

# Het professioneel verplegen van cliënten in een groep vereist het hanteren van het verpleegkundig proces.

GERBEN BERGSMA, a.i.o GGz-vs

## Inleiding

In dit essay wordt aan de hand van literatuur onderzocht of het mogelijk is proces- en procesmatig werken met cliëntengroepen door verpleegkundigen. **De hypothese is dat er binnen de verpleegcontext van een cliëntengroep, verpleegproblemen en interventies vast te stellen zijn die het verpleegkundigen mogelijk maken met de groep het verpleegkundig proces te doorlopen.**

De reden voor dit onderzoek is dat er in het internationaal breed geïmplementeerde anamnesemodel van Gordon en in de classificatiesystemen van de N.A.N.D.A en het Iowa Intervention Project voornamelijk aandacht besteed wordt aan individuele verpleegproblemen. Slechts problemen van een gezin of wijkgemeenschap zijn als groepsproblemen- en interventies te beschouwen. Ook in de publicatie Measurements for Long-Term Care (Sage Publications, 1998), een uitgebreid overzicht van scoringsinstrumenten voor verpleegkundigen zijn de beschreven schalen slechts gericht op zorg aan een individuele hulpvrager. Een schaal voor het scoren in groepen is niet te ontdekken. De cliëntengroep als hulpvrager lijkt vergeten te worden in deze belangwekkende professionele ontwikkelingen binnen de verpleegkunde.

Toch is het van belang dat de verpleegkundige procesmatig te werk gaat bij het verplegen van een groep cliënten. In het 'Beroepsprofiel van de verpleegkundige' (Leistra e.a, 1999) wordt gesteld dat de verpleegkundige, om de zorg op systematische en doelgerichte wijze uit te voeren, het verpleegkundig proces hanteert. Daarnaast behoort volgens hetzelfde beroepsprofiel het zorgdragen voor het leefklimaat en de samenstelling van een groep tot de competenties van de verpleegkundige. Evenals het sturen van groepsprocessen en de begeleiding van een groep bij activiteiten en interactie.

Om de hypothese te toetsen is er wordt gezocht in de historie van de groepsdynamica, sociotherapie, milieutherapie en de nieuwste ontwikkelingen in het classificeren en standaardiseren binnen de verpleegkunde. De literatuur is verkregen via Psyc Lit op de trefwoorden milieutherapie en groepstherapie en uit het boek Werken in een Therapeutisch milieu van Janzing en Kerstens en de literatuurlijst ervan.

## Het therapeutisch milieu

Het therapeutisch milieu kan gedefinieerd worden als een bewust geconstrueerde omgeving rond de cliënt waarin fysische en immateriële voorwaarden geschapen zijn die het proces van herstel, verlichting van het lijden of het in stand houden van de gezondheid bevorderen.

Janzing en Lansens onderscheiden drie soorten therapeutische milieu's; Het reconstructieve, het sociaaltherapeutische en het supportieve.

Het reconstructief milieu treft men aan in psychotherapeutische settingen. Het doorwerken van vroege ervaringen is hierin het middelpunt van de behandeling.

Binnen sociaal therapeutische milieu's staat het vergroten of verstevigen van sociaal-maatschappelijke rollen door het aangaan van contacten met hulpverleners en cliënten centraal.

In supportieve milieu's is ondersteuning een belangrijk begrip. Dit milieu is uitgesproken antiregressief en richt zich op ik-versterking.

Evident is dat voor deze verschillende milieu's verschillende materiële en immateriële middelen nodig zijn om de doelstellingen van de cliënten te behalen. Binnen het reconstructief milieu is het te verwachten dat er regelmatig gesprekken met een psychotherapeut plaats zullen vinden, terwijl het in het supportief milieu voor de hand ligt dat het therapie aanbod zich meer op vaardigheden richt. Binnen een sociaaltherapeutisch milieu is het waarschijnlijk dat er groepsruimtes aanwezig zijn.

## Groepen

Een groep is te omschrijven als een verzameling individuen die zich onderscheiden van anderen door tenminste één gemeenschappelijk element (Janzing en Kerstens, 1989).

