan de enquête is het daar niet mee eens. Ook de overeenkomst van de 'B-verpleging' met de 'Z-verpleging' wordt door de helft (50%) van de respondenten verworpen. Meer dan een derde (37%) vindt evenwel dat de 'B-verpleging' en de 'Z-verpleging' veel overeenkomst hebben. De mening over de overeenkomst met de A-verpleging verschilt niet tussen verpleegkundigen in de longstay en de shortstay.

Tabel 6.6. Frekwenties V.I.S. in procenten, en faktorladingen
(varimax rotatie)

		eens g/m	oneens	faktorlading	
<i>Verpleegkundige beroepsrol</i>					
1.	Verpl. opleiding is voor- waarde voor dit werk	75	5	20	.85 .01
2.	Je moet verpleeegk. zijn om dit werk te doen	74	4	20	.85 .03
3.	Je moet verpleegk. zijn van- wege de vakkennis	81	3	16	.75 .09
4.	Je hoeft geen verplk. te zijn, persoon is belangr.	14	7	77	-.73 .01
5.	Met alleen een opl. I.W. kun je dit werk ook doen	18	23	59	-.71 .01
6.	Je moet verplk. zijn voor begeleiding op sociaal vlak	54	7	54	.69 .07
7.	Mijn werk als psychiatr. verplk. is geen verplegen	32	6	62	-.37 .24
<i>Therapeutische beroepsrol</i>					
1.	Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van psycholoog	44	9	47	-.01 .86
2.	Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van psychiater	31	8	56	.02 .02
3.	Mijn werk heeft veel overeenkomst met maatschappelijk werker	51	8	41	.02 .80
4.	Mijn werk heeft veel overeenkomst met werk van ergotherapeut	28	17	55	.09 .59
5.	Ik ben een soort co-therapeut (van de behandelaar)	41	6	53	.03 .48
6.	Ik ben meer therapeutisch dan verpleegkundig bezig	63	5	24	-.08 .39
		eigenwaarde verklaarde variantie		3.6 28%	2.8 22%
<i>Restgroep</i>		eens	g/m	oneens	
-	Verpleegk. basis is nodig om dit werk te doen	88	3	8	
-	Je doet pat. tekort als er geen verpl. op afd. werken	87	5	8	
-	Dit werk kan goed door vrij- willigers gedaan worden	6	7	87	
-	Een ervaren huismoeder kan dit werk ook doen	5	4	91	
-	Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een A-verpleegkundige	27	9	64	
-	Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van Z-verpleegkundige	37	12	50	

De mening over de gelijkenis met de Z-verpleging verschilt wel tussen verpleegkundigen in de shortstay en de longstay ($\chi^2=36.6$ $p<0.01$). Van de respondenten uit de longstay is 46% het eens en 40% oneens met de overeenkomst tussen Z-verpleging en B-verpleging. Van de respondenten uit de shortstay is 29% het hiermee eens en 61% het oneens.

Tijdens de verkenning door middel van interviews werd door ongeveer de helft van de geïnterviewden gesteld dat het niet echt nodig was om verpleegkundige te zijn voor hun werk: het begeleiden van chronische patiënten (zie hfdst. 2). De gegevens uit de enquête laten een geheel ander beeld zien. Slechts 5% van de respondenten vindt dat een 'ervaren huismoeder' hun werk ook zou kunnen doen. Een nagenoeg even klein aantal (6%) respondenten vindt dat het werk goed door vrijwilligers gedaan kan worden. De overgrote meerderheid (87%) van de respondenten vindt dat men patiënten tekort doet, als *geen* verpleegkundigen op de afdelingen werken.

Een ongeveer even grote groep (88%) is van mening dat een verpleegkundige basis nodig is, vanwege de vakkennis. Dit komt overeen met het antwoord op de eerste zeven vragen van *Tabel 6.6*, waaruit blijkt dat zo'n drie kwart van de respondenten vindt dat je verpleegkundige moet zijn, of een verpleegkundige opleiding gevolgd moet hebben, om het werk te doen.

Resumerend betekent dit dat psychiatrisch verpleegkundigen van mening zijn dat zij een beroep uitoefenen, dat zich onderscheidt van het werken als verpleegkundige in algemene ziekenhuizen en zwakzinnigeninstellingen en dat niet door ongekwalificeerd personeel uitgeoefend kan worden. Men ziet psychiatrisch verplegen als een vak, waarvoor bepaalde vakkennis van belang is.

Samenstelling subschalen: identifikatie verplegen/therapeuten

Zoals reeds gesteld, werden met behulp van faktoranalyse twee subschalen samengesteld. Deze factoren betreffen de identifikatie met verplegen en de identifikatie met therapeuten. (resp. vraag 1 - 7 en vraag 8 - 13 uit *Tabel 6.6*).

De op basis van de factoren door middel van somskores samengestelde schalen vertonen geen samenhang ($r=0.01$); hetgeen betekent dat identifikatie met verplegen niets zegt over identifikatie met therapeuten. De interne consistentie van de schalen is voldoende, zoals blijkt uit *Tabel 6.7*.

Tabel 6.7. Schaalwaarden V.I.S. *)

	<i>alfa</i>	gem.	s.d.	min-max	items
identifikatie verplegen	0.82	25.5	5.3	7-35	7
identifikatie therapeut	0.76	17.3	5.0	6-30	6

*) somskores

V.I.S. naar persoonskenmerken

De skores op de identifikatieschalen vertonen alleen statistisch signifikante verschillen met funktie en het al dan niet bezitten van een diploma inrichtingswerk. Dit betekent dat er geen verschillen in beroepsidentifikatie zijn tussen mannen en vrouwen, alsmede tussen psychiatrisch verpleegkundigen met veel of weinig ervaringsjaren.

Funktie

Hoewel er geen verschil in beroepsidentifikatie is naar ervaring, wordt wel een verschil aangetoond tussen funktionarissen die in verschillende posities werkzaam zijn. De identifikatie met verplegen is het laagste bij teamleden en het hoogste bij koördinerende afdelingshoofden (zie Tabel 6.8.). Dit is opmerkelijk omdat afdelingshoofden het minst daadwerkelijk verplegen. Wellicht denken zij wel het meeste in termen van professionalisering.

Tabel 6.8. V.I.S. uitgesplitst naar funktie

	ident. verpl. *)		ident. therap.	
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)
teamlid	25.1	(5.3)	17.2	(4.8)
waarnemend hoofd	27.1	(5.1)	17.7	(5.2)
afdelingshoofd	26.9	(5.3)	16.6	(5.3)
koörd. afdelingshoofd	27.8	(5.8)	18.7	(4.4)
totaal	25.4	(5.2)	17.4	(5.0)

*) sign: $F = 5.98$ $p < 0.001$

Opleiding inrichtingswerk

De opleiding inrichtingswerk is een sociaal agogische opleiding die gevolgd kon worden aan sociale akademies. In die zin mag verwacht worden dat het volgen van zo'n opleiding door verpleegkundigen hen dichter bij de therapeuten brengt dan alleen een verpleegkunde opleiding.

Verpleegkundigen die een opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben identificeren zich gemiddeld evenwel niet meer of minder met therapeuten dan verpleegkundigen zonder zo'n opleiding. Wel is de identifikatie met verplegen gemiddeld onder verpleegkundigen/inrichtingswerkers lager dan onder verpleegkundigen die geen diploma inrichtingswerk bezitten (resp.: 36.6 en 39.4; $t=2.50$ $p<0.01$), dan hun kollega's die alleen een verpleegkunde opleiding gevolgd hebben. Dit wijst er op dat het gevolgd hebben van een opleiding inrichtingswerk mogelijk leidt tot een verminderde identifikatie met verplegen, doch niet tot een hogere identifikatie met therapeuten.

V.I.S. naar sektor en instelling

Volgens Holman (1986) zouden verpleegkundigen in de shortstay eerder neigen naar 'therapeut' zijn, doordat zij hun identiteit ontleen aan andere disciplines. In de longstay ligt die identifikatie minder voor de hand, aangezien daar minder met andere disciplines samengewerkt wordt.

Dit verschil in beroepsidentifikatie kan in het onderhavige onderzoek niet bevestigd worden. Zowel voor de identifikatie met verplegen, als de identifikatie met therapeuten, blijken geen significante verschillen tussen de verpleegkundigen uit de beide sectoren aantoonbaar.

Tussen beide beroepsidentifikaties bestaat geen samenhang. Een hoge identifikatie met verplegen wijst dus niet op een lage identifikatie met therapeuten. Om meer inzicht te verkrijgen in de beroepsidentifikatie zijn daarom vier categorieën samengesteld, variërend van hoge identifikatie met therapeuten en verplegen tot een lage identifikatie met beide. Voor het bepalen van de grens tussen hoog en laag is uitgegaan van de mediaan (kleiner of gelijk aan de mediaan is laag; groter dan de mediaan is hoog).

In Tabel 6.9. zijn de respondenten per sektor verdeeld over de vier categorieën.

De respondenten die zich het minst identificeren met beide beroepsrollen zijn relatief oververtegenwoordigd in de longstay. Twee keer een hoge identifikatie is relatief meer aanwezig bij de shortstay. Een hoge identifikatie met de therapeutische beroepsrol en een lage met verplegen is eveneens meer aanwezig in de shortstay. Dit patroon wijst inderdaad in de richting van een hogere identifikatie met therapeuten op de shortstay; significant zijn de verschillen echter niet!

Tabel 6.9. Identifikatie uitgesplitst naar sektor in procenten

identifikatie verplegen: identifikatie therapeut:	laag hoog	laag laag	hoog hoog	hoog laag	totaal	n
shortstay	24	27	21	28	100	320
longstay	20	35	17	28	100	323
totaal	22	31	19	28	100	643

χ^2 : 5.40, niet significant

Tussen de instellingen zijn wel verschillen in zowel identifikatie met verplegen, als identifikatie met therapeuten (zie Tabel 6.10.).

Aangezien er geen verschillen tussen de sectoren zijn, en slechts gedeeltelijke verschillen voor de persoonskenmerken, wijst dit erop dat verschillen in beroepsidentifikatie eerder gezocht moeten worden in verschillen in de instellingen.

Tabel 6.10. V.I.S. uitgesplitst naar instellingen

instelling	ident. verpl. *) gem. (s.d.)	ident. therap. **) gem. (s.d.)
A	24.1 (5.7)	17.5 (4.7)
B	26.9 (4.7)	17.6 (4.6)
C	24.9 (5.6)	17.0 (5.3)
D	25.7 (4.7)	16.7 (4.8)
E	26.0 (5.4)	18.3 (5.1)
F	26.0 (5.2)	16.2 (4.9)
totaal	25.4 (5.2)	17.4 (5.0)

*) significant: $F = 4.23$ $p < 0.001$ **) significant: $F = 2.43$ $p < 0.05$

6.3. Burnout

Voor het meten van burnout is gebruik gemaakt van de Maslach Burnout Inventory schaal (M.B.I.), die ontwikkeld is door Maslach en Jackson (1981). Dit instrument bestaat uit drie dimensies: emotional exhaustion, personal accomplishment en depersonalization; respectievelijk te vertalen als emotionele uitputting, persoonlijke voldoening en depersonalisatie.

Emotionele uitputting geeft het meeste weer wat met burnout bedoeld is: het gebrek

aan emotionele energie om adequaat op problemen van patiënten te reageren. Men vervalt in routine en vermijdt de emotionele betrokkenheid (Keirse, 1987a).

Persoonlijke voldoening is een vrije vertaling van personal accomplishment. De vertaling is niet geheel overeenkomstig het engelstalige begrip. Bedoeld wordt daarmee namelijk de voldoening die men put uit het eigen handelen, doordat men resultaten van het werk ziet of vertrouwen heeft in het eigen handelen ¹⁾.

Depersonalisatie is een vorm van cynisme die tot uitdrukking komt in een negatieve visie op de problemen van patiënten. Men wil het liefst niet met de problemen van patiënten opgezadeld worden en reduceert patiënten tot gevallen.

Het meetinstrument

Het instrument werd vertaald in het Nederlands en vervolgens uitgetest. ²⁾ De antwoordschaal volgens het Hassles Scale type werd daarbij letterlijk overgenomen. Zo'n schaal bestaat uit twee antwoordgroepen waarvan er één betrekking heeft op de frekwentie waarin zich bepaalde gevoelens voordoen, en de andere op de intensiteit daarvan. De eerste schaal loopt via zes stappen van 'enkele malen per jaar' tot 'elke dag'. De tweede is een zevenpuntsschaal lopend van 'erg sterk' tot 'erg zwak'. Per item werd zo twee antwoorden verkregen. Aangezien bij het uittesten bleek dat men moeite had met beide schalen is besloten om gebruik te maken van een vijf-puntsschaal (nooit ... erg vaak) voor de frekwentie, en een vijfpuntsschaal (erg sterk ... erg zwak) voor de intensiteit ³⁾.

Betrouwbaarheid van het instrument

De betrouwbaarheid van de subschalen komt redelijk overeen met het oorspronkelijke instrument (zie *Tabel 6.11.*). Alleen de interne consistentie van de frekwentie meting van de depersonalisatie-schaal is aan de lage kant.

¹⁾ Hoewel persoonlijke voldoening wellicht doet denken aan arbeidssatisfactie, is dat toch niet hetzelfde. In de literatuur worden verschillende resultaten aangetroffen over onderzoek naar het verband tussen burnout en arbeidssatisfactie. Maslach en Jackson (1981) wijzen erop dat er geen verband is tussen beide begrippen.

²⁾ Voor het vertalen van het instrument is toestemming verkregen van de auteurs. Dr. R.Bambang Oetomo was behulpzaam bij de vertaling en de aanpassing van de items voor het Nederlandse taalgebied.

³⁾ In Bijlage B.4. zijn de items van de schalen opgenomen.

Tabel 6.11a. Betrouwbaarheid M.B.I.

	frekwentie		intensiteit	
	M.*)	D.**)	M.*)	D.**)
gehele schaal	0.83	0.71	0.84	0.81
emotionele uitputting	0.89	0.84	0.86	0.77
persoonlijke voldoening	0.74	0.72	0.74	0.73
depersonalisatie	0.77	0.58	0.72	0.67

*) Maslach & Jackson, 1981

**) Dit onderzoek

Tabel 6.11b. Schaalwaarden M.B.I. (somscores)

	frekwentie		intensiteit	
	gem.	(s.d.)	gem.	(s.d.)
emotionele uitputting	17.8	(4.0)	20.3	(6.1)
persoonlijke voldoening	17.3	(3.6)	37.1	(3.7)
depersonalisatie	12.8	(2.8)	13.1	(5.4)

De Pearson korrelaties tussen de frekwentie- en de intensiteitsmetingen zijn voor emotionele uitputting 0.82; voor persoonlijke voldoening 0.70 en voor depersonalisatie 0.83 (alle sign. $p < 0.001$). Deze korrelaties zijn hoger dan bekend is van het oorspronkelijk instrument waarbij de korrelaties in diverse onderzoeken varieerden tussen 0.35 tot 0.73 (Maslach en Jackson, 1981). Volgens de ontwerpers blijkt een aparte meting van frekwentie en intensiteit toch van belang, aangezien bepaalde persoons- of omgevingskenmerken soms slechts met één van beide metingen samenhang vertonen. Om de analyses niet onnodig ingewikkeld te maken zal in dit onderzoek slechts van één meting gebruik gemaakt worden. De onderlinge samenhang tussen de schalen voor intentie en frekwentie laat dat immers toe. Gekozen wordt voor de intensiteitsmeting, aangezien de interne consistentie daarvan voor depersonalisatie beter is dan bij de frekwentie meting.

