

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA: VERPLEEGKUNDE



**De Aidstest als sociale valkuil**

**Samenwerken in de 1e lijn**  
Inbreng plaatselijke overheid  
onontbeerlijk

**Een gehandicapt kind**  
De vraag om thuishulp is groot

**Drugbeleid**  
Baat het niet, dan  
schaadt het wel

# INHOUD

ZESDEJAARGANG, NR. 2, juni '88

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en Uitgeverij van Gorcum; verschijnt viermaal per jaar.

Redactie: Thea Dukkers van Emden, Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Marjon van Weersch. Eindredactie: Mirre Bots.

Redactieraad: Guus Bannenbergh, Yvonne van Geenhuisen, Annet Gerritsma, Peter Groenewegen, Maria Henssen, Kees Hertog, Eddy Houwaart, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Marcel Post, Dirk Soeters, Sigrid Sijhoff, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Jaap Talsma, Janneke van Vliet, Cor van der Weeie, Goof van de Wijngaart, Boes Willernse en de redactie.

ontwerp: Frans Rodermans  
tekeningen: Bert Comelius  
zetwerk, drukwerk en lay-out: van Gorcum

bijdragen: zenden aan het redactiesecretariaat: Herengracht 418, 1017BZ Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs op aanvraag. Bijdragen voor 'Kort en Goed' naar: Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 146181, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

abonnements: instellingen - f 55,00  
particulieren - f 45,00  
studenten - f 40,00

losse nummers: f 12,00

uitgever: Van Gorcum & Comp. b.v.  
Postbus 43, 9400 AA Assen  
Tel. 05920-46846  
Giro 802255

Opzegging van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij van Gorcum.

Stichting Gezondheid en Politiek, Uitgeverij van Gorcum: ISSN 0 167 8647

<i>HennanKaal</i> <i>Marijke Kruttel</i>	De <u>a</u> idstest als sociale valkuil	63
<i>Goof van de Wijngaart</i>	Drugbeleid: baat het <u>n</u> iet, dan schaadt het wel	67
<i>Wim van Minnen</i>	Een geestelijk of lichamelijk gehandicapt kind	70
	De vraag om <u>t</u> huishulp is groot	
<i>Renée van Aller</i>	Medisch Centrum West	75

## THEMA: Verpleegkunde 76

<i>Henk Bakker</i>	Ook de verpleging moet zich gaan verkopen	78
<i>Els Borgesius</i> <i>Jacomine de Lange</i>	Psychiatrisch verpleegkundige. Een vak apart en een wereld van verschil	81
<i>Harry van Velsen</i>	De verpleegkundige binnen de geestelijke gezondheidszorg	86
	Een reactie	
<i>Willem Zandbergen</i>	Primary Health Care	87
<i>Aukje Leemeijer</i>	De verpleging trekt te weinig lessen uit het verleden	90
	Interview met Truus Spijker	
<i>Alice Loeters</i>	Geen woorden maar daden	94
	Naar een gericht emancipatiebeleid in de verpleging	
<i>Erik Heydelberg</i> <i>Berty van de Meydenberg</i>	De wijkverpleegkundige handhaaft zich in de thuiszorg	97

<i>Ruud Souverein</i>	Samenwerken in de eerste lijn Inbreng plaatselijke overheid onontbeerlijk	102
-----------------------	---	-----

<i>Gor van de Weele</i> <i>Jos Dute</i> <i>NicodeLouw</i>	Boeken Voortplantingstechnieken Mooi, Cosmetics kritisch bekeken Baanloosheid en gezondheid	105 107
---	--	------------

	Kort en Goed	108
--	--------------	-----

# De Aidstest als sociale valkuil

Na een betrekkelijk rustige periode is de test op antistoffen tegen HIV weer volop in het nieuws. Steeds vaker roepen vertegenwoordigers vanuit verschillende professies om de test als noodzakelijk middel om te anticiperen op de nabije epidemie: eerst Philips, daarna de snijdende beroepen en nu toch vooral het verzekeringswezen. De HIV-geassocieerde gemeenschap, homoseksuelen, druggebruikers, enkele ethici en direct betrokkenen, reageert verontwaardigd.

Waarom is de Aidstest zo'n heet hangijzer? Herman Kaal en Marijke Knuttel, beiden al enkele jaren betrokken bij de HIV-gerelateerde problematiek, proberen te illustreren dat de test tot een instrument verwordt dat niet slechts het medisch belang dient. Er kunnen verschillende, zuivere en minder zuivere, indicaties zijn om tot testen over te gaan. Dat hierdoor een medisch instrument - wat de test tenslotte is - grote sociale consequenties kan hebben, maken zij méér dan duidelijk.

*Bennan Kaal*, psycholoog, is verbonden aan de afdeling Psychosociale Hulpverlening Aids van de Jhr. mr. J.A. de Schorerstichting te Amsterdam.

*Marijke Knuttel*, andragoloog, oud medewerkster bij de Schorerstichting en sinds kort directeur van de Stichting Pandora te Amsterdam.

Laten we het een en ander nog eens op een rijtje zetten. Sinds enkele jaren is het mogelijk antistoffen tegen het Human Immunodeficiency Virus (HIV) in het bloed aan te tonen. Wanneer antistoffen in het bloed zijn aangetoond gaat men ervan uit dat de betrokken persoon met het virus besmet is, anders gezegd dat iemand 'seropositief' is. Van iemand die seropositief is, wordt aangenomen dat hij of zij gedurende de rest van zijn/haar leven kans heeft om ziek te worden, alsmede dat hij/zij gedurende de rest van zijn/haar leven besmettelijk is voor anderen via sperma-bloed contact of via bloed-bloed contact.

## Het beleid

Het beleid inzake serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV wordt gekenmerkt door terughoudendheid'. In grote lijnen liggen hier de volgende redenen aan ten grondslag:

- Het weten van de testuitslag heeft geen consequenties voor het vermijden van 'risicovol' gedrag.
- De testuitslag is een momentopname en kan een verkeerd gevoel van veiligheid geven zowel op individueel als op epidemiologisch niveau. Immers, iedereen zal zich ten alle tijde veilig dienen te gedragen; daar-

naast is het onmogelijk alle mensen die seropositief zijn te identificeren.

- De psychosociale en maatschappelijke consequenties voor seropositieven zijn zeer belastend.
- Voor de toepassing van de test op antistoffen bestaat dan ook een aantal algemeen aanvaarde indicaties. Deze zijn de volgende:
- ten behoeve van epidemiologische surveillance, ten einde zicht te verkrijgen en te behouden over het verloop van de epidemie;
  - screening van bloeddonaties, sperma-, weefsel- en orgaandonoren, teneinde overdracht van nrv via do-

naties uit te sluiten;

- ten behoeve van de diagnostiek, bij lichamelijke klachten die passen bij een HIV-infectie;
- ter bescherming van anderen, als veilig seksueel contact niet meer gewenst of mogelijk is (bijvoorbeeld bij zwangerschapswens), of bij zwangerschap en als in het verleden risicovolle contacten hebben plaatsgevonden'.

In het algemeen dient aan verschillende voorwaarden te worden voldaan alvorens tot serologisch onderzoek wordt overgegaan. De privacy van de te testen personen moet gewaarborgd zijn. Er kan alleen getest worden wanneer is voldaan aan de vereiste van *informed consent*. Toestemming voor het doen van de test ligt bij de betrokken persoon, pas nadat de persoon geïnformeerd is over doel, aard, te verwachten gevolgen, mogelijke risico's en eventuele alternatieven. Ook dienen er voldoende mogelijkheden te zijn voor opvang en begeleiding van mensen die seropositief zijn.

Op persoonlijk niveau wordt wel gesproken van een neutraal beleid. Dit betekent dat de betrokkene alle relevante informatie krijgt zonder dat er in positieve of negatieve zin druk wordt uitgeoefend of geadviseerd.

### Uitzondering

De vereiste van *informed consent* heeft in 1983 formeel een basis gekregen in de Nederlandse grondwet in artikel 10 met betrekking tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en in artikel 11 met betrekking tot de lichamelijke integriteit. Uitzonderingen op deze bepaling moeten berusten op de wet. Een medische ingreep zonder toestemming van betrokkenen is een vorm van mishandeling in de zin van artikel 300 van het Wetboek van Strafrecht (zie hiervoor ook noot 3).

Een eerste officieel geautoriseerde uitzondering op bovenstaande indicaties met betrekking tot de toepassing van het serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV ligt op het terrein van de levensverzekeringen. Om een levensverzekering boven de 200.000 gulden te kunnen afsluiten is het een verzekeringsmaatschappij toegestaan de potentiële klant aan een test op antistoffen te onderwerpen. Indien de uitslag van de test positief is en de antistoffen zijn aangetoond of bij weigering om zich te laten onderzoeken wordt de betrokken persoon de verzekering geweigerd. Bij een verzekering onder het bedrag van 200.000 gulden wordt afgegaan op een eigen gezondheidsverklaring waarbij expliciet wordt gevraagd of het bloed ooit op een HIV-infectie is onderzocht. De financiële gevolgen voor de verzeke-

ringsmaatschappijen zouden deze beslissing rechtvaardigen. Bovendien wordt door de huidige minister van Justitie een levensverzekering boven de twee ton als 'luxe' aangemerkt, een levensverzekering kan immers niet gezien worden als een 'fundamentele voorziening'. Een weigering van een levensverzekering bedreigt de betrokken persoon dus niet in zijn maatschappelijk functioneren".

### Testen uit machteloosheid

De HIV-problematiek onderscheidt zich in een aantal opzichten van andere ernstige aandoeningen:

- er is sprake van een nieuw virus waar geen geneesmiddel of vaccin tegen is;
- er is sprake van een overdraagbaar virus;
- het virus wordt overgedragen door seksueel gedrag en door handelingen waarbij sprake is van bloed-bloed contact;
- het virus heeft zich tot nog toe voornamelijk verspreid onder groepen wier gedrag maatschappelijk niet alom is geaccepteerd.

Een en ander draagt ertoe bij dat de emotionele reacties rond het bestaan van het HIV rond de aanwezigheid van de HIV-epidemie zeer sterk kunnen zijn op allerlei niveau's en binnen allerlei groepen. We zien die sterke reacties dan ook. Zowel binnen de groep van mensen die direct betrokken zijn als bij de groep hulpverleners, beleidsmakers etc. Bij veel reacties speelt angst een rol. Veelal is er sprake van angst voor controleverlies en angst voor machteloosheid. Angst ook de werkelijkheid niet meer te kunnen beheersen volgens de tot nog toe geldende normen die bij elke specifieke hulpverleningsdiscipline horen.

De test op antistoffen tegen HIV ligt in de praktijk van de hulpverlening vaak de functie te hebben van een instrument gericht op beheersing, zowel in de (para)medische als in de psychosociale hulpverlenings context.

Bij het geven van talloze voorlichtingen en trainingen met betrekking tot de psychosociale aspecten van de HIV-gereleerde problematiek is het ons steeds vaker opgevallen dat werkenden slecht in staat zijn 'dat wat de HIV-infectie voor de patiënt/cliënt betekent' tot uitgangspunt van hun handelen te nemen. In gesprekken met cliënten die bijvoorbeeld bang zijn besmet te zijn met het virus, of in gesprekken waarin cliënten angstig zijn voor de gevolgen van hun HIV-infecties, zijn hulpverleners slecht in staat op een adequate manier, in dit

geval op de angst van de betrokken cliënt, in te gaan. Vaak speelt in dit soort situaties de eigen angst voor controleverlies en machteloosheid een grote rol, al dan niet in relatie tot eigen (mogelijk niet onderkende) angst voor bijvoorbeeld (homo)sexualiteit en angst voor afscheid en dood. Het aanbieden van een technische handeling, in dit geval een test op HIV-antistoffen, wordt door de hulpverlener vaak beleefd als een adequaat hulpverleningsantwoord op het door de cliënt naar voren gebrachte verhaal. Een antwoord dat vervolgens wordt gepresenteerd als dé oplossing voor de naar voren gebrachte knelpunten. Dit gedrag vloeit direct voort uit wat in de literatuur wel beschreven is als de wij-hulpverleners-hebben-voor-alles-een-oplossing houding". Het mag duidelijk zijn dat de in de vorm van een technische handeling gepresenteerde oplossing ten aanzien van door de cliënt naar voren gebrachte knelpunten in werkelijkheid vaak niet meer is dan een oplossing voor de eigen ervaren machteloosheid en angst van de hulpverlener zelf.

Daarnaast biedt de toepassing van het serologisch onderzoek op antistoffen geen therapeutische zekerheid, er is immers geen geneesmiddel of vaccin voorhanden. Bovendien wordt de onzekerheid van het niet weten van de serostatus ingeruild tegen de onzekerheid wel of niet ziek te worden.

Een ander voorbeeld van het oplossen van eigen problemen van hulpverleners via patiënten/cliënten komt het laatste jaar steeds vaker tot uitdrukking in de toegenomen openbaarheid rond het verrichten van de test op antistoffen buiten medeweten van patiënten om. Onder andere met als dekmantel de bescherming van de beroepsgroep tegen besmetting met het virus wordt er steeds vaker bij patiënten de test op antistoffen tegen HIV uitgevoerd. Kortom, de toepassing van het serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV is een voorbeeld van het gebruik van een technische handeling, die primair de functie heeft, om de machteloosheid van de hulpverleners op te heffen, die zich door de confrontatie met de HIV-epidemie in het nauw gedreven voelen".

Dit fenomeen van oneigenlijke toepassing van technische hulpmiddelen is voor niemand die in de hulpverlening werkzaam is, maar ook daarbuiten, een nieuw gegeven. In het cursusboek van de cursus *Aids, medisch en sociaal* worden de begrippen overdracht en tegenoverdracht expliciet onder de aandacht gebracht in het kader van de HIV-gereleerde problematiek". Ook de Nederlandse Gezondheidsraad wijst testen op grond van andere indicaties dan de hierboven genoemde af. Vanuit de gezondheidsrechtelijke hoek klinkt het heel

duidelijk dat 'een bij het Aidsverschijnsel betrokken derde, ongeacht of dit een partner is of bijvoorbeeld een behandelend arts, eigen verantwoordelijkheid heeft om via de vereiste preventieve maatregelen besmetting te voorkomen. Deze verantwoordelijkheid kan niet op de patiënt worden afgewenteld door bijvoorbeeld ongevraagd te testen' (Roscam Abbing, 1987).

## Devaluatie

Het gebruik van medisch technische handelingen voor een ander dan het oorspronkelijk beoogde medisch-therapeutische doel doet zich niet alleen voor op het hierboven beschreven terrein van de individuele relatie hulpverlener-patiënt, maar wordt ook op tal van andere terreinen zichtbaar. De devaluatie van het begrip medische indicatie schrijdt gestaag voort, of zoals mevrouw Roscam Abbing het uitdrukt: 'datgene wat primair is ontwikkeld ten behoeve van een medisch (of gezondheidszorg) doel, wordt in toenemende mate aangewend voor niet-medische doeleinden'.

Aan de hand van het gevoerde beleid met betrekking tot het testen op antistoffen tegen HIV bij het afsluiten van levensverzekeringen wordt de hier gesignaleerde devaluatie, lees misbruik, van medische indicaties op een grove wijze geïllustreerd. Wat betreft het uitsluiten van bepaalde burgers van verzekeringen voor een bedrag boven de 200.000 gulden is het volstrekt onduidelijk of de verzekeraars zich zullen houden aan de met de overheid en artsorganisaties tot dusver gemaakte afspraken. Nu al blijken individuele verzekeringsmaatschappijen bij polissen beneden de 200.000 gulden hemofiliëpatiënten te willen testen.

De implicaties van een uitslag op een medische prognostische test reiken veel verder dan mogelijke informatie over een lichamelijke situatie. In feite is er sprake van aantasting van fundamentele rechten van de mens, met alle praktische consequenties vandien, zoals het uitsluiten van sommige groepen mensen van deelname aan bepaalde vormen van maatschappelijk verkeer.

De devaluatie van medische indicaties heeft verstrekkende gevolgen en beperkt zich niet alleen tot het serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV. Te denken valt in dit verband aan de mogelijkheden op het gebied van genetische screening en dergelijke. In feite is in breder verband de vraag relevant 'in hoeverre medische technieken zonder meer kunnen worden toegepast buiten de gezondheidszorgcontext'.

## AZT en testen

In het bovenstaande hebben we aangevoerd dat het begrip medische indicatie zich ten aanzien van HIV-infecties op

glad ijs bevindt. De devaluatie van dit begrip zou weleens ingezet kunnen zijn op het moment dat de medische professie allianties is aangegaan met commerciële instellingen, zoals we dat in het verzekeringswezen zien.

Recentelijk echter dient zich een veel zuiverder indicatiestelling aan met betrekking tot het testen op antistoffen tegen HIV. Deze gaat hand in hand met het cumulatieve onderzoek naar de effecten van het middel AZT (ook wel aangeduid als zidovudine, azidothymidine of compound 's') op de ontwikkeling van het HIV-virus in het lichaam en de klinische consequenties daarvan. Op dit moment wordt AZT voorgeschreven aan mensen bij wie de diagnose Aids related complex of Aids is gesteld. AZT remt de replicatie van het HI-virus (HIV). Dit kan de patiënt verlenging van het leven opleveren en zelfs verhoging van de kwaliteit ervan. Wat AZT niet kan doen, is het afweersysteem herstellen en de patiënt genezen.

Inmiddels mag als bekend worden verondersteld dat AZT uiterst vervelende bijverschijnselen kan opleveren, zoals een vermindering van de kwaliteit van het beenmerg. Deze bijverschijnselen zijn heftiger en komen frequenter voor bij Aids dan bij Are. Ook is het zo dat de behandeling in principe voor de rest van het leven is en dat er nog niets bekend is over lange-termijneffecten van AZT-gebruik. Toch zou men kunnen stellen dat AZT voor sommige patiënten een zegen is, juist omdat de kwaliteit van het leven als hoger wordt ervaren.

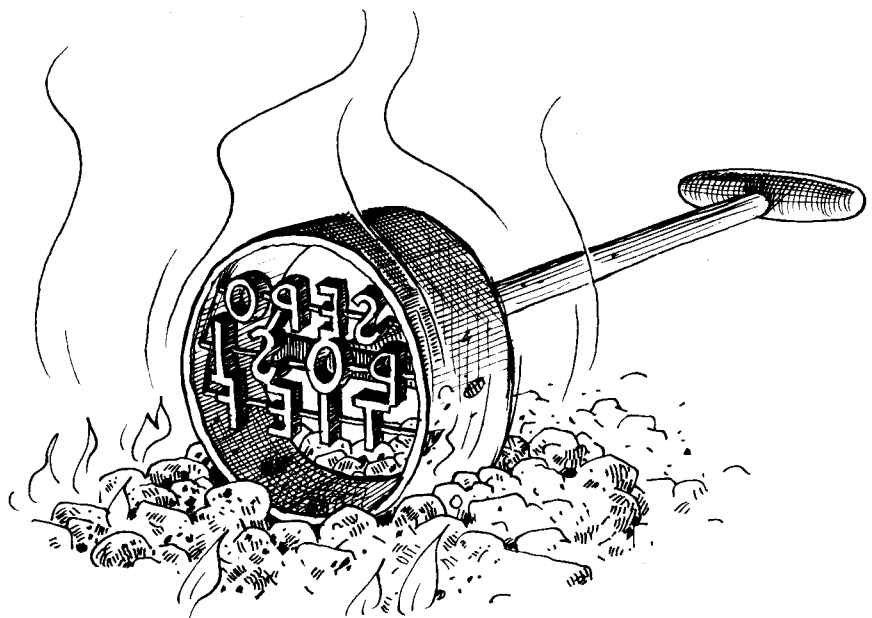
Echter bij de constatering dat het middel bij Arc-patiënten beter aanslaat dan bij Aidspatiënten, doemde er terecht een nieuwe wetenschappelijke nieuwsgierigheid op. Wat zou er gebeu-

ren als je AZT zou geven aan mensen die seropositief-antigeenpositief zijn (dat wil zeggen aan mensen die seropositief zijn en bij wie het HIV zich agressief repliceert)? Zou je daarmee kunnen voorkomen dat deze mensen ook daadwerkelijk Are of Aids ontwikkelen? Er werd hier een voorstudie naar gedaan bij 18 mannen en het bleek mogelijk dat er inderdaad een preventieve werking van AZT zou kunnen uitgaan. Echte uitspraken kunnen pas gedaan worden na een grootscheepser onderzoek, waarmee men nu reeds is gestart.

Hoewel het AZT-onderzoek een noodzakelijke stap is op de ladder van groeiende HIV-bestrijding, herbergt zij ook sociale en politieke valkuilen. Immers, van glad ijs gesproken: het tot nu gevoerde terughoudende beleid met betrekking tot testen zou weleens op losse schroeven kunnen komen te staan.

Begrijpelijk is dat vele seropositieven de wens te kennen zullen geven om zich herhaaldelijk opnieuw te laten testen om zodoende alert te blijven op het moment van een beginnende antigeen-toename, voor het geval dat AZT dan soelaas zou kunnen bieden. In het verlengde hiervan ligt de mogelijkheid dat mensen die zich tot nu toe niet hebben laten testen, daarmee de landelijke richtlijnen volgend, nu wel naar de testplaatsen zullen snellen. Wanneer iemand mogelijk seropositief-antigeenpositief is, moet je er toch snel bij zijn! En wat gebeurt er als uit toekomstig onderzoek zou blijken dat, wanneer je AZT aan seropositieven geeft, zij nimmer antigeenpositief worden? Zal testen dan niet *bon ton* worden?

Het lastige van deze vragen is dat, mocht AZT werkelijk een Aids-voorko-



mende werking hebben dit, ondanks al bijverschijnselen op individueel niveau, een reden zou zijn om de vlag uit te steken. Het best mogelijk nieuws: men wordt niet ziek. Deze vreugde wordt enigszins overschaduw door het feit dat men wel besmettelijk blijft.

Dit gegeven blijft zowel op micro-, als op macroniveau een voortdurende aanleiding tot zorg en aandacht. Helaas wordt er in het vuur van de zo spoedig mogelijk te verwezenlijken preventiedoelen, iets minder zorgvuldig omgegaan met individuen en met rechten van individuen. Steeds vaker wordt het besmetten van een ander vergeleken met een vorm van misdadigheid. Steeds vaker overwegen respectabele mensen minder geliefd makende vormen van preventie, een euforisme voor isolatie.