Verschillende auteurs op het gebied van sociotherapie maken onderscheid tussen leefgroepen, taak- of vaardigheidsgroepen en communicatiegroepen. **Leefgroepen** bestaan idealiter uit 3 tot 5 personen. Deze omvang beperkt de dynamiek en biedt ruimte voor intimiteit (Klungers, 1992). **Communicatiegroepen** gebruiken het gesprek als middel om te leren van de onderlinge contacten of om de gang van zaken rondom een bepaald thema te regelen. Een dergelijke groep bestaat uit minimaal vijf personen en maximaal 15 personen (van der Spek, 1981)

Passiviteit van de groepsleden treedt op bij minder dan vijf personen. Wanneer het aantal groepsleden groter wordt vindt er meer communicatie plaats van de groepsleden naar de groepsleider en vice versa. Bovendien vermindert de participatie en satisfactie van de leden die geneigd zijn te zwijgen in grotere groepen, waar de groepsleden met een grote inbreng hun deelname zien groeien. Significante verschillen zijn waar te nemen bij groepen die groter dan 8 personen worden en vervolgens als het aantal groepsleden groeit tot meer dan vijftien.

In **taak- of vaardigheidsgroepen** staat het uitvoeren van bepaalde werkzaamheden centraal. Het gaat om het aanleren of onderhouden van bepaalde vaardigheden. Ook kan het zijn dat er weliswaar een taak wordt uitgevoerd, maar dat het juist draait om het leren van de interactie met elkaar. Hier geldt dat er voor relatief simpele taken een kleine groep het meest effectief werkt, terwijl er voor complexe taken een grotere groep geschikter is (Yalom, 1981).

## Groepssamenstelling en therapeutisch milieu

Klungers stelt in zijn essay “De samenstelling van de patiëntengroep”, dat het van belang is, groepen samen te stellen, die qua hulpvraag een zekere homogeniteit kennen. Overeenkomsten in problematiek van cliënten zijn nodig voor het creëren van een therapeutisch milieu wat consistent is in haar visie, methodieken en technieken. En wat materieel ingericht is op een bepaalde cliëntengroep.

Klungers noemt verschillen in hulpvraag op het gebied van begrenzing versus stimulering en verandering of onveiligheid versus stabiliteit of veiligheid als onverenigbaar binnen een therapeutisch milieu.

De beschrijving van Brouwer e.a over het omvormen van een milieu en cliëntengroepen binnen een bestaande verpleegafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, lijkt de stelling van Klungers te onderbouwen. Eerdere problemen van de verpleging werden beter hanteerbaar en de problematiek van cliënten werd minder ernstig, nadat cliënten met verenigbare hulpvragen geplaatst waren in groepen met een daarbij passend milieu.

## Groepsontwikkeling en leiderschap

Groepen ontwikkelen zich over het algemeen naarmate ze langer bestaan op de gebieden van cohesie en zelfstandigheid. Remmerswaal deelt dit proces, net als veel andere auteurs, op in verschillende fasen. Iedere fase heeft eigen karakteristieken die vragen om het hanteren van leiderschapsstijlen zoals Henry en Blanchard die beschreven hebben. Remmerswaal presenteert zijn ideeën met de nodige voorzichtigheid, omdat ze berusten op praktijkervaring. Een wetenschappelijke onderbouwing op basis van onderzoek is nog niet gevonden.

De **voorfase** is de periode voorafgaand aan het ontstaan van de groep. De interventies van de hulpverlener zijn voor de groep daarom niet zichtbaar. Ze bestaan uit het formuleren van een doelstelling voor de groep, de vertaling van de groepsdoelstelling in een programma en een keuze voor werkvormen en methodieken, het vaststellen van een taak- en invloedsverdeling, het veiligstellen van financiële middelen, het vaststellen van groepsamenstelling en groeps grootte en de planning van ruimtes en tijdstippen. Kortom het vorm en inhoud geven aan het therapeutisch milieu.