Voor het vergelijken van de gegevens met het oorspronkelijke instrument, zal wel gebruik gemaakt worden van frekwentie en intensiteitsmetingen.

Net als bij het oorspronkelijke instrument is er geen hoge korrelatie tussen persoonlijke voldoening en de andere schalen. Dit wijst erop dat persoonlijke voldoening niet gezien dient te worden als komplementair aan emotionele uitputting of depersonalisatie.

Interkorrelaties tussen de subschalen zijn vooral aanwezig tussen emotionele uitputting en depersonalisatie (zie Tabel 6.12.).

Tabel 6.12. Interkorrelaties subschalen M.B.I.(Pearson)

<div> <div>frekwentie</div> <div>intensiteit</div> </div>	emot. uitp.		pers. vold.		depersonal.	
	D.	(M.)	D.	(M.)	D.	(M.)
emotionele uitputting			-0.11	(-0.17)	0.47	(0.44)
persoonlijke voldoening	0.15	(-0.05)			-0.27	(-0.28)
depersonalisatie	0.54	(0.50)	0.01*	(-0.22)		

D.: Dit onderzoek M.: Maslach & Jackson, 1981

*) niet significant; de overige korrelaties van dit onderzoek zijn significant bij $p < 0.01$

De hoge korrelatie tussen emotionele uitputting en depersonalisatie geeft aan dat het om aparte, doch gerelateerde aspecten van burnout gaat; hetgeen overeenkomt met de verwachting van de auteurs van het instrument (Maslach & Jackson, 1981).

Burnout naar persoonskenmerken

Voor de intensiteitsmeting van burnout is in dit onderzoek alleen onderscheid gebleken naar geslacht. Verschillen naar functie en ervaring zijn er niet voor de intensiteit van burnout.

De ontwerpers van de burnoutschaal beschrijven verschillen tussen mannen en vrouwen voor burnoutscores. Mannen scoren op emotionele uitputting lager, doch op alle andere schalen hoger (Maslach & Jackson, 1981). Een probleem met het vergelijken van mannen en vrouwen bestond voor de ontwerpers van het instrument daaruit, dat de vergelijking tevens een vergelijking van verschillende beroepsgroepen was ⁴⁾. Men kon dus niet met zekerheid stellen dat de verschillen inderdaad gerelateerd waren aan geslacht.

In een Nederlands onderzoek naar burnout onder leraren werden hogere scores voor mannen op alle schalen aangetroffen. (Van Ginkel, 1987). In dat onderzoek ging het om zowel mannelijke als vrouwelijke leerkrachten, dus mensen die in hetzelfde beroep werkzaam zijn. De bevindingen van burnout bij psychiatrisch verpleegkundigen komen voor wat betreft geslacht overeen met het onderzoek onder leerkrachten. Mannen scoren gemiddeld op alle schalen hoger dan vrouwen (zie Tabel 6.13). De verschillen zijn bij persoonlijke voldoening evenwel niet statistisch significant.

⁴⁾ Het betrof namelijk typische (Amerikaanse) mannen- en vrouwenberoepen zoals de politie en de verpleging.

Tabel 6.13. Burnout uitgesplitst naar geslacht

	emot.uitp. *) gem. (s.d.)	pers.vold. gem. (s.d.)	depersonal. **) gem. (s.d.)
mannen	20.8 (5.8)	37.2 (3.6)	13.9 (5.0)
vrouwen	20.0 (6.4)	37.1 (3.9)	12.6 (5.6)

*)sign. $t=1.95$ $p<0.05^{**}$) sign. $t=3.36$ $p<0.01$

Burnout en de sektor

Burnout, gemeten als emotionele uitputting en verminderde voldoening, is op shortstay-afdelingen hoger dan op longstay-afdelingen. Verpleegkundigen op shortstay-afdelingen scoren significant hoger op emotionele uitputting ($t=2.09$ $p<0.05$) en significant lager op persoonlijke voldoening ($t=2.08$ $p<0.05$) dan de collega's op de longstay-afdelingen.

Als verklaring voor de lagere burnout bij psychiatrisch verpleegkundigen dan bij ziekenhuisverpleegkundigen werd door Dolan (1987) de verklaring gegeven dat dit zou komen door de langere opnameduur van patiënten in psychiatrische instellingen. De bevindingen van dit onderzoek lijken deze verklaring eveneens te bevestigen binnen de psychiatrische verpleging, aangezien de opnameduur in de longstay langer is dan in de shortstay.

Burnout naar instelling

Tussen de instellingen is er significant verschil in de scores op de burnoutschalen voor persoonlijke voldoening en emotionele uitputting (Tabel 6.14.)

Tabel 6.14. Burnout uitgesplitst naar instellingen

instelling	emot.uitp. *) gem. (s.d.)	pers.vold. **) gem. (s.d.)	depersonal. gem. (s.d.)
A	21.0 (6.4)	36.3 (4.1)	14.1 (5.0)
B	20.6 (6.3)	38.2 (3.2)	13.1 (5.1)
C	19.1 (6.4)	36.6 (3.1)	12.7 (5.7)
D	20.8 (5.4)	37.3 (3.6)	13.0 (5.3)
E	21.5 (6.0)	38.0 (3.4)	13.1 (5.6)
F	18.1 (6.4)	36.8 (4.1)	12.0 (5.6)
totaal	20.3 (6.1)	37.2 (3.6)	13.1 (5.4)

*) significant: $F = 4.38$ $p<0.001$

**)significant: $F = 4.72$ $p<0.001$

In instelling F is de emotionele uitputting relatief het laagste. De persoonlijke voldoening is daar evenwel niet meer dan gemiddeld. Aangezien in deze instelling de totale respons beduidend lager was dan in de overige psychiatrische centra, zou deze lage score mogelijk te wijten kunnen zijn aan een selectieve non-respons.

6.4. Samenhang chroniciteit, identifikatie en burnout

In hoofdstuk 3 is reeds gewezen op de verbanden tussen de beroepsidentifikatie en de visie op chroniciteit. Beide begrippen staan onder invloed van dezelfde ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de overgang van overwegend medisch denken naar het sociaal-agogisch denken. Ook de uitwerking van de begrippen past in dit kader van medisch tegenover sociaal: ziekththese versus hospitalisatiethese: identifikatie met verplegen versus identifikatie met therapeuten ⁵⁾.

De gemeenschappelijke idee achter de beroepsidentifikatie en de visie op chroniciteit veronderstelt een zekere samenhang. Toch wordt die slechts in beperkte mate door het onderzoek bevestigd (zie Tabel 6.15.). Tussen identifikatie met therapeuten en chroniciteit is geen enkel verband aangetroffen. Wel is er verband tussen identifikatie met verplegen en de chroniciteit these schalen. Naarmate verpleegkundigen zich meer met verplegen identificeren zijn zij meer voorstander van de ziekththese ($r=0.22$, $p<0.01$) en minder van de hospitalisatiethese ($r=-0.22$, $p<0.01$).

Tabel 6.15. Pearson korrelaties chroniciteit identifikatie en burnout

	chroniciteit		identifikatie		burnout	
	ziektethese	hosp.these	therap. verpl.		emot.	vold.
hospitalisatie	-.24**)					
ident. therap.	.03	.00				
ident. verpleg.	.22**)	-.22**)	.04			
emotionele uitput.	.05	-.00	.05	-.03		
persoonlijke vold.	-.02	-.05	.10*)	.08	.15**)	
depersonalisatie	-.04	.06	-.05	-.14**)	.55**)	-.03

*) $p<0.01$

**) $p<0.001$

⁵⁾ Voor de goede orde wordt er nogmaals op gewezen dat therapeut hier bedoeld is als begeleider en behandelaar in meer andragogische zin, als onderscheid ten opzichte van medisch therapeutisch behandelaar.

Burnout is van een andere orde dan de hiervoor behandelde begrippen. Tussen burnout en chroniciteit werden dan ook geen verbanden aangetroffen in het onderzoek. Verband tussen burnout en identifikatie blijkt er wel, doch alleen voor depersonalisatie en identifikatie met verplegen ($r = -.14$, $p < 0.01$). Naarmate men minder gedepersonaliseerd is, is de identifikatie met verplegen groter. Mogelijk wijst dit erop dat de depersonalisatie niet enkel betrekking heeft op de persoon zelf in relatie tot de patiënt, doch ook op de relatie met de directe omgeving waar deze van deel uitmaakt: de verpleegafdeling.

Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de centrale onafhankelijke variabelen uitgewerkt. Opvattingen van verpleegkundigen over chroniciteit bestaan uit twee schalen respectievelijk betreffende: de hospitalisatiethese en de ziekththese. Beroepsidentifikatie wordt onderscheiden in identifikatie met verplegen en identifikatie met therapeuten. Burnout omvat emotionele uitputting, persoonlijke voldoening en depersonalisatie. Verpleegkundigen die op longstay-afdelingen werken opteren meer voor de ziekththese, dan hun kollega's uit de shortstay. Verpleegkundigen die een opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben opteren meer voor de hospitalisatiethese en minder voor de ziekththese, dan verpleegkundigen zonder een diploma inrichtingswerk. Ook is de identifikatie met verplegen bij de verpleegkundigen/inrichtingswerkers kleiner. In tegenstelling tot wat verwacht werd is er geen verschil in identifikatie met verplegen dan wel met therapeuten tussen verpleegkundigen die in de longstay en de shortstay werkzaam zijn.

Burnout verschilt tussen de sectoren. In de shortstay is de emotionele uitputting hoger en de persoonlijke voldoening lager dan in de longstay.

Tot slot blijkt een verband aantoonbaar tussen chroniciteit en identifikatie. Naarmate verpleegkundigen zich meer met verplegen identificeren opteren zij meer voor de ziekththese en minder voor de hospitalisatiethese.

In het volgende hoofdstuk zal nagegaan worden hoe de hier besproken variabelen samenhangen met de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen.

7. VERKLARING VAN VERSCHILLEN IN TAAKOPVATTINGEN

Inleiding

De nadruk ligt in dit hoofdstuk op het beantwoorden van de vraag welke kenmerken van psychiatrisch verpleegkundigen de meeste samenhang vertonen met hun taakopvattingen. In eerste instantie wordt nagegaan in welke mate taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen, conform het onderzoeksmodel, samenhangen met de visie op chroniciteit, de identifikatie met verplegen en burnout. Daarna zal nagegaan worden in welke mate deze en de overige onafhankelijke variabelen gezamenlijk verband houden met de taakopvattingen.

7.1. Samenhang taakopvattingen met visies over chroniciteit, identifikatie en burnout

In hoofdstuk 5 zijn de taakopvattingen al in verband gebracht met de sektor, de instellingen en enkele persoonskenmerken. In deze paragraaf wordt nagegaan wat de verbanden tussen de taakopvattingen en de in het vorige hoofdstuk behandelde variabelen zijn. In *Tabel 7.1* zijn daartoe de Pearson korrelaties weergegeven. Daarbij is tevens onderscheid gemaakt tussen de sectoren longstay en shortstay.

Tabel 7.1. Pearson korrelaties taakopvattingen met visie op chroniciteit, beroepsidentifikatie en burnout

	longstay			shortstay		
	zorg	begel.	overleg	zorg	begel.	overleg
hospitalisatiethese	.05	-.06	-.07	.01	.08	-.11
ziektethese	.02	.05	.08	-.03	-.10	.03
identifikatie verpl.	.03	.12	.27**)	.06	-.10	-.10
identifikatie ther.	-.08	.20**)	.04	.00	.09	.09
emotionele uitputting	.07	.04	.02	.02	-.14*)	.04
persoonlijke voldoening	.09	.14*)	.14*)	.03	.20**)	.07
depersonalisatie	-.03	-.09	.03	.01	-.09	.03

*) $p \leq 0.01$

**) $p \leq 0.001$

Het veronderstelde verband tussen de visie op chroniciteit en de taakopvattingen wordt niet aangetroffen. De beroepsidentifikatie hangt wel, doch slechts in beperkte mate, en alleen in de longstay, samen met de taakopvattingen. Zo blijkt er een significant verband aantoonbaar tussen identifikatie met verplegen en overleggericht-

heid ($r=.27$). Dat wil zeggen dat diegenen die zich veel met verplegen identificeren ook veel overleggerichte taken verrichten. Opmerkelijk is hier niet alleen het ontbreken van een significant verband in de shortstay, maar ook de tegengestelde richting van de verbanden. In de longstay is er een positief, in de shortstay een negatief verband tussen identifikatie met verplegen en overleggerichtheid.

Voor identifikatie met therapeuten is er, eveneens alleen in de longstay, een positief verband aantoonbaar met begeleidingsgerichtheid ($r=.20$): verpleegkundigen uit de longstay die zich meer met therapeuten identificeren, verrichten meer begeleidingsgerichte activiteiten.

Tussen burnout en de taakopvattingen blijken eveneens slechts in beperkte mate verbanden aantoonbaar. Een negatieve korrelatie tussen emotionele uitputting en begeleidingsgerichtheid ($r=-.14$) wordt aangetroffen in de shortstay. Tussen persoonlijke voldoening en begeleiding is zowel in de longstay ($r=.14$) als in de shortstay ($r=.20$) een significant verband aantoonbaar. Alleen in de longstay wordt een verband tussen persoonlijke voldoening en overleggerichtheid aangetroffen ($r=.14$).

Tussen de taakopvattingen en de depersonalisatie worden geen significante verbanden aangetroffen.

Hoewel er slechts in geringe mate significante verbanden aangetroffen zijn, is uit de wel aantoonbare verbanden op te maken dat de sektor een belangrijke rol speelt. Van de zes significante verbanden zijn er vier in de longstay aangetroffen. Het trekken van konklusies daaruit zou evenwel voorbarig zijn. Tot nu toe zijn de verbanden bivariaat van aard. Dat wil zeggen: bij vaststelling van de samenhang tussen een verklarende variabele en een taakopvatting is geen rekening gehouden met de eventuele invloed van de andere verklarende variabelen op het verband. Alvorens definitieve uitspraken te doen is het noodzakelijk een multivariate analyse uit te voeren, waarbij wel rekening wordt gehouden met de onderlinge relaties tussen de verklarende variabelen en de taakopvattingen.

7.2. Multivariate samenhangen tussen de taakopvattingen en de verklarende variabelen

Als techniek van multivariate analyse is gekozen voor stapsgewijze multiple regressie, waarbij steeds een van de drie taakopvattingen als afhankelijke variabele fungeert. Het grote aantal respondenten ($n=697$), alsmede het metrisch karakter van een belangrijk aantal van de variabelen maakt toepassing van regressie-analyse mogelijk. Een speciaal probleem hierbij vormt de variabele **instelling**. De zes psychiatrische centra samen vormen de nominale, niet-metrische variabele: instelling. Deze is metrisch gemaakt door te werken met zes zogenaamde dummy-variabelen. Zo'n variabele geeft dan aan of een respondent wel of niet in instelling A (resp. B C D E

F) werkt. Vervolgens worden vijf van deze dummy-variabelen in de regressievergelijking opgenomen. De zesde wordt niet meegenomen, omdat anders statistische ongerijmdheden ontstaan, zoals bijvoorbeeld partiële korrelaties tussen de instellingen van -1.00.

Tabel 7.2. geeft een overzicht van de uitkomsten van de regressie-analyses.

