

## Van broeder tot sociotherapeut: ontwikkelingen in en rond de verpleegkunde

door H. Rozendal

Toen mij werd gevraagd om in een kort tijdsbestek een visie te geven op dit thema had ik aanvankelijk de aarzeling dat ik de zoveelste verpleegkundige zou zijn, die bij een bepaalde ontwikkeling in de gezondheidszorg de identiteit van de verpleegkundige ging ophangen aan die ontwikkeling, nooit wetend in welke zin ophangen wordt geïnterpreteerd.

Anderzijds heb ik lange tijd, als ik sociotherapeuten iets hoorde vertellen over sociotherapie, het gevoel gehad

– dat sociotherapie iets prachtigs was waar je onuitputtelijk over kon vertellen, zonder dat de ander behoefde te volgen waarover het precies ging;

– dat je zelfs in een moderne tijd medewerkers in het kader van sociotherapie, werkzaamheden kon laten verrichten waar men zich anders – gezien de eigen beroepsopleiding – te goed voor zou voelen, mogelijk op grond van het gevoel van eigenwaarde;

– (en ook) dat het nauwelijks een discussiepunt was wat de patiënt er aan had, maar dat het door de medewerkers erg plezierig werd gevonden.

Mogelijk was dit alles niet zo verwonderlijk als reactie op een periode van voornamelijk traditioneel denkende medewerkers en leidinggevendenden in psychiatrische instituten. De opleiding tot verpleger kon je ook in de zestiger jaren bijvoorbeeld nog het gevoel geven als butler werkzaam te zijn (uiteraard ook met alle aardige facetten van dien).

### Van broeder tot sociotherapeut

Bewust is hier gekozen voor de, sommigen misschien wat ouderwets aandoende, aanspreektitel *broeder* en niet voor verpleegkundige. Dit zou namelijk de onjuiste gedachte kunnen oproepen van een overgaan van de éne professie naar een andere. Sociotherapie

vraagt niet een nieuw beroep met een nieuwe beroepsopleiding, maar is een verbijzondering van de uitoefening van (onder andere) het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Sociotherapie bedrijven is mijns inziens een *specifieke wijze van rolvulling* (door bijvoorbeeld B-verpleegkundigen en anderen), namelijk met het oog op behandeldoelen methodisch en gericht hanteren van de omgeving zowel van de individuele patiënt als van de patiënten als groep.

Het lijkt mij binnen het kader van deze bijeenkomst niet nodig de historische ontwikkelingen en eventueel toekomstige ontwikkelingsmogelijkheden van het beroep van een individueel verpleegkundige te schetsen, zoals daar bijvoorbeeld waren of zijn: oppasser, verzorger, verpleger, begeleider, verpleegkundig-manager, coördinator patiëntenzorgzaken, verpleegkundig wetenschapper enz.

### Ontwikkelingen in de verpleegkunde

Als verpleegkundige heb ik vanaf 1960 een aantal ontwikkelingen mee kunnen maken in de overgang van een meer traditionele psychiatrische inrichting naar een hedendaags psychiatrisch ziekenhuis (misschien ook een agogisch hotel of levensschool te noemen). Deze ontwikkelingen voltrokken zich zonder dat er ooit expliciet over sociotherapie werd gesproken. Mogelijk was sociotherapie nog te vaag, te weinig grijpbaar, moeilijk of niet operationeel te maken, en de individuele patiënt was nog te weinig 'zichtbaar' hierbij.