Als AZT de drempel tot testen drastisch zou verlagen, dan zou dat een toename betekenen van mensen die medisch geïdentificeerd zijn. Het schrikbeeld doet op dat medische identificatie zou kunnen leiden tot een medische identiteit. En met een voortgaande devaluatie van het begrip medisch zou dat kunnen leiden tot een bedenkelijke *Brave New World*. De test tot identificatie van seropositieven, om wat voor reden dan ook, gaat gepaard met lokalisatie van dezelfde groep, spekkie voor het bekkie van de respectabelen. De slechts mogelijke implicaties zijn benauwend.

Kortom: de HIV-geassocieerde gemeenschap signaleert een dilemma. AZT en bijbehorend bloedonderzoek kan op individueel niveau leiden tot een tot staan brengen van de HIV-besmetting in het lichaam, op sociaal niveau kan het echter ontsporen tot een ethische krachtmeting, waarbij de tijdgeest eerdergenoemde gemeenschap niet zeer gunstig gezind lijkt te zijn.

## De homoseksuele gemeenschap

Op microniveau zien we dit al enigszins binnen de homoseksuele gemeenschap. Bij het aangaan van vaste relaties wordt meer en meer gebruik gemaakt van de test als laatste toetssteen; niet langer Gods zegen voor een relatie, maar dokters zege. Naarmate de algehele repressie zal toenemen, zal deze ook door de homoseksuele gemeenschap geïnternaliseerd worden. Zien we in het buitenland al dat homo's voor de zoveelste keer in de geschiedenis de rol van zondebok en daardoor van paria krijgen toebedeeld, ook binnen de gemeenschap zelf kunnen dergelijke mechanismen gaan spelen.

Als meer en meer mensen bekend zullen worden met hun serostatus, dan zal een ander aspect van het terughoudende beleid verloren gaan, namelijk

het advies om jezelf als seropositief te beschouwen en je gedrag als zodanig vorm te geven. De historie heeft helaas vaker uitgewezen dat solidariteit en eenheid een luxe zijn die niet tot elke prijs betaald wordt. Seronegativiteit zou in dit geval weleens letterlijk een statussymbool kunnen worden, zeker als de tendens naar monogamie zich doorzet.

Dit is sociaal niet alleen ongewenst, maar zelfs gevaarlijk. Bij extreme repressie zullen seropositieven in de verleiding kunnen komen om hun hoedanigheid te ontkennen, om met hun gedrag te gaan sjoemelen uit angst dat hun medische identiteit onaanvaardbare sociale consequenties met zich meebrengt.

Wie vandaag de dag de test op HIV-antistoffen nog een exclusief medisch instrument noemt, verkeert willens en wetens in een staat van ontkenning. Deze ontkenning schuilt in het feit dat men zich niet ontvankelijk stelt voor signalen die waarschuwen voor de sociale valkuilen die aan progressieve, ja, haast agressieve medicalisering kleven. De HIV-geassocieerde gemeenschap heeft de zware taak om deze problematiek te signaleren en onder de aandacht te brengen van ethisch-geallieerden. Ook in eigen gelederen zal zij moeten proberen alle voetangels te ontwijken. Mocht zij desalniettemin toch in een dergelijke klem stappen, dan is het afbijten van de eigen poot een te verwachten maar noodlottige reactie. —

## Noten

1. Dees, D.J.D., *Nota inzake Aidsbeleid*. Den Haag (ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), 1987.
2. Wijngaarden, J.K. van, *Serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV*, Amsterdam (notitie NCAB) 1988.
3. Roscam Abbing, H.D.C., 'Het toestemmingsbeginsel en het onderzoek op HIV infecties', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131(33), 1987, pg. 1420-1423.
4. Korthals Altes, *Juridische aspecten van verzekering in geval van Aidsrisico*, Den Haag (ministerie van Justitie), 1987.
5. Fahrenfort, M., *Een doktersroman. Een verkenning in de ervaringswereld van arts-patiënt op een polikliniek interne geneeskunde*, dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam, 1985.
6. Knuttel, M.W., *Hulpverleners in het nauw*, lezing Hogeschool van Amsterdam, interne publikatie Jhr. mr. J.A. Schorerstichting te Amsterdam, 1987.
7. Verhoef, J., *Psychosociale en psychiatrische aspecten*, Cursusboek cursus: Aids medisch en sociaal, Utrecht, Stichting Teleac, 1988.
8. Roscam Abbing, H.D.C., 'Aids en verzekeringen. Een testcase', in: *Medisch Contact* 43(2) 1988, pg. 53-54.
9. Ginkel, W.J. van, 'Aidstest verzekeraars heeft grote gevolgen', in: *de Volkskrant*, 25 april 1988.

# Drugbeleid: baat het niet, dan schaadt het wel

Tegen het einde van de jaren '70 verongelukte in een betrekkelijk korte periode een aantal vliegtuigen van het type De 10. Daarbij vielen de nodige slachtoffers, hetgeen leidde tot een tot nader order uit de dienst nemen van dit type toestel. Er volgde een fase van diagnose en behandeling en de De 10 kon de lucht weer in.

Vandaag de dag verongelukken er in ons land per week twee volgepakte toestellen, waarbij er steeds weer geen enkele overlevende is. En het meest verbazingwekkende is dat er niet wordt ingegrepen, terwijl de prognose duidelijk is, want elke week vallen er weer 360 slachtoffers, dat wil zeggen 18.000 per jaar.

Inderdaad, géén slachtoffers van het luchtverkeer, maar slachtoffers van de eigen luchtwegen. Per jaar vallen er in Nederland 18.000 'tabaksdoden', waaronder enkele honderden niet-rokers, die al die jaren met anderen mochten meeroken.

Laten we eens zien wat tegen welke prijs voorkomen kan worden!

Goof van de Wijngaart, Preventieproject Alcohol en Drugs, Rijksuniversiteit Utrecht.

'Drugs zijn stoffen die invloed hebben op het menselijk bewustzijn en die om deze reden gebruikt worden', aldus Hans van Epen in de eerste regels van zijn handboek *Drugverslaving en alcoholisme*. In de loop van de geschiedenis heeft de mens voortdurend middelen tot zijn beschikking gehad die het mogelijk maakten het leven wat minder vermoeiend of af en toe wat aangenamer te maken. De Indianen in Zuid Amerika kauwden op de bladeren van de coca-plant, khat werd gebruikt in de landen rond de Indische Oceaan en de kwaliteiten van de cannabis sativa of hennepplant werden het eerst erkend in wat nu het Midden Oosten is. Het Joodse volk wist haar feestelijkheden met wijn luister bij te zetten, waar de oude Egyptenaren de voorkeur gaven aan bier. Het opium van de papaver speelde een belangrijke rol in de ontwikkeling van de geneeskunst. Men had geleerd om deze stoffen op een adequate manier in de eigen cultuur te gebruiken. Er was sprake

van geïntegreerd gebruik, zoals we dat nu noemen.

Door de grote ontdekkingsreizen kwam men in contact met al die middelen die in de eigen cultuur onbekend waren. Koffie, nootmuskaat, thee en tabak werden naar Europa gebracht om daar met gemengde gevoelens ontvangen te worden. Nadat koffie bij de Engelse elite een gewild middel was geworden, werden hier en daar openbare koffiehuisen geopend. Om vervolgens weer gesloten te worden, omdat ze de ondergang van de heersende cultuur zouden betekenen. Nu, eeuwen later, hebben we aardig leren omgaan met koffie en heeft het zich tot de wijdst verbreide drug in de wereld ontwikkeld.

Tja, zal men zeggen, koffie, wat is dat nou helemaal? Hoge doseringen koffie, en dus van de werkzame stof cafeïne, kunnen echter leiden tot gespannenheid, geprikkeldheid, beverigheid, spiertremlingen en -krampen, slapeloosheid, gestoorde waarneming, versnelde

ademhaling, opvliegingen, hartkloppingen, maag- en darmstoornissen en diurese. Er kan sprake zijn van 'verslaving': regelmatige gebruikers krijgen na ongeveer 18 uur ontwenningsverschijnselen, met name hoofdpijn, soms voorafgegaan door misselijkheid, spierkrampen, lusteloosheid en vage angsten. Gebruik tijdens de zwangerschap leidde bij ratten tot geboorte-afwijkingen en een gestoorde ontwikkeling van het skelet bij het nageslacht. Bij mensen lijkt er een verband te bestaan tussen het gebruik van deze drug en het ontstaan van kanker van de alvleesklier. Uit de literatuur kennen we zes gevallen van overlijden ten gevolge van koffie.

We hebben met deze 'gevaarlijke' drug leren omgaan. We proberen ons te beperken tot 6 à 8 doseringen per dag, we injecteren het niet maar drinken het, er is een betrouwbare kwaliteitscontrole en het middel is betaalbaar en ruim voorhanden. Stel je echter eens voor wat er zou gebeuren als koffie morgen op de lijst van 'verdovende middelen' komt te staan! Denk maar eens aan wat er in de Verenigde Staten gebeurde toen alcohol in de jaren '20 in de ban werd gedaan: het gebruik liep weliswaar terug, maar de kwaliteit werd discutabel, de prijzen rezen de pan uit, het aantal 'alcoholdoden' steeg, de misdaad floreerde en het land verloederde. Deskundigen beweren zelfs dat men de gevolgen van deze 'drooglegging' nooit meer te boven is gekomen: volgens hen heeft hiermee de corruptie zich definitief genesteld in het Amerikaanse overheidsapparaat.

## Overdosis, wortelsap

Tot zover alle aandacht voor de drug. Er is echter meer. Veelal worden drugs gezien als verschijnselen op zich, los van de persoon die de drug tot zich neemt, los ook van de context waarin dit proces zich afspeelt. Er is in zo'n geval sprake van een mechanisch model: een middel met een bepaalde werkingsstructuur wordt aan een levend wezen toege-

diend, waarbij het vervolgens als een *magie bullit* zijn weg vindt, hetgeen weer leidt tot een even voorspelbare als onafwendbare reactie in de (proef)persoon.

De werkelijkheid is evenwel anders. Naast de eigenschappen van een middel spelen andere factoren een rol: de hoeveelheid c.q. concentratie, zuiverheid en de wijze en frequentie van toediening. Sinds Paracelsus weten we al hoe belangrijk de factor hoeveelheid is: we kunnen zelfs overlijden aan een overdosis water en eeuwen later vertelde een Engelse lijkschouwer dat hij iemand had gezien die overleden was aan een overdosis wortelsap! Een belangrijke rol speelt ook de verschijningsvorm van het middel. Uit onderzoek naar placebo-effecten weten we dat grootte, vorm en kleur van het middel van invloed zijn op het uiteindelijke 'effect'.

De tweede grootheid die van belang is, wordt gevormd door de persoon die het middel tot zich neemt. Hieronder rekenen we de persoonlijkheid, inclusief de individuele voorgeschiedenis, het lichamenlijk en psychisch welbevinden alsmede de verwachte effecten. Met name de laatste factor wordt nogal eens onderschat, hetgeen uit de volgende voorbeelden moge blijken. In een onderzoek kregen drugverslaafden die wilden afkicken gedurende een aantal weken in een kliniek methadon verstrekt. Gedurende deze periode kregen de cliënten hun methadon toegediend in steeds kleinere doseringen, maar wel steeds dezelfde hoeveelheid vloeistof. Noch de cliënt noch de verstrekker wist in welk tempo de methadon werd afgebouwd tot nul. Na een dag of vijftien begonnen enkele cliënten zich af te vragen wanneer het grote moment van 0 mg methadon zou zijn aangebroken: ze voelden zich immers nog steeds prima en ze waren zeer beducht voor het Uur 0. De proefleider kon toen echter mededelen dat men al een week geen methadon meer had gehad. Na een korte periode van ongeloof en verbijstering kregen de cliënten vervolgens ontwenningsverschijnselen: geeuwen, zweten, kippevel, rusteloosheid enzovoort.

Een cliënt van een methadonteam ging op vakantie in Spanje, nadat hij snel zijn methadon had 'afgebouwd'. Hij genoot twee weken van de zon en de gezelligheid en had nergens last van. Toen op het eind van de terugreis de Domtoren in zicht kwam, kreeg hij acuut ontwenningsverschijnselen.

Het derde voorbeeld kan iedereen zich voorstellen. Je hebt ergens heerlijk gegeten en na afloop van het diner wordt medegedeeld dat hoofdschotel bestond uit een gefileerde rat . . .

De derde van belang zijnde grootheid is de omgeving waarin het bovenstaande zich afspeelt. Dit wordt heel mooi geïllustreerd door een onderzoek dat enkele

Le jaren geleden in Canada heeft plaatsgevonden. De uitgangssituatie waren twee kolonies ratten. Van de ene groep leefde iedere rat in een saai kooi, zoals die vaak bij experimenteel onderzoek worden gebruikt, de andere groep had de beschikking over een terreintje met daarop alles wat een rattehartje begeert: houtwol, molentjes en dergelijke. In beide gevallen hadden de ratten vrijelijk toegang tot een zuigfles, met als inhoud suikerwater met morfine. De ratten uit beide groepen gingen gebruiken, maar na verloop van tijd bleek alleen de eerste groep dwangmatig te gaan gebruiken. Toen na enige weken de zuigfles alleen met suikerwater gevuld werd, kregen de ratten uit de eerste groep ontwenningsverschijnselen en bleken verslaafd, de ratten uit de tweede groep gingen over tot de orde van de dag en amuseerden zich verder prima in hun paradijsje.

De beschreven factoren zijn alle drie van invloed op de zogenaamde primaire gevolgen van druggebruik. Daarnaast kennen we de secundaire gevolgen van druggebruik. Deze ontstaan ten gevolge van het feit dat een bepaald middel (wettelijk) verboden is. Een voorbeeld hiervan is heroïne. Heroïne is een voor het lichaam vrij onschadelijke stof, maar met verslavende eigenschappen. Dat de verslavende eigenschappen ook weer niet moeten worden overdreven, wordt geïllustreerd door het feit dat bijna alle Amerikaanse soldaten die destijds in Vietnam heroïne gebruikten bij terugkeer in de Verenigde Staten aan dit middel geen behoefte meer hadden. In Nederland kenden we een aantal morfinisten onder de artsen. In die gevallen was weliswaar sprake van verslaving, maar veelal zonder funeste invloed op het (professionele) functioneren. De Amerikaan Zinberg heeft deze vormen van tijdelijk en/of gecontroleerd gebruik in kaart gebracht.<sup>2</sup>

Het bezit van heroïne is strafbaar en daarom is heroïne in het algemeen gesproken slechts illegaal verkrijgbaar. Hierdoor is de kwaliteit wisselend, controle erop incidenteel en de prijs enorm hoog. De gebruiker moet het voor zijn heroïne benodigde geld meestal aan de zelfkant van het leven verwerven, raakt meer en meer geïsoleerd van de rest van de samenleving en dreigt uiteindelijk te verloederen. De enkele tientallen 'heroïnedoden' per jaar in Nederland zijn voornamelijk het gevolg van dit criminaliseringsproces, al is het beeld bij ons veel minder negatief dan in andere landen. Hoe repressiever het klimaat (Duitsland, Verenigde Staten), des te groter het leed van het individu en de corruptiegevoeligheid van de samenleving.

De overheid in ons land staat een beleid voor waarin wordt geprobeerd het

druggebruik zoveel mogelijk te normaliseren. Het druggebruik moet uit de sensationele en emotionele taboesfeer gehaald worden. De druggebruiker dient zoveel mogelijk bejegend te worden als 'normaal' medemens. Aan wie evenwel ook 'normale' eisen worden gesteld.

## Preventie

Uit het bovenstaande mag duidelijk zijn dat er altijd sprake is geweest van drugs en druggebruik en dat dit ook wel nooit zal veranderen. Pogingen om het gebruik van één of meerdere middelen door maatregelen van bovenaf een halt toe te roepen, zijn tot mislukken gedoemd gebleken. Bovendien is duidelijk geworden dat het bestrijdingsmiddel (repressie, oorlog tegen drugs) en de daaruit voortvloeiende gevolgen (illegaal gebruik, twijfelachtige kwaliteit, corruptie) erger zijn dan de kwaal (individueel misbruik, 'gewoon' sociaal probleem). In al deze gevallen geldt dan ook: 'Preventie' baat het niet dan schaadt het wel."

We zien dat er de afgelopen tijd ten aanzien van drugs twee denkrichtingen zijn ontstaan. Het ene model wil het aanbod van drugs beperken, terwijl het andere de vraag naar drugs wil beperken. Kijken we naar het eerste model, dan moeten we constateren dat een oorlog tegen drugs, zoals die in de Verenigde Staten wordt gevoerd om het aanbod van drugs te beperken (in chronologische volgorde: alcohol, heroïne, cocaïne) niet leidt tot een vermindering van druggebruik, integendeel! Ondanks of misschien zelfs wel dank zij de steeds heviger gevoerde en steeds meer geld verslindende oorlog tegen de drugs is het druggebruik, i.C. het cocaïnegebruik, in de vs de laatste jaren alleen maar toegenomen. Kortom, pogingen om het aanbod te beperken zijn tot mislukken gedoemd en dit besef begint internationaal heel voorzichtig te ontluiken."

Het andere, ook in Nederland aan invloed winnende model, staat zoals gezegd de beperking van de vraag naar drugs voor. De meest simpele vorm van vraagbeperking is het verbieden van gebruik. Een van de manieren die in andere landen wordt gebruikt om de vraag te beperken is het 'onmogelijk' maken om drugs te gebruiken, bijvoorbeeld door de verkoop van (schone) injectiespuiten te verbieden. Het hieruit resulterende gedwongen gebruik van elkaars (besmette) spuiten heeft tot desastreuze gevolgen geleid waar het de verspreiding van het AIDS-virus betreft. Het aantal seropositieve druggebruikers in de stad New York wordt op enige honderduizenden geschat.





Joist

Martijn de JongelHollandse Hoogte

Leerzaam is een door Van Epen beschreven anekdote die de gevolgen van een opgelegd verbod illustreert. Toen de RK kerk in Ierland een kruistocht tegen alcoholmisbruik ondernam, 'slaagde' deze voortreffelijk: ether nam de plaats in van whiskey. Dronkenschap door het opsnuiven van ether werd een zo gewoon verschijnsel onder de Ierse katholieken dat de *Medical Times* schreef hoe men door naar iemands adem te ruiken kon bepalen tot welke godsdienst hij behoorde: 'Alcohol verdraagt de protestant, ether de katholiek'.

Verbieden van gedrag op zich heeft relatief weinig succes. Uit de leerpsychologie weten we dat het belonen van gewenst gedrag effectiever is dan het bestraffen van ongewenst gedrag, zeker wanneer de straf lang op zich laat wachten. Wil men ongewenst gedrag met succes beïnvloeden, dan zal er sprake moeten zijn van alternatieven die de afweging van voor- en nadelen kunnen beïnvloeden. Bovendien kun je niet aan het verbieden blijven. Stel je voor dat we lucifers gaan verbieden ter preventie van brandstichtingen, of dat er een verbod komt op de verkoop van tafelzilver

ter preventie van steekpartijen. Individueel gezien betekent dit dat we 'onze' kinderen met risicovolle objecten of middelen moeten leren omgaan en hen leren risicovol gedrag te controleren of zelfs te vermijden. Ongelukken zijn echter nooit te voorkomen, wat je ook doet of nalaat..

Hoe ingewikkeld de zaak ligt bleek al in de inleiding. Wanneer de officiële verkoop van tabakswaren gestaakt zou worden, kost dit de staat 2 miljard gulden aan gemiste accijnzen (eventueel te compenseren door opheffing van zowel het buitengewoon onderwijs als het kleuteronderwijs). Nog afgezien van de kosten die het zoeken naar vervangende werkgelegenheid voor de voormalige werknemers van de tabaksindustrie met zich meebrengt..

Wat is hier preventie? De vervuiler betaalt? Een rookverbod in aanwezigheid van niet-rokers? Het creëren van gedoogruimtes? Een voortgaande stigmatisering van de roker? Een algemeen verbod op de verkoop en het gebruik van tabaksartikelen? Dwangbehandeling? De tijd zal leren hoe verstandig we

zijn. Roken raakt bij sommigen (mensen, hoger opgeleiden) meer en meer uit de mode, terwijl bij anderen (met name vrouwen) nog sprake is van een inhaaleffect. De groep rokers wordt kleiner, de totaalconsumptie echter niet. Roken is voor sommige mensen een manier van overleven, hoe paradoxaal dit ook klinkt. Maar van alle druggebruik heeft de niet-gebruiker het meeste last van roken. En dat maakt het nu net zo vervelend. ~~

## Noten

1. Goof van de Wijngaart 'Drugs in Griekenland', in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 39 (1984), nr. 12, pp. 1332-1337.
2. Norman E. Zinberg, *Drug, Set, and Setting - The basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven & London (Yale Univ. Press), 1984.
3. Rob Vernooij, 'Over Preventie, Baat het niet, dan schaadt het wel', in: *Psychologisch Geschrift* 75-211EX, Rijksuniversiteit Utrecht 1975.
4. Goof van de Wijngaart, 'De weg naar een internationaal drugsbeleid', in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42 (1987), nr. 12, pp. 1383-1388.

# Een geestelijk of lichamenlijk gehandicapt kind

## De vraag om thuishulp is groot

Al meer dan tien jaar wagen ouders om hulp thuis bij de verzorging van hun gehandicapte kind. Of het kind nu lichamenlijk of geestelijk gehandicapt is, er zijn heel wat extra taken te verrichten. Zo berekende een moeder dat zij - zonder overdrijving - per week 40 uur extra kwijt is aan de verzorging en begeleiding van haar gehandicapte dochter.

Maar ook lichamenlijk gehandicapte volwassenen zeggen al langer dat zij hulp-op-maat nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen of om de taak van hun partner af en toe te kunnen verlichten. Tot op heden zijn gezinsverzorging, en wijkverpleging, niet in staat gebleken om voldoende op deze behoefte in te springen. Het project 'Nationale Invoering Praktische Thuishulp in de Eerste Lijn' zou hierin verbetering moeten brengen.

Wim van Minnen, werkzaam bij dit project, geeft aan hoe de zorg voor gehandicapten in het verleden geregeld was en hoe deze er in de toekomst uit zal gaan zien.

**Wim van Minnen**, beleidsmedewerker Stichting Dienstverlening Gehandicapten en functionaris bij het NIPTEL-project.

Intensieve thuiszorg, terminale thuiszorg, aanvullende thuiszorg, de kreten vliegen je om de oren. De invulling ervan gebeurt vooral vanuit een medisch-verpleegkundige benadering en er verschijnen dan ook steeds meer verpleegkundigen thuis aan het bed. Deze ontwikkeling doet een gehandicapte men opmerken dat deze thuiszorg makkelijker te organiseren is dan goedkope, eenvoudige thuishulp.