Tabel 7.2. Multiple regressie analyse taakopvattingen (bèta-waarden)

	zorg.	begeleid.	overleg
sektor (1 = shortstay; 2 = longstay)	.25	-.22	-.23
instelling (5 dummy's; hoogste bèta =)		.11	-.11
functie (1 = laag; 4 = hoog)	-.14	-.15	.35
geslacht (1 = man; 2 = vrouw)			
ervaring (aantal jaren)	-.17		
opl. inricht.werk (1 = ja; 2 = neen)			
ident.ther.		.17	
ident.verpl.			.10
hosp.these ziektethese			
pers.voldoen. emot.uitput. depersonalisatie		.17 -.11	.08*)
r^2	15	15	22
adj. R^2	16	16	23

*) significant bij $p < 0.01$; alle overige bèta's zijn significant bij $p < 0.001$

De taakopvattingen hebben gemeen dat zij alle drie samenhang vertonen met de sektor, met het leidinggevend karakter van de functie en de instelling waar men werkt. Wie bij chronische patiënten werkzaam is, is vooral gericht op persoonlijke zorg en minder op begeleiding- en overleggerichtheid. Leidinggevendenden hebben vooral overleggerichte werkzaamheden en zijn minder direkt betrokken bij de individuele begeleiding en persoonlijke zorg. Voorts blijkt dat elke instelling een uniek effect heeft op de taakopvattingen. Alle psychiatrische instellingen tonen één of meer statistisch significante verbanden, ook al zijn de regressie-koëfficiënten niet erg hoog.

Geen enkel effect geeft geslacht, het al dan niet bezitten van een diploma inrichtingswerk, de visie op chroniciteit en depersonalisatie.

Resumerend kan uit de regressie-analyse het volgende gekonkludeerd worden.

De opvattingen over chroniciteit en het beroep hebben minder samenhang met de taakopvattingen dan werd verwacht. Opvattingen over chroniciteit doen ten aanzien van de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen zelfs in het geheel niet ter zake. Duidelijke verbanden bestaan alleen met de begeleidingsgerichtheid. Die psychiatrisch verpleegkundigen, die in zijn werk sterk de nadruk legt op de individuele begeleiding en de autonomie van de patiënt, voelt zich meer therapeut dan verpleegkundige.

Burnout toont opvallend weinig relatie met de taakopvattingen. In zoverre er verband is wijst dit erop dat diegenen die meer onderhevig zijn aan burnout minder begeleidingsgericht zijn.

Een interessante, maar enigszins losstaande bevinding heeft betrekking op ervaring. Verpleegkundigen met veel dienstjaren besteden, onafhankelijk van het feit of zij al dan niet in een leidinggevende functie werkzaam zijn, minder tijd aan, zijn althans minder gericht op, persoonlijke verzorging en huishoudelijke taken. Mogelijk houdt dit verband met de werkverdeling, waarbij vooral de langer gediplomeerden zich minder hoeven te richten op de zorgverlening met betrekking tot de alledaagse activiteiten van patiënten.

Het meest opmerkelijk is het verschil in taakopvattingen tussen de instellingen onderling. Dit verschil blijkt ook stand te houden, wanneer het effect van de sectoren in de analyses betrokken wordt. In de volgende paragraaf zal daarom het verschil in taakopvattingen tussen verpleegkundigen in de deelnemende instellingen uitvoeriger belicht worden.

7.3. Bespreking van de belangrijkste verklarende variabelen

In de vorige paragraaf is nagegaan welke van de verklarende variabelen effect hebben op de taakopvattingen. In deze paragraaf zullen de belangrijkste bevindingen nader toegelicht worden. Daarbij zal vooral aandacht besteed worden aan de onderlinge samenhang tussen de verklarende variabelen.

Sektor, instelling en functie

De drie determinanten die het meest samenhangen met de taakopvattingen zijn: sektor, functie en instelling. In de vorige paragraaf bleek reeds dat verpleegkundigen werkzaam bij chronische patiënten vooral gericht zijn op persoonlijke zorg en minder

op begeleiding en overleg met derden. Leidinggevend en daarentegen hebben vooral overleggerichte werkzaamheden en zijn minder direct betrokken bij de individuele begeleiding en de persoonlijk zorg. Wat de instellingen betreft geeft de regressie-analyse wel aan dat er een verband is met bepaalde verpleegkundige taakopvattingen, maar mede door het gebruik van dummy variabelen blijft onduidelijk hoe dit verband er uitziet. Vandaar dat de gemiddelde taakopvattingsscore ten aanzien van op de begeleiding en zorggerichte taken per instelling en sektor in een grafiek weergegeven zijn. Uit *die grafiek* blijkt dat er tussen de instellingen verschillen zijn in taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen (zie *Figuur 7.1a/b*).

Figuur 7.1.a. Zorg en begeleiding in de longstay

In de longstay was het algemene patroon: gemiddeld meer zorg dan begeleidingsgericht zijn. Dit geldt niet voor instelling A en E. In A is men in de longstay minder zorggericht dan gemiddeld. In E is men in de longstay meer begeleidingsgericht, terwijl dit in de andere instellingen juist minder is. Van de zes deelnemende psychiatrische centra is B gemiddeld het meest en A het minst zorggericht in de longstay.

In de **shortstay** was het algemene patroon tegengesteld aan de longstay, namelijk meer begeleidings- en minder zorggericht. In A is de begeleidingsgerichtheid er evenwel minder dan gemiddeld. Van de zes instellingen is C het minste zorggericht. In D is zowel de zorg- als de begeleidingsgerichtheid in de shortstay nagenoeg gelijk aan het totale gemiddelde.

Figuur 7.1.b. Zorg en begeleiding in de shortstay

Figuur 7.1.a/b. maakt duidelijk dat er nogal wat verschillen in taakopvattingen zijn. De taakopvattingen die men als verpleegkundige heeft variëren naar de instelling en de sector waar men werkzaam is. Mogelijk duidt dit op eigen instellingscultuur. Die cultuur komt namelijk tot uitdrukking in de dingen die mensen doen (Hofstede, 1986).

De regressie-analyse uit de vorige paragraaf geeft bovendien aan dat de verschillen tussen de instellingen niet veroorzaakt worden door relatief meer leidinggevende of meer ervaren verpleegkundigen in de diverse psychiatrische centra.

In de tot nu toe verrichtte analyses is ervan uitgegaan dat de gevonden verbanden voor alle groepen identiek zijn. Het is echter niet uitgesloten dat bijvoorbeeld naast het algemene effect van sector en functie, leidinggevend binnen de shortstay wat

hun taakopvattingen betreft een bijzondere groep vormen. Vandaar dat met behulp van variantie-analyse is nagegaan of mogelijke interacties tussen sektor, functie en instelling nog extra variantie verklaren van de taakopvattingen (zie *Tabel 7.3.*).

Tabel 7.3. Drieweg variantie-analyse van de invloed van sektor, functie en instelling

variantie	zorg	begeleid	overleg
instelling	$p < 0.02$	$p < 0.001$	$p < 0.002$
functie	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$
sektor	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$
instelling X functie			
instelling X sektor	$p < 0.003$	$p < 0.001$	
functie X sektor			$p < 0.03$
instelling X functie X sektor			

Uit deze analyses blijkt dat de interactie tussen instelling en sektor nog extra variantie verklaart van de begeleidingsgerichtheid en de zorggerichtheid, terwijl de interactie tussen functie en sektor nog variantie van de overleggerichtheid verklaart. Dit laatste wordt veroorzaakt doordat er geen verschil is in overleggerichtheid tussen de leidinggevendenden in de longstay en de shortstay. Voor de niet-leidinggevendenden is er daarentegen wel verschil tussen de sectoren. De niet-leidinggevende verpleegkundigen in de shortstay zijn meer overleggericht dan hun kollega's in de longstay.

Eerder is reeds gesuggereerd dat er sprake is van een mogelijk verschil in instellingscultuur dat van invloed is op de taakopvattingen. Dit blijkt evenwel niet beperkt te zijn tot een algemene tendens binnen de instellingen, doch ook te verschillen tussen de sectoren in de instellingen.

Functie en ervaringsjaren

Uit de regressie-analyse van paragraaf 7.2 blijkt dat behalve functie ook het aantal ervaringsjaren van invloed is op de zorggerichtheid. In *Figuur 7.2.* is de zorggerichtheid uitgesplitst naar aantal jaren ervaring en functie. Zoals ook uit de regressie-analyse naar voren kwam, is uit *Figuur 7.2.* af te leiden dat zowel het aantal ervaringsjaren als de functie elk een afzonderlijk effect hebben op de mate waarin men gericht is op de persoonlijk zorg. Naarmate men langer werkzaam is en indien men een leidinggevende functie heeft, richten de psychiatrisch verpleegkundigen zich

minder op de persoonlijk zorg van patiënten. Toch moeten deze algemene effecten enigszins afgezwakt worden. Uit *Figuur 7.2.* blijkt immers dat leidinggevenden en niet-leidinggevenden niet verschillen wat zorggerichtheid betreft indien beiden minder dan 5 jaar werkzaam zijn. Pas na 5 jaar ervaring treedt er een verschil tussen beide groepen op, hetgeen met name na 15 jaar ervaring aanzienlijk is.

Figuur 7.2. Funktie en ervaringsjaren uitgesplitst naar zorg

Hoewel dit voor leidinggevende sterker geldt, blijkt dat naarmate men meer jaren ervaring heeft men minder aandacht besteedt aan persoonlijke zorg. Kennelijk gelden voor meer ervaren verpleegkundigen andere taken dan voor minder ervarenen, ongeacht het feit of zij nu wel of niet in een leidinggevende functie werkzaam zijn.

Persoonlijke voldoening en de taakopvattingen

Persoonlijke voldoening als dimensie van burnout hangt samen met de begeleidings- en overleggerichte taken. uit *Tabel 7.1.* bleek dat het verband met overlegtaken alleen betrekking heeft op de longstay. Teneinde het samenhang van de taakopvattingen en de persoonlijke voldoening nader te onderzoeken zijn de korrelaties berekend per

sektor en per instelling. Daarbij is tevens onderscheid aangebracht tussen leidingge-
 venden en niet-leidinggeven- (zie *Tabel 7.4*).

De structuur van die korrelaties is alleen eenduidig bij de samenhang tussen de taken
 met persoonlijke voldoening en overleggerichtheid in de longstay: alle verbanden zijn
 daar positief. In de shortstay is dat niet het geval, vooral de relatie met leidinggeven-
 den wijkt daar af, doordat dat verband negatief is.

Tussen persoonlijke voldoening en begeleiding zijn in de longstay op één na alle
 verbanden positief. Alleen in instelling F is dat verband negatief. In de shortstay is
 er in de helft van de instellingen een negatief verband en in de andere helft een
 positief. Het verband tussen leidinggeven- is in beide sectoren positief.

Tabel 7.4. Pearson korrelaties tussen persoonlijke voldoening en de taken naar
 functie, instelling en sektor

niet-leidinggeven- instellingen								
instellingen	zorg		begel.		overleg		aantal	
	lst	shst	lst	shst	lst	shst	lst	shst
A	-.15	.03	.10	.17	.16	.13	36	81
B	-.13	-.06	.22	-.45	.02	.16	68	23
C	.02	-.40	.17	-.01	.07	.09	50	19
D	.56	.14	.30	.47	.04	.17	31	43
E	.27	-.08	.18	.27	.33	.03	38	48
F	.24	.08	-.26	-.02	.08	-.05	44	44
subtotaal	.14	-.00	.12	.15	.13	.10	267	258
leidinggeven- totaal	-.01	.21	.21	.42	.18	-.20	84	78
	.09	.03	.14	.20	.14	.07	351	336

Het verband met zorggerichte taken is eveneens weinig eenduidig, ook hier is in
 beide sectoren verschil tussen de instellingen. In enkele instellingen is er sprake van
 significante verbanden. Doordat de richting van de verbanden verschilt tussen de
 instellingen is de korrelatie met de totale groep miniem.

Resumerend kan over het verband tussen persoonlijke voldoening en de taakopvat-
 tingen, uitgesplitst naar functie, sektor en instelling, gekonkludeerd worden dat er
 tussen persoonlijke voldoening en de taakopvattingen geen robuust verband aan-
 toonbaar is. Verschillen tussen de sectoren en tussen leidinggeven- en niet-leiding-
 geven- zijn tot op zekere hoogte nog te begrijpen, maar verschillen tussen de
 instellingen vormen een, althans voorlopig, onopgelost vraagstuk.

Samenvatting

In dit hoofdstuk is met behulp van multiple regressie-analyse nagegaan welke van de verklarende variabelen verband houden met de taakopvattingen. Zowel de sektor waar psychiatrisch verpleegkundigen werken, als de instelling en de functie zijn van invloed op alle drie de componenten van hun taakopvattingen: begeleidings- zorg en overleggerichtheid. Daarbij is er sprake van een interactie-effekt tussen sektor en de instelling.

Het aantal jaren ervaring hangt niet samen met begeleidingsgerichtheid maar wel met zorggerichtheid. Meer ervaring betekent minder aandacht besteden aan persoonlijke zorg van de patiënt.

Burnout heeft slechts een beperkt effect op de taakopvattingen. Het (al dan niet significante) verband tussen persoonlijke voldoening en de taakopvattingen blijkt te verschillen tussen de aan het onderzoek deelnemende psychiatrische centra.

Geen verband bleek tussen de visie op chroniciteit en de taakopvattingen. De eerder (zie hoofdstuk 5) beschreven verbanden tussen geslacht en de taakopvattingen komen volledig voor rekening van overige verklarende variabelen. Dit geldt eveneens voor het al dan niet beschikken over een diploma inrichtingswerk.

De belangrijkste konklusie uit het onderzoek betreft de verschillen tussen psychiatrische centra ten aanzien van de taakopvattingen van de aldaar werkende psychiatrisch verpleegkundigen.

8. SLOTBESCHOUWING

Inleiding

In deze slotbeschouwing zullen op de eerste plaats de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek behandeld worden. Daarna volgt een discussie over de gevonden resultaten. Tot slot worden enkele beperkingen van het onderzoek besproken en zullen aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan worden.

8.1. Konklusies

De eerste probleemstelling van dit onderzoek heeft betrekking op de taakopvattingen van psychiatisch verpleegkundigen ten behoeve van de zorg voor de chronische psychiatische patiënt. Aan de hand van een literatuurverkenning werd duidelijk dat die taken te beschouwen zijn als een afgeleide van de functies van de psychiatische instellingen. Een belangrijke ontwikkeling in de psychiatische centra is de gewijzigde zorg voor de chronische patiënten. Uitgaande van de gedachte dat institutionalisering leidt tot het 'chronisch' worden van psychiatische patiënten is men steeds meer de nadruk gaan leggen op het bevorderen van de zelfstandigheid van deze mensen. Van verpleegkundigen wordt daarbij verwacht dat zij hun traditionele verplegersrol inruilen voor die van begeleider. Deze tendens wordt in dit onderzoek bevestigd. Psychiatisch verpleegkundigen blijken namelijk hun activiteiten in de alledaagse zorg voor de patiënt te willen verminderen en de (agogisch) begeleidende activiteiten te willen uitbreiden. Dit geldt zowel voor verpleegkundigen die in longstay-afdelingen werken, als voor verpleegkundigen die in shortstay-afdelingen werkzaam zijn.