De **oriëntatiefase** kenmerkt zich door afhankelijkheid van de groep naar de formele groepsleider en de vraag van de groep om externe sturing. De communicatie loopt vooral via de groepsleider en kan gekenschetst worden als oppervlakkig. Centrale vragen van individuele groepsleden spelen rond de thema's wordt ik geaccepteerd en wat zijn de voorwaarden om erbij te horen. Welke grenzen stelt de groep en kan ik dan mijzelf blijven. In deze fase wordt er door de groep geprobeerd een taakstructuur te ontwikkelen om de eigen doelstellingen ten aanzien van inhoud- en procedureniveau te verwezenlijken.. In de oriëntatiefase zou de verpleegkundige vooral moeten

werken met directieven omdat de taakbekwaamheid van de groep klein is. 'Telling' noemen Hersey en Blanchard dit, omdat het voornamelijk eenrichtingscommunicatie betreft.

Na de oriëntatiefase belandt de groep in **de machtsfase**. Hierin komen onderlinge betrekkingen centraal te staan. Kenmerken zijn kritiek op de formele groepsleider, de procedures en besluitvorming. De groep regelt haar eigen antwoorden op vragen rondom invloed en macht. Centrale vragen van de groepsleden; zijn hoeveel macht en invloed heb ik; wie heeft er macht en invloed over mij; waar ligt de controle of sturing op wat we doen; door wie zal ik me laten beïnvloeden en hoe. Gevoelens van hulpeloosheid, incompetentie, teleurstelling en woede kleuren soms het gedrag van de groepsleden terwijl ze een zo comfortabel mogelijke positie proberen te verwerven. Remmerswaal adviseert in deze fase een overtuigende leiderschapsstijl te gebruiken. De leiderschapsstijl wordt 'selling' genoemd, omdat er sprake is van tweerichting- communicatie en de leider door middel van uitleg probeert aan te zetten tot gewenst gedrag. Hij blijft hierbij sturing bieden, maar heeft oog en oor voor de behoeften van de groepsleden. Deze stijl is voor matig ontwikkelde groepen.

In **de affectiefase** spelen vragen rondom betrokkenheid en afstand en nabijheid van de groepsleden een belangrijke rol. Soms ontstaat er polariteit tussen twee subgroepen, waarbij de ene groep pleit voor meer verbondenheid, terwijl de andere groep afstand voorstaat. De groep creëert haar eigen relatiepatroon op basis van antwoorden op vragen als; hoe persoonlijk zullen we met elkaar omgaan; welke mate van afstand en nabijheid is er; hoeveel kunnen we elkaar vertrouwen. Kenmerken zijn het uiten van positieve gevoelens, van cohesie, van affectie en soms van vijandigheid en antipathie.

Remmerswaal leert aan deze fase een participerende leiderschapsstijl. Groepsleden zijn op dit niveau wel capabel, maar niet gemotiveerd te doen wat de leider hen wil laten doen. De leider moet zich hierom met name richten op een goede relatie met de groep, door actief te luisteren, te ondersteunen en te werken met non-directieven. Deze leiderschapsstijl is bedoeld voor een ruim ontwikkelde groep.

De **autonome groepsfase** is de periode die volgt nadat de groep een eigen taakstructuur ontwikkeld heeft en de invloed- en machtsverdeling en relatiepatroon vastgesteld heeft. Er ontstaat ruimte voor het delen van persoonlijke ervaringen, groepsleden voelen de veiligheid zich kwetsbaar op te stellen. Centrale vraag in deze fase is; Kan ik helemaal mezelf zijn.

De groep heeft het hoogste niveau van zelfstandigheid bereikt qua competentie en motivatie en dat vraagt om een delegerende leiderschapsstijl.

De laatste fase is **de afsluitingsfase**. Remmerswaal onderscheidt een taakgericht aspect en een sociaal-emotioneel aspect. Ten aanzien van de afsluiting zou er een product- en proces evaluatie plaats moeten vinden. Vragen als; zijn de doelen behaald, zijn er doelen bijgesteld en hoe is het proces van onderlinge samenwerking verlopen, komen hierbij aan de orde.

Het sociaal-emotionele aspect kan onder meer behandeld worden door het laten plaatsvinden van een feedback ronde, het meegeven van een symbool of een groepsgeprek over afscheid. De leiderschapsstijl hangt samen met de fase waarin de groep verkeerd op het moment dat zij afscheid neemt.