Zeer globaal zijn deze ontwikkelingen van een psychiatrische inrichting naar een hedendaags psychiatrisch ziekenhuis als volgt aan te duiden:

– het zeer geleidelijk aan ordenen van de aanwezige patiënten in bepaalde categorieën, dat wil zeggen dat een meer geëigend klimaat geschapen werd voor:

- (a) algemeen psychiatrische patiënten van 16-60 jaar;
- (b) patiënten boven de 60 jaar waar bijvoorbeeld arbeidsrevalidatie niet meer zo'n belangrijke rol speelde;
- (c) langdurig verpleegde psychiatrische patiënten, waar onder nog een groepje oligofrenen aanwezig was;

– meer openheid scheppen in en om de afdeling; minder deuren op slot, grotere ramen, minder afrastering om de tuinen en zowel letterlijk als figuurlijk ons blikveld proberen te verruimen;

– de inrichting van de afdelingen leefbaarder maken wat onder andere ook mogelijk werd doordat mensen met zeer verschillende begeleidingsvragen niet meer door elkaar liepen;

– afdelingsrenovatie en nieuwbouw, waardoor meer leefruimte voor de patiënt werd gecreëerd en ook wat meer privacy door het creëren van meer en kleinere vertrekken met alle positieve effecten van dien.

Ook voor het verplegend personeel betekende dit de nodige verandering. Bijvoorbeeld minder ad-hoc behoeven te reageren op al-

lerlei negatieve interacties vanuit een groot, zeer gemengd gezelschap, in een vaak minder gezellige ruimte. Nu moesten we actief proberen in te spelen op patiënten in een wat rustiger situatie en met een wat meer homogene groepssamenstelling, waardoor andere mogelijkheden gingen ontstaan.

De vraag was echter, welke activiteiten zinvol waren en voor wie, en wat wij konden doen als medewerkers. Al snel deed zich dan ook de behoefte gevoelen, na de ordening van patiënten in de hoofdafdelingen: algemene psychiatrie, geronto-psychiatrie en langduriger psychiatrische behandeling – waardoor ook meer geselecteerde afdelingen ontstonden – om binnen deze afdelingen met kleinere groepen patiënten te werken. Tot op dat moment (1966) waren er 30 tot 60 patiënten in één afdeling met 1 B-verpleegkundige als afdelingshoofd en een waarnemend afdelingshoofd (dit was soms nog een 3e-jaars leerling). Daarnaast waren er een aantal leerlingen die alle voorkomende werkzaamheden verrichtten. Eénmaal per week kwam de psychiater aan het afdelingshoofd vertellen hoe het een en ander aangepakt moest worden.

### **Groepsverpleging**

Denkend over de vraag hoe binnen de afdeling met kleinere groepen gewerkt kon worden, ontstond de gedachte aan groepsverpleging. In eerste instantie werd gedacht aan het verplegen in groepen van  $\pm 10$  patiënten; dit had tot doel het verpleegkundig gebeuren overzichtelijker te maken. In plaats van de zorg van het afdelingshoofd met een waarnemend afdelingshoofd en een aantal leerlingverpleegkundigen voor alle patiënten in de afdeling, kreeg een groep van  $\pm 10$  patiënten een vaste verpleegkundige als begeleider en contactpersoon. Het afdelingshoofd kreeg primair de verantwoordelijkheid voor het algemeen en organisatorisch gebeuren in de afdeling, het zogenaamde regeltechnische werk. De verpleegkundige van de groep kreeg als primair aandachtsgebied de zorg voor zijn 10 patiënten. De psychiater overlegde voor die 10 patiënten met de vaste verpleegkundige van de groep en niet met het ene afdelingshoofd voor alle patiënten van de afdeling. Dat dit in het begin nog wel eens de nodige communicatieproblemen met zich bracht, heeft geen betoeg.

Nu, naast het afdelingshoofd, per 10 patiënten een verpleegkundige werd aangesteld en een wijziging in de taakverdeling tot stand werd gebracht, verdween de functie van waarnemend afdelingshoofd.