Verpleegkundigen die in de longstay werken besteden relatief de meeste tijd aan de persoonlijke verzorging van de patiënten. In de shortstay wordt de meeste tijd besteed aan contacten met collega's en/of andere disciplines. In beide sectoren wordt de minste tijd besteed aan begeleiding bij het huishouden. In het algemeen geeft men aan van alle activiteiten het vaakst (agogisch) begeleidende activiteiten te verrichten.

Doordat bij de meting van de taakopvattingen enkele onderzoekstechnische problemen optraden konden de taakopvattingen verder alleen bestudeerd worden wat de ervaren feitelijkheid betreft. Met behulp van faktoranalyse werd daartoe onderscheid aangebracht in drie taakdimensies. De indeling van de activiteiten bestaat uit: zorg-begeleidings- en overleggerichte activiteiten. Onder de zorggerichte activiteiten wordt verstaan de begeleiding bij de alledaagse persoonlijke zorg en de begeleiding bij het huishouden. Begeleidingsgerichte activiteiten betreffen de begeleiding op psycho-

sociaal vlak en het samen met patiënten activiteiten ondernemen. Overleggerichte activiteiten betreffen het overleg van verpleegkundigen met familie van patiënten en met andere disciplines.

Van belang is in dit verband de vergelijking van deze aan empirisch materiaal ontleende indeling met de indeling van Kramer (1970) en met die van Van Bergen en Hollands (1978). Zowel bij deze auteurs als in het onderhavige onderzoek is dezelfde indeling in 'handelingen gericht op de dagelijkse zorg' en 'agogische handelen' onderscheiden. Opmerkelijk daarbij is vooral dat Van Bergen en Hollands oorspronkelijk uitgingen van een somatische deficiëntie. Hun indeling blijkt ook van toepassing wanneer een deficiëntie op psycho-sociaal vlak de aanleiding tot de zorgverlening is.

Ontwikkelingen in de visie op de problematiek van chronische psychiatrische patiënten heeft geleid tot veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. Verondersteld werd daarom dat die visie samen zou hangen met de visies van psychiatrisch verpleegkundigen op chroniciteit. Dit kon, uitgaande van een meetinstrument dat onderscheid maakt in ziekthese en hospitalisatiethese, in dit onderzoek niet bevestigd worden. Tussen de taakopvattingen en de visie op chroniciteit werd namelijk geen verband aangetoond.

Veranderingen in de psychiatrische centra hebben geleid tot een discussie omtrent de beroepsidentiteit van psychiatrisch verpleegkundigen. In het onderzoek werd daarom nagegaan of de beroepsidentifikatie verband houdt met de taakopvattingen. Daarbij werden twee beroepsrollen onderscheiden: die van verpleegkundige en die van therapeut. Slechts in beperkte mate blijkt in het onderzoek samenhang tussen de taakopvattingen en beroepsidentifikatie, namelijk dat degenen die zich meer met de therapeutische beroepsrol identificeren meer begeleidingsgericht zijn. Verpleegkundigen die zich meer met de verpleegkundige beroepsrol identificeren doen meer aan overlegtaken.

Tijdens de oriëntatiefase van het onderzoek werd door verscheidene funktionarissen gewezen op het belang van het verschijnsel burnout. Onder burnout wordt verstaan het optreden van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke voldoening. Burnout zou leiden tot een afname van de kwaliteit van de zorgverlening. In dit verband betekent dit, dat een hoge mate van burnout leidt tot minder begeleidingsgericht en mogelijk meer zorggericht zijn. De bevindingen uit het onderzoek tonen evenwel slechts verband aan tussen burnout en begeleidingsgerichte activiteiten. Daarbij betreft het een positief verband tussen persoonlijke voldoening en emotionele uitputting. Hoe hoger de burnout hoe minder men aan begeleidingsgerichte activiteiten doet. Dit wijst inderdaad in de richting van een verband tussen

burnout en de kwaliteit van de zorgverlening. Immers begeleiden is een belangrijke component van de taak van de psychiatrisch verpleegkundige. Aangetekend dient hierbij wel te worden dat de verbanden tussen persoonlijke voldoening en de taakopvattingen fluktuëren tussen de instellingen en de sectoren. Een algemene konklusie kan alleen met het nodige voorbehoud gemaakt worden. Gezien de wijze van gegevensverzameling (transversaal) kan geen causale interpretatie aan de resultaten toegerekend worden, hoewel de aard van de verbanden tussen burnout en de taakopvattingen hiertoe uitnodigen.

Hoewel tijdens het vooronderzoek de indruk ontstond dat taken zouden verschillen tussen mannen en vrouwen bleek dit niet in het onderzoek bevestigd te worden. Multivariate analyse toont aan dat de verschillen die er in taakopvattingen tussen mannen en vrouwen bestaan samenhangen met verschillen in andere kenmerken, zoals mogelijk functie, ervaring en sektor.

Dat de taken verschillen tussen leidinggevenden en niet-leidinggevenden zal niemand verbazen. Interessant daarbij is evenwel dat eenzelfde verschil in zorgtaken ook bestaat tussen niet-leidinggevende verpleegkundigen die relatief weinig jaren ervaring hebben en verpleegkundigen die relatief lang in de psychiatrie werkzaam zijn als teamverpleegkundige.

Verpleegkundigen die een opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben zouden, zo werd verondersteld, meer begeleidingsgericht zijn dan collega's zonder zo'n opleiding. Hoewel dit inderdaad aangetroffen werd bleek ook hier dat dit verschil toe te schrijven is aan andere kenmerken, zoals mogelijk de instelling waar men werkzaam is.

Een belangrijke konklusie uit het onderzoek is dat de taakopvattingen verschillen tussen de instellingen. Zo zijn er instellingen die meer zorggericht zijn en andere die meer begeleidingsgericht zijn. Gelijksortige verschillen zijn er ook tussen de longstay en de shortstay-afdelingen. De longstay-afdelingen zijn overwegend meer zorggericht. De shortstay-afdelingen zijn meer begeleidingsgericht. Echter tussen de instellingen is geen eenduidig noch vast patroon tussen de sectoren aantoonbaar. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat binnen een instelling de shortstay meer zorggericht is dan de longstay. Verschillen in taakopvattingen variëren, zowel tussen de instellingen, als tussen de sectoren.

8.2. Diskussie

Verschillen in taakopvattingen tussen de instellingen

De belangrijkste konklusie uit het onderzoek is, dat er verschillen in taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen zijn die alleen verklaard kunnen worden als verschillen tussen de instellingen waar zij werkzaam zijn. Daarbij is eveneens sprake van verschillen tussen de sectoren long- en shortstay, zowel onderling als tussen de aan het onderzoek deelnemende instellingen.

Deze verschillen geven aan dat er geen eenduidige opvatting is over de verschillen in zorgverlening tussen de longstay en de shortstay. Dit betekent dat een gelijksoortig verpleegprobleem niet samengaat met gelijke taakopvattingen van verpleegkundigen in de diverse psychiatrische centra. Met andere woorden: tussen de instellingen en de sectoren is in de zorg voor de psychiatrische patiënt geen eensluidend beeld aangetroffen. Niet de psychiatrische verpleging (als discipline) bepaalt kennelijk de wijze van aanpak. Dit bevestigt de afwezigheid van een sterke professionele autonomie van de verpleging. Psychiatrisch verplegen wordt hiermee bevestigd als een functie binnen de psychiatrisch instellingen. De aard en de inhoud van die functie wordt mede bepaald door de instelling en niet door de psychiatrische verpleegkunde als beroep en of vakgebied alleen. Hoewel dit onderzoek geen verklaring biedt voor de gevonden verschillen in taakopvattingen van verpleegkundigen tussen de deelnemende instellingen, is het denkbaar dat de verschillen terug te voeren zijn tot verschillen in instellingskultuur.

Zoals reeds gesteld in hoofdstuk 3 is de continuïteit van de eigen instellingskultuur mogelijk doordat het overgrote deel van het personeel (de verpleging) in eigen beheer opgeleid wordt.

Verschillen tussen de instellingen zijn op zich uiteraard niet erg. Het verschil in taakopvattingen tussen de sectoren en de instellingen is evenwel niet bevorderlijk voor de uitwisseling van personeel, aangezien de zorg dan niet aan de verwachtingen voldoet. Ook stagiaires van dagopleidingen kunnen geen eenduidig beeld van de zorg ten behoeve van een bepaalde patiëntenkategorie krijgen.

Een eventuele herbezinning op de B-opleiding als in-service opleiding dient derhalve niet alleen vanuit sociaal-ekonomisch en/of onderwijskundig oogpunt, doch ook in het kader van de rol bij de instandhouding van verschillen tussen de instellingen plaats te vinden.

Chroniciteit

De visie op chroniciteit als hospitalisatie- danwel als ziekthese blijkt geen samenhang met de taakopvattingen te vertonen. De vraag of men chronische patiënten ziek danwel gehospitaliseerd vindt blijkt niet relevant voor de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen. Op zich is dat opmerkelijk, aangezien de hospitalisatiegedachte wel geleid heeft tot aanpassing van de zorg in de instituten. Tussen de instellingen worden wel verschillen in de visie op chroniciteit aangetoond. Op individueel niveau nemen verpleegkundigen die visies kennelijk niet over in hun taakgerichtheid.

Een andere verklaring voor het ontbreken van verbanden bestaat daaruit dat de visies, zoals geoperationaliseerd mogelijk niet van belang zijn voor de taakopvattingen. Immers niet de etiologie, doch het actuele gedrag van de patiënt is relevant voor de verpleegkundige. In die zin zou wellicht de handicapthese meer relevant zijn voor de verpleging.

Burnout

Verbanden tussen burnout en de taakopvattingen konden slechts in beperkte mate aangetoond worden. Naarmate verpleegkundigen meer onderhevig zijn aan burnout verrichten zij minder begeleidende gesprekken. Ofschoon dit verband tamelijk plausibel is en de verwachte richting van het verband tussen burnout en taakopvattingen ondersteunt, dient deze konklusie toch met enig voorbehoud gemaakt te worden. Op de eerste plaats is het niet mogelijk om met behulp van de gekozen onderzoeksmethode uitspraken over causaliteit te doen. Op de tweede plaats blijkt het verband verre van robuust.

Hoewel dit onderzoek niet bedoeld is om verschillen in burnout te verklaren, viel toch het verschil in burnout tussen de sectoren op. In de literatuur wordt juist gewezen op het risico van burnout voor verpleegkundigen die in de longstay werken (Lamb, 1979; Wollants, 1987). De reden daarvoor zou gelegen zijn in het feit dat men daar weinig resultaten boekt met patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat juist in de shortstay de burnout hoger is. Daarvoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ofschoon in de longstay geboekte resultaten minder spectaculair zijn, zijn deze door het ontbreken van vele andere disciplines, wel eerder toe te schrijven aan het handelen van de verpleging. Van de in de shortstay geboekte resultaten is het veel minder zo niet onmogelijk om aan te geven wiens bijdrage daarvoor verantwoordelijk is.

Uiteraard kan het verschil ook toe te schrijven zijn aan selectie. Het is denkbaar dat juist diegenen in de longstay gaan werken (of blijven werken) die zich aangetrokken voelen tot de zorgverlening die daar van verpleegkundigen verwacht wordt. In deze verklaring past de volgende opmerking van een van de geïnterviewden: "Verpleegkundigen in de long- en de shortstay zijn ander slag volk".

Burnout is het gevolg van het niet op adequate wijze om kunnen gaan met arbeidsstress. Juist het werk in de shortstay gaat gepaard met veel onverwachte situaties. In de longstay is het in het algemeen rustiger, meer routinematig, werken. In die zin zou eerder in de shortstay dan in de longstay een hogere burnout onder het verplegend personeel verwacht worden. Ofschoon de onderzoeksbevindingen deze verklaring lijken te bevestigen, vereist het verschil in burnout tussen de sectoren nader onderzoek. Dit verschil is daarbij een interessant aanknopingspunt voor onderzoek naar de determinanten van burnout.

Identifikatie

Uit het vooronderzoek werd de konklusie getrokken dat de helft van de B-verpleegkundigen zich niet als verpleegkundige beschouwde. De enquête bevestigde dit niet. Het onderscheid tussen 'verpleegkundige' en 'therapeut zijn' bleek minder aanwezig dan verwacht werd op basis van de interviews en de literatuur.

Het feit dat psychiatrisch verpleegkundigen zich meer met verplegen identificeren dan op basis van de interviews verwacht werd, wijst er mogelijk op dat men zich toch meer verpleegkundige voelt dan men in gesprekken doet voorkomen. Anderzijds is de identifikatie met therapeuten ten onrechte geïnterpreteerd als niet-identifikatie met verplegen. Het onderscheid tussen verplegen en behandelen lijkt daarmee, althans voor een deel van de respondenten niet wezenlijk te zijn. De discussie dient niet te gaan om de vraag of psychiatrisch verpleegkundigen verpleegkundig en/of therapeutisch bezig zijn, maar hoe de aksenten in de combinatie van beide liggen.

In het onderzoek is ook aangetoond dat een deel van de respondenten zich noch met de verpleegkundige, noch met de therapeutische beroepsrol identificeert. Mogelijk is hier sprake van een geheel ander beroepsbeeld. Hoewel dat juist te verwachten is in de longstay zijn geen verschillen in beroepsidentifikatie tussen de sectoren aangetoond.

Duidelijk wordt wel uit de bevindingen dat er geen sprake is van een eenduidige beroepsidentifikatie. Dit wijst er mogelijk op dat psychiatrisch verplegen eerder gezien dient te worden als een functie binnen de psychiatrische centra dan als een beroep met een duidelijke eigen autonomie.

Opleiding inrichtingswerk

Elf procent van de respondenten aan het onderzoek heeft naast de B-opleiding ook een opleiding inrichtingswerk gevolgd. In tegenstelling tot wat verwacht werd is de beroepsidentifikatie van beide groepen niet geheel verschillend. Verpleegkundigen/inrichtingswerkers identificeren zich niet meer met 'therapeut-zijn', maar wel minder met 'verpleegkundige-zijn', dan hun kollega's zonder een opleiding inrichtingswerk. Uit de analyses blijkt dat verpleegkundigen/inrichtingswerkers meer begeleidingsgericht zijn. Hier is dus sprake van een indirect verband tussen 'inrichtingswerk' en de taakgerichtheid.

Het is opmerkelijk dat verpleegkundigen een opleiding inrichtingswerk volgen. Beide opleidingen, de B-opleiding en de opleiding inrichtingswerk, zijn tot op zekere hoogte uitwisselbaar, getuige bijvoorbeeld personeelsadvertenties waarin gevraagd wordt naar iemand met hetzij een B-diploma, hetzij een diploma inrichtingswerk. Het feit dat verpleegkundigen een opleiding inrichtingswerk als 'vervolgopleiding' beschouwen is mogelijk te wijten aan het ontbreken van adequate verpleegkundige vervolgopleidingen voor B-verpleegkundigen. Indien het volgen van een opleiding inrichtingswerk alleen de functie heeft van het volgen van verdere studie, het ligt het in de lijn der verwachting dat de belangstelling voor de opleiding inrichtingswerk afneemt. Tegenwoordig is het namelijk mogelijk om na het B-diploma de 'vrijstellingen-H.B.O.V.' te volgen. Dit is een verkorte opleiding die men eventueel parttime kan volgen. De H.B.O.V. kan daardoor een alternatief zijn voor de opleiding inrichtingswerk.