Wanneer in een gezin een van de huisgenoten gehandicapt is, heeft men echter vaak behoefte aan een lichte ondersteuning. Als die hulp tijdig en op maat gegeven wordt, wordt voorkomen dat in een later stadium meer en zwaardere hulp nodig is.

Binnen de genoemde groep gezinnen zijn wel deelgroepen te onderscheiden. Opmerkelijk is het dat de vragen van ouders met een geestelijk gehandicapt

kind nauwelijks verschillen van de vragen van ouders met een lichamenlijk gehandicapt kind. Het gaat dan over vragen op het gebied van taakverlichting, praktische ondersteuning, oppas en dergelijke. Ook partners en verzorgers van gehandicapte volwassenen melden dat zij behoefte hebben aan dezelfde soort thuishulp als genoemde ouders.

Lichamenlijk gehandicapte volwassenen die alleen wonen, hebben geen verzorger waarvoor taakverlichting wordt gevraagd. Zij moeten voortdurend op hulp kunnen rekenen bij allerlei dagelijkse handelingen huishoudelijke taken en/of verzorging.

De kritiek van de groep ouders en partners op de gezinsverzorging en de wijkverpleging is dat onvoldoende wordt erkend dat er hulp nodig is. Er wordt een

veel te groot beroep gedaan op de mantelzorg. En als er al hulp wordt geboden, dan sluit die slecht aan op de hulpvraag.

Gehandicapte mensen die geen mantelzorg hebben, zitten meer met het probleem dat de hulp op de verkeerde tijden komt of er komen te veel verschillende hulpen. Kortom, de organisatie van de thuiszorg is slecht.

### Wat is de vraag?

Waar het de vraag om hulp betreft, is er dus geen onderscheid tussen lichamenlijk of geestelijk gehandicapt. Wel is er een onderscheid tussen alleenwonend of niet, wat hetzelfde is als: mantelzorg of niet.

Uit inventarisaties is op te maken om wat voor soort praktische hulp zoal wordt gevraagd. De volgende opsomming is niet uitsluitend maar illustrerend bedoeld.

1. Vragen om hulp bij de verzorging. Het gaat daarbij om hulp bij de lichamenlijke verzorging van de gehandicapte, bijvoorbeeld wassen, aankleden, eten.
2. Vragen om huishoudelijke hulp en hulp bij de huishoudelijke verzorging, zoals schoonmaken of de was doen.
3. Vragen om gezinsbegeleiding. Deze vraag om hulp is een vraag van ouders/verzorgers om ontlast te worden en om het kind (re)creatief bezig te houden. De vorm van begeleiding die hierbij wordt gegeven wordt ook wel speelhulp genoemd. Daarbij is onderscheid te maken tussen speelhulp in de zin van spelen met het kind (het spel als bezigheid) en spel met een meer educatief doel, bijvoorbeeld het aanleren van vaardigheden (leren fietsen, zwemmen, muziek maken) of meer pedagogisch gericht (spelontwikkeling van het kind).

## Voorbeeld

Hierbij is uitgegaan van een schooldag; het kind is tussen 8.00 uur en 15.30 uur niet thuis.

werk uren	*	's Nachts: een zwaar gehandicapt kind moet een paar maal per nacht verlegd worden, dit betekent onderbroken nachtrust voor de ouders. Men doet dit vaak bij toerbeurt, omdat het anders niet vol te houden is (een extra belasting, niet in tijd uit te drukken).
	*	Verzorging 's morgens: het wassen en aankleden van het kind kost minstens drie kwartier (wassen, verzorgen van de huid tegen doorliggen, eventueel ontlasting verwijderen, tanden poetsen, haren verzorgen, aankleden). Als er nog wonden of een stoma verzorgd moeten worden duurt het langer.
5 1/2	*	Kind in rolstoel zetten: een hoofdstuk apart dat tillen, al deze ouders krijgen rugklachten (een extra belasting, niet in tijd uit te drukken).
3 1/2	*	Het kind voeren bij het ontbijt: ±30 min.
1	*	Het kind de jas enz. aantrekken, in de winter 10 minuten
	*	In sommige gevallen moet het kind naar school gebracht, namelijk als het kind normaal onderwijs volgt. De reiskosten worden tot f 1.000,- per jaar vergoed. Men vindt het dan voordeliger zelf te rijden of in combinatie met een andere ouder een taxi te nemen. In het algemeen is het vervoer van BO en dagverblijf gratis en worden de kinderen van huis gehaald.
3 1/2	*	Extra werk met bewassing, verzorging van verpleegartikelen (zoals bijv. bij stomapatiëntjes) en onderhoud rolstoel.
	*	Kleding: voor een zwaar gehandicapt kind moet men vaak aangepaste kleding hebben, deze is niet te koop. De stof is vaak extra duur (tricot stoffen). Als de moeder handig is, maakt ze de kleding zelf of verandert gekochte kleding (kost niets, alleen de tijd van de moeder), anders moet een naaister het doen. Dit komt niet dagelijks voor, maar zal per maand ongeveer 6 uur kosten.
1 1/2	*	Door de rolstoel worden meubels, muren en deurposten extra beschadigd; reparatiekosten of werkuren van vader of moeder. Tijd??
2	*	Door de rolstoel wordt het huis extra vuil (vooral met regen en sneeuw), een rolstoel veegt zijn voeten niet.
	*	De vele bezoeken aan specialisten kosten extra tijd, meestal moet men naar een andere plaats en de wachttijden in een ziekenhuis zijn meestal lang. Zo'n bezoek kost een van beide ouders een halve dag. Gemiddeld driemaal een halve dag per half jaar.
1/2	*	Het kind komt om 1530 uur uit school, soms moet het dan eerst verzorgd worden (als het incontinent is). Theedrinken; voeren. Verzorgen en voeren 30 minuten.
3 1/2	*	Een spelletje of huiswerk; hierbij moet het kind geholpen worden. Omdat een normaal kind op dat ogenblik van de dag ook tijd van de moeder vraagt, rekenen we alleen de technische hulp, ±30 minuten.
3 1/2	*	De avondmaaltijd: Soms heeft een kind een dieet, dat kost extra tijd en geld. Het voeren tijdens de maaltijd: 30 minuten.
3 1/2	*	Voor of na de maaltijd heeft het kind soms nog eigen activiteiten; club, cursus, bezoek aan vriendjes, dus: kind aankleden - in auto tillen - rolstoel uit elkaar halen - rijden: 5 - 20 minuten - rolstoel in elkaar zetten - kind erin tillen - terugrijden naar huis - na enige tijd het kind ophalen: tillen - rolstoel uit elkaar - rijden - rolstoel in elkaar - tillen. Bij langere ritten van bijv. 20 minuten zou men (tegenwoordig) een normaal kind ook brengen. We rekenen dus een korte rit die met het rolstoel in en uitelkaar zetten toch op een half uur heen en een half uur terug komt.
2		Dit tenminste tweemaal per week
2	*	15-20 minuten oefenen.
3 1/2	*	Naar bed brengen: wassen, tanden poetsen, spalken aanbrengen, eventueel verzorging van wonden 15-45 minuten.
		In het weekend komt hier nog bij (zaterdag en zondag):
		Dat houdt minimaal in:
1	-	het voeren tijdens de lunch: 2 x 30 minuten:
2	-	verzorging en helpen bij de activiteiten. 2 x 1 uur (waarschijnlijk te weinig);
1	-	extra klussen, die in het verband gedaan worden omdat er door de week geen tijd voor is, zoals bijv. haarwassen, urinebandage vernieuwen (stomapatiënten) enzovoort;
1	-	extra ritten weekendactiviteiten van het kind.
40		

Uit: *Bosk Nieuws*, mei 1980.

4. Vragen om actieve oppashulp. Dit is een vraag om hulp, bedoeld ter vervanging van de ouders of de verzorgers, die tijdelijk afwezig zijn. De thuishulp houdt zich dan bezig met verzorging (verzorgende hulp), met het zinvol bezighouden van het gehandicapte kind en/of andere kinderen (speelhulp) en met (licht) huishoudelijk werk (huishoudelijke hulp). Er is hierbij onderscheid te maken tussen actieve oppas van kortere duur (een halve of een hele dag) en actieve oppas van langere duur (een weekend of tijdens vakantie van ouders/verzorgers).
5. Vragen om passieve oppas. Kenmerken hierbij is dat de thuishulp aanwezig is als het kind op bed ligt. In de verpleging wordt dit waakdienst genoemd.
6. Vragen om praktisch-pedagogische hulp. Bij deze hulp zijn te onderscheiden:
  - kindgerichte hulp, gericht op de spelontwikkeling, het aanleren van vaardigheden, het vergroten van de zelfredzaamheid van het kind. Deze hulp is vaak verlichtend voor ouders/verzorgers. Zij kunnen tijdens de hulp afwezig zijn;
  - oudergerichte hulp, ook wel 'praktisch-pedagogisch thuishulp' of 'praktisch-pedagogische gezinsbegeleiding' genoemd. Het gaat daarbij om oudergerichte, kortdurende, intensieve hulp bij vragen rond omgang, opvoeding en ontwikkeling van het kind. Ouders doen daarbij actief mee;
  - hometraining. Deze hulp is specifiek gericht op de handicap (bijvoorbeeld bij doofheid, blindheid, autisme). Het zwaartepunt ligt op consultatie van ouders bij vragen rond communicatie, ontwikkeling of zelfredzaamheid van het kind.
7. Vragen om hulp bij het ontwerpen en maken van aanpassingen van bijvoorbeeld speelgoed, kleding of gebruiksvoorwerpen.
8. Vragen naar klussenhulp, bijvoorbeeld bij het verstellen van kleding, het repareren van speelgoed en bij kleine aanpassingen in huis (bed verhogen, douchestretcher monteren).
9. Vragen naar hulp bij het uitvoeren van therapieën thuis, bijvoorbeeld fysiotherapie, ergotherapie of logopedie.
10. Vragen om een gastgezin (bijvoorbeeld voor een week, een dag, een weekeinde per maand).
11. Overige vragen, zoals vragen om informatie, vragen rond het verwerken van de handicap van het kind enzovoort.

Deze vragen komen vooral van ouders met een gehandicapt kind. Bij volwassenen leven ook vragen als:

- het (tijdelijk) overnemen van verpleging;
- alarmeringsmogelijkheden;
- hulp op afroep voor toiletgang, naar bed en uit bed helpen, aankleden en dergelijke.

## Geschiedenis

Men kan zich voorstellen dat 30 jaar geleden zulke vragen om hulp thuis nauwelijks in beeld waren. Gehandicapte kinderen en volwassenen woonden vaak in een inrichting en als ze al thuis woonden, dan was het vanzelfsprekend dat de ouders/partners hun hele leven lieten bepalen door de verzorging van de gehandicapte huisgenoot.

Het is alweer 25 jaar geleden, het jubileum is in januari uitbundig gevierd, dat de aktie ten bate van Het Dorp plaatsvond. Een nieuwe manier van wonen in die tijd. Het bleek het begin van een ontwikkeling. Kleine woonvormen, wonen in een gewone wijk maar in een van de 15 aangepaste woningen met oproepbare assistentie (clusterwonen), en ten slotte in een gewone straat, eventueel in een aangepaste woning, waren de volgende fasen in die ontwikkeling. Bij deze laatste twee fasen, zelfstandig wonen in een clusterwoning of wonen in je eigen huis in je eigen straat, kan op gezinsverzorging en/of wijkverpleging een beroep worden gedaan.

Kinderrevalidatiecentra waren vroeger voor veel kinderen net zoveel internaat als revalidatiecentrum en bij mytylscholen was er altijd de mogelijkheid om bij de school te wonen. Van deze mogelijkheden het jarenlang elders laten wonen van het lichamelijk gehandicapte kind, wordt telkens minder gebruik gemaakt.

Een enigszins vergelijkbare ontwikkeling deed zich voor bij geestelijk gehandicapten. Woonden in 1982 nog 269 kinderen onder de 5 jaar in een zwakzinnigeninrichting, in 1986 was dat aantal gedaald tot 116. Ook het aantal bewoners tussen de 5 en 19 jaar daalde aanzienlijk: van 7890 tot 5845.

Ouders blijven tegenwoordig gemiddeld veel langer voor hun kind zorgen. Natuurlijk waren het ontstaan van kinderdagverblijven en de uitbreiding van het speciaal onderwijs belangrijke condities die het ouders mede mogelijk maakten voor thuisopvoeding te kiezen, maar het vaker kiezen voor thuis blijven wonen, liep parallel met andere maatschappelijke ontwikkelingen. De normen voor een menswaardig leven veranderden en de emancipatiebeweging was een exponent van de veranderende positie van de vrouw in het gezin. Heel aardig wordt dit geïllustreerd door de

volgende, historische anekdote uit 1979:

'Mevrouw, zou uw afdeling van de PvdA zich op het komend congres sterk willen maken voor een tekst in het partijprogramma, waarin praktische hulp voor gezinnen met een gehandicapt kind bepleit wordt?'

'Dat lijkt mij een heel gevaarlijke ontwikkeling. Als het kind daardoor langer thuis blijft wonen, wordt de moeder automatisch met de zorg belast natuurlijk. Die ontwikkeling willen wij niet stimuleren, dat staat haaks op ons emancipatiestreven.'

Kennelijk moet je er middenin zitten om te begrijpen dat de moeder ondersteuning nodig heeft om een beetje aan een eigen leven toe te komen.

Uit onderzoek blijkt trouwens dat ouders vroeger uithuisplaatsing ook al een ramp vonden, maar een alternatief leek voor hen onbereikbaar. Dank zij de emancipatie is dat anders geworden; ouders zijn mondiger geworden en hun bedoelingen duidelijker.

## Lakse overheid

In de behoefte aan hulp wordt onvoldoende voorzien en voorzover erin wordt voorzien, bestaan er ernstige klachten over de wijze waarop.

Sinds 10 jaar is manifest dat er het een en ander schort aan de bestaande hulpverlening. Ouderverenigingen en losse groepjes ouders gingen aan de slag met het voorzien in de lacunes. Sommigen zetten zelf een hulpdienst op. Zij noemden die dan thuishulpcentrale of stichting Praktische Thuishulp. Anderen organiseerden ouder-ouder contacten en boden zo ondersteuning aan elkaar. De politiek werk bestookt met het gevoel van onrechtvaardigheid dat bij de ouders leefde: uithuisplaatsen van je kind leverde materieel veel voordelen op ten opzichte van thuis houden, althans voor de ouders, voor de samenleving is uithuisplaatsen duurder.

De Tweede Kamer nam in 1978 kamerbreed een motie aan waarin de staatssecretaris werd gevraagd deze misstand te corrigeren.

Het Kinderpostzegelfonds vervulde intussen een pioniersrol door een twintigtal projecten te financieren die ouders van thuiswonende gehandicapte kinderen ondersteunen. Uitgangspunt daarbij is telkens geweest dat de (lande lijke) overheid haar verantwoordelijkheid zou nemen, indien werd aangetoond welke behoefte legitiem was en welke organisatiestructuur adequaat in deze behoefte zou kunnen voorzien. Tot op heden is dat vertrouwen in de (landelijke) overheid beschaamd. Het ministerie van wvc is de afgelopen 10 jaar nauwelijks tot enig beleid op dit punt gekomen. Of het moet zijn dat de uitspraak



Ine van den Broek

van staatssecretaris Van der Reijden in 1984 als beleidsuitspraak gekwalificeerd moet worden. Hij deelde mee van oordeel te zijn dat de eerste-lijnsvoorzieningen reeds in de hulpbehoefte voorzagen of dat zouden moeten doen. In alle opzichten een goedkope uitspraak: de zwarte piet ligt bij een ander en het kost je geen cent.

In 1986 zette de Gehandicaptenraad (landelijke bundeling van verenigingen van lichamelijk gehandicapte mensen) de hele zaak nog eens op een rijtje. In de uitstekende nota *Thuishulp aan mensen met een handicap* staat een inventarisatie van hulpvragen, van het bestaande aanbod en van gesignaleerde knelpunten. Aan de hand van de criteria

worden voorstellen gedaan voor het oplossen van de knelpunten.

Zowel door de thuishulpcentrales als door de Gehandicaptenraad wordt de gedachte van een categoriaal circuit van thuishulpprojecten verlaten. Gezinsverzorging en wijkverpleging worden herkend als organisaties die hier een verantwoordelijkheid zouden moeten nemen. Ze moeten dan echter wel klantvriendelijk worden, dat wil zeggen:

- de vraag van de klant tot uitgangspunt nemen;
- samen één loket creëren waar men voor veel soorten hulp terecht kan;
- klanten invloed geven op het beleid van de instelling;
- de hulp moet betaalbaar zijn.

De Federatie van Ouderverenigingen (landelijke bundeling van verenigingen van ouders van geestelijk gehandicapten) aarzelt. Ook bij hen is de afgelopen jaren de overtuiging gegroeid dat goede thuishulp van groot belang is, maar met gezinsverzorging en kruiswerk bestaan nauwelijks ervaringen. De meeste voorzieningen voor geestelijk gehandicapten zijn categoriaal, dat wil zeggen alleen voor die groep, opgezet. Een categoriale thuishulporganisatie is voor hen dan ook een mogelijkheid.

Ook de Ziekenfondsraad formuleert plannen en ideeën over de financiering van de geestelijke-gehandicaptenzorg. Er wordt voorgesteld om een aantal ondersteunde functies die in de thuissituatie kunnen worden geboden Via de

AWBZ-financierbaar te maken.

Voor Gehandicaptenraad, Federatie van Ouderverenigingen en het NIPTEL-project is duidelijk dat ouders hulp moeten hebben en dat de s66rt handicap hierin een ondergeschikte rol speelt. De Gehandicaptenraad kiest echter duidelijk voor inpassing de algemene voorzieningen, dat wil zeggen voor inclusief beleid in plaats van categoriaal beleid.

## Hoe ver zijn we?

De Centrale Raad voor Gezinsverzorging publiceerde in december 1987 een discussienota over dit onderwerp: *Het inclusief beleid binnen de Gezinsverzorging*. Aan veel van de knelpunten uit de nota *Thuishulp* aan mensen met een handicap wordt aandacht gegeven en oplossingen worden voorgesteld. De verschillende soorten hulp die gezinnen nodig kunnen hebben passeren één voor één de revue. Nagegaan wordt of en hoe de gezinsverzorging een rol kan vervullen.

Daarnaast is een aantal gehandicapte mensen actief bezig met het uitwerken van het idee: cliëntgebonden budget met betrekking tot thuisblijf. Met name de slechte organisatie en coördinatie van de hulp die nu door wijkverpleging en gezinsverzorging wordt geboden heeft hiertoe aanleiding gegeven. De gedachte is dat het geld dat met de hulp gemoeid is, beter rechtstreeks aan de cliënt gegireerd kan worden. Hij/zij heeft daarmee de mogelijkheid zelf de hulp op maat te organiseren, zelf mensen in dienst te nemen en werkafspraken te maken.

Vaak is ook lonkend gekeken naar de open structuur van het kruiswerk. Een landelijk werkende organisatie met veel soorten diensten: hulpmiddelenuitleen, consultatiebureau's, wijkverpleging, kraamzorg. Daar past prima een afdeling thuisblijf gehandicapten bij. Het lidmaatschap van f 45,- is goed betaalbaar, AWBZ-financiering ligt voor de hand.

Welke hulp nodig is, dat is duidelijk. Ook de organisatorische voorwaarden zijn inmiddels duidelijk. Voor welk organisatorisch model het best gekozen kan worden, was nog onduidelijk; evenzo welke financiering het meest geëigend is. Vandaar dat besloten is om een opdracht tot modelbeschrijving te verstrekken. De vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht werk daar nu aan. Zij zullen beargumenterende voorstellen doen over categoriaal of algemeen, betaald of vrijwilligerswerk, kruiswerk of gezinsverzorging, subsidie of AWBZ-geld.

De veronderstelling is dat na consensus de discussie niet meer gaat over 'bij

wie' en 'hoe', maar over de feitelijke invoering van praktische thuisblijf aan gezinnen met een gehandicapte huisgenoot. ~ ~

### Literatuur

1. NZI, *De intramurale zwakzinningszorg in cijfers*, dec. 1987, pg. 47.
2. *Gehandicapt van 9.00 tot 17.00 uur. Een onderzoek naar de hulpbehoefte van lichamelijk gehandicapten*, PRS Zuid-Holland 1987.
3. *De behoefte aan hulp in gezinnen met een geestelijk gehandicapt kind thuis*, SPD Hengelo 1987.
4. *Thuishulp aan mensen met een handicap*, Gehandicaptenraad, Utrecht 1986.

# MEDISCH CENTRUM WEST

'Wringers kijk me aan, leg neer dat ding!' Zo snauwen de dokter en verpleegkundigen in koor tegen een patiënt, die blijkbaar nogal in de war is. Het gaat hier natuurlijk om de verpletterend intelligente serie *Medisch Centrum West*. Alle vooroordelen komen in ruime mate aan de orde: de serie speelt zich in hoofdzaak af rond de balie, waar veel privé wordt afgeleden, zowel door de dokter als de zuster (én de unieke broeder, die een managementopleiding, gaat volgen); de dames lijden te veel om hun vooruitzichten te concretiseren en carrière te maken. Voor hen is als het even kan, een huwelijk of verhouding met de dokter weggelegd.

Wanneer men het gebodene beziet en vervolgens te rade gaat bij de notitie inzake beroepscodes en gedragsregels van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid dan wel het verpleegkundig profiel of andere gewichtige publikaties, dan gaapt daar een wereld van verschil. In de serie zien we de verpleegkundige als prototype van de lichtzinnige vrouw, de offerende moederfiguur, de mannenjaagster of de Kenau in de witte jurk (met ijkijk). Van patiëntenrechten heeft geen dokter of verpleegkundige ooit gehoord.

Waarom wordt er zoveel naar de serie gekeken? Je zult toch als patiënt dat vlerkachtige gedrag van de snelle hulpverleners moeten ondergaan, en zo maar door iedereen worden getuoyeerd. Ik denk dat geen enkele kijker zo stupide zou willen worden behandeld. Waarom dan die hoge kijkcijfers? Gelijksortige series van buitenlandse bodem (met name *The Singing Detective*) geven een veel realistischer beeld van de werkelijkheid in ziekenhuizen. Misschien is die werkelijkheid voor velen zo eng - ziekenhuizen hangen immers vaak samen met verdriet en pijn - dat we liever kijken naar andermans geromantiseerd leed. En kommer en kwel is ruim voorradig. De middelpuntvliedende kracht van de serie bewijst zich in en om de balie. Daar hangt en zit met name de verpleging in grote geestelijke en lichamelijke nood te tobben over de eigen privé-problematiek. Aan de verzorging van de patiënten kan nauwelijks aandacht worden besteed. De doktoren melden en passant aan de balie hun eigen niet geringe lijden of gedragen zich als een rund tegenover de verpleegkundige tafelenoot tijdens het nuttigen van de warme maaltijd in de kantine. Het gedrogeerde mannelijk leed wordt met verve uitgebeeld en zoals het een volgzaam hedendaagse vrouw betaamt, slaat ze hem niet van zijn eigentijdse zitmeubel of deponeert de tartaar op z'n kalende kruin.