Geleidelijk aan kreeg de groepsverpleging gestalte. Gestart werd in een afdeling van de algemene psychiatrie, waar toen nog een 40-tal sterk gehospitaliseerde patiënten werd verpleegd. In 4 groepen van 10 patiënten, samengesteld op basis van een bepaald uitgangspunt (bijvoorbeeld zorgbehoefte – problematiek – niveau enz.) die als groep samen woonden, werkten en recreëerden, werd onder leiding van een groepsverpleegkundige eerst geprobeerd de hospitalisatie te doorbreken, om daarna door middel van een resocialisatiepro-

gramma de patiënten voor te bereiden op een terugkeer in de maatschappij. Deze de-hospitalisatie-activiteiten – ook wel psychiatrische revalidatie genoemd – hadden tot doel om de patiënten de dingen die ze eigenlijk best zelf konden doen – maar mede door ons toedoen als hulpverleners hadden afgeleerd – weer zelf te leren doen. Hiertoe werden in de beginfase oefenactiviteiten gehanteerd, zoals:

- zelfverzorging, tafelmanieren, aandacht voor de omgeving (tegenwoordig *Activiteiten van het Dagelijks Leven en Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen* genoemd);
- activerende bezigheid en ontspanning, waar onder sport en spel en ook uitstapjes of vakantie;
- gesprekken met de groep en de individuele patiënten.

Een aantal zaken, mogelijk gemaakt door een actief directie-bouwbeleid, ondersteunden deze bezigheden, zoals daar zijn een gezelliger en sfeervoller inrichting van de verpleegafdelingen, kleinere units om te wonen en te slapen en bijvoorbeeld ook eigen kasten met sleutel voor de patiënt, voor kleding en andere zaken. In die tijd (1968) een goede verbetering; in plaats van de centrale afdelingsgarderobe nu een eigen afsluitbare bergruimte. Veel ziekenhuisdirecties en -besturen hebben het mijns inziens wat bouwactiviteiten betreft het in die tijd van groei-economie laten afweten.

Na goede vorderingen met het de-hospitalisatie-programma verlegden de activiteiten zich nog wat meer naar de resocialisatie-kant. Inmiddels was het team uitgebreid met een psycholoog en een maatschappelijk werkende. Meer aandacht werd mogelijk voor:

- groepsgesprekken, hierbij werden ook actuele zaken besproken en ontstond er meer aandacht voor elkaar;
- onderwijs met betrekking tot brieven schrijven, verkeerszaken, giro- en bankzaken enz.;
- gezamenlijke groepsactiviteiten, waar onder sport, spel en opdrachten;
- eigen kleding aanschaffen en wat consumeren buiten het ziekenhuisgebied;
- het leggen en onderhouden van familiecontacten.

Het regelmatig organiseren van informatie-dagen of -middagen voor familie of relaties van de patiënten vervulde toen – en nu nog! – een belangrijke en positieve bijdrage in het onderhouden van contacten met familie en het creëren van bezoekmogelijkheden voor de patiënt.

In de loop der tijd is groepsverpleging, die indertijd gestart is om hospitalisatie van patiënten te doorbreken en herkenning van mensen onderling te bevorderen, een voorwaarde gebleken voor een *hedendaagse* verpleging van *alle* patiënten, en gelukkig niet alleen voor enkele groepen attractieve patiënten waar de narcistische gevoelens van de hulpverlener voornamelijk mee gebaat zijn.

### **De groepsverpleegkundige taken**

Bij groepsverpleging wordt naast het begeleiden van de groep en de

individuen uitgegaan van de drie kerndimensies van het verpleegkundig hulpverleningsproces, te weten:

- het scheppen van een therapeutisch klimaat,
- het coördineren van activiteiten, en
- het zorgdragen voor de continuïteit.

(Laatstelijk omschreven door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in het rapport inzake 'De taak van de Verpleegkundige', uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in september 1974).

Centraal staat bij de groepsverpleging dat de groepsverpleegkundige in samenwerking met alle aanwezige disciplines in de afdeling, gunstige omstandigheden realiseert, voor een leefgroep van  $\pm 10$  patiënten, waarbinnen een therapeutisch klimaat kan ontstaan, dat wil zeggen het creëren van een omgeving, een sfeer, waarbinnen de mogelijkheid om te werken aan de eigen problematiek optimaal is en waarin men kan oefenen in een nieuw gedrag.