Doordat het onderzoek om technische redenen beperkt bleef tot de feitelijkheid van de taakopvattingen kon niet nagegaan worden of de wenselijke taakopvattingen verschilden tussen verpleegkundigen met of zonder een opleiding inrichtingswerk. Het is niet uitgesloten dat inrichtingswerkers wel een andere opvatting over hun wenselijke taken hebben.

Persoonskenmerken

Taakopvattingen worden in belangrijke mate bepaald door functie. Daarnaast heeft ook het aantal jaren ervaring effect op de taakopvattingen. De verdeling van met name zorggerichte taken onder gediplomeerden is niet alleen afhankelijk van de formele functie, doch ook van de ervaring die men heeft. Naast de formele hiërarchie bestaat er kennelijk een informele hiërarchie. In beide gevallen (leidinggeven of langdurige werkervaring) leidt deze tot het minder uitvoeren van zorggerichte activiteiten. Ook is het mogelijk dat naarmate men langer ervaring heeft men meer betrokken is bij de begeleiding van leerlingen, en daardoor minder aan directe patiëntenzorg doet. De begeleiding van leerlingen hoeft namelijk niet voorbehouden te zijn aan leidinggevend. Het is evenwel ondenkbaar dat dit zoveel tijd in beslag neemt dat daardoor geen tijd meer over zou zijn voor de directe zorgverlening.

8.3. Beperkingen en aanbevelingen

Bij de konstruktie van de meetschalen voor de taakopvattingen ontstond een onderzoekstechnisch probleem (zie hfdst.5). Daarvoor werd een oplossing gevonden door een strengere selectie toe te passen voordat een respondent de score 'vaak' toegerekend wordt. Dit is mogelijk aangezien ook gegevens gevraagd zijn over de relatieve tijdsbesteding van de activiteiten. De op deze wijze verkregen scores geven een betrouwbaarder beeld van de activiteiten dan de afzonderlijke antwoorden op de vragen over de activiteiten. Over de wenselijke taakopvattingen is slechts in beschrijvende zin informatie verkregen.

Een beperking van dit onderzoek betreft de wijze waarop taakopvattingen gemeten zijn. De vragen zijn namelijk afgeleid uit interviews met verpleegkundigen die op longstay-afdelingen werken. Dit impliceert dat mogelijk een aantal taken die op de shortstay voorkomen buiten beschouwing gelaten zijn. Alle gestelde vragen blijken evenwel relevant voor verpleegkundigen uit beide sectoren. Alleen de mate waarin de activiteiten verricht worden verschilt tussen de longstay en de shortstay.

Een laatste beperking heeft betrekking op het feit dat de activiteiten alleen naar frekwentie gemeten zijn. De doelstelling ervan blijft in dit onderzoek buiten beschouwing. Uit een recentelijk afgeronde doctoraalstudie (Hermans, 1988) is gebleken dat dezelfde activiteiten verschillende doelen kunnen dienen, afhankelijk van de situatie. Dit pleit ervoor om bij nader onderzoek naar de taken van psychiatrisch verpleegkundigen ook de doelstelling van de taken te betrekken.

Bij de interpretatie van de taakopvattingen is ervan uitgegaan dat de verschillen tussen de instellingen als absolute verschillen gezien kunnen worden. Een andere mogelijkheid is, dat verschillen tussen de instellingen in behandeling van de patiënten minder absoluut zijn, doch samenhangen met verschillen in arbeidsverdeling tussen gediplomeerden en leerlingen en/of andere disciplines. In dat geval zouden de verschillen dus toegeschreven moeten worden aan de selekte steekproef, die voor dit onderzoek enkel uit gediplomeerde verpleegkundigen bestaat. Hoewel de werkverdeling tussen gediplomeerden en leerlingen in principe de reden van de gevonden verschillen zou kunnen verklaren, lijkt dit toch niet aannemelijk. In sommige instellingen zijn psychiatrisch verpleegkundigen namelijk vooral zorggericht. Het is onwaarschijnlijk dat juist de leerlingen de psycho-sociale begeleiding uitvoeren en de gediplomeerden de zorg voor de alledaagse activiteiten voor hun rekening nemen. Wel is het mogelijk dat zorgtaken in sommige instellingen meer door huishoudelijk personeel en begeleidingstaken meer door overige disciplines verricht worden.

Een volgende beperking van dit onderzoek betreft het feit dat er enkel een indeling in longstay en shortstay-afdelingen is gemaakt. Binnen deze sectoren is er een diversiteit aan afdelingsdoelstellingen. In volgend onderzoek zouden de taken daarom nader

gespecificeerd moeten worden naar afdelingsdoelstellingen, c.q. zorgbehoeften van de patiënten. Daarbij zouden bijvoorbeeld ook verschillen in verpleegsystemen een aandachtspunt kunnen zijn.

Bij dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de meningen van psychiatrisch verpleegkundigen. Het is aan te bevelen om bij verder onderzoek ook de meningen van patiënten te betrekken. Aan patiënten zou bijvoorbeeld gevraagd kunnen worden wat zij verwachten van psychiatrisch verpleegkundigen.

Eerder werd opgemerkt dat de operationalisering van de visie op burnout wellicht niet aansluit bij datgene wat relevant is voor de psychiatrische verpleging. In een volgend onderzoek is het daarom aan te bevelen om (eventueel naast de hier gebruikte schaal) de visie op chroniciteit op een andere wijze te meten. Het is immers niet uitgesloten dat het ontbreken van verbanden tussen genoemde visie en de taakopvattingen te wijten zijn aan het gebruikte meetinstrument.

Verder onderzoek naar burnout is om verschillende redenen van belang. Het optreden van burnout is namelijk niet alleen nadelig voor de persoon in kwestie, doch ook voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening. Bij vervolgonderzoek zou de nadruk vooral moeten liggen op de relatie tussen burnout en de kwaliteit van de zorgverlening.

Tot slot volgt een aanbeveling over nader onderzoek naar de verschillen tussen de instellingen. Deze verschillen geven aan dat men in sommige instellingen meer begeleidingsgericht is, c.q. meer handelt volgens de anti-hospitalisatiegedachte dan in andere, waar men meer zorggericht is. Aangezien daarmee in zekere zin een aspect van de kwaliteit van de hulpverlening bepaald wordt, is verder onderzoek naar de verschillen tussen de instellingen geboden. Gedacht kan daarbij worden aan onderzoek naar de (kwaliteit van) zorgverlening van bepaalde patiëntenpopulaties, waarbij bijvoorbeeld gebruik gemaakt zou kunnen worden van case-studies in verscheidene psychiatrische centra. Het aksent zou daarbij moeten liggen op het vergelijken van het zorgaanbod tussen de instellingen.

SAMENVATTING

In dit boek wordt verslag gedaan van een onderzoek naar taken van psychiatrisch verpleegkundigen. Aan de hand van een literatuurverkenning werd duidelijk dat die taken te beschouwen zijn als een afgeleide van de functies van de psychiatrische instellingen. Een belangrijke ontwikkeling in de psychiatrische centra is de gewijzigde zorg voor de chronische patiënten. Uitgaande van de gedachte dat institutionalisering leidt tot het 'chronisch' worden van psychiatrische patiënten is men steeds meer de nadruk gaan leggen op het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënten. Van verpleegkundigen wordt daarbij verwacht dat zij hun traditionele verplegersrol inruilen voor die van begeleider. Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg gaan zodoende gepaard met veranderingen in de taken van psychiatrisch verpleegkundigen. De veranderingen in de psychiatrische centra hebben daardoor geleid tot, wat wel omschreven wordt als: de identiteitskrisis van de psychiatrische verpleging.

Het onderzoek, waaraan verpleegkundigen uit tien psychiatrische centra deelgenomen hebben, bestaat uit interviews en een schriftelijke enquête. De interviews met 52 verpleegkundigen uit 5 verschillende psychiatrische centra dienden ter oriëntatie. De gegevens uit de interviews zijn tevens gebruikt voor het samenstellen van een enquête. Deze enquête werd voorgelegd aan ± 1150 verpleegkundigen uit 6 psychiatrische centra. De respons bedroeg 78 %, hetgeen neerkomt op een nagenoeg 900 deelnemers aan het uiteindelijke onderzoek.

In het onderzoek is nagegaan of er samenhang bestaat tussen de taakopvattingen van psychiatrisch verpleegkundigen en hun visie op de problematiek van de chronische patiënt; de beroepsidentifikatie; burnout en enkele persoonskenmerken. Tevens is nagegaan of het uitmaakt of verpleegkundigen al dan niet bij chronische psychiatrische patiënten werkzaam zijn en of er verschillen zijn in taakopvattingen die samenhangen met de psychiatrische instelling waar zij werkzaam zijn.

Uit het onderzoek blijkt dat psychiatrisch verpleegkundigen hun activiteiten in de alledaagse zorg voor de patiënt willen verminderen en de (agogisch) begeleidende activiteiten willen uitbreiden. Dit geldt zowel voor verpleegkundigen die in longstay-afdelingen werken, als voor verpleegkundigen die in shortstay-afdelingen werkzaam zijn.

Verpleegkundigen die in de longstay werken besteden relatief de meeste tijd aan de persoonlijke verzorging van de patiënten. In de shortstay wordt de meeste tijd besteed aan kontakten met kollega's en/of andere disciplines. In beide sectoren wordt de

minste tijd besteed aan begeleiding bij het huishouden. In het algemeen zegt men het vaakst (agogisch) begeleidende activiteiten te verrichten.

Met behulp van faktoranalyse werd onderscheid aangebracht in drie taakdimensies. Deze indeling van de activiteiten bestaat uit: zorg- begeleidings- en overleggerichte activiteiten. Onder de zorggerichte activiteiten wordt verstaan de begeleiding bij de alledaagse persoonlijke zorg en de begeleiding bij het huishouden. Begeleidingsgerichte activiteiten betreffen de begeleiding op psycho-sociaal vlak en het samen met patiënten activiteiten ondernemen. Overleggerichte activiteiten betreffen het overleg van verpleegkundigen met familie van patiënten en met andere disciplines.

Van belang is in dit verband een vergelijking van deze aan empirisch materiaal ontleende indeling met een indeling uit de literatuur. Zowel in het onderhavige onderzoek als in de literatuur is dezelfde indeling in 'handelingen gericht op de dagelijkse zorg' en 'agogische handelen' onderscheiden. Opmerkelijk daarbij is dat bij de indeling uit de literatuur uitgegaan werd van een somatische deficiëntie als uitgangspunt voor het verpleegkundig handelen. De indeling blijkt, zo toont het onderzoek, ook van toepassing wanneer een deficiëntie op psycho-sociaal vlak de aanleiding tot de zorgverlening is.

De visie op de problematiek van chronische psychiatrische patiënten heeft geleid tot veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. Verondersteld werd daarom dat die visie samen zou hangen met visies van psychiatrisch verpleegkundigen op chroniciteit. Dit kon, uitgaande van een meetinstrument dat onderscheid maakt in ziekthe- these en hospitalisatiethese, in dit onderzoek niet bevestigd worden. Tussen de taakopvattingen en de visie op chroniciteit werd namelijk geen verband aangetoond. Veranderingen in de psychiatrische centra hebben geleid tot een discussie omtrent de beroepsidentiteit van psychiatrisch verpleegkundigen. In het onderzoek is daarom nagegaan of de beroepsidentifikatie verband houdt met de taakopvattingen. Daarbij werden twee beroepsrollen onderscheiden: die van verpleegkundige en die van therapeut. Slechts in beperkte mate blijkt er in het onderzoek samenhang tussen de taakopvattingen en beroepsidentifikatie. Dat wil zeggen dat degenen die zich meer met de therapeutische beroepsrol identificeren meer begeleidingsgericht zijn. Verpleegkundigen die zich meer met de verpleegkundige beroepsrol identificeren doen meer aan overlegtaken.

Tijdens de oriëntatiefase van het onderzoek werd door verscheidene funktionarissen gewezen op het belang van het verschijnsel burnout. Onder burnout wordt verstaan het optreden van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke voldoening. Burnout zou leiden tot een afname van de kwaliteit van de zorgverlening. In dit verband is betekent dit, dat een hoge mate van gevoelens van burnout leidt tot minder begeleidingsgericht en mogelijk meer zorggericht zijn. De bevindingen uit het onderzoek tonen evenwel slechts verband aan tussen burnout en begeleidingsgerichte

aktiviteiten. Daarbij betreft het een positief verband tussen persoonlijke voldoening en emotionele uitputting. Hoe hoger de burnout hoe minder men aan begeleidingsgerichte activiteiten doet. Een algemene konklusie hieromtrent kan slechts met enig voorbehoud gemaakt worden. Gezien de wijze van gegevensverzameling (transversaal) kan geen causale interpretatie aan de resultaten toegekend worden, hoewel de aard van de verbanden tussen burnout en de taakopvattingen hiertoe uitnodigen. Ofschoon tijdens het vooronderzoek de indruk ontstond dat taken zouden verschillen tussen mannen en vrouwen bleek dit niet in het onderzoek bevestigd te worden. Multivariate analyse toont aan dat de verschillen die er in taakopvattingen tussen mannen en vrouwen bestaan samenhangen met verschillen in andere kenmerken, zoals mogelijk functie, ervaring en sektor.

Het al dan niet bezitten van een diploma inrichtingswerk leidt tot verschillen in opvattingen over chroniciteit. Verpleegkundige/inrichtingswerkers zijn meer voorstander van de hospitalisatiethese en minder voorstander van de ziekthethese dan hun collega's die geen opleiding inrichtingswerk gevolgd hebben. Het bezitten van een opleiding inrichtingswerk hangt evenwel niet rechtstreeks samen met verschillen in taakopvattingen.

Dat de taken verschillen tussen leidinggevend en niet-leidinggevend zal niemand verbazen. Interessant daarbij is dat eenzelfde verschil in zorgtaken ook bestaat tussen niet-leidinggevende verpleegkundigen die relatief weinig jaren ervaring hebben en verpleegkundigen die relatief lang in de psychiatrie werkzaam zijn als teamverpleegkundige.

Een van de belangrijkste konklusies uit het onderzoek is dat de taakopvattingen verschillen tussen de instellingen. Zo zijn er instellingen die meer zorggericht zijn en andere die meer begeleidingsgericht zijn. Gelijksortige verschillen zijn er ook tussen de longstay en de shortstay-afdelingen. Het verschil tussen de sectoren ligt voor de hand, gezien de verschillen in patiëntenpopulaties. Verpleegkundigen die op longstay-afdelingen werken zijn overwegend meer zorggericht. Hun collega's uit de shortstay zijn meer begeleidingsgericht. Echter tussen de instellingen is er geen eenduidig noch vast patroon tussen de sectoren. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat men binnen één instelling in de shortstay meer zorggericht is dan in de longstay. Verschillen in taakopvattingen variëren, zowel tussen de instellingen, als tussen de sectoren.

Over de oorzaken van die verschillen geven de onderzoeksbevindingen geen verklaring. Mogelijk worden de verschillen veroorzaakt door verschillen in beleid en/of instellingscultuur. Nader onderzoek zal dat moeten uitwijzen. In ieder geval lijkt het van belang om dergelijk onderzoek te verrichten, aangezien de verschillen tussen de sectoren en instellingen in zekere zin beschouwd kunnen worden als kwaliteitsverschillen in de zorgverlening.