Verdere rampspoed. De dokter had maar 7% (?) kans de zuster te bezwangeren en ja hoor, het wetenschappelijk bewijs wordt geleverd, ze wordt zwanger. Gewenste of ongewenste intimiteiten? De dokter verdient toch iets beters dan zo'n flirtend zusterje.

En dan de heren artsen onderling. Zij staan elkaar naar het leven om zich een betere positie te verwerven. Is dit nu wel in overeenstemming met de beroepsuitoefening, die een goed arts betaamt? De KNMG zal zich afvragen waartoe zij immer zoveel aandacht aan een patiëntvriendelijk optreden besteedde. Het beklijft duidelijk niet. De tuchtrechter zou dagwerk hebben met klachten die de patiënten naar aanleiding van hun behandeling in Medisch Centrum West zouden kunnen indienen.

Ook de rolpatronen liggen muurvast, er kan geen roman uit de Bouquetserie tegenop. De heren worden door de dames ten zeerste bewonderd en zo hoort het ook. Seks, misdaad en geweld worden op benepen wijze afgebeeld. Er wordt niet eens groots en meeslepend geleden. De afleveringen bieden in ieder geval uitstekend lesmateriaal voor opleidingen van artsen en verpleegkundigen hoe het niet moet.

De attitude die de verpleegkundigen in de serie ten toon spreiden doet je huiveren voor de mensen die aan hun zorgen zijn toevertrouwd. Menig deskundig theoreticus zal zich afvragen waarom hij of zij ooit opbeurende leerboeken het licht heeft doen zien. Wat wel heel eigentijdS is in de serie, is het veelzijdig gebruik van medisch jargon. De serenase wordt ruimbhartig gespoten, er moeten diagnoses worden gemaakt, de overdosis aan bombast wordt gebracht in een pluriforme opeenvolging van platitudes en clichés. Met de benen op tafel worden de patiënten tussen neus en lippen, met weinig respect, doorgenomen. Daarvoor heeft mevrouw van de Brink-Tjebbes haar verpleegkundige matrix toch niet ontwikkeld? Het praten met een ongelukkige patiënt wordt als een novum gebracht, wat te begrijpen is, als slechts het eigen hachje overheersend is. De hulpverleners zitten nimmer verlegen om een dramatisch bijvoeglijk naamwoord en zij houden schone handen met een blinddoek voor. En dan, de patiënten! Evenals de rest van de acteurs: onderhouden ze een onordelijke relatie met de werkelijkheid. En ze kunnen geen van allen acteren. Dames die dik zijn en daarvoor in het ziekenhuis liggen, gedragen zich heel anders dan wordt getoond.

Een sterk ontwikkelde dadendrang is alleen af te leiden uit het te veel in beeld komen van de balie met een rijke verzameling gekwelde ego's ervoor en erachter en de afdelingskeuken waar op duistere gronden afgedekte etensborden van de aanrecht naar de trolley heen en weer worden gedragen. Op de achtergrond zien we nog een mannelijke verpleegkundige (degene van de managementopleiding) enige malen met urinalen heen en weer snellen.

Tact is het vermogen anderen af te schilderen zoals ze zichzelf zien. Ofwel de maker van het programma acht het grootste deel van de Nederlanders dom en het ziekenhuis een goede achtergrond voor banale romances, ofwel de serie fungeert als een bezweringsformule voor de werkelijkheid in het ziekenhuis. Eén ding staat voor mij vast: geef mij maar de werkelijkheid met echte mensen, echte verzorging, toegewijde artsen en menselijke, deskundige verpleegkundigen. Want wat moet je nou met zo'n dubbelgeconditioneerde vlerk als dokter Koning? Hij lijkt op een van de artsen in *St. Elsewhere*, zou hij daarom uitverklaren zijn om in de serie een rol te mogen spelen? De conclusie kan slechts zijn dat de werkelijkheid van de patiënt die medische en verpleegkundige zorg nodig heeft, wordt weergegeven als een slecht toneelstukje, overgoten met moeilijk te verteren Hollandse kneuterigheid.

Renée van Juler

# THEMA

'Verpleegkundigen krijgen te veel oneigenlijke werkdruk', 'Tekort aan verpleegkundigen wordt binnen vijf jaar desastreus', 'Verpleegkundigen al jaren de dupe van bezuinigingen', 'De verpleging klaagt te veel en organiseert zich te weinig'.

Zo maar vier krantekoppen boven recente artikelen over de verpleging. Ze lijken representatief voor de diarree aan aandacht die dit onderwerp de afgelopen maanden in de media heeft gehad. Er is duidelijk iets mis met de verpleging. Maar wat precies? Tegen welke problemen loopt de verpleging nu aan? Waarom is de beroepsgroep zo weinig populair bij schoolverlaters? En: wat kun je eraan doen? Wat is de therapie? Wat zijn er voor mogelijkheden om het geklaag om te zetten in daden? Is de verpleging zich wel voldoende bewust van de politieke realiteit? Denkt de beroepsgroep wel voldoende in machtstermen?

Met deze vragen voor ogen heeft de redactie van dit tijdschrift een aantal verpleegkundigen benaderd om als gastredactie een thema over de verpleging samen te stellen. Dit is gelukt. Het thema is dan ook onder verantwoordelijkheid van deze gastredactie tot stand gekomen. Zij bestond uit: Henk Bakker, beleidsmedewerker bij de Nationale Raad voor de Volkgezondheid; Stance Claus, hoofdverpleegkundige in een algemeen ziekenhuis; Allce Loeters, tot voor kort als stafmedewerkster werkzaam bij Het Beterschap, de beroepsorganisatie voor verplegenden en verzorgenden; Berthy van der Meydenberg, hoofdverpleegkundige; Marie-José Willemse, directeur sector gezondheidszorg van de Hogeschool van Amsterdam; en vanuit het Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek Gerard Goudriaan en Janneke van Vliet.

Bijaantreden had de gastredactie een mooie leidraad voor dit thema. Later bleek deze niet volledig te handhaven en verschoof de aandacht wat meer naar de politiek-maatschappelijke kant van de beroepsuitoefening. De oorspronkelijke lijn voor het thema was: de spanning tussen het ide-

aal van integratie, waar de verpleging zo vaak hunkerend over praat, en de werkelijkheid van versnippering. Bij integratie valt te denken aan één onversneden beroepsgroep met één beroepsorganisatie, één op alle werkvelden toepasbare basiskennis en basisdeskundigheid en één of hooguit twee basisopleidingen.

Er valt te constateren dat de verpleging enerzijds vasthoudt aan eenheid en onverdeeldheid binnen de verpleging, anderzijds dat de werkelijkheid van de gezondheidszorg er veel meer een is van versnippering en segmentering: ieder voor zich en God voor ons alleen. De hoofdgedachte van de gastredactie was oorspronkelijk dat beroepsgroepen, en dus ook de verpleging, door externe omstandigheden gedwongen zijn het ideaal van integratie op te geven en een keuze te maken. Dit door je op een van de terreinen van de gezondheidszorg, een van de segmenten van de markt, te profileren. Als je dat niet doet, zo was en is de stelling van de gastredactie, verzwak je jezelf als beroepsgroep. Het streven naar eenheid in het verpleegkundig beroep binnen een versnipperde werkelijkheid zou dan een substantiële verzwakking van de verpleging betekenen.

Een aantal artikelen in dit thema bouwt nog voort op deze gedachte. Het interview van AUKJE LEEMEIJER met Truus Spijker gaat in op de historische achtergronden van het integratiestreven. Hoe is het gekomen dat de verpleging naar integratie ging streven, waar komen de motieven vandaan?

Of er een geïntegreerd verpleegkundig beroep met inbegrip van psychiatrisch verpleegkundigen mogelijk is, is voor sommigen altijd al een vraag geweest. Na het lezen van het artikel van BORGESIUŠ EN DE LANGE komen er misschien nog meer twijfels bovenkruipen. In het artikel, gebaseerd op onderzoek naar het specifieke van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige, worden veel vraagtekens gezet bij de verpleegkundige identiteit in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Is de psychiatrisch verpleegkundige allereerst verpleegkundige of is



# VERPLEEGKUNDE

zijn haar werk een vak apart en een wereld van verschil?

De gastredactie was benieuwd hoe een psychiatisch verpleegkundige op het artikel van Borgesius en de Lange zou reageren. Zoveel blijft er in het artikel immers niet over van de verpleegkundige identiteit. HARRY VAN VELSEN werd uitgenodigd om vanuit een verpleegkundige invalshoek het artikel van Borgesius en de Lange te commentariëren.

Sprekend over integratie versus versnippering valt op dat de verpleging in Nederland onlangs weer een nieuw terrein heeft ontdekt. Wat heeft de verpleging daar nou weer te zoeken? WILLEM ZANDBERGEN geeft antwoord op deze provocerende vraag.

Zoals gezegd was de oorspronkelijke lijn in het thema de spanning tussen het ideaal van integratie en de werkelijkheid van versnippering. Later werden integratie en versnippering minder dominant en bleek het vooral te gaan om de verpleging tussen ideaal en werkelijkheid. Het ideaal van een goed produkt te willen en kunnen afleveren en de werkelijkheid van onvoldoende serieus genomen te worden door de samenleving. Waarom is de verpleging niet dat maatschappelijk gewaardeerd beroep dat het potentieel zou kunnen zijn?

Verskillende antwoorden zijn op deze vraag mogelijk. Een moderne: de verpleging hanteert geen marketingconcept, richt zich bijvoorbeeld onvoldoende op de promotie van haar produkt. Verpleegkundigen kunnen zichzelf en hun werk niet verkopen. Wie toevallig op de dag van de verpleging (12 mei) naar Radio 5 heeft geluisterd zal dit beamen. Niet-verpleegkundigen zullen van het wollige gepraat niet onder de indruk zijn gekomen.

Dan Medisch Centrum West. In menig huisgezin is een traantje weggepikt als een verpleegster haar patiënt zo goed aanvoelde of als zij viel voor de charmes van een der onweersaanbare artsen. Fantastische promotie, maar van welk produkt? RENÉE VAN ALLER keek op

verzoek van de redactie een aantal avonden. En ontspande zich met een eigentijdse kasteelroman.

Een klassiek antwoord op de vraag naar het gebrek aan maatschappelijke waardering is dat de verpleging een vrouwenberoep is. Driekwart van alle verpleegkundigen is vrouw, constateert ALLE LOETERS, en dat heeft consequenties. Toch zijn er lichtpuntjes. Een gericht emancipatiebeleid is mogelijk. Als je maar wilt. En wie als werkgever niet wil, zal dit binnenkort merken. Een instelling die vrouwen gelijke kansen biedt, is een aantrekkelijke werkgever. En dit is, zo stelt Loeters, pure noodzaak op de huidige krappe arbeidsmarkt.

Een derde antwoord is ook op zijn plaats in een tijdschrift voor gezondheid en politiek: in de verpleging is onvoldoende politiek besef aanwezig. Het ontbreekt de beroepsgroep aan inzicht in de noodzaak van lobbyen strategie-ontwikkeling. HENK BAKKER, zelf werkzaam in het Haagse beleidscircuit, gaat hierop in en doet een aantal suggesties voor beleidsbeïnvloeding.

Promotie-activiteiten, emancipatie en politiek besef zijn harde voorwaarden om het proces van onderwaardering van verpleging en verpleegkundigen te stoppen. Toch zal produktontwikkeling voorop dienen te staan. Terecht stelt Truus Spijker dat de verpleging de coördinatie en continuïteit van de zorg claimt, maar in de praktijk weinig inbreng heeft. De verpleging, zo stelt zij, voorziet en analyseert de toenemende vraag naar thuiszorg niet en ze laat daarmee kansen liggen. ERIK HEYDELBERG en BERTHY VAN DE MEYDENBERG geven in hun artikel een belangrijke aanzet voor de door Truus Spijker verlangde analyse. De wijkverpleging heeft volgens hen nieuwe mogelijkheden, maar daar is wel een meer geïntegreerde en functioneel opgebouwde thuiszorg voor nodig. Kortom, er is hoop voor de verpleging, maar er is nog een lange weg te gaan.

# Ook de verpleging moet zich gaan verkopen

Het broedt volop in de verpleging. Er wordt zowel op het gebied van onderwijs als opleidingen het nodige ontwikkeld, maar dat blijft vaak binnen het beroep steken. Het lukt de verpleging niet echt om uit de ondergeschikte positie in de gezondheidszorg, die ze al van oudsher heeft, te komen.

**Henk Bakker**, zelf werkzaam in het Haagse beleidscircuit, denkt dat het op de eerste plaats belangrijk is dat verpleegkundigen in Den Haag beter hun ideeën leren verkopen. Verpleegkundigen moeten leren lobbyen. Wat de verpleging nodig heeft, is niet louter het inhoudelijk uitstippelen van nieuwe wegen, maar politiek besef.

**Benic Bakker**, verpleegkundige, beleidsmedewerker Nationale Raad voor de Volksgezondheid

Het ontbreekt de verpleging dezer dagen niet aan belangstelling. De media besteden met de regelmaat van de klok aandacht aan verschillende knelpunten in de beroepsuitoefening. Zo worden de consequenties van tekorten binnen instellingen met schrijnende voorbeelden geïllustreerd. De hoogleraar verplegingswetenschap, mevrouw A.H.M. van den Bergh-Braam, uit in een groot landelijk dagblad haar boosheid over het verdwijnen van de verpleegkundige in de top van de instellingen. In haar analyse stelt zij dat de oorzaken gezocht dienen te worden in het lage zelfbeeld van de verpleegkundige en het gebrek aan collegialiteit. Als een van de oplossingen meent zij dat vrouwen uitdrukkelijker uitgenodigd zouden moeten worden te solliciteren naar management-functies.

De affaire rond de vier vu-verpleegkundigen, die door het openbaar ministerie 'het opzettelijk doden van een ander' ten laste worden gelegd, vindt zijn oorzaak vooral in verstopte communicatiekanalen tussen artsen en verpleegkundigen. In een recent zwartboek van de AbvaKabo komt een grote onvrede

over de werk- en levensomstandigheden van leerling-verpleegkundigen tot uiting.

In het besef dat deze greep uit de media nog niet volledig is, zou op basis van deze opsomming geconcludeerd kunnen worden dat het met de beroepsuitoefening in de verpleging maar somber is gesteld. De geschetste knelpunten zijn overigens niet nieuw. In de eerste helft van de jaren zeventig verschenen er immers ook al zwartboeken en werd er voor betere arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden gedemonstreerd.

Naast de geschetste voorbeelden in de media die op zich belangrijk zijn en met name de krantelezer inzicht in de problemen geven, dienen meer positieve aspecten niet onderbelicht te blijven. Zo zijn er in de sfeer van de randvoorwaarden voor de beroepsuitoefening belangrijke ontwikkelingen te noemen: er is op het gebied van onderwijs en opleiding het nodige verbeterd (er is een stelsel van dagonderwijs op MBO-en HBO-niveau gekomen, 1e en 2e-graads lerarenopleidingen verpleegkunde, een universitaire opleiding verplegingswetenschappen, een ruim aanbod van

post-HBO en post-HO cursussen voor verpleegkundigen), ook wordt er inmiddels verplegingswetenschappelijk onderzoek verricht en is de verhouding gediplomeerden - leerlingen gunstiger geworden. Daarnaast is er een beroepsprofiel dat overwegend door de beroepsgroep wordt gedragen en wordt er binnen veel instellingen een proces van patiëntgerichte en methodische wijze van verplegen ontwikkeld.

Het ontbreekt dus niet aan ontwikkelingen in de verpleging? Waarom zit er dan toch zo weinig schot in? Waarom raakt de inhoud zo weinig verankerd in het beleid? Het ontbreekt de verpleging aan de juiste politieke strategieën om hun doelen gerealiseerd te krijgen. Als voorbeeld hiervan wil ik de ontwikkelingen schetsen, zoals die plaatsvonden bij de pogingen om tot verpleegkundig dagonderwijs te komen. Bij deze positieve ontwikkeling dient niettemin een kanttekening te worden gemaakt bij de basisopleidingen. Weliswaar is er een, zij het slechts gedeeltelijk, stelsel van dagonderwijs, de ontwikkelingen naar een volledig stelsel stagneren.

## Een beleidsprobleem

Randvoorwaardelijk ontbreekt het in de verpleegkundige sector aan een eenvoudige structuur van basisopleidingen. Het is interessant om dit gegeven als casus van een beleidsprobleem nader te analyseren. Daarbij doet de vraag zich voor waarom aan belangrijke door de overheid genomen principebesluiten geen uitvoering wordt gegeven. Het kabinet besloot reeds in 1980 op aandringen van de Tweede Kamer de toenmalige MBO-Over te hevelen van het ministerie van Volksgezondheid naar het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Bovendien besloot het kabinet in dat jaar geleidelijk het inservice-onderwijs om te bouwen tot dagonder-



Verpleegonderwijs

Flip Franssen/Hollandse Hoogte

wijs op MBO en HBO-niveau. Al snel rees daarbij de vraag waarin de beroepsbeoefenaren van beide opleidingstypen zich qua beroepsuitoefening zouden onderscheiden. Op verzoek van de staatssecretaris van wvc adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over het verpleegkundig beroepsprofiel. In dat advies wordt een beroepsprofiel geschetst op basis van twee deskundigheidsniveaus. De beroepsbeoefenaar op het eerste deskundigheidsniveau is verpleegkundige. Deze heeft een na-opleiding gevolgd of een inservice-opleiding A, B of Z. De beroepsbeoefenaar op het tweede deskundigheidsniveau heeft een MDGO-opleiding of een inservice-opleiding tot ziekenverzorgende gevolgd en draagt respectievelijk de titel verpleger/verpleegster of ziekenverzorg(st)er.

De beoogde vervanging van de inservice-opleidingen door dagopleidingen wordt echter niet planmatig gestuurd. Wel wordt in 1984 in een beleidsnotitie van O&W en wvc aan de Tweede Kamer duidelijk dat de MDGO-VP tot 1990 een min of meer experimenteel karakter zal gaan dragen. Het aantal afdelingen verpleging wordt gedurende het evaluatietraject beperkt tot twaalf en er wordt een instroombeperking vastgesteld. Deze beperking blijkt onder meer noodzakelijk vanwege het tekort aan stageplaatsen voor MDGO-VP-leerlingen. Naast deze ontwikkelingen in het dagonderwijs, waarbij de HBO-verrigens een gestage groei doormaakt, werd op 30 oktober 1985 een raamovereenkomst getekend met betrekking tot het wvc-leerlingenplan. De invoering van dat

plan blijkt met name de ontwikkeling van de MDGO-VP negatief te beïnvloeden.

Euser wijst er in een artikel in *Beleidsanalyse* op dat met de invoering van het wvc-leerlingenplan de combinatie werken-leren blijkbaar geen probleem meer vormt. Hij signaleert dat vanaf 1972 de meningen over werken-leren kennelijk zijn geëvalueerd. Zo verwijst hij naar de adviezen van de Commissie Wagner 11 over de voortgang van het industriebeleid. In die adviezen wordt de regering geadviseerd het leerlingenwezen nieuw leven in te blazen. Euser wijst er voorts op dat het oorspronkelijke beleidsprobleem werken-leren continu wordt beïnvloed door veranderingen in de omgeving. Er ontstaan steeds nieuwe deelproblemen, zoals overschotten en tekorten aan beroepsbeoefenaren, die prioriteit vragen en als zodanig worden opgelost. In december 1986 poogt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid met hun advies *Basisopleidingen verpleging* het hoofdprobleem opnieuw onder de aandacht van de regering te brengen. De raad acht het noodzakelijk dat op planmatige wijze uitvoering wordt gegeven aan het besluit tot ombouw van de inservice-opleidingen. De belangenvereniging Het Beterschap bepleit in een eigen nota eveneens de noodzaak van een overzichtelijke opleidingsstructuur ten behoeve van de verpleging op MBO- en HBO-niveau.

De grootste werkgeversorganisatie, de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR), kan zich weliswaar ideologisch vinden in

de door de raad gewenste situatie, maar heeft een andere inschatting over het beleid ten aanzien van de inservice-opleidingen. De Nationale Ziekenhuis Raad meent dat de druk op de collectieve lasten en de omvang van de werkloosheid het niet toelaat dat het inservice-onderwijs op korte termijn verdwijnt. Er tekent zich een impasse af die moeilijk te doorbreken lijkt.

Tijdens de behandeling van de ontwerpnota HOOPop 25 januari 1988 in de Tweede Kamer, blijkt dat minister Deetman heroverweging van het in 1980 genomen kabinetsbesluit noodzakelijk acht. Daarbij verwijst hij naar de tegenwerking die de MDGO-VP het veld ondervindt. Bovendien merkt hij op dat in de gezondheidszorg de inservice-opleidingen worden gekoesterd. In het definitieve HOOPop blijven dan ook de vraagtekens staan bij de noodzaak om het inservice-onderwijs om te bouwen.

## Lobbyen moet

Hoe is het nu mogelijk dat ondanks vele adviezen en nota's over de meest gewenste structuur van het verpleegkundig onderwijs dergelijke standpunten worden ingenomen? Voor de beantwoording van die vraag is het belangrijk de politiek-strategische facetten van de beleidsvoering eens nader te bezien. Het blijkt dat besluitvormingsprocessen op het gebied van de verpleegkundige opleidingen sterk worden beïnvloed door de problemen die er op korte termijn te verwachten zijn. Zo valt de positie van de werkgever, de NZR, te verklaren vanuit zijn verantwoordelijkheid voor voldoende verpleegkundig personeel in de toekomst. Het onduidelijke overheidsbeleid ten aanzien van het dagonderwijs dwingt deze werkgeversorganisatie in tijden van personeelskrapte de capaciteit van de inservice-opleidingen te vergroten. In tegenstelling tot de werkgeversorganisaties blijken de verpleegkundige organisaties veelal niet in staat om krachtig lobby te voeren voor een structurele aanpak van de huidige problemen.