De patiënten van de leefgroep volgen individueel of groepsgewijs hun behandelprogramma. Meestal gaat het bij groepsverpleging niet duidelijk om een therapeutische groep, maar prevaleert het individuele behandelplan, met duidelijke behandeldoelen en regelmatige evaluatie hiervan. De groepsverpleegkundige richt zich met name op de condities waaronder dit gebeurt en geeft leiding aan de verzorgingsactiviteiten. Verder draagt de groepsverpleegkundige zorg voor:

- het tot stand komen van een goede werkverdeling met de andere verpleegkundigen en leerling verpleegkundigen in de groep en zodoende ook met het huishoudelijk personeel (in 'Veldwijk' hotel-medewerkende genoemd), op basis van gemaakte afspraken in het behandelteam, waardoor coördinatie en continuïteit van activiteiten bevorderd worden;
- het observeren van psychiatrische problematiek en het inbrengen van signalen in het behandelteam en werken vanuit dit team;
- informatie-uitwisseling met andere bij de behandeling betrokken hulpverleners in het ziekenhuis, waarbij gedacht kan worden aan bijvoorbeeld medewerkers voor activerende bezigheid, arbeid, vorming en scholing, creatieve therapie, bewegingsvorming, somatische revalidatie, muziektherapie, ontspanning en anderen;
- begeleiding, voorlichting en/of advisering van de patiënt of patiëntengroep, en indien de patiënt dit zelf niet kan, feedback van de patiënt op de juiste plaats inbrengen;
- (zo nodig) technisch verpleegkundige handelingen en het uitvoeren geven en meewerken aan medische handelingen.

De groepsverpleegkundige heeft na het voltooien van de opleiding psychiatrische verpleegkunde een huisopleiding gevolgd, onder meer omvattende

- sociale psychologie,
- agogiek,
- theorie en methodiek van het groepswerk, en verder onder andere
- inleiding in enige therapieën,

- organisatiekunde,
- gesprekstechniek,
- didactiek,
- evaluatie methodes.

Ter vermindering van misverstanden dient te worden opgemerkt dat de beleidscoördinatie van de behandeling van patiënten *niet* door de groepsverpleegkundige geschiedt, maar door de verantwoordelijke behandelaar, die daarmee voor deze behandelbeleidscoördinatie verantwoordelijk is.

Wij belanden hier bij een aantal knelpunten. In een goed psychiatisch ziekenhuis dient mijns inziens

- een duidelijk algemeen patiëntenzorgbeleid ontwikkeld te zijn,
- kwaliteit en doelmatigheid regelmatig onderzocht te worden,
- personeelsbeleid geen onderschoven kind van de patiëntenzorg te zijn en
- een duidelijke organisatie en management ontwikkeld te zijn.

Helaas ontbreekt op afdelingsniveau mijns inziens nog te vaak een beleidspsychiatrisch denken en mede van daaruit een duidelijk behandelbeleid, waardoor ook een optimaal verpleegkundig handelen worden belemmerd. Ook het structureren en runnen van de behandeling blijkt voor behandelteams nog vaak een moeilijke opgave, evenals voortgangscntrole op de behandeling door de behandelers, terwijl richtlijnen voor verpleegkundige begeleiding vaak helemaal achterwege blijven. Mogelijk is dit niet zo verwonderlijk als men bedenkt dat patiënten en verpleegkundigen toch niet om elkaar heen kunnen, dus begeleiding - goed of slecht - toch plaatsvindt.