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

A-opleiding,	de in-service opleiding tot verpleegkundige die door de algemene ziekenhuizen verzörgd wordt.
B-opleiding,	De in-service opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige.
C.B.S.,	Centraal Bureau voor de Statistiek.
G.H.I.V.,	Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid.
H.B.O.V.,	Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde.
I.W.,	Opleiding inrichtingswerk.
M.B.O.V.	Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkunde.
N.c.G.v.,	Nationaal centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid.
N.R.V.,	Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
N.Z.I.,	Nationaal Ziekenhuis Instituut.
Z-opleiding,	De in-service opleiding tot verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg.
LST.,	Longstay
SHST.,	Shortstay
gem.	gemiddeld
g/m	geen mening
n	aantal in absolute getallen
s.d.	standaarddeviatie

LITERATUUR

- Algera, J.A. *Taakkenmerken*, in: P.J.D. Drenth, e.a.(red.), *Handboek Arbeids- en Organisationspsychologie I*, Van Loghem Slaterus, Deventer, 1984.
- Altschul, A.T., 'A systems approach to the nursing process', *Journal of Advanced Nursing*, 3, 1978, blz. 333 - 340.
- Andel, H. Van, 'Beleidspsychiatrie' *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 1980, blz. 380 - 393.
- Bakker-Van der Kooij, C., 'Honderd jaar krankzinnigheid, verslag van een symposium over de geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 37, 1984, blz. 17.
- Bambang Oetomo, R., *Van Asyl tot revalidatiecentrum*, Wolters Noordhoff, Groningen, 1970.
- Bambang Oetomo, R., 'Patiënt arts en verpleegkundige; hun onderlinge betrekkingen, toen en nu'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16, 1974, blz. 387 - 413.
- Barton, R., *Institutional Neurosis*, John Wright & Sons, Bristol, 1966.
- Bavo, Psychiatrisch Centrum, St., *De chronische patiënt*, 2e Visie Rapport Visiecommissie, Noordwijkerhout, 1973.
- Beers, J.H.A., Van, *Wat is psychiatrische verpleging?*, scriptie cursus ziekenhuisbeleid, 1972.
- Bergen, B. van & L. Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkundige, een gedragswetenschappelijke beschouwing over het beroep van de verpleegkundige*, De Tijdstroom, Lochem, 1978³.
- Bergen, B. van, L. Hollands, H. Nijhuis, *De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel, een methode voor het beoordelen van verpleegkundig handelen*, De Tijdstroom, Lochem, 1980².
- Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel, 1976.
- Bischoff, Cl., *Krankenpflege als Frauenberuf*, in: *Pflege und Medizin im Streit*, Argument Verlag, Berlin, 1982.
- Binnenkade, C., *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundigen in Nederland 1872 - 1973*, Stafleu, Leiden, 1973.
- Binneveld, H. & R. Wolf, *Een huis met vele woningen, 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg 1885 - 1985*, Vught, 1985.
- Blaauw, L. & J. de Weger, 'Psychiatrisch verpleegkundige óók bekwaam zonder verklaring', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 40, 1986, blz. 505 - 508.
- Bleeker, C., e.a., 'Chronische inrichtingspatiënten in de Bijlmer', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 1987, blz. 1331 - 1243.
- Borgesius, E., J. De Lange, P. Meurs, *Verpleegkundigen zonder uniform, over de pluriformiteit van het beroep psychiatrisch verpleegkundige*, De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- Bowling, T., 'The changing role of the psychiatric nurse', *Nursing Mirror*, 139, 1974, blz. 85 - 86.
- Bras, J., *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.
- Bremer, J.J.C.B., *De ziekenhuispatiënt, een hoofdstuk uit de medische psychologie*, Dekker & Van de Veght, Nijmegen, 1972².

- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, 1985/12.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *M/V Mannen en vrouwen naast elkaar; een overzicht van de statistische waarneming van mannen en vrouwen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1987.
- Cherniss, C., *Staff burnout, job stress in the human services*, Sage Publications, Beverly Hills, etc. 1980.
- Church, O.M., 'From custody to community in psychiatric nursing' *Nursing Research*, 36, 1987, blz. 48 - 55.
- Ciampi, L., 'Ist die chronische Schizophrenie ein Artefact: Argumente und Gegegnargumente', *Fortschr. Neurol. Psychiatr. Ihrer Grensgeb.*, 48, 1980, blz. 237 - 248.
- Cohen Stuart, M.H., 'De differentiatie bij de verpleging van psychiatrische patiënten', *Het Ziekenhuiswezen*, 38, 1965, blz. 204 - 210.
- Cohen Stuart, 'De differentiatie bij de verpleging van psychiatrische patiënten', *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 21, 1966, blz. 144 - 159.
- Commissie Sociotherapie, *Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening*, Ministerie van Welzijn en Cultuur, Leidschendam, 1982.
- Cosijns, H., 'De psychiatrisch verpleegkundige in de toekomst', *Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg*, 2, 1982, blz. 93 - 101.
- Dam, J., van, J. Lensen, T. de Vries, 'Werken er nog verpleegkundigen in de psychiatrie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 41, 1987, blz. 230 - 234.
- Dane, C., *Geschiedenis van de ziekenverpleging, een kort overzicht ten dienste van de opleiding tot verplegende*, De Tijdstroom, Lochem, 1968.
- Darcy, P.T., 'Psychiatric Nursing today', *Nursing Mirror*, 147, 1978, no. 2 blz. 31 - 32; no. 3, blz. 26 - 27; no. 4 blz. 26 - 27.
- Dassen, Th., R. Halfens, R. Bambang Oetomo, H. Philipsen, 'Psychiatrisch verplegen mannen- of vrouwenberoep?', *Verpleegkunde*, 2, 1987/88 blz. 90 - 100.
- Delimon, J.A.C., 'Sociowoningen: een verslag na twee jaar praktijkervaring', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 1980, blz. 696 - 709.
- Dolan, N., 'The relationship between burnout and job satisfaction in nurses' *Journal of Advanced Nursing*, 12, 1987, blz. 3 - 12.
- Dörner, Kl., & U. Plog, *Irrer ist menschlich, oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie*, Psychiatrie Verlag, Wunstorf/Hannover, 1978.
- Dröes, J.T.P.M., 'Beschut wonen, een intramurale beschermende woonvorm', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 1982, blz. 1174 - 1188.
- Eeden, Th., van, *Rolopvattingen van en rolverwachtingen ten aanzien van B-verpleegkundigen*, doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Leiden, 1982.
- Esch, P., van der, *150 jaar staatstoezicht op het krankzinnigenwezen*, 's Gravenhage, 1975 deel I - II.
- Esser, P.H., 'Acuut en chronisch in de psychiatrische inrichting', *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1956, blz. 371 - 379.
- Etzioni, A., *The semi-professions and their organisation; teachers, nurses, social workers*, Collier Macmillan, London, 1969.
- Fox, B., B. van Herk, R. Esselink, R. Rijkschroeff, *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland*, Van Gennep, Amsterdam, 1983.
- Freudenberger, H.J., 'Staff burnout', *Journal of Social Issues*, 30, 1974, blz. 159 - 165.
- Freidson, E., *De medische professie*, De Tijdstroom, Lochem, 1981.
- Ganzevoort, J., 'Nieuwe taken voor psychiatrisch verpleegkundigen' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 26, 1973, blz. 872 - 876.

- Geneeskundige Hoofdingspektie voor de Volksgezondheid, *Opleidingsleerplan B-verpleegkundige*, Leidschendam, 1983.
- Gersons, B.P.R., 'De chronische patiënt', *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 1984.
- Giebing, H. e.a., 'De in-service opleidingen 1986; een samenvatting van de belangrijkste inhoudelijke wijzigingen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 39, 1986, blz. 74 - 79.
- Giel, R., 'Onze moeite met moeilijke mensen', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 1984, blz. 244 - 261.
- Ginkel, A.J.H. van., *Demotivatie bij leraren*, Swets en Zeitlinger, Lisse, 1987.
- Goffman, E., *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York, 1961.
- Goldman, H.H., e.a., 'Defining and counting the chronically mentally ill', *Hospital Community Psychiatry*, 32, 1981, blz. 21 - 27.
- Hackman, J.R., & G.R. Oldham, 'Development of the Job Diagnostic Survey', *Journal of Applied Psychology*, 60, 1975, blz. 159 - 170.
- Haen, F. de., & E. Schretlen, *In plaats van een bed*, Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1981.
- Haveman, M.J., 'De-institutionalisering van de intramurale psychiatrische zorg', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 62, 1984, blz. 698 - 706.
- Haveman, M.J., *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg; een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*, Proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1987.
- Hermans, H., *Doelstellingen achter verpleegkundig handelen in een psychiatrische instelling*, doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1988.
- Hey, W., de., *De H.B.O.V. in ontwikkeling*, in: Bergen B, Van, & L. Hollands (red.), *Over de verpleging; bijdrage ter ondersteuning van de verpleegkundige praktijk*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.
- Hofstede, G., 'Werken aan de organisatiecultuur', *Bedrijfskunde*, 58, 1986, blz. 102 - 106.
- Holman, B., *Niet behandelen, maar onderhandelen; over een nieuwe begeleidingsmethodiek in de beschermende woonvormen*, Studiedag over het begeleiden in de verblijfspsychiatrie en de beschermende woonvormen, Stichting Centrum St.Bavo, Noordwijkerhout, 1984.
- Holman, B., *Oude beroepen in een nieuw werkveld; over de contouren van een vereniging van werkers in de verblijfspsychiatrie en/of beschermende woonvormen*, Lezing gehouden bij de oprichting van de vereniging, november 1985.
- Holman, B., & J. Wennink, 'De hospitalisatiethese: een dubieuze these', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1985, blz. 83 - 93.
- Holman, B., & J. Wennink, 'Emancipatie van de chronische psychiatrische patiënt' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 39, 1986, blz. 68 - 73.
- Holman, B., *De beschut wonen begeleider; een onderzoek naar de motivatie en de manier van werken van begeleiders in een beschutte woonvorm in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis*, Stichting Centrum St.Bavo, Noordwijkerhout, 1986.
- Hoop, W. van der., 'Hoe leerling verpleegkundigen in een psychiatrisch ziekenhuis over hun patiënten en over hun eigen taak denken', *Sociologische Gids*, 20, 1973, blz. 30 - 47.
- Hopman, W.M., *Naar een wetenschappelijke verpleegkunde; bijdrage tot de verwetenschappelijking van het verplegen*, Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1980.
- Hout, A.C. van den, *Ontslagen psychiatrische patiënten: een longitudinaal onderzoek naar heropname*, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

- Houtepen, R., 'Grenzen van methodisch werken in de verpleegkunde, een kritiek op wijsgerige grondslag' *Metamedica*, 65, 1986, blz. 7 - 20.
- Jacobs, D., *De verpleging in het psychiatrisch centrum*, De Tijdstroom, Lochem, 1968.
- Jong, J.H.J. de, (red.) *'Beroepsprofiel' de basis voor verplegen en professionaliseren*, symposiumverslag, De Zuysel, Deventer, 1982.
- Jong, A. de, *Over psychiatrische invaliditeit*, Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
- Keane, M.P., 'The nursing process in psychiatry', *Nursing Times*, 17, 1981, blz. 1273 - 1275.
- Kerstens, J., 'Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige' I, *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 7, 1983, blz. 156 -161.
- Keirse, M., 'Burn-out bij gezondheidswerkers, deel I externe factoren', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 41, 1987, blz 13 - 22. (a)
- Keirse, M., 'Burn-out bij gezondheidswerkers, deel II zelf burn-out voorkomen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 41, 1987, blz 47 - 53. (b)
- Kramer, F., *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, De Tijdstroom, Lochem, 1969.
- Kramer, F., *Psychiatrische verpleegkunde*, De Tijdstroom, Lochem, 1970-2.
- Kuiper, P.C., *Hoofdsom der Psychiatrie*, Bijleveld, Utrecht, 1975³.
- Laarse - de Bruin, A., van der, *Veranderingen in de krankzinnigenverpleging van 1880 - 1970*, doctoraalscriptie, Katholieke Hogeschool Tilburg, 1981.
- Lamb, H.R., 'Staff burnout in work with long-term patients', *Hospital community psychiatry*, 30, 1979, blz. 396 - 398.
- Lange, J. de. & E. Borgesius, *'Even overdragen', een beeld van de verpleegkundige in de psychiatrie*, De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- Leerstof Ziekenverpleging B. deel I. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.
- Lutters, Th.G. & W.C.M. Smits, *Het psychiatrisch ziekenhuis*, Agon, Elsevier, 1968.
- Maslach, Chr., 'The client role in staff burn-out', *Journal of Social Issues*, 34, 1978, blz. 111 - 124.
- Maslach, Chr. & S.E. Jackson, 'The measurement of experienced burnout', *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, 1981, blz. 99 - 113.
- Maslach, Chr., & S.E. Jackson, 'Burnout in health professions: a social psychological analysis, in: Sanders, G.S. & J. Suls, *Social psychology of health and illness*, Lawrence Erlbaum Associates, New York, 1982.
- Maslach, Chr., Understanding burnout, definitional issues in analyzing a complex phenomenon, in: Paine, W.S., *Job stress and burnout, research, theory and intervention perspectives*, Sage Publications, Beverly Hills, etc. 1982.
- Mertens, P., *Sociotherapie, een verpleegkundig behandelingsmodel?*, De Tijdstroom, Lochem, 1985.
- Meij-de Leur, A.P.M., van der, *Van olie en wijn, geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*, Agon Elsevier, Amsterdam, 1974².
- Meyboom, F., 'De taak van de verplegenden in een psychiatrische inrichting', *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 7, 1952, blz. 25 - 29.
- Mintzberg, H., *The nature of managerial work*, Harper & Row, New York, 1973.
- Mintzberg, H., *Structure in fives*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1983.
- Mok, A.L., *Beroepen in actie*, Boom, Meppel, 1973.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende "De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg, met name in de psychiatrische hulpverlening"*, Rijswijk, 1983.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, *Statistiek personeelssterkte resp. 1977 t/m 1987* Utrecht, resp. 1978 t/m 1988.