Deze situatie heeft er toe geleid dat een initiatiefgroep, bestaande uit verpleegkundigen uit alle soorten van de gezondheidszorg, op persoonlijke titel op 25 april 1988 het *Herstructureringsplan basisopleidingen verpleegkundige sector* aan regering en parlement heeft aangeboden. Aan de officiële aanbidding van het plan is een intensieve en vooral informatieve lobby met bij de besluitvorming betrokken instanties, politiek en individuele personen voorafgegaan. Bovendien is zorgvuldig aandacht besteed aan de wijze waarop de media geïnformeerd dienden te worden.

Om beleidsontwikkeling te kunnen initiëren of beïnvloeden is het immers

noodzakelijk dat men als groep in staat is om eenduidig en bij voortduring standpunten kenbaar te maken. Daarbij is de opbouw van een netwerk rond sleutelfiguren uit de politiek en het beleid onontbeerlijk. Deze dienen regelmatig met opvattingen van de beroepsgroep geconfronteerd te worden. Opvattingen die in het algemeen kwalitatief verantwoord dienen te zijn en waarbij de haalbaarheidsfactor van de voorstellen van tevoren goed overwogen moet worden. Informatieverstrekking aan *decisionmakers* en het inwinnen van informatie voorafgaande aan belangrijke beleidsbeslissingen zijn daarbij essentieel. Bij dergelijke acties verdient de informele benadering de voorkeur.

De beroepsgroep zal voorts zoveel mogelijk als een eenheid moeten optreden. Ervaringen uit het verleden hebben aangetoond dat het gescheiden en niet op elkaar afgestemd opereren van verschillende vakbonden en belangenverenigingen ongunstige effecten te weeg kunnen brengen. Het beeld van een verdeelde beroepsgroep leidt er toe dat de politiek en de beleidsmakers eerder voor eigen opties zullen kiezen. Het besluit van Het Beterschap tot het oprichten van de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde, waardoor een bundeling van krachten kan ontstaan, is dan ook hoopgevend voor de toekomst. In een dergelijke organisatie kan naast gemeenschappelijke belangen zoals CAO, wetgeving en opleiding eveneens ruimte zijn voor beroepsbelangen van specifieke groepen. De praktijk zal uitwijzen of verpleegkundigen en verzorgenden in grotere getale dan nu ervoor zullen kiezen om lid te worden van de maatschappij. De noodzaak van verdere groei naar een krachtige organisatie is immers groter dan ooit want, zoals bekend, staat de gezondheidszorg aan de vooravond van ingrijpende veranderingen.

## Stelling nemen

Het kabinet heeft in zijn derde Dekkerbrief *Verandering verzekerd* zijn opvattingen over de structuur en financiering kenbaar gemaakt. Indien de volksvertegenwoordiging de voorstellen overneemt, zal dit op korte termijn verstrekende gevolgen voor de beroepsuitoefening hebben. Zo zullen doelmatigheid en flexibiliteit bevorderd moeten worden door versterking van de marktgerichtheid en financiering van zorgfuncties. Dit zal verschillende consequenties hebben. Er zal een meer functionele arbeidsdeling tussen beroepen en binnen beroepsgroepen komen; essentieel daarvoor is een koppeling van vereiste vaardigheden en verantwoordelijkheden aan de juiste rollen en dat op elk niveau. Ook zal er een grotere

competitie en concurrentie tussen beroepsgroepen en delen van dezelfde beroepsgroepen ontstaan. Zowel arbeidsdifferentiaties als domeinafbakening maken een sterkere beroepsprofilering noodzakelijk.

Dus ook de verpleging zal haar positie als beroepsgroep in de gezondheidszorg op heldere wijze moeten aangeven. Met een beleid waarbij de overheid terugtreedt, zal de autonomie van de beroepsgroep kunnen toenemen. Zo zal de beroepsgroep zich via de Maatschappij voor Verpleegkunde kunnen inspannen voor behoud en zonodig verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De opvatting van het kabinet, verwoord in de derde Dekkerbrief, is dat kwaliteit in de eerste plaats de verantwoordelijkheid is van de beroepsbeoefenaren en instellingen. De in gang gezette ontwikkeling naar een meer marktgerichte gezondheidszorg mag evenwel niet ten koste gaan van de kwaliteit.

In de Verenigde Staten blijkt reeds dat patiënten eerder dan voorheen uit de ziekenhuizen worden ontslagen en in een slechtere conditie naar huis worden gestuurd. Veelal is men dan aangewezen op volledige verzorging en het gebruik van technische voorzieningen. Daarbij leidt gebrekkige voorlichting aan de patiënt er vaak toe dat deze niet weet wat te doen of laten nadat het ontslag heeft plaatsgevonden. Het gevolg is dat in de vs het aantal heropnames toeneemt.

De verpleegkundige beroepsbeoefenaar zal voortdurend de kwaliteitsaspecten dienen te laten prevaleren en zal in voorkomende gevallen als belangenbehartiger van de patiënt op kunnen treden. In het rapport van de Commissie Dekker wordt niet duidelijk gemaakt in welke mate de overheid de kwaliteit van de instellingen zal bewaken. Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en meetinstrumenten zal vooral door de beroepsgroep zelf dienen te gebeuren. De door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing ontwikkelde en geïmplementeerde vorm van verpleegkundige kwaliteitstoetsing is reeds een belangrijke aanzet hiertoe. Daarnaast bestaat er een reeks van vormen om de kwaliteit te beoordelen en te bewaken, zoals het verlenen van vergunningen voor de beroepsuitoefening, de accreditatie van opleidingsinstituten en opleidingsprogramma's en de erkenning van personen en instellingen door de overheid of door particuliere certificatie-instituten. De toekomstige Wet op de Beroepen in de Individuele gezondheidszorg zal, naast een nieuwe wet op de kwaliteit, een stimulerende rol kunnen vervullen ten aanzien van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Er is meer dan voldoende toekomst voor de verpleging, indien de nieuwe mogelijkheden op het gebied van de structuur in de gezondheidszorg door de verpleegkundige beroepsgroep zelf worden onderkend en ontwikkeld. Positief is reeds dat op het gebied van de 24-uurs thuiszorg een belangrijk deel van de coördinatie door verpleegkundigen wordt uitgevoerd. De verpleging en verzorging van de patiënt in de eigen omgeving vergt specifieke kennis en vaardigheden die bij uitstek bij de verpleegkundige aanwezig zijn. Door het versterken van de coördinerende rol en het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg zal de verpleegkundige deze centrale positie verder kunnen versterken. Meer in het algemeen zal de verpleegkundige op grond van haar/zijn specifieke kwaliteiten in de gezondheidszorg aan een beter imago dienen te werken. Verpleegkundigen zullen het meer vanzelfsprekend moeten gaan vinden om resultaten van het verplegen op een breed terrein te publiceren en ook zal de beroepsgroep eigen standpunten dienen in te nemen op de verschillende niveaus waarop het beleid wordt ontwikkeld.

Als verpleegkundigen verantwoordelijk willen zijn voor hun eigen professioneel bezit, dan zullen ze zelf als beroepsgroep het voortouw moeten nemen en zelfverzekerd naar voren moeten komen. ++

Noot

1. Dr. L. Euser, 'Veranderende beleidsproblemen', in: *Beleidsanalyse* 87-2, kwartaalpublicatie ministerie van Financiën.

# Psychiatrisch verpleegkundige

## Een vak apart en een wereld van verschil

Er bestaat niet alleen een groot verschil tussen het werk van algemeen verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen, ook het beroep van psychiatrisch verpleegkundige zelf kent vele variaties. Het maakt nogal wat uit of je op een opname-, een behandel- of verblijfsafdeling werkt.

Tegelijkertijd hebben de verpleegkundigen van deze verschillende afdelingen ook weer veel gemeen, hun beroepshouding, bijvoorbeeld. Op elke afdeling worden ze in de omgang met patiënten voor dezelfde dilemma's geplaatst.

In dit artikel gaan Els Borgesius en Jacomina de Lange, die een onderzoek hebben gedaan naar de taak en identiteit van psychiatrisch verpleegkundigen, in op de segmentering binnen het beroep. Vervolgens geven ze een voorbeeld van een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk van deze beroepsgroep, namelijk hoe betrokken ben je bij de patiënten, wanneer geloof je nog in vooruitgang en wanneer geef je het op?

*Els Borgesius en Jacomina de Lange, wetenschappelijk medewerkers Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht.*

De laatste 10 jaar vindt er binnen de intramurale geestelijke gezondheidszorg steeds meer differentiatie naar functies plaats. In de meeste algemeen psychiatrische ziekenhuizen (kortweg: APZ genoemd) zijn vier sectoren te onderscheiden. De eerste betreft opname en kortdurende behandeling (tot ongeveer drie maanden). Ook de polikliniek en dagbehandeling behoren hiertoe. De tweede sector is de vervolgbehandeling. Hier vindt behandeling van patiënten tot ongeveer twee jaar plaats. Binnen deze sector treft men ook gespecialiseerde afdelingen aan, zoals afdelingen voor klinische psychotherapie, voor behandeling van psychotische adolescenten of voor bijvoorbeeld mensen met verslavingsproblemen.

De verblijfsafdelingen vormen de

derde sector. Deze afdelingen hebben een woonfunctie. Een gedeelte ervan is bovendien gericht op resocialisatie, zo vallen ook de afdelingen beschut-wonen hierbinnen. Mensen wonen samen in huizen aan de rand van het ziekenhuis-terrein, of in een straat in dorp of stad, onder begeleiding van het ziekenhuis. De vierde sector wordt gevormd door de psychogeriatric: opname, behandeling en verblijf van bejaarde patiënten.

Deze differentiatie in sectoren heeft voor de taken van psychiatrisch verpleegkundigen grote gevolgen gehad. Steeds meer treedt er een vierdeling in het werk op, die zich grofweg in de volgende termen laat omschrijven: observeren, behandelen, begeleiden en verzorgen. Voor een goed begrip, alle vier de taken komen in alle sectoren voor,

maar het accent ligt verschillend. Observeren neemt de grootste plaats in op de opname-afdeling, behandelen vindt voornamelijk plaats bij de vervolgbehandeling. Het begeleiden krijgt het meeste accent in de verblijfssector en het meeste verzorgende werk wordt op de psychogeriatric afdelingen verricht.

### Het verschil versterkt: vier werelden

Opvallend is dat deze verschillen in taken van psychiatrische verpleegkundigen in de praktijk verstrekt worden door beeldvorming over en weer, door de aandacht van de media, van andere

disciplines, directies en het geld dat er beschikbaar is. In het onlangs in de meeste ziekenhuizen ingevoerde functiewaarderingsstelsel zitten verpleegkundigen op opname-afdelingen doorgaans in een hogere schaal (schaal 45), dan die van de andere afdelingen (schaal 40). Verpleegkundigen op verblijfs- en verzorgingsafdelingen zitten zelfs in een nog lagere schaal (schaal 35). De praktijk rechtvaardigt dit onderscheid niet.

Opname-afdelingen krijgen vaak veel aandacht van de media en die extra aandacht heeft ook financiële consequenties. Het aspect van agressie, suïcide en dwang wordt dan sterk naar voren gehaald, waardoor het werk op de opname-afdelingen nogal eens het aureool krijgt van een spannend, sensationeel beroep. Het werk is daar 'zwaar' en dwingt respect af. Dat is opvallend omdat het tot voor kort juist taboe was om over die aspecten van de psychiatrie iets naar buiten te brengen. Maar niet alleen de psychiatrisch verpleegkundigen op opname-afdelingen worden met agressie geconfronteerd. Ook op (gesloten) verblijfsafdelingen vinden plotselinge uitbarstingen van agressie plaats. Bovendien moeten de verpleegkundigen daar weer langdurig met de bewoner verder leven, terwijl de patiënten van de opname-afdelingen altijd weer binnen afzienbare tijd vertrekken.

Maar ook op de verzorgingsafdelingen is het werk zwaar, vooral door de voortdurende belasting van het omgaan met verwarde mensen die zich verbaal slecht of helemaal niet kunnen uiten. Dat vereist veel geduld en inlevingsvermogen van de verpleegkundigen. Bovendien is er vaak te weinig personeel, waardoor men alleen nog toekomt aan het hoogst noodzakelijke verzorgende werk. Daarna wordt er gezegd dat het werk alleen uit verzorgen bestaat en dus betrekkelijk eenvoudig is, waarmee de vicieuze cirkel rond is.

Ook bepaalde trends in hulpverleningsland accentueren de verschillen. Zo ging er tijdens de democratiseringshausa van de jaren zeventig veel aandacht uit naar de behandelafdelingen, waar zowel verpleegkundigen als patiënten mee mochten praten over de behandeling. Academisch geschoolden, zoals psychologen en andragogen, wierpen zich als de nieuwe behandelaars op. Bij verpleegkundigen verflauwde de belangstelling voor het somatische, ze gingen zich sociotherapeuten noemen en voelden zich in veel gevallen meer dan 'gewone' verpleegkundigen of wecten minstens die suggestie.

Op dit ogenblik is de aandacht voor het behandelcircuit weer wat verslapt. De laatste jaren gaat de belangstelling vooral uit naar 'verblijfspatiënten', althans naar degenen van wie men ver-

wacht dat ze nog wat meer los kunnen komen van de bescherming van het APZ. Verpleegkundigen in beschutte woonvormen kunnen zich dan ook verheugen in een warme belangstelling van academische disciplines. Het werken in deze, vaak experimentele setting wordt veelvuldig door wetenschappelijk onderzoek ondersteund. Ook hier ontstaat weer een groep verpleegkundigen die zich onderscheidt van de anderen, door het zich afzetten tegen de hospitaliserende voorzieningen van het APZ en het zich richten op nieuwe voorzieningen in de maatschappij.

De verschillen tussen de sectoren worden ten slotte onderstreept door een asymmetrische verdeling van mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen. Op de verzorgingsafdelingen werken merendeels vrouwen, terwijl in de teams op opname-afdelingen en gesloten verblijfsafdelingen de mannen in de meerderheid zijn. De man-vrouw-verdeling over alle psychiatrisch verpleegkundigen is ongeveer fifty/fifty.

### Verpleegkundigen profile- ren zich

De differentiatie binnen de intramurale GGZ heeft tot gevolg gehad dat verpleegkundigen zich meer verbonden zijn gaan voelen met de andere werkers van hun eigen afdeling, zoals arts, psychiater, psycholoog en maatschappelijk werkende, dan met psychiatrisch verpleegkundigen van andere afdelingen. Een aanwijzing voor deze identificatie met de sector is ook de oprichting van beroepsverenigingen per sector. Zo ontstond ongeveer tien jaar geleden de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen en in 1982 de Vereniging voor Psychogeriatric. In 1985 werd de Vereniging ter Bevordering van Sociotherapie opgericht en in 1986 ontstond de Vereniging van Werkers in Beschermende en Beschutte Woonvormen. Het typerende van deze verenigingen is dat ze niet alleen bedoeld zijn voor verpleegkundigen, maar voor alle werkers in een bepaalde setting en soms ook voor vrijwilligers en familieleden (de zogenaamde mantelzorgers).

De succesievelijke oprichting van deze verenigingen loopt parallel aan nieuwe ontwikkelingen in de intramurale GGZ. Kennelijk hebben psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook andere werkers in vergelijkbare settings, de behoefte om hun krachten te bundelen bij het inhoud geven aan dit relatief nieuwe werktein. Door een dergelijke coalitievorming kan er methodiek-ontwikkeling plaatsvinden en kunnen gezamenlijke belangen beter worden nagestreefd, bijvoorbeeld de opwaardering van dat specifieke werkveld en het

behartigen van de belangen van de werkers in dat veld. Bovendien kunnen coalities van verpleegkundigen met beroepsgroepen die een hogere status hebben, psychotherapeuten bijvoorbeeld, statusverhogend werken voor de verpleegkundige beroepsgroep.

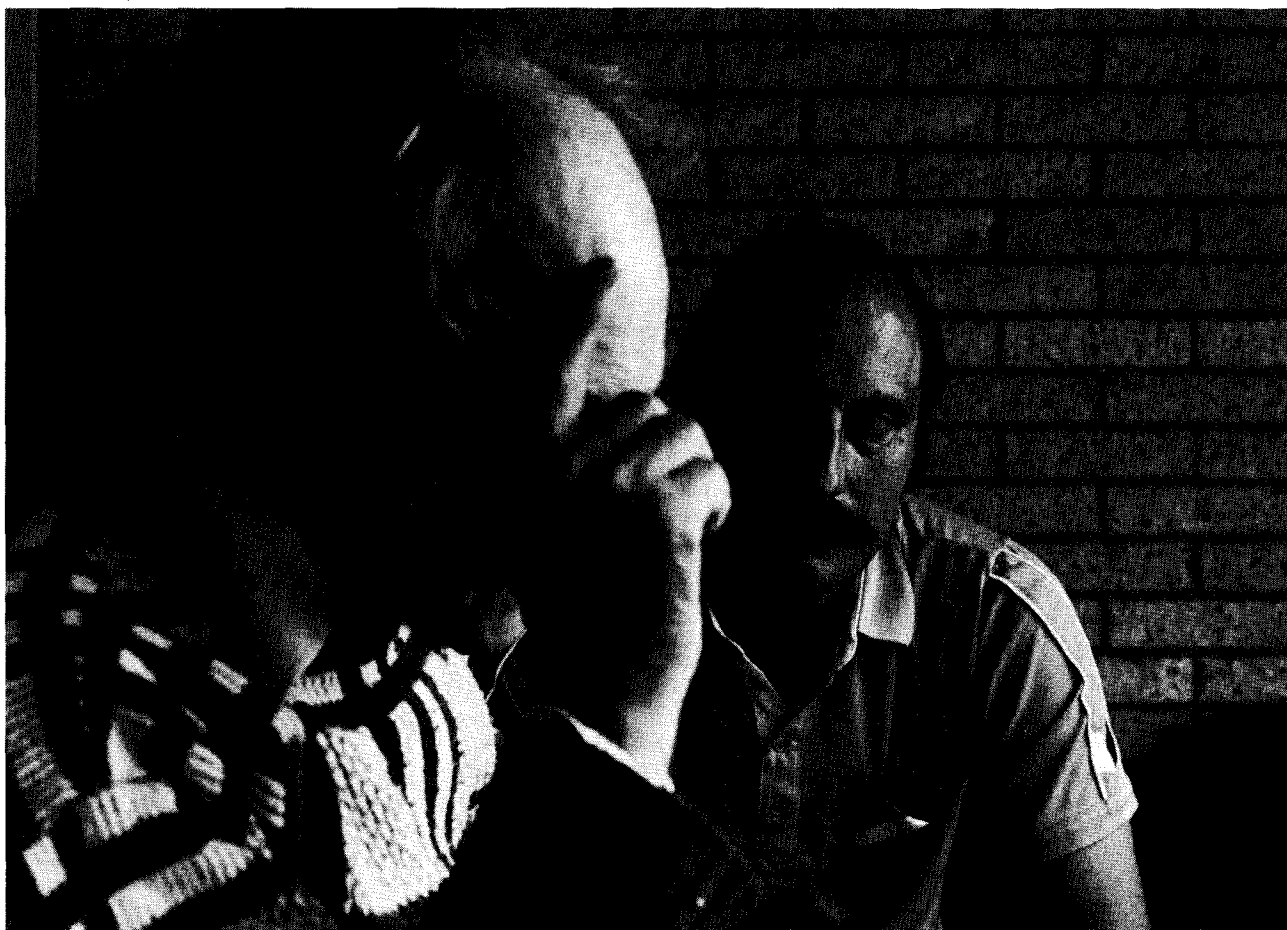
Opvallend is wel dat er geen vereniging voor werkers op opname-afdelingen bestaat. Het is onduidelijk of dat betekent dat verpleegkundigen op opname-afdelingen vooral all-round verpleegkundigen en het minst gespecialiseerd zijn. Wellicht identificeren zij zich het meest met de beroepsgroep als geheel. Maar het zou ook kunnen zijn dat zij coalities met andere beroepsgroepen het minst nodig hebben, doordat zij binnen de beroepsgroep de hoogste status hebben.

Binnen de beroepsgroep als geheel is er echter een stroming die deze differentiatie in de GGZ veronachtzaamt en een versterking van de *verpleegkundige* identiteit voorstaat. Men vreest namelijk dat door een te veel samengaan met andere beroepsgroepen het beroep van psychiatrisch verpleegkundige 'uitgehouden' wordt. Als het gemeenschappelijke en het typisch verpleegkundige (wat dat ook moge zijn) verdoezeld wordt en de nadruk wordt gelegd op de verschillen tussen verpleegkundigen en overeenkomsten met andere werkers, zou de kans dat verpleegkundigen vervangen worden door andere werkers en daarmee uit de psychiatrie verdwijnen, groter kunnen worden. Op behandelafdelingen zouden verpleegkundigen bijvoorbeeld vervangen kunnen worden door anders opgeleide therapeuten, die zich ook sociotherapeut noemen, op verblijfsafdelingen door inrichtingswerkers en op verzorgingsafdelingen door (goedkopere) ziekenverzorgenden.

De vraag is of deze angst wel zo terecht is. Naast de verschillen blijven er in onze optiek nog steeds een aantal gemeenschappelijke kenmerken van het beroep overeind. De steeds weer optredende dilemma's in de houding naar patiënten is bijvoorbeeld zo'n gemeenschappelijk kenmerk.

### Veranderen of accepteren

Een voorbeeld van datgene wat het beroep als geheel kenmerkt, is het zoeken naar evenwicht tussen een wat wij noemen 'therapeutisch optimistische' en een 'therapeutisch pessimistische' houding ten aanzien van patiënten. Het werk van verpleegkundigen in de intramurale GGZ is voortdurend gericht op het bereiken van veranderingen in de situatie van de patiënt. Omdat patiënten en verpleegkundigen dagelijks in elkaars nabijheid verkeren, kunnen verpleegkundigen de hele dag door op het



Het dilemma van de psychiatrisch verpleegkundige

Jan Vonk

gedrag van patiënten reageren en aanwijzingen geven. Ze stimuleren patiënten tot activiteiten als ze hen te passief vinden, nodigen hen uit om hun gevoelens onder woorden te brengen, zetten hen aan tot meer assertiviteit als ze zich teveel in een hoek laten drukken, en remmen irreële verlangens af. Maar er zijn grenzen aan de veranderingsmogelijkheden van patiënten. Verpleegkundigen lopen daar eerder tegenaan dan bijvoorbeeld hulpverleners in de ambulante GGZ, maar ook eerder dan andere disciplines die in de psychiatrie werkzaam zijn. De verpleegkundigen zien de patiënten immers maanden, of zelfs jarenlang elke dag opnieuw. Ze maken daarom ook regelmatig de balans op van hun inspanningen: doorgaan met stimuleren of een meer accepterende houding aannemen, omdat het veranderingspotentieel op een bepaald punt is uitgeput? Het constant bepalen van de juiste houding is een noodzaak die voor psychiatrisch verpleegkundigen van elk type afdeling opgaat. Immers, als er al iets

duidelijk is in de psychiatrie, dan is het wel dat er geen eenduidige methode bestaat voor een bepaalde patiënt of patiëntengroep. Verpleegkundigen zijn steeds op zoek naar een aanpak die aanslaat. Het werk kenmerkt zich door *trial and error*. Terugval van de patiënt maakt dat een aanpak die daarvoor enig effect had opeens niet meer werkt en er moet weer iets anders verzonnen worden. Vooral verpleegkundigen maken deze wisselingen in de toestand van patiënten intensief mee, omdat zij met de 24-uurs zorg belast zijn.