Mijns inziens moet echter elk behandelplan richtlijnen voor de verpleegkundige begeleiding bevatten, om te bewerkstelligen dat deze begeleiding goed zal zijn. Deze richtlijnen kunnen omvatten:

- observatie- en rapportage-instructies;
- hoe om te gaan met pathologisch gedrag/probleemgedrag;
- waarin de patiënt te steunen en welke eisen te stellen aan de patiënt.

### **De sociotherapeutische werkwijze in de verpleging**

Bij de geschetste ontwikkelingen in een hedendaags psychiatisch ziekenhuis wil ik twee probleemgebieden aanstippen die mijns inziens van belang zijn met betrekking tot de sociotherapeutische werkwijze:

- (a) het gemis aan een duidelijk behandelbeleid met voldoende op elkaar afgestemde activiteiten\* inclusief het gebrek aan begeleidingsrichtlijnen;
- (b) de behoefte om naast een goede individuele behandeling meer

\* Met betrekking tot voldoende op elkaar afgestemde activiteiten zou veel gezegd kunnen worden over de kloof tussen afdelingsbeleid en activiteitensector. In verband met de beschikbare ruimte laat ik dit nu achterwege.

activiteiten met de leefgroep te verrichten, in plaats van met 10 individuele patiënten, om mede daardoor de sociale controle door en vanuit de groep te bevorderen.

Daar, waar in de psychiatrische verpleegkunde de individuele patiënt centraal staat, kan de sociotherapie er de belangrijke dimensie van de leefgroep aan toevoegen. Bij sociotherapie dient er echter ook voldoende aandacht te zijn en te blijven voor de individuele patiënt.

Aanvankelijk had ik nogal wat bezwaren ten opzichte van de in gebruik zijnde sociotherapie. Ik vond het nogal eens:

- een aardig, vaag-verdoezelend sfeertje van gezellig wonen, zonder dat hier bijvoorbeeld bouwactiviteiten mee voor een werkelijke verbetering zorgden (in de jaren van  $\pm$  1965 tot 1975, toen dit nog vrij gemakkelijk kon als er een goed plan gemaakt was);
- (daarnaast) een werkwijze van groepsbehandeling en begeleiding voor een te beperkte groep van voornamelijk attractieve patiënten, zodat het merendeel van de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen er weinig of niets aan had.

Echter de thans in ontwikkeling zijnde opvattingen over sociotherapie geven mijns inziens hoop voor de toekomst:

- een sociotherapeutische werkwijze als aanvulling op een voornamelijk individueel gerichte behandeling;
- een werkwijze die gedragen moet worden op alle niveau's in het psychiatrisch ziekenhuis, waar alle afdelingen aan mee kunnen doen en alle medewerkers bij betrokken zijn;
- een werkwijze die evalueerbaar moet zijn en controleerbaar op vorderingen voor de groep, maar ook voor de individuele patiënt.

Dit alles tot stand te brengen in een tijd van kostenbewustwording en misschien zelfs kostendekkend werken per werkplek, zal ons kunnen en moeten stimuleren tot doeltreffend en doelmatig werken. Mogelijk is deze ontwikkeling niet zo'n ramp als soms wordt gedacht maar zal deze ons creatief maken en dichter brengen bij een bruikbare effectmeting.

Integrale geneeskunde en verpleegkunde kunnen mijns inziens worden bevorderd met een sociotherapeutische wijze van werken, waarbij in relatie tot de aanwezige problematiek een juiste verhouding wordt bevorderd tussen de socio-psycho-somatische gebieden. Er moet geen beklemtoning plaats vinden op één van deze 3 gebieden, bijvoorbeeld vanuit de hobby van een hulpverlener. Als participant, consequenties trekkend uit datgene wat nodig is voor integrale verpleegkunde en te realiseren in een sociotherapeutische setting, zal de verpleegkundige zich verder willen laten scholen, waarbij er mijns inziens met name aandacht dient te zijn voor het methodisch en groepsmatig activiteiten leren opzetten, begeleiden en evalueren.