- Nationaal Ziekenhuis Instituut., *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1987*, rapport nr. 88.549, Utrecht, 1988.
- Nationaal centrum voor de Geestelijke volksgezondheid, *Gids geestelijke Gezondheidszorg 1986 - 1987*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987.
- Nationaal centrum voor de Geestelijke volksgezondheid, *G.G.Z. in getallen 1985*, E. Ketting, e.a., Utrecht, 1987.
- Nederhof, A.J., *Beter onderzoek, bestrijding van foutenbronnen in sociaal-wetenschappelijk onderzoek*, Vuga, Den Haag, 1981.
- Offerhaus, *Wachten op oneindig, de chronische patiënt in de psychiatrische inrichting*, Lochem Slaterus, Deventer, 1983.
- Ommen, M. Van., *Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing*, Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- Peeters, H.F.M. & C.P. de Vos, *Een historische analyse van een provinciaal psychiatrisch centrum over de periode 1885 - 1977*, in: Binneveld, J.M.W. e.a., *Een psychiatrisch verleden, uit de geschiedenis van de psychiatrie*, Ambo, Baarn, 1982.
- Peeters, A., *Werkzaamheden van psychiatrisch verpleegkundigen*, doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1988.
- Peplau, H., 'Psychiatric nursing; role of nurses and psychiatric nurses', *International Nursing Review*, 25, 1978, blz. 41 - 47.
- Philipsen, H., *Gezondheidszorg als project en bejegening, waarden ten aanzien van ziekte, gezondheid en samenleving*, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1988.
- Poot, A., '75 jaar B-verpleegkundige, episoden uit de Valeriuskliniek te Amsterdam' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 1985, blz. 1297 - 1313.
- Ree F. van., 'De B-verpleegkundige als behandelaar?', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 30, 1975, blz. 391 - 396.
- Rozendal, H., 'Van broeder tot sociotherapeut: ontwikkelingen in en rond de verpleegkunde', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 1981, blz. 307 - 316.
- Schaft, A.J. van der, *Methodisch verplegen in de psychiatrie*, doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1987.
- Scheer, W.M., van der, 'Vooruitgang in de krankzinnigenverpleging 1850 - 1928' *Het Ziekenhuiswezen*, 1928, blz. 188 - 196.
- Schuring, G., L.E. Liem, B.J. Roosenboom, *Behandelmodulen; handleiding voor gebruik in psychiatrische ziekenhuizen*, N.Z.I., Utrecht, 1984, deel I en deel II.
- Schut, J., *Van dolhuys tot psychiatrisch centrum, ontwikkeling en functie*, De Toorts, Haarlem, 1970.
- Smits, W.C.M., 'Veranderingen in de taak van de verpleger in een psychiatrisch ziekenhuis', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 24, 1971, blz. 416 - 423.
- Spijker, T., *Mooi en beschaafd verplegen, een historische analyse van een vrouwenberoep*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.
- Spradley, J.P., *Participant observation*, Holt Rinehart and Winston, New York, 1980.
- Stockwell, T., *The nursing process in psychiatric nursing*, Croom Helm, London, 1985.
- Stolte, J.B., *Zieken en hun verzorgers; de mensen in de gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1981².
- Thiadens, A.J.H. & M.J. Smulders-Aghina, *De verpleegkundige die ons toe-komt*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1971.
- Thierry, H., & A.M. Koopman-Iwema, *Motivatatie en satisfactie*, in: Drenth, P.J.D., e.a. (red.), *Handboek arbeids- en organisatiepsychologie*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1984, I.

- Vermaas, H., 'Een psychiatrisch verpleegkundig beroep - of niet?' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 27, 1974, blz. 728 - 735.
- Vermaas, H., 'Psychiatrische verpleegkunde - heeft dit vakgebied nog levensvatbaarheid?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 33, 1980, blz. 1027 - 1040.
- Verwey, J.A., *Verpleging in beweging; de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen in algemene ziekenhuizen en de opleidingen tot verpleegkundige*, De Tijdstroom, Lochem, 1981.
- Vijsselaar, J., *Krankzinnigengesticht; psychiatrische inrichtingen in Nederland 1880 - 1910*, Fibula-Van Dishoek, Haarlem, 1982.
- Vries-Griever, A.H.G., de, e.a., *Techniek en patiëntenzorg; een arbeidspsychologische studie naar de invloed van nieuwe technologieën op de invloed van het verpleegkundig werk in ziekenhuizen*, Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- Ward, F., *Het verpleegkundig proces in de geestelijke gezondheidszorg*, Intro, Nijkerk, 1987.
- Weisglas, M., *De overgang van oppassers en oppasseressen naar verplegers en verpleegsters in de krankzinnigengestichten 1880 - 1921*, doctoraalscriptie, Amsterdam, 1981.
- Wennink, J., *Het beschut wonen effect; de effectiviteit van beschut wonen in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis*, Stichting Centrum St. Bavo, Noordwijkerhout, 1986.
- Windt, W. van der., *Werken in de intramurale gezondheidszorg; een arbeidsmarktverkenning verpleging en verzorging (1983 - 1992)*, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht, 1988.
- Wing, J.K. & G.W. Brown, *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge, 1970.
- Wing, J.K., 'Who becomes chronic?' *Psychiatric Quarterly*, 50, 1978, blz. 178.
- Wing, J.K. & B. Morris (ed), *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*, Oxford University Press, Oxford, 1981.
- Wit, L.J.M., de., 'Agogische aspecten betreffende de omgang van de verpleegkundige met de psychiatrische patiënt', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 28, 1975, blz. 788 - 792.
- Wollants, G., 'Van stress tot burn-out', *Psychiatrie en verpleging*, 63, 1987, blz. 168 - 174.
- Wondrak, R., 'It's a mystery... the role of the psychiatric nurse', *Nursing Mirror*, 154, 1982, blz. 18 - 19.
- Yura, H. & M.B. Walsh, *The nursing process; assessing, planning, implementing, evaluating*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1978³.

BIJLAGE

Bijlage A INTERVIEWS

A1. Vragen gesteld tijdens de interviews

1. Beschrijf eens een werkdag.
2. Hoe is de taakafbakening t.o.v. andere disciplines?
3. Wat is uw positie als psychiatrisch verpleegkundige in de instelling?
4. Hebt u zelf iets gemerkt van veranderingen in de psychiatrische verpleging?
5. Terugkomend bij de patiënten, wat zijn dat eigenlijk voor mensen?
6. Over welke vaardigheden moet u beschikken om uw werk te doen?
7. Hoe, en waar hebt u deze geleerd?
8. Is een opleiding tot verpleegkundige voorwaarde om het werk op een longstay afdeling te kunnen doen?
9. Wat is het verschil tussen psychiatrische verpleging en andere vormen van verpleging?
10. Wat is het verschil tussen verplegen op een longstay afdeling en een acute (opname) afdeling?

A2. Casus welke voorgelegd werd aan de geïnterviewden

Dhr. P. (47 jaar, leraar Nederlands) verblijft sinds 1978 in een psychiatrische instelling, op verschillende afdelingen.

Verslag van de opname afdeling: (april 1979)

- Vorige opname - zes maanden geleden - wegens depressief toestandsbeeld. Na twee weken begon dhr. P. allerlei activiteiten binnen de instelling te ontplooiën. Was o.a. actief in de bibliotheek.
- Ontslag na twee maanden. Na een maand weer opgenomen met dezelfde klachten.
- Ook nu herstelde hij weer snel. Organiseerde de Kerstviering voor de afdeling. Was druk in de bibliotheek.
- Inmiddels derde opname. Zelfde beeld.
- Echtgenote is met maatschappelijk werk gaan praten over echtscheiding. Kinderen willen niet meer op bezoek komen.

Verslag huidige afdeling: (mei 1986)

- Dhr. P. is een rustige, doch actieve man, hij is lid van diverse commissies binnen de instelling. Werkt halve dagen in de bibliotheek. Organiseerde uitstapjes voor de afdeling.
- Krijgt zelden bezoek van familie, alleen zijn kinderen komen wel eens. Zelf bezoekt hij geen familie of kennissen.
- Draagt nog steeds dezelfde kleren sinds zijn eerste opname. Hij is er niet toe te bewegen om mee naar de stad te gaan om nieuwe te kopen.
- Wil niet overgeplaatst worden naar de sociowoningen.

Vragen bij de casus

Wat is de taak van de verpleegkundige ten aanzien van dhr. P.?

Wat is de taak van andere disciplines in deze situatie?

Waarin verschilt de verpleegkundige taak van die van anderen?

A3. Gegevens geïnterviewden

Een aantal algemene kenmerken van de geïnterviewden zal hier weergegeven worden. Het gaat daarbij alleen om het geven van een indruk van de respondenten, teneinde te kunnen bepalen of aan de doelstelling, zoveel mogelijk spreiding, voldaan is.

Aantal per instelling

In totaal zijn 52 verpleegkundigen ondervraagd. Het aantal per instelling is bepaald aan de hand van het totale aantal patiënten per instelling. Gegevens over de grootte van de sector longstay zijn pas achteraf verkregen.

Onderstaand schema geeft een overzicht van het aantal geïnterviewden per instelling. De totaalpercentages zijn bepaald op basis van gegevens over alle verpleegkundigen, werkzaam in de longstay-klusters van de vijf deelnemende instellingen. (n = 438)

instelling	deelnemers	totaal in longstay werkzaam
I.	11	76
II.	10	86
III.	13	171
IV.	10	53
V.	8	52
	-----	-----
totaal	52	438

Geslacht en leeftijd

De mannen zijn oververtegenwoordigd, zoals uit onderstaand schema blijkt.

	aantal	leeftijd	totaal in longstay werkzaam
man	36 (70%)	gem. 35 jaar	53
vrouw	16 (30%)	gem. 32 jaar	47

totaal	52	gem. 34 jaar	

Functie

Leidinggevend en niet-leidinggevend zijn eveneens oververtegenwoordigd:

	aantal	totaal in longstay werkzaam
leidinggevend	32 (62,5%)	26
niet-leidinggevend	20 (38,5%)	74

Opleiding

Op twee na hadden alle respondenten een B-opleiding. De twee zonder B-opleiding hadden de H.B.O.V. opleiding gevolgd.

Naast de B-opleiding hadden 11 respondenten ook een A-opleiding. De kaderopleiding was door 18 respondenten gevolgd. De helft, 26 verpleegkundigen beschikte nog over een andere opleiding, zoals bijvoorbeeld I.W. of interne bijscholingen.

Ervaring

Het aantal jaren ervaring in de longstay varieerde van korter dan één jaar tot 23 jaar.

korter dan een jaar ervaring	6 (12%)
1 jaar > ervaring < 6 jaar	22 (42%)
6 jaar > ervaring < 11 jaar	20 (38%)
11 jaar > ervaring t/m 23	4 (8%)

Bijlage B SCHALEN

B.1. Taakopvattingen

De gebruikte antwoordschaal was een vijfpunt Likertschaaltype lopend van 'nooit' tot 'erg vaak' Per vraag zijn twee metingen verricht. Resp. naar de mate waarin de activiteit voorkomt en naar de wenselijkheid van de frekwentie.

Persoonlijke zorg

1. Hoe vaak ziet u erop toe dat patiënten tijdig op hun werk / activiteiten verschijnen?
2. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het wakker worden en/of opstaan?
3. Hoe vaak ziet u erop toe dat patiënten niet al te vroeg gaan slapen?
4. Hoe vaak geeft u begeleiding bij het bereiden van de broodmaaltijd?
5. Hoe vaak helpt u patiënten bij het op- en afruimen van de tafel voor de maaltijd?
6. Hoe vaak geeft u begeleiding bij de afwas?
7. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het wassen en aankleden?
8. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het baden of douchen?
9. Hoe vaak begeleidt u patiënten naar de afgesproken activiteiten?
10. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het verschonen en opmaken van de bedden?
11. Hoe vaak bepaalt u als hulpverlener welke kleding de patiënt draagt?

Begeleiding huishouden

1. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het onderhouden van de gemeenschappelijke ruimten?
2. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het onderhouden van hun kamers?
3. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het verzorgen (wassen e.d.) van hun kleding?
4. Hoe vaak geeft u begeleiding bij het kopen van levensmiddelen voor de maaltijden?

Gezamenlijke activiteiten

1. Hoe vaak wandelt u met patiënten?
2. Hoe vaak speelt u gezelschapsspelletjes met patiënten?
3. Hoe vaak gaat u met patiënten naar de stad /het dorp?
4. Hoe vaak begeleidt u patiënten bij het doen van boodschappen voor persoonlijk gebruikt?

Begeleidende gesprekken

1. Hoe vaak probeert u met patiënten te praten, omdat u gemerkt heeft dat er wat met hen is?
2. Hoe vaak praat u met patiënten over hun wensen?
3. Hoe vaak legt u patiënten uit wat het belang is van de activiteiten, waarmee ze hun dagen en nachten vullen?
4. Hoe vaak praat u met patiënten over hun gevoelens en emoties?
5. Hoe vaak praat u met patiënten over de door hen te ondernemen activiteiten?
6. Hoe vaak praat u met patiënten over spanning en moeilijkheden, die hun oorsprong vinden in het groepsgebeuren op de afdeling?
7. Hoe vaak heeft u een vertrouwelijk gesprek met de patiënten?
8. Hoe vaak stimuleert u patiënten om over persoonlijke problemen te praten?
9. Hoe vaak vraagt u de patiënten wat ze van een bepaalde vorm van daginvulling vinden?

Informatie & coördinatie

1. Hoe vaak legt u contacten met andere disciplines voor patiënten?
2. Hoe vaak coördineert u de zorgverlening voor de patiënt?
3. Hoe vaak onderhoudt u contacten met familieleden / kennissen van de patiënten?
4. Hoe vaak heeft u gesprekken met familieleden van patiënten?
5. Hoe vaak informeert u familie van patiënten over de stand van zaken met betrekking tot de patiënt?
6. Hoe vaak legt u contacten met externe instanties/disciplines voor patiënten?

B.2. Chroniteit-these schaal

Antwoordschaal:

helemaal eens / eens / weet niet / oneens / helemaal oneens

Ziektethese

1. Chronische psychiatrische patiënten worden in hun normaal functioneren belemmerd door een ziekte.
2. Chronische psychiatrische patiënten zijn zieke mensen.
3. Hun ziektebeeld is niet inpasbaar in een normale gezinssituatie.
4. Het zijn mensen die dusdanig ziek zijn dat ze niet in de maatschappij kunnen functioneren.
5. De meesten vertonen duidelijk psychiatrisch gedrag.
6. Het zijn vooral (chronisch-) psychotische mensen.

Hospitalisatiethese

1. Het gedrag van chronische patiënten heeft vooral te maken met hun langdurige opname in de inrichting.
2. De hospitalisatie-effecten zijn de oorzaak van het feit dat ze nu nog in de psychiatrie verblijven.
3. Niet hun ziekte, maar de psychiatrie is schuld aan het gedrag van chronische psychiatrische patiënten.
4. Ze zijn verleerd om eigen initiatieven te nemen.
5. Het zijn gewone mensen die gehospitaliseerd zijn geraakt.

B.3. Verpleegkundige identifikatie schaal

Antwoordschaal:

helemaal eens / eens / weet niet / oneens / helemaal oneens

Identifikatie met verplegen

1. Het hebben van een verpleegkundige opleiding is een voorwaarde om dit werk te kunnen doen.
2. Je moet verpleegkundige zijn om dit werk te kunnen doen.
3. Je moet verpleegkundige zijn vanwege de vakkennis die nodig is om met mensen om te gaan in de psychiatrie.
4. Om dit werk te doen hoef je geen verpleegkundige te zijn, het heeft met je persoonlijkheid te maken.
5. met alleen een opleiding inrichtingswerk kun je dit werk net zo goed doen.
6. In dit werk is het nodig dat je verpleegkundige bent, om begeleiding op sociaal vlak te kunnen geven.
7. Mijn werk als psychiatrisch verpleegkundige is geen verplegen.

Identifikatie met therapeuten

1. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een psycholoog.
2. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een psychiater.
3. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een maatschappelijk werker.
4. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een ergotherapeut.
5. Ik ben een soort co-therapeut (van de behandelaar).
6. Als psychiatrisch verpleegkundige ben ik meer therapeutisch dan verpleegkundig bezig.

Restgroep

1. De verpleegkundige basis is nodig om dit werk te kunnen doen.
2. Je doet de patiënten tekort als er **geen** verpleegkundigen op de afdelingen werken.
3. Dit werk zou goed door vrijwilligers (zonder specifieke opleiding) gedaan kunnen worden, als ze maar voldoende levenservaring hebben.
4. Een ervaren huismoeder zou dit werk ook kunnen doen.
5. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een A-verpleegkundige.
6. Mijn werk heeft veel overeenkomst met het werk van een Z-verpleegkundige.

B.4. burnout

M.B.I.-scale; copyright by Maslach & Jackson. Translated with permission of the author by Th. Dasen, State University of Limburg, Maastricht.