Het typerende maar tegelijkertijd ook het moeilijke van het beroep is dat verpleegkundigen veel in patiënten 'investeren', maar dat ze niet altijd kunnen rekenen op een duidelijk effect van die inspanningen. 'Als ik iedereen zou willen genezen voordat hij de deur uitgaat, dan zou ik het hier geen week volhouden', zo vertelde een verpleegkundige.

De meer optimistische houding lijkt vooral voorbehouden te zijn aan degenen die op de opname- en behandelaf-

deling werken en de meer pessimistische, accepterende houding wordt vervolgens gereserveerd voor verpleegkundigen op de verzorgings- en verblijfsafdelingen. Ons viel echter op, dat verpleegkundigen op *alle* soorten afdelingen worstelen met dit dilemma van 'veranderen of accepteren'. Alleen wordt er op iedere afdeling anders mee omgegaan, zoals we hieronder zullen laten zien.

### Therapeutisch optimisme

Het 'therapeutisch optimisme' dat aan psychiatrisch verpleegkundigen van opname-afdelingen wordt toegeschreven moet wel in een langer tijdsperspectief worden gezien. Verpleegkundigen zien patiënten vaak in een crisis, en erg verward, binnenkomen. Na enkele dagen treedt meestal onder invloed van medicatie snel verbetering op. Medicatie neemt bijvoorbeeld vaak de scherpe kanten van een psychose weg. Het geeft

verpleegkundigen voldoening patiënten te zien opknappen, maar ze houden er rekening mee dat de patiënt na ontslag, soms al na enkele weken of maanden, weer op de stoep staat. Ontslag heeft voor hen niet altijd de betekenis van genezen verklaard. Het perspectief dat ze voor een patiënt zien strekt zich soms dan ook uit over enkele (her)opnames: 'Misschien kunnen we hem de volgende keer motiveren voor een vervolgbehandeling'.

Verpleegkundigen op de opname-afdeling krijgen vaak te maken met patiënten die gedwongen, dus tegen hun wil, worden opgenomen. Ze vinden dat het moeilijkst om mee om te gaan, want ze beschouwen een vertrouwensrelatie met de patiënt als een essentiële voorwaarde om iets te kunnen bereiken. Een gedwongen opname sluit een dergelijke relatie al bij voorbaat uit. Het enige dat verpleegkundigen dan hopen, is dat ze nog zoveel voor de patiënt kunnen betekenen dat hij een volgende keer vrijwillig komt.

Dat ook de verpleegkundigen van de behandelafdelingen een optimistische visie zouden hebben, is in eerste instantie niet zo verwonderlijk. Daar worden immers patiënten opgenomen die nog van een behandeling kunnen profiteren. Verpleegkundigen van deze afdelingen moeten niet alleen voor zichzelf, maar ook voor de rest van het ziekenhuis en voor de buitenwereld de hoop belichamen dat patiënten te genezen zijn. Misschien is voor hen daarom wel het moeilijkst te accepteren dat hun inspanningen niet altijd het gewenste resultaat hebben.

Sommige patiënten moeten zeer intensief bewaakt en begeleid worden, omdat ze anders zichzelf of anderen schade berokkenen. Verpleegkundigen geven hen alle aandacht en voelen zich dikwijls 'gebruikt' als een patiënt dan toch een suicide poging doet of brand sticht. Ze investeren ook als persoon veel in de relatie met patiënten en dat maakt hen gevoelig voor het falen van een behandeling. Ze kunnen zich machteloos, teleurgesteld en persoonlijk verantwoordelijk voelen. Ook deze persoonlijke betrokkenheid maakt het soms moeilijk te verdragen als er ondanks alle inspanningen geen verbetering optreedt. Het verblijf van de patiënt wordt een pijnlijke confrontatie met hun persoonlijk 'falen'. Het 'therapeutisch optimisme' wordt dus danig op de proef gesteld en blijkt in tweede instantie minder vanzelfsprekend te zijn dan het zich liet aanzien. Toch wordt het optimisme niet snel - althans in woord - aan de kant gezet.

Verpleegkundigen vragen voor deze patiënten een overplaatsing aan 'omdat het voor hem of haar beter is' of 'omdat een andere afdeling geschikter is om de

problematiek te behandelen'. Het lijkt bij het therapeutisch optimisme te horen dat je niet openlijk mag toegeven dat je er als verpleegkundige niet meer tegen kunt. Met zo'n overplaatsing kunnen verpleegkundigen, vaak tegen beter weten in, blijven denken dat een andere afdeling zo'n patiënt wel kan helpen.

### De vuilnisbak van het ziekenhuis.

Helaas treedt in veel gevallen na enige tijd ook op de volgende afdeling weer hetzelfde mechanisme op. Zo krijgen verpleegkundigen van de verblijfsafdelingen wel eens het gevoel in de 'vuilnisbak' van het ziekenhuis te werken, omdat er voornamelijk patiënten verblijven die door de andere afdelingen 'opgegeven' zijn. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het werk op deze afdelingen het minste aanzien heeft. Iedereen heeft graag eer van z'n werk en aan het werk met 'opgegeven' patiënten valt, zo lijkt het althans, geen eer meer te behalen. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het feit dat zich op deze afdelingen nauwelijks meer een behandelaar laat zien. Zij vinden dat ze hier niets meer te doen hebben. Verpleegkundigen voelen zich met deze groep patiënten vaak behoorlijk in de steek gelaten, zij worden immers wél geacht iets met die patiënten te doen. De patiënten blijven er jaren, soms hun hele leven lang. De psychiatisch verpleegkundigen kunnen hen niet meer doorschuiven naar een andere afdeling; dit is het eindstation. Ze nemen tegenover deze patiënten dan ook automatisch een meer accepterende houding aan: 'We gaan niet meer aan deze mensen trekken, anderen hebben er hun tanden al op stukgebeten, anders zaten ze hier niet'.

Toch maken verpleegkundigen ook op deze afdelingen onderscheid in patiënten waar nog verbetering in zit en patiënten die al opgegeven zijn. Alleen liggen hun verwachtingen heel wat lager dan van verpleegkundigen op de andere afdelingen.

Juist omdat het werk zoveel van de persoon van de verpleegkundige vraagt en men jarenlang met elkaar optrekt, is de band tussen verpleegkundigen en patiënt vaak heel hecht. De verpleegkundige kan daardoor soms ook gemakkelijker de slechte periodes van een patiënt accepteren: je blijft je toch ook de goeie dingen herinneren. Maar ze moeten vaak heel lang op dezelfde afdeling werken om de - minieme - veranderingen te zien. Dit geldt ook voor de verpleegkundigen op de verzorgingsafdelingen voor bejaarde patiënten. De voldoening in hun werk moeten ze vaak uit heel andere dingen halen dan uit de vooruitgang van een patiënt: 'Zolang het ze nog wat uitmaakt dat ik het ben

die hen helpt, vind ik het nog prettig werken'. Zo blijken verpleegkundigen in hun algemeenheid op sommige punten toch nog een zeker optimisme te vertonen.

### Beschut wonen: nieuwe hoop

Een relatief nieuwe ontwikkeling in de GGZ is de beschermde woonvorm. Verpleegkundigen op deze afdelingen hebben op een andere manier met het dilemma 'accepteren of veranderen' te maken. Ze werken met bewoners die een jarenlang verblijf in het ziekenhuis achter de rug hebben en niet meer voor behandeling in aanmerking komen. Wat dit betreft, hebben deze verpleegkundigen, evenals die van verblijfsafdelingen, ook een accepterende houding. Ze beschouwen hen als mensen met een blijvende 'handicap'. Deze handicap zegt echter niet alles over hun sociale functioneren. Ze zijn van mening dat het mogelijk is daarin nog het een en ander te bereiken. Ze willen de effecten van de hospitalisering doorbreken en de bewoners begeleiden naar een zelfstandiger leven. Maar ook hier komt steeds de vraag om de hoek kijken: 'Wat kan ik van deze bewoners eisen, bijvoorbeeld op het gebied van het voeren van een huishouding? Wat kan ik ze nog leren en wat is, gezien hun handicap en hun leeftijd, niet meer haalbaar?'

Met deze vorm van begeleiding is nog niet zoveel ervaring opgedaan en verpleegkundigen zoeken dan ook telkens naar een aanpak die aansluit bij het niveau van de bewoners. Dat ze in hun enthousiasme om bewoners weer een eigen leven te laten leiden op grenzen stuiten, is logisch. Wat dat betreft, is de volgende opmerking van een verpleegkundige van een beschut-wonenafdeling typerend: 'Je moet hier niet komen werken met het idee dat het een resocialisatie-afdeling is en er dan pas later achterkomen dat je te maken hebt met chronische patiënten, want dan kun je aardig met je kop tegen de muur lopen. Je ziet geen spectaculaire ontwikkelingen. Natuurlijk is de hoop dat de bewoners later terugkeren in de maatschappij altijd aanwezig, maar sommige mensen voelen zich hier altijd prettiger en veiliger en dan houdt het op.'<sup>3</sup>

Het dilemma veranderen of accepteren speelt op alle afdelingen een r.o.l. Elke psychiatisch verpleegkundige heeft er op de een of andere manier mee te maken, ondanks de grote verschillen die er per afdeling eveneens bestaan.

### Is er nog een toekomst?

Hoe moet het nu verder met de psychiatische verpleegkundige? En zullen er in de toekomst nog wel verpleegkundigen



in de intramurale GGZ werkzaam zijn? Deze vragen zullen na het lezen van dit artikel bij menigeen opkomen.

Eén ding is in ieder geval duidelijk: het werk dat nu door psychiatrisch verpleegkundigen wordt gedaan zal, zolang er algemeen psychiatrische ziekenhuizen bestaan, gedaan blijven worden. Belangrijk is de mate van flexibiliteit waarmee het beroep als zodanig op nieuwe ontwikkelingen in de GGZ kan inspelen. Zo vragen sommigen zich nu al af of psychiatrisch verpleegkundigen wel geschikt zijn om op nieuwe typen afdelingen, zoals de beschut-wonenprojecten, te werken."

Een te star vasthouden aan dé verpleegkundige identiteit werkt dergelijke twijfels in de hand. De opleidingen moeten ons inziens een veel belangrijker rol gaan spelen. Verpleegkundigen ervaren nu al aan den lijve dat de opleidingen niet genoeg met hun tijd zijn meegegaan. Ze zitten te springen om vaardigheden, en niet alleen om cognitieve kennis. Juist omdat het beroep van verpleegkundige zo'n praktisch beroep is, zijn vaardigheden onontbeerlijk. Zo vinden, blijkt uit ons onderzoek, verpleegkundigen zichzelf onvoldoende bedreven in het begeleiden van groepen, het omgaan met agressie en suïcide, het vertalen van de hulpvraag in een 'behandelplan', nieuwe methodieken voor het begeleiden van bewoners van beschut-wonenprojecten enzovoort. Ze kunnen doorgaans weinig beginnen met zorg- en zelfzorgmodellen, die op het ogenblik zowel op de dag- als de inservice-opleidingen zo in zwang zijn.

Naast aanpassing van de basisopleiding zouden er specialistische opleidingen moeten komen, waarin verpleegkundigen zich verder kunnen scholen in theorie en methodieken die noodzakelijk zijn voor een specifiek werkveld. Binnen de ziekenhuizen zelf kan het gemeenschappelijke van verpleegkundigen versterkt worden door het oprichten van een vakgroep verpleegkunde.

Daarbij denken we aan het opzetten van themagerichte projecten waaraan verpleegkundigen, werkzaam in de praktijk, deelnemen en waarvoor ze vrijgesteld kunnen worden. Deze projecten zouden ondersteund moeten worden door een stafbureau en direct moeten ressorteren onder de directie. Uitsluitend een stafbureau met één of meer vrijgestelde verpleegkundigen, zoals dat vaak gebeurt, bergt het risico in zich dat het aanbod slecht aansluit op de wensen van de werkvloer. De vakgroep kan zich zowel bezighouden met inhoudelijke onderwerpen, zoals suïcide, euthanasie en omgaan met dwang, als met het vormgeven van het beleid ten aanzien van bijvoorbeeld bijscholing en rechten van verpleegkundigen.

Hoe het beroep er in de toekomst zal uitzien, zal afhangen van hoe de GGZ

zich ontwikkelt, maar vooral ook van de positie die verpleegkundigen daar zelf in kiezen. —

#### Noten

1. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid en gesubsidieerd door de Nationale Ziekenhuisraad. De belangrijkste vraagstelling van het onderzoek was: wat is het specifieke van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige en waarin onderscheidt het zich van andere disciplines in de intramurale geestelijke gezondheidszorg? Het onderzoeksverslag zal in juni 1988 bij de Tijdstroom in Lochem verschijnen; in september verschijnt, eveneens bij de Tijdstroom, een publicatiesuitgave van het rapport.
2. Een exponent van deze stroming is bijvoorbeeld de capaciteitsgroep Verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg.
3. Peeters, J. 'B-verpleegkundige moet veel afleren bij werken in sociowoningen Wolfheze', in: *Verpleegkunde Nieuws*, 2 juli 1987.
4. Lieshout, P. van, 'Beschermd woonvormen: de verschillende idealen', in: *Beschermd wonen: aanvulling of alternatief*, Utrecht, NCGV-reeks 114, 1988.

# REACTIE

## De verpleegkundige binnen de geestelijke gezondheidszorg

Barry van Velsen, leraar verpleegkunde HBO-V Groningen

Noch het specifieke van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige noch het onderscheid ten opzichte van disciplines werkzaam in de intramurale geestelijke gezondheidszorg, worden in het artikel van Borgesius en de Lange duidelijk. Veeleer biedt het artikel een overzicht van ontwikkelingen binnen het APZ naar opname en kortdurende behandeling, vervolgbehandeling, verblijfsbehandeling, en de psychogeriatrische behandeling. In het vervolg daarvan doen verpleegkundigen, naast andere disciplines, hun werk. Zoals genoemd, in de sfeer van observeren, behandelen, begeleiden en verzorgen.

Is voornoemde vraagstelling wel te beantwoorden? Verpleegkundigen binnen de geestelijke gezondheidszorg werken voor het merendeel in opdracht van anderen, artsen, psychiaters en alle varianten van psychotherapeuten. Als zodanig komen verpleegkundigen weinig toe aan het ontwikkelen van een eigen specifieke taakstelling. Wel ervaren ze wat ze *missen*, zoals vaardigheden als het begeleiden van groepen, het omgaan met agressie en suicide, het omgaan met methodieken, zorg- en zelfzorgmodellen.

Overigens wordt in het artikel ten aanzien van de opleidingen op nogal generaliserende wijze geconstateerd dat de opleidingsprogramma's onvoldoende actueel zouden zijn. Dit vergt op z'n minst apart onderzoek.

Het is zeker mogelijk in de geestelijke gezondheidszorg een verpleegkunde te ontwikkelen naar inhoud, vorm en uitvoering binnen bijvoorbeeld een zelfzorgmodel, zoals door Dorothea Orem voorgesteld en voor Nederland verder uitgewerkt door Rob van der Peet. Dit model gaat uit van een per individu uniek geheel van met elkaar samenhangende universele, ontwikkelingsbepaalde en gezondheidsbepaalde zelfzorgactiviteiten.

Het is aan de verpleegkundigen deze zelfzorgactiviteiten te observeren en in overleg met de cliënt(e) deze te ondersteunen en te begeleiden of te vervangen en te verzorgen.

Bewust wordt genoemd in *overleg met de cliënt(e)*. Het is een heel ander uitgangspunt dan in *opdracht van anderen*, met uitwassen als separeren en het laten tekenen door

cliënten van (anti)suicidecontracten. Zulke 'behandelingen' gaan niet uit van de cliënt(e) en sluiten veelal ook niet aan bij zijn/haar belevingswereld, doch worden voorgeschreven en daarom uitgevoerd. Het is toch opvallend dat, waar in de algemene gezondheidszorg nogal wat discussies gaande zijn over gewetensbezwaren op ethische gronden, deze discussies in de geestelijke gezondheidszorg waar het de verpleegkundigen betreft, weinig voorkomen.

'Teams' die 'op groepen' werken, sublimeren de werkelijkheid van de moeite die verpleegkundigen hebben om oog in oog, en dat is toch iets meer dan hand in hand, met de cliënt(e) na te gaan wat beiden elkaar te bieden hebben. Een begrip als sociotherapie is daarbij een discutabel begrip. Ten eerste biedt de verpleegkundige geen therapie en ten tweede zegt 'socio' vaak alleen maar iets over de regels, die op de afdeling gelden. Let wel, voor de cliënt(e)! Het is een opgedrongen samenlevingsvorm die weinig inspeelt op de zelfzorgbehoeften van de cliënt(e), maar integendeel, veel meer uitgaat van parade- en stokpaardjes van eerdergenoemde 'anderen'.

### Uniciteit

Juist wel uit- en opkomen voor de verpleegkundige identiteit, maar dan vooral in de sfeer van de bruikbaarheid ervan voor wat betreft de ondersteuning van de zelfzorgactiviteiten van de cliënt(e), is een vereiste om aan te kunnen geven wat verpleegkundigen te zoeken hebben in de geestelijke gezondheidszorg. In algemeen, generieke zin, en waar nodig in bijzondere zin, als de cliënt(e) bijzondere aandacht vraagt, of de verpleegkundige tot verbijzonderingen is gekomen op basis van bijvoorbeeld de ontwikkelingsbepaalde zelfzorgactiviteiten.

Om dat te kunnen, dienen verpleegkundigen bij zichzelf te rade te gaan waar hun uniciteit uit bestaat. In eerste instantie in individuele zin, en misschien komt een aantal tot de conclusie dat ze dit werk niet langer moeten doen. In tweede instantie in gezamenlijke zin, maar dan niet als team, doch met elkaar, met behoud van individuele verbijzonderingen. Juist daar vanuitgaat maakt dat de cliënt(e) zich ook met zijn/haar eigen aardigheden durft aan te bieden. En dan zal zijn/haar dat minder contracten zullen hoeven worden afgesloten als schijnbare democratische producten.

De door de onderzoeksters voorgestelde projecten, ondersteund door een strafbureau (beheerd door verpleegkundigen!) lijken me een goede ondersteuning van de noodzakelijke ontwikkelingen in de verpleegkunde. Natuurlijk moet zo'n bureau niet direct onder de directie ressorteren. Zakelijk managers en artsen hebben geen behoefte aan een vertrouwensrelatie, zoals die tussen verpleegkundigen en cliënten wordt voorgestaan. Zo'n relatie kost geld en macht en daar doen ze niet graag afstand van.

Verpleegkundigen zullen, zoals de onderzoeksters ten slotte veronderstellen, hun eigen positie en vooral taakstelling moeten verduidelijken.

#### Noot

1. Rob van der Peet, *Verpleegkunde. Inleiding deel I, II en III*, Lochem (de Tijdstroom).

# Primary Health Care

## De gezondheidszorg herontdekt 'oude' verpleegkundige waarden

Tien jaar geleden verklaarden de lidstaten van de World Health Organisation in het jaar 2000 gezondheid voor allen na te streven. Sindsdien ontwikkelt zich wereldwijd een gezondheidsbevorderende strategie, waarin de verpleegkunde een heel andere rol krijgt toebedeeld. Met name het Primary Health Care concept doet bewust een beroep op het verpleegkundig aandeel in de zorg. Voor de verpleegkunde als beroepsgroep kan dit naast een krachtsinspanning, ook emancipatie betekenen.

Willem Zandbergen schetst in dit artikel het belang van de verpleegkunde voor het Primary Health Care concept en geeft, eveneens aan hoe dat in concrete aanbevelingen te vertalen.

**Willem Zandbergen**, adjunct-inspecteur bij de Geneeskundige Hoofdinspectie te Rijswijk.

Politieke, culturele en economische factoren hebben een grote invloed op het realiseren van gezondheidszorg. De who heeft aanbevelingen geformuleerd die daar rekening mee houden:

a. elk land en iedere cultuur moet het doel (gezondheid voor allen in 20(0) op eigen manier bereiken;

b. dit moet op een wijze gebeuren die toegankelijk is voor de kosten die een land of samenleving zich kan veroorloven;

c. er moet gebruik gemaakt worden van praktische methoden die wetenschappelijk onderbouwd zijn en maatschappelijk acceptabel.<sup>1</sup>

Hieraan ten grondslag ligt een filosofie van sociale rechtvaardigheid, internationale solidariteit, individuele verantwoordelijkheid en erkenning van de gelijkwaardigheid van mensen.<sup>2</sup> De who heeft aan deze 'ideologie' de naam *Primary Health Care* gegeven.

Primary health care is nog niet in het Nederlands te vertalen, al is het begrip tien jaar oud. Toch leeft bij velen nog de gedachte dat het om een soort ontwikkelingshulp gaat, om goedkope gezondheidszorg voor arme landen. Dat is niet vreemd, in grote delen van de wereld zal dit ook zo zijn. In een economisch hoog ontwikkeld en geïndustrialiseerd land

echter stelt de bereikbaarheid van de gezondheidszorg zijn eigen eisen. Hier gaat het niet om dun bevolkte agrarische gebieden en een slechte infrastructuur. Ook niet om sloppenwijken zonder collectieve voorzieningen. In het geïndustrialiseerde westen gaat het veeleer om de ondoorzichtigheid van de gezondheidszorg.