Kanttekening bij het lezen van de ontwikkelingsfasen is dat ze nimmer optreden in de hier beschreven volgorde (Yalom, 1981). Groepsontwikkeling is een dynamisch proces, wat zich niet eenvoudig laat vangen in een dergelijk model. Constante observatie en interpretatie van de groepsfenomenen zijn nodig om de juiste interventies toe te passen .

Daarnaast is het van belang te beseffen dat er cliëntengroepen zijn, welke er met intensieve begeleiding niet in slagen de vragen van de verschillende ontwikkelingsfasen te beantwoorden. Simpelweg omdat ze niet de vaardigheden of het probleemoplossend vermogen hebben om te komen tot overeenstemming over de taakstructuur, de macht- en invloedsverdeling en het relatiepatroon.

Andere groepen zullen juist de communicatie rond dit thema gebruiken om te experimenteren met rollen of te leren van communicatie. Taken voor de verpleegkundige zullen daarom in verschillende milieu's, en in de verschillende fasen uiteenlopen.

In supportieve milieu's zal de verpleegkundige directiever zijn dan in psychotherapeutische milieu's en het is voorstelbaar dat het onvermogen om de fasen door te werken, opgevangen wordt door het vastleggen , in huisregels van de antwoorden op vragen rond macht en invloed en cohesie en afstand. Groepsdynamiek zou dan, zo beperkt als mogelijk, kunstmatig moeten worden bevroren door het therapeutisch milieu.

## Conclusie

Het verplegen van een cliëntengroep met behulp van het verpleegkundig proces is mogelijk. Groepsproblemen met daarbij de etiologie en de symptomen zijn met behulp van theorie uit de groepsdynamica te diagnosticeren. Op basis van het karakter van de doelgroep, de aard van de groep, het therapeutisch milieu en de ontwikkelingsfase waarin de groep verkeert, zou de verpleegkundige interventies moeten plannen en evalueren, om te voldoen aan de professionele normen die in het beroepsprofiel gedefinieerd zijn.

- Literatuur:**
- Abroms, G. M., *Defining Milieu therapie*. Arch. Gen. Psychiat. 21 (1969).
  - Beaton, S.R en Voge, S.A, *Measurements for Long Term Care*. Sage Publications, Inc.London 1998.
  - Brouwer, J., *Beter Leefklimaat voor Bejaarde Psychiatrische Patiënten*, TVZ 1996.
  - Bulechek, G.M en J.C McCloskey, *Verpleegkundige Interventies*, Elsevier/ de Tijdstroom. Maarsen 1998.
  - Cumming J. en E., *Ego and Milieu*. Aldine, Chigaco 1962.
  - Gordon, M., *Verpleegkundige Diagnostiek: Proces en Toepassing*. Elsevier, Maarsen 2000.
  - Gordon, M, *Handleiding verpleegkundige diagnostiek*, Elsevier, Maarssen 1997.
  - Janzing, C. en J. Kerstens, *Werken in een Therapeutisch milieu*. Bohn, Stafleu, Van Lochum, Houten/ Zaventem 1989.
  - Janzing, C. en J. Lansen, *Milieutherapie*. Van Gorcum Assen 1985.
  - Jones, M. *The therapeutic community*. Basic Books Inc., New York 1952.
  - Klungers, J, *De samenstelling van een cliëntengroep*. TVZ nr.9/ 1992.
  - Lansen, J. , *Milieutherapy: Different models and the place of group therapy*. Group Analysis 1982, pag. 158-162.
  - Leistra, E e.a, *Beroepsprofiel voor de verpleegkundige*, Elsevier, Maarssen 1999
  - North American Nursing Association, *N.A.N.D.A verpleegkundige diagnoses*, Bohn, Stafleu, Van Lochum, Houten/ Diegem 1999.
  - Remmerswaal, J., *Handboek groepsdynamica*. Nelissen, Bloemendaal 1982.
  - Spek, P. van der, *Wat is sociotherapie?*. Tijdschrift voor psychiatrie 23, 1981/5.
  - Stolte, K.M, *Handboek verpleegkundige diagnostiek*, april 2001.
  - Yalom, I.D, *Groepspsychotherapie in de praktijk*, Bohn Stafleu Van Lochum. Houten/ Zaventem 1981)