De antwoordschaal bestaat uit twee metingen; één naar de frekwentie en één naar de intensiteit van het betreffende gevoel. Voor de samenstelling van de subschalen is gebruik van de indeling uit het oorspronkelijke instrument.

Hoe vaak komt dit voor?

nooit / zelden / soms / vaak / erg vaak.

Wanneer dit voorkomt, hoe intens is dat dan?

n.v.t. / erg zwak / zwak / matig / sterk / erg sterk

Emotionele uitputting

1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.
2. Ik voel me uitgeput aan het einde van een werkdag.
3. Ik voel me vermoeid wanneer ik 's ochtends opsta en weet dat ik die dag moet gaan werken.
4. De hele dag met mensen werken vergt het uiterste van mij.
5. Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk.
6. Ik voel dat ik te hard werk in mijn baan.
7. Het werken met mensen roept bij mij spanningen op.
8. Ik heb het gevoel dat ik niet verder kan.
9. Ik voel me gefrustreerd door mijn werk.

Persoonlijke voldoening

1. Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van de patiënten.
2. Ik weet de problemen van mijn patiënten adequaat op te lossen.
3. Ik voel dat ik door mijn werk mensen positief kan beïnvloeden.
4. Ik voel dat ik veel energie heb.
5. Ik kan gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen op de afdeling.
6. Het werken met patiënten vrolijkt mij op.
7. Ik heb waardevolle dingen in dit werk geleerd.
8. Tijdens mijn werk ga ik met problemen op een rustige manier om.

Depersonalisatie

1. Ik heb het gevoel dat ik patiënten onpersoonlijk behandel.
2. Ik heb het gevoel dat mensen mij koud laten.
3. Ik ben er ongerust over dat dit werk me in de omgang met mensen gehard heeft.
4. Ik voel dat patiënten mij soms hun problemen verwijten.
5. Ik voel me niet op mijn gemak over de wijze waarop ik met patiënten omga.

Bijlage C. FAKTORTABEL AKTIVITEITEN

feitelijk

	F1	F2	F3	F4	F5
<i>Persoonlijke zorg</i>					
1. Toezien dat pat. naar. akt. gaan	.49	.39	.11	.24	.19
2. Begl.wakker worden en opstaan	.77	.05	.03	.05	.10
3. Toezien niet te vroeg gaan slapen	.64	.20	.03	.24	.17
4. Begeleiden bij broodmaaltijden	.48	.14	.09	.32	.36
5. Helpen op/afruimen tafel	.63	.09	-.04	.22	.14
6. begeleiden bij afwas	.63	.06	-.02	.21	.38
7. Begeleiden wassen en aankleden	.83	-.15	.08	.09	-.10
8. Begeleiden baden en douchen	.82	-.11	.08	.18	-.01
9. Begeleiden pat. naar activiteiten	.64	.16	.10	.46	-.03
10. Begeleiden opmaken en verschonon bedden	.62	-.21	.12	.05	-.04
<i>Begeleidende gesprekken</i>					
1. Praten met pat. omdat er iets is	.17	.68	.06	.12	-.04
2. Praten over wensen van patiënten	.02	.71	.13	.01	.10
3. Belang activiteiten uitleggen	.06	.69	.09	-.03	.22
4. Praten over gevoelens en emoties	-.04	.78	.05	.15	-.03
5. Praten over door pat.te ondern. akt.	.09	.73	.13	.07	.23
6. Praten over spanningen en moeilijkheden	-.10	.64	.12	.15	.19
7. Vertrouwelijk gesprek met patiënten	-.11	.73	.14	.09	.02
8. Pat. stimul. over pers. probl. te praten	-.01	.72	.15	.10	-.06
9. Informeren naar daginvulling	-.04	.65	.09	.12	.21
<i>Informeren en koördineren</i>					
1. Kontakten andere disciplines	-.01	.26	.59	-.04	.18
2. Zorgverl. Koörd. voor patiënten	.03	.17	.61	-.09	.13
3. Kontakten familieleden	.21	.10	.79	.18	-.01
4. Gesprekken met familie	.21	.09	.77	.23	-.10
5. Familie informeren over patiënt	.24	.13	.73	.17	-.05
6. Kontakten externe instanties/disciplines	-.15	.08	.67	-.09	.10
<i>Gezamenlijke activiteiten</i>					
1. Wandelen met patiënten	.31	.23	.03	.72	.08
2. Gezelschapsspelletjes met patiënten	.22	.38	-.08	.51	.19
3. Met pat. naar stad of dorp gaan	.17	.12	.08	.78	.22
4. Boodschappen voor privé gebruik	.28	.10	.18	.65	.29
<i>Begeleiding huishouden</i>					
1. Begeleiden onderhoud gemeensch. ruimten	.21	.22	-.01	.19	.59
2. Begeleiden onderhoud kamers	.36	.22	.16	.08	.68
3. Begeleiden verzorgen en wassen kleding	.27	.21	-.04	.11	.63
4. Kopen levensmiddelen voor maaltijden	-.16	-.01	.20	.21	.56
eigenwaarde	8.9	4.7	2.6	1.6	1.4
percentage verklaarde variantie (varimax rotatie)	26	14	8	5	4

wenselijk

	F1	F2	F3	F4	F5
<i>Persoonlijke zorg</i>					
1. Toezien dat pat. naar. akt. gaan	.63	.25	.11	.21	-.13
2. Begl.wakker worden en opstaan	.79	.03	-.01	.06	.06
3. Toezien niet te vroeg gaan slapen	.68	.17	.05	.22	.11
4. Begeleiden bij broodmaaltijden	.50	.16	.03	.44	.21
5. Helpen op/afruimen tafel	.61	.08	.08	.20	.05
6. begeleiden bij afwas	.64	.05	.04	.38	.13
7. Begeleiden wassen en aankleden	.83	-.02	.01	-.05	.21
8. Begeleiden baden en douchen	.81	.03	.03	.02	.25
9. Begeleiden pat. naar activiteiten	.62	.16	.10	.13	.26
10. Begeleiden opmaken en verschonon bedden	.58	-.07	.14	-.01	-.01
<i>Begeleidende gesprekken</i>					
1. Praten met pat. omdat er iets is	.14	.72	.11	-.01	.16
2. Praten over wensen van patiënten	.07	.75	.06	.06	.11
3. Belang activiteiten uitleggen	.20	.64	.12	.23	-.18
4. Praten over gevoelens en emoties	.03	.80	.09	.00	.15
5. Praten over door pat.te ondern. akt.	.14	.73	.15	.25	.03
6. Praten over spanningen en moeilijkheden	-.02	.66	.14	.27	.09
7. Vertrouwelijk gesprek met patiënten	-.01	.80	.09	.00	.15
8. Pat. stimul. over pers. probl. te praten	.03	.74	.10	.03	.11
9. Informeren naar daginvulling	.06	.61	.19	.26	.06
<i>Informeren en koördineren</i>					
1. Kontakten andere disciplines	.03	.25	.67	.09	-.04
2. Zorgverl. Koörd. voor patiënten	.09	.13	.69	.07	-.11
3. Kontakten familieleden	.13	.12	.70	.02	.45
4. Gesprekken met familie	.13	.15	.67	.02	.46
5. Familie informeren over patiënt	.17	.14	.61	-.01	.43
6. Kontakten externe instanties/disciplines	-.02	.11	.67	.09	-.12
<i>Begeleiding huishouden</i>					
1. Begeleiden onderhoud gemeensch. ruimten	.28	.18	.01	.65	.05
2. Begeleiden onderhoud kamers	.37	.18	.15	.68	.11
3. Begeleiden verzorgen en wassen kleding	.31	.15	.01	.66	.07
4. Kopen levensmiddelen voor maaltijden	-.09	.10	.13	.62	.22
<i>Gezamenlijke activiteiten</i>					
1. Wandelen met patiënten	.42	.29	.07	.20	.61
2. Gezelschapsspelletjes met patiënten	.30	.37	-.05	.24	.51
3. Met pat. naar stad of dorp gaan	.31	.23	.05	.38	.67
4. Boodschappen voor privé gebruik	.37	.21	.05	.38	.56
eigenwaarde	10.	4.3	2.3	1.6	1.4
percentage verklaarde variantie (varimax rotatie)	30	13	7	5	4

SUMMARY

This book reports a study of the tasks of psychiatric nurses. On the basis of a review of the literature it became clear that these tasks are determined by the functions of the psychiatric hospitals. An important development in the psychiatric hospitals is the change in the way that chronic patients are cared for. Considering the notion that institutionalization contributes to the chronicity of psychiatric illness, the emphasis in care is put more and more on the stimulation of the independence of the patients. Psychiatric nurses are expected to change their traditional nursing roles to that of therapist. As a consequence of this development in mental health care, changes have occurred in the tasks of psychiatric nurses. These changes in psychiatric hospitals and in the tasks of the psychiatric nurse have resulted in a type of identity crisis for psychiatric nurses.

The study examined the question of whether a relationship exists between the task perceptions of psychiatric nurses and the following variables:

- their view of the problems of chronic patients;
- their identification with the nursing profession;
- burnout;
- and several personal characteristics.

Furthermore the study determined:

- whether differences in task perceptions exist between nurses who work or do not work with chronic psychiatric patients;
- whether differences in task perceptions are connected with the psychiatric hospital in which they work.

The study, in which nurses of ten psychiatric hospitals participated, consisted of the use of interviews and a questionnaire. Interviews were conducted with 52 nurses from 5 different psychiatric hospitals. The data obtained from the interviews were used to compile a questionnaire. This questionnaire was presented to $\pm$ 1150 nurses from 6 psychiatric hospitals. The response was 78%, which amounts to almost 900 participants in the final study.

From the study findings it appears that psychiatric nurses want to reduce their activities in the daily care for the patient and increase their patient teaching activities. This is the case for nurses working on long-term units as well as for nurses working on short-term units.

Nurses working on long-term units spend most of their time in the personal care of the patients. On the short-term units most of the nurses' time is devoted to contacts with colleagues and/or other disciplines. On both the long- and short-

term units the least amount of nursing time was given to guiding patients in housekeeping. In general, the nurses reported spending most of their time in patient teaching activities.

By using factor-analysis a classification was made in three task dimensions. This classification of activities consists of:

- patient care;
- patient teaching activities;
- coordinating and consulting activities.

Patient care includes guidance in daily personal care and supervision and guidance in housekeeping. Patient teaching activities consist of providing instructions in the psychosocial area and activities undertaken together with the patients. Consultative activities include staff meetings of the nurses with relatives of patients and with other disciplines.

In this regard it is important to make a comparison between this classification of tasks derived from empirical data and a classification derived from the literature. Both in this study and in the literature the common categories are 'activities directed towards daily care' and 'patient teaching'.

An instrument which distinguishes two kinds of causes of chronicity: psychiatric impairments or dysfunctions as symptoms of a disease and personal reactions to impairments (institutionalism), was administered to psychiatric nurses to determine their views of chronicity. The findings revealed no correlation between the task perceptions of the nurses and their views on chronicity.

Since changes in psychiatric hospitals have led to a discussion of the professional identity of psychiatric nurses, this study examined whether the professional identification of the nurses was correlated with their task perceptions. In this regard two professional nursing roles were identified: the role of the nurse as a nurse and the role of the nurse as a therapist. In this study a low correlation was found between task perceptions and professional identification. Those nurses who identified themselves with the therapeutic role tended to be more therapy-oriented. Nurses who identified themselves with the nursing role devote more time to consultative and coordinative tasks.

During the exploratory phase of the study several nurses working in managerial roles in psychiatric hospitals emphasized the importance of the phenomenon of burnout. Burnout is described in the literature as characterized by the following:

- a feeling of emotional exhaustion;
- a feeling of depersonalization;
- and a sense of reduction in personal accomplishment.

Burnout is said to lead to a decline in the quality of health care. In terms of this study one would expect that high burnout would lead to fewer patient teaching activities and more care activities. However the results from this study revealed only a correlation between burnout and patient teaching activities. The higher the burnout the less time nurses devoted to patient teaching activities. A general conclusion about the nature of this relationship can only be made with some reservation. Considering that all data were gathered concurrently no causal interpretation can be attributed to the results.

Although during the pre-study phase the impression existed that there was a difference in tasks between male and female psychiatric nurses, the findings did not confirm this idea. Multivariate analysis revealed that the differences which appear in the task perceptions between male and female nurses were correlated with differences between the groups in relation to other characteristics such as function, experience and type of unit.

The study finding that the task perception differs between managerial and non-managerial nursing staff is not surprising. It is interesting, however, that the same difference in tasks of care also exists between non managerial nurses who have relatively little experience and nurses who are working relatively long as a non-managerial nurse.

The most important conclusion from this study is that task perceptions of nurses differed among the six psychiatric hospitals. Some psychiatric hospitals are more care-oriented while others are more patient teaching oriented. Similar differences were found between the long-term and the short-term units. Nurses working on long-term units tended to be more care-oriented, while their colleagues working on short-term units tended to be more therapy oriented. The difference between long- and short-term units is obvious because of the different types of patients on the two types of units. Interesting however, is the fact that no uniform pattern between the long-term and the short-term units was found across the psychiatric hospitals. For example within one hospital the nurses on the short-term units were more care oriented than those on long-term units. The differences in the task perceptions between the psychiatric hospitals as well as between the units lead to questions about the reasons for these differences. In this study the reasons for the differences between psychiatric hospitals were not investigated. However, differences in policy and/or organization culture between the psychiatric hospitals may offer an explanation in further studies. Further research on the reasons of the differences in task perception between psychiatric hospitals needs to be done. The fact that these differences are, in a way, differences in quality of care, implies that research of this nature is important to the care of psychiatric patients.

CURRICULUM VITAE

Theo Dassen werd geboren te Kerkrade op 6 december 1953. Ongeveer een jaar na het behalen van het M.U.L.O.-B diploma begon hij in Noordwijkerhout bij het psychiatrisch centrum St.Bavo aan de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige. Na het behalen van het diploma ziekenverpleging-B (1976) heeft hij enige tijd werkervaring opgedaan als psychiatrisch verpleegkundige. Daarna heeft hij bij het Academisch Ziekenhuis te Leiden zijn A-diploma behaald (1979). Aan de toenmalige Hoge School voor Gezondheidszorg te Leusden behaalde hij in 1980 het diploma 'docent in de gezondheidszorg'. Via een colloquium doctum werd hij in 1980 toegelaten tot de studie gezondheidswetenschappen (toen sociale gezondheidkunde geheten) aan de Rijksuniversiteit Limburg. In 1984 behaalde hij het diploma gezondheidswetenschappen met als afstudeerrichting verplegingswetenschap. Daarna is hij gedurende een jaar parttime werkzaam geweest bij de het M.D.G.O. te Maastricht, waar hij betrokken was bij de voorbereiding van de opleiding M.D.G.O.-vp. In datzelfde jaar volgde hij een postdoctorale onderzoekersopleiding aan de Rijksuniversiteit Limburg. Na het voltooien van die opleiding (1985) is hij in dienst getreden bij de vakgroep verplegingswetenschap waar hij voornamelijk gewerkt heeft aan onderzoek naar taken van psychiatrisch verpleegkundigen. Ook verrichtte hij in die periode een landelijk onderzoek naar het medisch handelen van intensive-care verpleegkundigen. Vanaf september 1989 is hij parttime als onderzoeker werkzaam bij de vakgroep verplegingswetenschap aan de Rijksuniversiteit Limburg en als docent bij de Posthogere Opleiding Verplegingswetenschap te Groningen.