Nogmaals zij opgemerkt: 'van broeder tot sociotherapeut' is geen verandering van professie, maar een bekwaming in een bepaalde wijze van werken. De gezondheidszorg wordt geen grijze massa met alleen sociotherapeuten in naam, waar mogelijk psyche of

soma ondergewaardeerd zouden worden, maar vanuit elkaar positief beïnvloedende stimulerende professies kan er naast bijvoorbeeld een psychiater/sociotherapeut ook een verpleegkundige/sociotherapeut werkzaam zijn en mogelijk nog vele anderen.

### Samenvatting en conclusies

Uitgaande van het gegeven dat sociotherapie mijns inziens een specifieke wijze van rolvervulling is door verpleegkundigen en andere hulpverleners, en gelet op de 3 kerndimensies van het verpleegkundig hulpverleningsproces, laatstelijk omschreven in het bovengenoemde rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, zou ik willen stellen dat vanuit integrale geneeskunde en verpleegkunde bezien – d.w.z. vanuit de juiste aandacht voor de socio-psycho-somatische éénheid van de mens – de sociotherapeutische wijze van werken een zeer belangrijke bijdrage is om ook als verpleegkundige een juist evenwicht in deze drie-éénheid te vinden. Altijd hebben ontwikkelingen in de gezondheidszorg ook hun invloed gehad op het verpleegkundig gebeuren en de verpleegkundige, mede gelet op de van oorsprong afgeleide taak van de verpleegkundige. Hierdoor kan niet alleen gesproken worden over ontwikkelingen in de verpleegkunde, maar moet ook gesproken worden over ontwikkelingen rond de verpleegkunde. Geleidelijk aan wordt deze taak een meer zelfstandige, die in goede samenwerking met anderen verricht kan en moet worden.

Niemand behoeft zich over nieuwe ontwikkelingen te verontrusten, ook de verpleegkundige niet. Stilstaan met de mogelijkheid van achteruitgang is gevaarlijker. Nieuwe ontwikkelingen moeten de verpleegkundige ook niet telkens weer aanleiding geven om naar een andere of nieuwe identiteit op zoek te gaan. Sociotherapie is geen nieuw beroep, maar sociotherapie vraagt een bepaalde wijze van werken. Ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die jammer genoeg weinig duidelijk heeft geschreven in het al genoemde rapport over de taak van de *psychiatrisch* verpleegkundige, behoeft mijns inziens niet naar een nieuwe identiteit van de verpleegkundige te zoeken of in 1981 met een nieuwe ingewikkelde omschrijving te komen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de in september 1980 in Maastricht gestarte universitaire opleiding voor verpleegkunde.

De psychiatrisch verpleegkundige heeft, vanuit de al genoemde drie kerndimensies, een aantal eigen verpleegkundige taken, zoals daar bijvoorbeeld zijn:

- psychiatrische problematiek observeren en signalen inbrengen in het behandelteam en werken vanuit dat team;
- het begeleiden van en voorlichting geven aan de patiënt in een psychiatrische setting, waarbij psychiatrische verpleegkunde uitgaat van de socio-psycho-somatische eenheid van de mens;
- verpleegkundig handelen waaronder technisch verpleegkundig handelen en uitvoering geven – of meewerken – aan medische handelingen.



Laten de verpleegkundigen vanuit deze taken er maar actief aan werken om in goed afgestemde samenwerking met andere aanwezige disciplines hun werk optimaal te kunnen blijven verrichten. Hierdoor zullen anderen, de hulpvragers en andere hulpverleners, op de verpleegkundige kunnen blijven rekenen. In het kader van bij- of nascholing zal de verpleegkundige zich moeten blijven ontwikkelen om het werk dicht bij de patiënt, optimaal en in samenwerking met anderen te kunnen blijven verrichten. De verpleegkundige heeft na een in-service-/MBO- of HBO-opleiding een goede introductie, inwerkperiode, instructie en begeleiding nodig. Hierna kan bijvoorbeeld een bedrijfsinstructie, een opleiding tot groepsverpleegkundige, een opleiding in de sociotherapeutische werkwijze of nog wat anders plaatsvinden.