Het gevolg van de vergaande arbeidsdeling is een veelsoortigheid aan gezondheidswerkers. Dezen opereren vanuit een scala van voorzieningen. De zorg aan het individu is opgesplitst naar deelgebieden. Communicatieproblemen en competentiestrijd tussen de beroepsbeoefenaren zijn het gevolg en maken dat de zorg snel als minder zinvol wordt beleefd. De bereikbaarheid van hulpverlener en voorziening verloopt langs financieringskanalen die steeds ingewikkelder dreigen te worden en de betaalbaarheid ervan roept reeds lang vragen op.

De vraag: welke zorg via welke voorziening met welke betaling naar welk individu moet, dreigt in de verzorgingsstaat belangrijker te worden dan de existentiële vraag naar de zin ervan. Hiermee worden de leden van de samenleving meer teleenheden in een verdelingsvraagstuk dan individuen die ac-

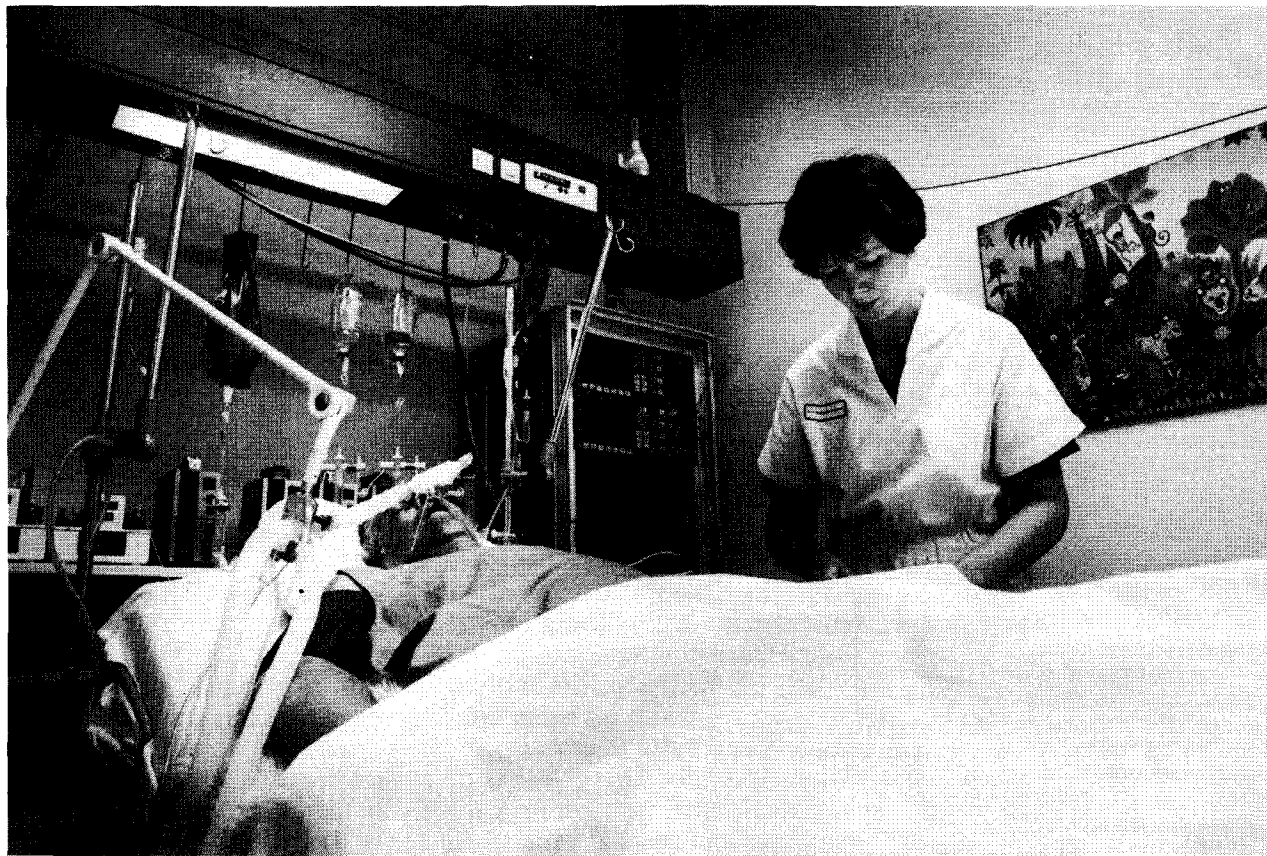
tief participeren in de zorg voor de eigen gezondheid. Het uitgangspunt bij de Nederlandse invulling van primary-health-care is dan ook de bewaking van de mogelijkheden van het individu om zinvol deel te nemen aan de zorg voor de eigen gezondheid.

### Beleid in Nederland

De who heeft, voor de regio Europa 38 aandachtsgebieden opgesteld terzake gezondheid voor allen in 2000.<sup>3</sup> Daarbij werd afgesproken dat elk land een eigen document over deze *targets* zou opstellen. Nederland presenteerde als eerste Europees lid dit document in 1985.<sup>4</sup>

Globaal wordt hierin per aandachtsgebied de stand van zaken in Nederland doorgenomen. Daarbij wordt helaas niet aangegeven wat elke te onderscheiden discipline aan het aandachtsgebied kan bijdragen. Er worden echter wel concrete gegevens gepresenteerd waarmee de disciplines dit zelf kunnen ontwikkelen. In 1988 (dit jaar dus) wordt de volgende Nederlandse rapportage verwacht.

In april 1986 werd aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal de *Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en*



Verpleegkundige op intensive care

Flip Franssen/Hollandse Hoogte

beleidsvoornemens aangeboden.' In zekere zin vormt deze nota een antwoord op het primary-health-careconcept. De bereikbaarheid van de zorg krijgt veel aandacht. Gedacht wordt aan het afbreken van de echelons, schaalverkleining en veel meer samenwerking tussen de voorzieningen. Milieuvervuiling, slechte eetgewoonten, riskant gedrag (roken, alcohol en drugs), snelle verandering van waarden en normen maken het nodig meer accent te leggen op het handhaven en bevorderen van de gezondheid.

Het in 1987 verschenen advies van de Commissie Dekker gaat helemaal op de economische factor in. "Het betaalbaar houden van de zorg met tegelijkertijd handhaving van rechtvaardigheid en solidariteit vormt sindsdien een vast onderdeel van de discussie.

### Gemengde gevoelens

De verpleegkunde zal zich in de algemene uitgangspunten van primary-health-care-gemakkelijk herkennen. Bij verplegen gaat het immers om de mens en zijn gezondheidsinspanningen. De een noemt dit professionele bestaanszorg-ondersteuning, de ander ziet het als de

mens helpen bij het stellen van zijn hulpvraag en het antwoord daarop. Een volgende stelt dat verplegen zich richt op het 'coping-gedrag' van de mens ten aanzien van gezondheidsproblemen."

Het bovenstaande in beschouwing nemende kan het volgende gesteld worden:

- verplegen steunt op unieke wijze het gezondheidsstreven van de mens;
- primary health care staat voor een concept dat moet leiden tot een voor iedereen bereikbare gezondheidszorg;
- de verpleegkunde ontwikkelt bij uitstek kennis en vaardigheden met betrekking tot het grijpbaar maken van gezondheidsproblemen.

Het is dan ook niet vreemd dat de directeur-generaal van de WHO, dr. H. Mahler, juist verpleegkundigen aanmoedigt het primary-health-careconcept uit te bouwen. Daar komt nog bij dat de verpleging kwantitatief de hoogst vertegenwoordigde groep professionele hulpverleners is met deskundigheid in alle velden van de gezondheidszorg."

Deze aanbeveling is in verpleegkundige kring met gemengde gevoelens ontvangen. Een gedeelte ervaart het als een bevestiging en een erkenning van de ei-

g aard van het verpleegkundig beroep. Anderen vinden dat de verpleging (weer) wordt gebruikt als *trouble shooter* zonder dat er erkenning tegenover staat. Om zo'n aandeel te kunnen leveren moet het beroep volgens hen eerst een zekere maatschappelijke waardering krijgen, die vertaald kan worden in macht. Verpleegkundigen moeten daartoe op alle niveaus als volwaardige gesprekspartners en onderhandelaars worden opgenomen.

Geheel onterecht is deze kritiek niet. Zo heeft de verpleegkundige nauwelijks deel gehad aan het opstellen van de *Nota 2000*. In de nota wordt nagenoeg geen aandacht geschonken aan deze beroepsgroep en ook in de eerder genoemde Nederlandse rapportage over de 38 aandachtsgebieden is niets van deze aanbeveling terug te vinden.

Welbeschouwd is er echter geen keuze. Een beroep dat zo begaan is met de mogelijkheden van de mens tot een gezond bestaan móet wel bijna een hoofdrol spelen in het primary-health-care-concept.

### Aanbevelingen

De erkenning van het belang van de

verpleegkunde voor het primary-health-careconcept vraagt om een volgende uitwerking:

1. Bij verpleegkundigen in alle velden van de gezondheidszorg ligt kennis opgeslagen over de praktische gevolgen van de drempels tussen de echelons. Omwille van de continuïteit van zorg, die verpleegkundig zo belangrijk is, liggen er overal verpleegkundige kanalen tussen velden en voorzieningen. De verpleegkundigen weten alles van het dichtslibben ervan. Zij kunnen een vraagbaak zijn voor beleidsmakers.
2. Patiënten in het ziekenhuis moeten om kunnen gaan met voorschriften over hun behandeling. Het gaat bijvoorbeeld om medicijngebruik, voedingsvoorschriften, slaap/waakritme, maar ook om algemene dagelijkse levensverrichtingen bij een blijvende functiebelemmering. Patiënten moeten om kunnen gaan met hulpmiddelen en deze creatief kunnen ontwerpen. Soms is het ondersteunen van de inbedding in sociale netwerken als familie, vrienden, kennissen en vereniging een belangrijk gegeven voor de zingeving van iemands bestaan. Bij verpleegkundigen ligt een schat aan kennis op het gebied van deze praktische patiëntenvoorlichting en de evaluatie daarvan. De systematiek van het verplegen voorziet immers in een dergelijke waardebeoordeling.  
Wanneer in een samenleving bij gezondheidsverstoringen en handicaps de zelfredzaamheid van de leden vermindert, of wanneer de zelfredzaamheid in het algemeen bevordert dient te worden, moet de verpleging geraadpleegd worden. Misschien is het creëren van nieuwe voorzieningen en nieuwe hulpverleners, zoals nu nogal eens gebeurt, geen adequate reactie. Verpleegkundigen weten alles van zelfzorgondersteuning.
3. Hebben we wel een nieuwe HBO-opleiding tot preventiewerker nodig? Verpleegkundigen bewegen zich dagelijks door de wijk. Zij weten van ouderen met eenzaamheidsproblematiek, van veranderende voedingspatronen. Zij zien het riskante gedrag van alcohol-, drugsgebruik en roken van de door epidemiologen beschreven risicogroepen. Zij hebben kennis van de praktische problemen bij het opsporen van deze groepen. Zij beschikken eveneens over de praktische vaardigheden waarmee een gezondheidsprogramma bij de doelgroep geëvalueerd kan worden op participatie en effect. In het verpleegkundig proces is dit een normaal onderdeel van het handelen.
4. Voor alle 38 aandachtsgebieden

kunnen dergelijke analyses naar de aard van het verpleegkundig beroep worden gemaakt. Aandachtsgebied 25 geeft bijvoorbeeld aan dat in Nederland de bevolking van de regio doeltreffend beschermd moet zijn tegen gezondheidsrisico's welke verband houden met de arbeidssituatie. Theoretisch gesproken bestaat de rol van de verpleegkundige uit het helpen van de werkers met het formuleren van de vraag naar hun gezondheidsrisico's. Ook steun geven aan de uitvoering van het antwoord op deze vraag hoort daarbij. Het primary-health-careconcept doet een appel op zo'n verpleegkundige benadering.

Eind 1987 is een onderzoek naar de positie en taken van de verpleegkundige in de bedrijfsgezondheidszorg gestart (Rijksuniversiteit Limburg). Een gouden kans om bij de volgende Nederlandse rapportage uitgebreid uit te doeken te doen hoe de bedrijfsverpleegkundige vanuit de aard van het beroep een aandeel levert aan aandachtsgebied 25. Dit onderzoek krijgt bovendien een extra dimensie nu het *Advies Bedrijfsgezondheidszorg* van de NRV verschenen is. Een aantal aanbevelingen uit dit rapport is te benoemen als verpleegkundige zorg naar de aard van het beroep. De verpleegkundige wordt er echter nauwelijks in genoemd, evenmin heeft men aansluiting gezocht bij *target 25* van de who en het primary-health-careconcept.

5. Naast de institutionele en wijkgerichte zorg kent Nederland nog een zorgsoort. Deze richt zich vooral op collectieve preventieve activiteiten. De bedoeling van deze openbare ofwel 'basisgezondheidszorg' is het opsporen van groepen mensen wier gezondheid wordt bedreigd. Aan deze groepen wordt een programma aangeboden waarmee de gezondheidsbedreiging wordt verminderd. Voorbeelden hiervan zijn de jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen, tbc-bestrijding, geslachtsziektenbestrijding, andere infectieziektenbestrijding en de eerder genoemde bedrijfsgezondheidszorg. Ook bij gezondheidsbedreigingen vanuit het milieu treden de werkers uit dit echelon aan.?

Veel basisgezondheidszorg wordt geregeld vanuit de basisgezondheidsdiensten (de GG & GD), maar zoals eerder omschreven gebeurt het ook bij de wijkzorg.

De doelstelling van de basisgezondheidsdienst, zoals omschreven in het Tweede-Kamerstuk van 1980 ligt als geen andere voorziening in het verlengde van primary-health-care. Hoe bijzonder is dus de volgende constatering:

- 25% van de werkers bij de basisgezondheidsdiensten bestaat uit verpleegkundigen;?
- de relatie tussen primary health care en verpleegkunde is theoretisch een logische en wordt door de who hoog gewaardeerd;
- bij de basisgezondheidsdiensten werken echter geen verpleegkundigen op beleidsniveau, ook niet als hoofd van een afdeling. De epidemiologie, kenmerkend onderdeel van de basisgezondheidszorg, maakt nauwelijks gebruik van de methodes en systematiek, zoals die in de verpleegkunde ontwikkeld zijn.

Van 21 tot en met 24 juni 1988 vindt te Wenen *the European Conference on Nursing* plaats. Dit wordt georganiseerd door het regionaal kantoor van de who te Kopenhagen. Het is de bedoeling dat de Europese lidstaten rapporteren over verpleegkundige inspanningen die in de 38 aandachtsgebieden verricht zijn. Nederland is uitgenodigd om 4 (verpleegkundige) vertegenwoordigers te sturen. Verpleegkundigen van de basisgezondheidsdiensten zouden eigenlijk deel uit moeten maken van deze delegatie.

#### Noten

1. Maanen, I.M.Th. van, 'Primary Health Care: door allen, voor allen' in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17(1987), pg. 540-547.
2. Verbeek, K., 'Primary Health Care. Wat doet de verpleging er mee?' in: *Het Beterschap* 5(1987) pg. 4-6.
3. *Targets for health for all*. The WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1985.
4. *Health for All by the year 2000*. Rapportage Nederland 1985, ministerie WVC 1986.
5. *Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer 1985-1986, 19500 nrs. 1 en 2.
6. *Bereidheid tot verandering*, Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker), Staatsuitgeverij 1987.
7. Bergh-Braam, A.H.M. van den, *Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief*, rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de Verplegingswetenschap, Maastricht 1986.
8. *Nurses lead the way*, WHO features no. 97, Genève, 1985.
9. Fransen, B., *Een totaal verpleegkundig proces*, Lochem (De Tijdstroom) 1981.
10. Zandbergen, W.A., 'Basisgezondheidszorg en de verpleegkundige', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (1985), nrs. 22 en 23.
11. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Bedrijfsgezondheidszorg*, (december 1987), Zoetermeer.
12. *Basisgezondheidsdiensten: schets van het Beleid*, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16088 nrs. 1-2; en Franken, E.B.M., *Taakverdeling binnen een team voor Jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen*, scriptie sociale geneeskunde, Leiden (NIPG) 1986.
13. *Overzicht Basisgezondheidsdiensten in Nederland*, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage 1985.

# De verpleging trekt te weinig lessen uit het verleden

## Interview met Truus Spijker

Het ideaal van eenheid, van integratie, is in de verpleging een actueel onderwerp. Het Beterschap, een belangenvereniging voor verpleegkundigen, besloot onlangs zijn naam te veranderen in Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde. Ze streeft ernaar de grote beroepsorganisatie voor verpleegkundigen te worden.

Ook in het verplegingsonderwijs leeft de integratiegedachte: met het oprichten van het dagonderwijs in de jaren 70 is een begin gemaakt met de ontwikkeling van één beroepsopleiding. Initiatieven als het Den-Treekplan sluiten hierbij aan. Zelfs binnen de uitoefening van het beroep, het verplegen zelf, treft men het ideaal van eenheid aan: integrale zorg, een holistische benadering van de patiënt.

Waar komt dat streven naar integratie vandaan? Wat is de historische achtergrond, welke motieven zijn er?

**Jlukje Leemeijer**, beleidsmedewerker externe betrekkingen bij de Nationale Raad voor Volksgezondheid.

Truus Spijker kent de verpleging in Nederland zeer goed en bovendien van verschillende kanten. Ze werkte als verpleegkundige, studeerde vervolgens aan de sociale academie en gaf daarna les aan de opleiding voor wijkverpleegkundigen. Via haar studie culturele antropologie ontwikkelde ze haar historische en theoretische kennis over het beroep. En ook nu nog komt ze dagelijks met de verpleegkundige praktijk in aanraking, bij het regelen van stageplaatsen voor de leerlingen van de diverse verpleegkundige opleidingen van de Hogeschool Oost Nederland. Het verbaast dan ook niet dat Truus Spijker een grote betrokkenheid bij de ontwikkelingen in de verpleging toont. En, zoals aan het begin van het gesprek met een blijkt, een kritische houding.

Eigenlijk kun je helemaal niet spreken van hét integraties streven in de verpleging, men streeft inderdaad naar één beroepsvereniging, één beroepsoplei-

ding en het lijkt alsof dat op een zelfde lijn zit, maar het zijn, denk ik, heel verschillende ontwikkelingen. De achtergronden en de belangen erachter zijn verschillend.' Om dit te illustreren haalt zij een voorbeeld uit de geschiedenis aan. 'Integratie, samenbundeling van beroepsverenigingen is al een heel oud streven. Aanvankelijk is de verpleging in 1893 begonnen met de *Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging*. Dat was een bond die artsen én verpleegkundigen als leden had. Daar lag heel duidelijk een organisch denken aan ten grondslag: artsen en verpleegkundigen hadden elkaar nodig, dus moesten ze in één beroepsvereniging zitten. Het kwam er echter wel op neer dat de artsen de toon aangaven. Mede als reactie hierop ontstond in 1900 *Nosokomos*, de eerste vakvereniging voor uitsluitend verplegenden. Dat had verschillende redenen. Allereerst wilde men zich aansluiten bij de *International Council of*

*Nursing*, de ICN, en daar kon je alleen als zuivere beroepsvereniging toegang toe krijgen. Ten tweede, omdat een aantal mensen los daarvan een aparte beroepsvereniging voor verpleegkundigen wilde. De ICN en ook *Nosokomos* maakten zich sterk voor de verheffing van het beroep, voor de verpleging als een beroep met eigen standaarden. Ze stelden bijvoorbeeld veel hogere exameneisen dan de *Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging*. Ze hadden een beetje een elitair karakter, hoewel er ook vakbondselementen in zaten. *Nosokomos* wilde dus dé beroepsvereniging voor verpleegkundigen worden, maar ze stond bekend als de "rooie bond", hoewel dat lang niet voor alle leden opging. Omdat men wist dat een heleboel verpleegkundigen die lid waren van de *Nederlandsche Bond* nooit lid zouden worden van *Nosokomos*, werd in 1928 de *Nationale Bond van Verplegenden* opgericht, en daar zat duidelijk een



**Truus Spijker, stafmedewerkster beroepsontwikkeling en stagecoördinator bij de afdeling gezondheidszorg van de Hogeschool Oost Nederland in Hengelo. Zij schreef twee boeken waarin ze de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep in Nederland uitgebreid beschrijft.**

integratiestreven achter.. Het oude voldeed niet meer en daarnaast kreeg men niet genoeg aansluiting, nou dan creëerde men iets nieuws. Uiteindelijk is dat netzo min gelukt, en ook latere pogingen tot samenbundeling hadden niet het gewenste effect. Nu probeert men in feite precies hetzelfde met de nieuwe *Maatschappij voor Verpleegkunde*. Het streven naar integratie van beroepsverenigingen heeft er dus in feite altijd al in

gezet, maar het resultaat was nooit bevredigend. En of het nu lukt moeten we maar afwachten.!

Dat die bundeling tot nu toe niet lukte, heeft volgens Truus Spijker een aantal oorzaken. Ze denkt dat het beroep uiteindelijk toch té heterogeen is, dat verpleegkundigen zich in het algemeen niet één beroepsgroep voelen. Daarvoor zijn de cultuur en belangen van de verschillende segmenten te divers. Ver-

der is het hele idee van organisatie in de verpleging nooit erg sterk aanwezig geweest.. Dat heeft ook te maken met het feit dat het een typisch vrouwen beroep is. Een lage organisatiegraad dus, laat staan dat er ook nog animo was om de belangen te bundelen en bij elkaar te komen.

### Niet op één lijn

'Je kreeg altijd weer allerlei afsplitsingen, naar functie of naar zuil. Naast Nosokomos kwam in 1905 bijvoorbeeld *Salus Infirmorum*, de katholieke bond voor verplegenden. Overigens speelde daarbij weer een heel andere belangensrijd een rol. Het ging niet zozeer om verheffing van het beroep of om een beter opleidingsprogramma, nee, via die bond wilden de katholieke lekenverpleegsters toegang krijgen tot de katholieke ziekenhuizen. Die werden namelijk gedomineerd door religieuzen. Je ziet dus dat je al die ontwikkelingen niet op één lijn kunt stellen.' Ook nu signaleert Truus Spijker verschillende gedachten achter de beroepsorganisaties. Het cvo hechtte belang aan haar protestants-christelijke grondslag, terwijl Het Beterschap een nationale bond wilde zijn, voor alle zuilen en alle functiegroepen. Ook zijn er verschillen in karakter: meer op vakbondsterrein bezig of meer beroepsinhoudelijk gericht. De naam Maatschappij Voor Verpleegkunde geeft volgens Truus Spijker al aan dat men meer naar de beroepsinhoudelijke kant wil, en wil streven naar controle over het beroep, in zekere zin analoog aan de artsenorganisatie.