Mijns inziens moeten de Centrale Raad voor Volksgezondheid en de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, – mogelijk geanimeerd door de N.Z.R. – meer aandacht besteden aan de psychiatrische verpleegkunde. Specialisatiemogelijkheden voor psychiatrisch verpleegkundigen zijn er verbazingwekkend genoeg (ook in 1981) nog steeds niet. Gemiddeld twee jaar na diplomering als psychiatrisch verpleegkundige zoeken velen dan ook een andere opleiding in de welzijns- of gezondheidszorg. Ik denk hierbij zeker niet aan de reeds genoemde universitaire opleiding of aan de Hogere Opleiding voor verpleegkundigen, maar aan specialisatiemogelijkheden voor hedendaagse psychiatrisch verpleegkundigen, om als verpleegkundige optimaal werkzaam te kunnen zijn en blijven op gespecialiseerde psychiatrische afdelingen en als verpleegkundige te kunnen participeren in een bepaalde wijze van werken. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan afdelingen voor: adolescenten, verslaafden, sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten, enz.

Voor wat betreft de in grote lijn aangegeven ontwikkeling van psychiatrisch verpleegkundige naar groepsverpleegkundige en de daaruit te trekken consequenties met betrekking tot de mogelijkheid om te participeren in een sociotherapeutische setting is op te merken dat voor verpleegkundigen, om in een sociotherapeutische setting te kunnen werken, mijns inziens extra aandacht gegeven dient te worden aan bijvoorbeeld:

- het methodisch leiden van groepsactiviteiten,
- het opzetten van programma's voor de leefgroep,
- het leiden van patient-staff-meetings,
- groepsprogramma-evaluaties volgens verschillende methoden.

Training van het gehele werkzame multidisciplinaire afdelings-team, onder andere in verband met een juiste samenwerking en afstemming, is noodzakelijk. Laten wij met elkaar vanuit sociotherapie en psychiatrische verpleegkunde proberen een goed evenwicht te vinden en te behouden tussen aandacht voor de individu en aandacht voor de groep.

Tot slot een enkele opmerking over een optimale intramurale patiëntenzorg. Deze kan mijns inziens alleen gerealiseerd worden als een instituut en zijn afdelingen goed worden geleid, waarbij:

- er een gestructureerd behandelbeleid is, dat afgestemd is en blijft op het patiëntenaanbod;
- het individuele behandelplan regelmatig geëvalueerd wordt;
- er doeltreffend en doelmatig gewerkt wordt;
- er een goed en actief personeelsbeleid gevoerd wordt;
- de juiste informatieverstrekking plaats vindt;
- werkzaamheden regelmatig onderzocht en geëvalueerd worden;
- kostenbeheersing, in relatie tot de kwaliteit van de patiëntenzorg, geen vies woord meer is of *tegenover* behandeling staat in plaats van er naast;
- een ieder georganiseerd kan of leert werken in de aanwezige organisatie;
- behandelaars geen solist blijven, maar interdisciplinair samenwerken in teamverband;
- behandelingen door behandelaars gestructureerd worden en er ook begeleidingsadviezen gegeven worden in het behandelingsplan, die nader uitgewerkt kunnen worden;
- supervisoren hun taak kennen en uitvoeren met betrekking tot de opleiding en het werk van bijvoorbeeld aankomende psychiaters *en niet in de laatste plaats* beleidspsychiaters gevormd worden.

Het zou mijns inziens jammer zijn om te denken dat verpleegkundigen en behandelteams pas goed met elkaar kunnen samenwerken, nadat verpleegkundigen *hun* academische studie hebben voltooid. Zullen de patiënten ons dan nog wel verstaan?