Belangrijke achtergrond van het streven naar één beroepsvereniging is het streven naar meer autonomie voor het verpleegkundig beroep. Deze strijd voor een autonome verpleging, die op dit moment weer actueel is, heeft al een lange geschiedenis achter de rug.

Truus Spijker heeft dit proces uitvoerig beschreven in een van haar boeken. Ook dit autonomiestreven is aan veranderingen onderhevig geweest. 'Eind vorige eeuw streed men voor het ideaal van de "vrije verpleegster". Dat had een heel andere achtergrond dan het autonomiestreven in de jaren dertig, toen men zich vooral op de basiszorg richtte als het eigen domein van de verpleegkundige. Artsen vonden eigenlijk dat het hun domein was. En ook nu zie je weer dat verpleegkundigen de zorgverlening als domein claimen. Maar het is natuurlijk een moeilijk te claimen domein: iedereen kan in principe zorgen. Het is moeilijk om daarop te professionaliseren.'

### Verkeerde weg

De term professionalisering gebruikt men in de verpleging vaak als synoniem voor het streven naar autonomie, maar

vaak is niet eens duidelijk wat men nu precies verstaat onder professionalisering. 'Het is een sterk ideologisch geladen begrip, dat eigenlijk het idee van de vrije beroepen als achtergrond heeft, de artsen, de advocaten, professionalisering in die zin. Streven naar een autonoom gebied, in de zin van een vrij beroep, ligt echter bij de verpleging nogal moeilijk. De basiszorg kunnen verpleegkundigen niet exclusief claimen, die vormt ook het terrein van bijvoorbeeld huisvrouwen, gezinshulpen en ziekenverzorgenden. De medisch-technische handelingen ook niet, dat is eigenlijk het terrein van de artsen. In de psychiatrische verpleging is er nog de therapeutische kant van het werk, maar daar zijn weer psychiaters en psychotherapeuten voor. In de zwakzinnigen-

ten eten, weer een ander wast de mensen. Volgens Truus Spijker krijgen verpleegkundigen door het systeem van patiënttoewijzing een heel andere positie. Het integratiestreven op dit vakinhoudelijke niveau ziet zij als een positieve bijdrage tot het ontwikkelen van een autonome verpleging. Ze ziet trouwens meer voordelen in de integrerende verpleegkunde. 'Het opmerkelijke is dat ook patiënten het prettiger vinden. Taakgerichte verpleging is minder plezierig, dat heb ik zelf ondervonden toen ik een tijdlang in het ziekenhuis lag. Er is eigenlijk niemand specifiek voor jou verantwoordelijk. Ze doen allemaal wel heel lief en aardig, maar verplegen is meer dan lief en aardig zijn. Ik herinner me dat ik op één middag aan zes verschillende verpleegkundigen hetzelfde

## Aan het bed

Hierin ligt volgens haar zeer zeker ook een taak voor de verplegingswetenschap, deze zou zich met name bezig moeten houden met onderzoek gebaseerd op praktijkproblemen. Zij moet het verband tussen theorie en praktijk in stand houden. De ontwikkeling van de theorie over de verpleging mag er niet toe leiden dat de verplegingswetenschap ver van het bed komt te staan. Dat heeft volgens Truus Spijker consequenties voor de methodologie van de verplegingswetenschap. Zij pleit voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Dat betekent onder meer: werken vanuit problemen die verpleegkundigen aan het bed tegenkomen en daarom onderzoek doen samen met de mensen die aan het bed werken. De verplegingswetenschapper moet daadwerkelijk op de werkvloer onderzoek doen en het onderzoek direct vanuit dat praktische werk opzetten. Niet dat kwantitatief onderzoek geen positieve bijdrage zou kunnen leveren, maar door de aard van de verpleging en door de problemen die er liggen is een kwalitatieve benadering zinvoller. 'Hier heeft de verpleging eigenlijk een geweldig terrein braak laten liggen. Neem nou een typisch verpleegkundig probleem als doorliggen, *decubitis* in vaktermen. Er werd altijd gekeken naar wat de artsen voorschreven, terwijl het de verpleegkundigen zijn die er dagelijks mee in aanraking komen. De verplegingswetenschap zou heel goed onderzoek kunnen doen naar zo'n probleem als doorliggen en dat zou dan gericht moeten zijn op verbeteringen in de praktijk. Onderzoek in de verpleegkunde moet direct situatiebevorderend zijn.'

Vanuit deze benadering, gericht op oplossen van praktische problemen, zou dan volgens Truus Spijker theorievorming moeten plaatsvinden. 'Vanuit die praktische benadering kun je abstraheren en kun je proberen een theoretische basis te vinden voor praktische handwijzen. Of bijvoorbeeld onderzoeken wat er in de praktijk aan oplossingen voor een bepaald probleem bedacht is, dit inventariseren en bundelen, zodat niet iedereen opnieuw het wiel hoeft uit te vinden.'

Nog een voorbeeld van een onderwerp dat zich leent voor onderzoek door de verplegingswetenschap is volgens haar het begeleiden van patiënten door verpleegkundigen. De verplegingswetenschap kan bijvoorbeeld analyseren wat er nu precies gebeurt in het communicatieproces tussen patiënt en verpleegkundige en ze zou kunnen onderzoeken welke manieren er zijn om vorm te geven aan die begeleiding van patiënten. 'Het is een taak die voor veel verpleegkundigen vaak nogal vaag blijft. Wat is dat dan precies, begeleiden van

## De verpleegkunde zou allianties met patiëntenorganisaties moeten aangaan en niet alleen naar de artsen kijken.

zorg begeeft. een verpleegkundige zich deels op het terrein van de orthopedagogiek. Als je onder professionaliseren verstaat het afbakenen van een exclusief domein voor de verpleging en op die manier naar autonomie van de verpleging streeft, ben je, denk ik, op de verkeerde weg.'

Deze kritiek neemt niet weg dat Truus Spijker zeer veel waarde hecht aan de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep in de zin van het uitbouwen van deskundigheid en aan het streven naar autonomie in de zin van meer zeggenschap, meer controle krijgen over het eigen beroep en een machtsfactor worden in de gezondheidszorg als geheel. 'Ik vind dat verpleegkundigen wetenschappelijk over hun beroep moeten gaan denken en onderzoek moeten doen. Maar dat zou ik geen professionalisering willen noemen. Ontwikkeling van de inhoud van het vak, daar gaat het om. En zorgen dat je deskundigheid erkend wordt. In de algemene ziekenhuizen bijvoorbeeld zijn verpleegkundigen bezig het systeem van de integrerende verpleegkunde in te voeren.'

Bij integrerende verpleegkunde krijgt iedere verpleegkundige een aantal vaste patiënten toegewezen, waarvoor zij de verantwoordelijkheid heeft. Het is dan niet meer zo, zoals nog veel gebeurt, dat er een werkverdeling naar taken is: één verpleegkundige deelt medicijnen uit, een ander geeft de patiën-

heb gevraagd. Niemand kwam terug. Met een taakgerichte verpleging dreigt de patiënt soms tussen wal en schip te vallen. Een vriendin van me is een tijd verpleegd in het AMC, waar ze met het systeem van integrerende verpleegkunde werken, en zij had daar het gevoel dat verpleegkundigen voor haar verantwoordelijk waren. Ik zie niet zoveel verschillende gezichten, zei ze, en ze weten wat ik heb, ik kan mijn vragen aan ze kwijt. Verpleegkundigen gaan door die verantwoordelijkheid ook anders naar patiënten kijken. Ze pakken signalen van patiënten gemakkelijker op. Voor de verpleegkundigen zelf betekent het ook veel meer arbeidssatisfactie, hoewel het vak er in het begin wel zwaarder door wordt. En de verpleegkundige kan haar verantwoordelijkheid niet meer ontlopen.'

Meer autonomie dus voor de verpleging bij dit systeem. Overigens merkt Truus Spijker op dat de verpleging zou moeten inspelen op de positieve reacties van patiënten op integrerende verpleegkunde. 'De verpleegkunde zou allianties met patiëntenorganisaties aan moeten gaan en niet alleen kijken naar de artsen. Met de patiëntenorganisaties zou de verpleegkunde haar deskundigheid kunnen delen en verder uitbouwen. Onderzoek hoe je als verpleegkunde, als vak, hogerop komt en je ontwikkelt. En onderzoek hoe je dit aanwendt om de patiënt beter te helpen, hoe je in feite de zelfzorg kunt ontwikkelen.'



patiënten: ondersteunen, troost geven ... en daar houdt het vaak al op. Maar er zijn alternatieve manieren om patiënten te benaderen, die veel meer invulling kunnen geven aan zo'n begeleidingsproces. Bijvoorbeeld de benaderingswijze vanuit het uitgangspunt dat genezen niet alleen een lichamenlijk, maar ook een geestelijk proces is, een mentale kwestie. De kracht tot herstel

kunnen bepalen, andere belangen en ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben veel meer invloed.

Je kunt als verpleging wel ideeën hebben over hoe het moet, maar krijg het ook maar eens gedaan. De verpleging kan dan bijvoorbeeld wel streven naar ontwikkeling van het dagonderwijs op twee deskundigheidsniveaus, maar er spelen andere belangen: het kost geld,

afwachten tot het probleem er ligt. De verpleging moet nu al gaan nadenken hoe de zorg beter afgestemd kan worden op die groeiende categorie ouderen. Er zitten namelijk nogal wat verpleegkundige problemen aan oudere patiënten: ze hebben een heel ander tempo bijvoorbeeld, dat niet in het snelle, produktiegerichte ziekenhuis past. Ze houden bedden bezet omdat er geen doorstroming is. Hoe krijg je ouderen weer zo ver dat ze terug naar huis of naar een verzorgingstehuis kunnen, dat ze de dagelijkse handelingen weer zelf kunnen doen? En vooral: wat kan de verpleging daaraan bijdragen? Daar liggen voor de verpleging een heleboel mogelijkheden en integrerende verpleegkunde is daarbij eigenlijk een noodzakelijke voorwaarde. Met taakgerichte verpleging is het nauwelijks mogelijk om ouderen, maar eigenlijk om patiënten van alle leeftijden, goed te begeleiden.'

---

## *Als de verpleging onder professionaliseren verstaat het afbakenen van een exclusief domein voor zichzelf, dan is ze, denk ik, op de verkeerde weg.*

---

zit ook in de geest. Denk bijvoorbeeld aan het effect dat suggestie kan hebben. Als verpleegkundige zou je zo'n effect misschien positief aan kunnen wenden. Doe daar maar onderzoek naar, speel als verpleegkundige beroepsgroep in op zo'n terrein. Nog een voorbeeld: slapeloosheid. Verpleegkundigen lossen dit nog steeds op met een slaaptablet of een glaasje warme melk. Terwijl bijvoorbeeld de haptonomie heel simpele technieken kent om mensen rust te geven, te laten ontspannen. Onderzoek hoe de verpleging daar gebruik van kan maken. En daarmee kan de verpleging een stuk deskundigheid creëren.'

### **Machtsfactor**

op de vraag of de verpleging op de goede weg is om autonomie te verwerven, antwoordt Truus Spijker aarzelend: 'Tja, ... vijftien jaar geleden wisten sommigen ook welke kant het uitmoest, maar dat gebeurde dan niet omdat er toch weer allerlei andere invloeden waren. Ik heb bijvoorbeeld best twijfels of zo'n Maatschappij voor Verpleegkunde nu de meest geschikte formule is. Dat soort ingrepen zijn er in de geschiedenis al vaker geweest. Ik denk ook dat de verpleging vaak te weinig analyseert, wat er gaande is en te weinig lessen trekt uit het verleden. Hoe het precies anders moet, weet ik ook niet hoor, dan overvraag je me. Maar de verpleging moet zich hoe dan ook gaan realiseren dat ze als beroepsgroep in machts termen moet gaan denken. En niet op de toer van: denken in belangen is strijdig met de beroepsethiek. Het is puur noodzakelijk om gunstige condities te scheppen voor de beroepsinhoudelijke ontwikkeling. Verpleegkundigen vormen te weinig een machtsfactor om zelf de inhoud van hun beroep te

er moet bezuinigd worden. Dan moet je een machtsfactor zijn in het hele spel van de gezondheidszorg en tussen de verschillende beroepen. En dat zijn verpleegkundigen niet zo erg. Kijk naar de algemene ziekenhuizen: waar kun je het gemakkelijkst op bezuinigen? Dat zijn niet de specialistische verichtingen, maar dat is wel de zorg! Je ziet bijvoorbeeld dat in de zwakzinnigenverpleging steeds meer mensen worden aangetrokken die als verpleeghulp werken en helemaal geen verpleegkundige opleiding gevolgd hebben. Of kijk naar het management: de verpleegkundig directeur verdwijnt in veel instellingen, de directeur patiëntenzorg is veelal weer een arts.' Het belang van integratie van beroepsverenigingen zit hem voor Truus Spijker dan ook met name hierin: op deze manier kan de verpleging een machtsfactor worden, die mede het beleid kan bepalen. Het beleid binnen instellingen, maar vooral ook het beleid voor de gezondheidszorg als geheel.

En eigenlijk is op dit moment het klimaat heel gunstig, meent ze. 'De hele zorgkant biedt wel degelijk mogelijkheden. Kijk alleen al naar een tendens als de vergrijzing. De basiszorg blijft heel belangrijk en zal niet zomaar weg te bezuinigen zijn. Maar je ziet dat de verpleging op die vergrijzing heel slecht inspeelt. Op dit moment wordt 40 procent van alle bedden in algemene ziekenhuizen bezet door mensen van 65 jaar en ouder. In vijf jaar tijd is dat percentage gestegen van 35 naar 40, dus daar zit een enorme groei in, terwijl nu pas verpleegkundigen in ziekenhuizen zich aarzelend gaan afvragen: wat moeten we daar eigenlijk mee? De discussie komt wel op gang, maar eigenlijk al weer zo laat. Als verpleegkundigen moet je daar veel alerter op zijn, niet

Helemaal optimistisch is Truus Spijker uiteindelijk toch niet. 'De verpleging claimt de coördinatie van de zorg, de continuïteit, maar heeft in de praktijk weinig inbreng. Er is wat dit betreft nog veel werk aan de winkel voor het kader, de verplegingswetenschappen, en voor opleiders en trainers die innovierend bezig zijn. De ontwikkelingen zoals de vergrijzing en de toenemende vraag naar thuiszorg voorziet en analyseert de verpleging niet. Ze kan haar eigen ideologie van integratie nog niet goed waarmaken.'

### Noot

1. Spijker, T., *Mooi en beschaafd verplegen. Een historische analyse van een vrouwenberoep*, Lochem, De Tijdstroom, 1979.
- Gemert, van V. en T. Spijker, *Verdichtsal en werkelijkheid. Een verkennende studie van de ambivalentie ten opzichte van zorgen en verzorgen in de verpleging*, Lochem, De Tijdstroom, 1982.

# Geen woorden maardaden

## Naar een gericht emancipatiebeleid in de verpleging

Drirkwart van alle verpleegkundigen is vrouw. Dit gegeven heeft echter nog niet geleid tot een gericht emancipatiebeleid in de verpleging. Verpleegkundigen zelf hebben het te druk met zorgen, de patiënt mag immers niets te kort komen. Enkele lichtpuntjes zijn er wel. Het nieuwe sleutelwoord daarbij is positieve actie.

In dit artikel geeft Allice Loeters eerst enkele notities over emancipatie en verpleging, waarna ze beschrijft hoe men in de verpleging tot een positief actieplan zou kunnen komen.

**JUJce Loeters**, verpleegkundige en androgologe. Tot voor kort werkzaam bij Het Beterschap, momenteel coördinator emancipatiebeleid gemeente Velsen.

Inmiddels is het alom doorgedrongen dat de positie van de vrouw op de arbeidsmarkt ongelijk is aan die van mannen. Allereerst is het aantal vrouwen dat buitenshuis werkt laag. Ten tweede is het werk dat vrouwen buitenshuis verrichten met name geconcentreerd in de 'traditionele vrouwenberoepen', dat wil zeggen de dienstverlenende en administratieve functies. Omdat 'vrouwenwerk' minder prestige en aanzien geniet, wordt het lager betaald dan 'mannenwerk'. Gemiddeld hebben vrouwen dan ook een inkomen dat 28% lager ligt dan dat van mannen.<sup>1</sup>

Er zijn vele soorten onderzoek verricht om te verklaren waarom vrouwen zo weinig op de arbeidsmarkt te vinden zijn. Bepalend hiervoor blijkt het gegeven dat in onze maatschappij de taakverdeling nog steeds zodanig is dat vrouwen de eindverantwoordelijkheid dragen voor de gezins- en huishoudelijke taken. In de socialisatie en opvoeding tot vrouw wordt dit als vanzelfsprekend aangeleerd. In onderzoeksliteratuur wordt gewezen op het bestaan van een diffuus levensperspectief bij vrouwen. Hiermee wordt bedoeld dat vrouwen, in tegenstelling tot mannen, nog altijd een legitiem levensperspectief hebben in de privé-sfeer, als echtgenote en/of moeder. Twijfels, onzekerheden en angsten combineren daarom ruimschoots de zake van deze taken willen combineren met een baan buitenshuis.<sup>2</sup>

Het door de rijksoverheid ontwikkelde beleidsplan emancipatie dat in 1990 zal worden uitgevoerd geeft enige hoop op verbetering van dit aspect. In 1990 worden alle vrouwen vanaf 18 jaar verplicht gesteld om in economisch opzicht een

eigen leven te gaan leiden. Ze krijgen een individueel uitkeringsrecht, maar dat houdt tegelijkertijd in dat ze beschikbaar moeten zijn voor de arbeidsmarkt. Dat is heel concreet en zal betekenen dat vrouwen evenals mannen het perspectief krijgen dat ze, indien er voldoende werk zal zijn, hun hele leven buitenshuis werkzaamheden zullen verrichten.

### Wie is er hoofd verpleging?

De verpleging is van oudsher een 'traditioneel vrouwenberoep'. Zorgen, dienen, gericht zijn op de ander zijn waarden en normen die in het verpleegkundige beroep centraal staan. Het zijn dezelfde normen die in onze cultuur aan meisjes worden aangeleerd. Mannen beginnen zich daarom pas voor het beroep te interesseren op het moment dat de medische technologie zich ontwikkelt. Tegelijkertijd is er sprake van schaalvergroting en bureaucratisering, hetgeen leidt tot het ontstaan van vele leidinggevende functies. Het resultaat in cijfers vertaald: in 1980 bestond het totale bestand van verpleegkundigen voor 18% uit mannen. De functie 'hoofd verplegingsdienst' werd in dat zelfde jaar voor 52% door mannen vervuld.

Een van de belangrijkste oorzaken voor het feit dat de weg naar de top voor vrouwen zo moeizaam verloopt, is het gegeven dat vrouwen te maken krijgen met belemmeringen in de bedrijfscultuur. Uit Amerikaans onderzoek hiernaar

## GOED NIEUWS

In het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort is sinds twee jaar een vrouwenberaad actief. Tot nu toe bestond dit vrouwenberaad uit een aantal zeer gemotiveerde, maar 'toevallige' vrouwen. De afgelopen jaren hield het beraad zich bezig met de pensioenregeling voor vrouwen, het opzetten van kinderopvang en het ontwikkelen en integreren van vrouwenhulpverlening binnen de behandelingsmogelijkheden. Het vrouwenberaad vergadert maandelijks. Op dit moment is men druk doende het beraad een legitieme status binnen de organisatiestructuur te geven en wel als officieel college binnen het ziekenhuis. Voor 4 uur per week wordt ondersteuning van een betaalde medewerkster gevraagd. De directie heeft laten weten hier positief tegenover te staan.

bleek dat vrouwen met drie soorten belemmeringen te maken kregen.<sup>3</sup> Ten eerste moeten vrouwen die aan de top een minderheid vormen zich extra waarmaken en louter op grond van capaciteiten waardering oogsten. Ten tweede worden vrouwen in de informele sfeer geïsoleerd en ten derde krijgen ze te maken met bepaalde stereotype rollen zoals de moederrol, het kindvrouwtje of de rol van 'ijzeren maagd'.

Marlies Ott, die Nederlands onderzoek verrichtte naar het verschijnsel van minderheidsgroepen in arbeidssituaties, is het niet met deze conclusies eens. In haar onderzoek komt zij tot de conclusie dat niet de sexe, maar de maatschappelijke status van de minderheidsgroep doorslaggevend is voor de bejegening in de werksituatie. Zij onderzocht de positie van vrouwelijke politie-agenten en mannelijke verplegers. De situatie van de vrouwelijke politie-agenten komt overeen met die van de vrouwen uit het Amerikaanse onderzoek. De mannelijke verplegers, qua sexe ook een minderheidsgroep in de arbeidssituatie, worden juist door de collega's extra gewaardeerd en gestimuleerd. Haar onderzoeksverslag kreeg daarom niet voor niets de titel *Assepoesters en kroonprinsen*.<sup>4</sup>

## Samen sterk

Bovenstaande feiten zouden redenen kunnen zijn voor een sterke bundeling van krachten van verpleegkundigen. Niets is minder waar. Slechts 30% van de beroepsgroep heeft zich georganiseerd. Als het gaat om de arbeidsvoorwaarden blijkt het hiermee in de verpleging slecht gesteld. Ontwikkelingen als functiewaardering en flexibilisering pakken slecht uit. Zo worden binnen het systeem van functiewaardering de eisen die aan typisch vrouwenwerk worden gesteld lager gewaardeerd dan de eisen die aan typisch mannenwerk worden gesteld. Snelheid, accuratesse en dienstbaarheid krijgen een lagere waardering dan fysieke kracht en technisch inzicht.<sup>5</sup>

Bij flexibilisering gaat het om de mate waarin een organisatie in staat is om de inzet van mensen en middelen aan veranderende eisen aan te passen. In de verpleging is dit al lange tijd een bekend fenomeen. Verpleegkundigen die moeder worden maar toch met één been in het arbeidsproces willen blijven staan, gaan deel uitmaken van een 'arbeidspool' van de instelling. Bij plotselinge ziekte en vakanties worden zij gevraagd te werken.

De Emancipatieraad stelt, mijns inziens, terecht in een onlangs uitgebracht advies over flexibilisering in arbeidsrelaties dat flexibel werk geen uitzicht biedt op economische zelfstandigheid. Evenmin scheidt het mogelijkheden tot een

andere taakverdeling tussen mannen en vrouwen binnenshuis. In haar advies stelt de Emancipatieraad dan ook dat het een taak van de overheid is om via wetgeving de flexibele arbeidsrelaties te reguleren. Zo valt de 'flexibele verpleegkundige' momenteel buiten de CAO's, terwijl juist in een CAO het emancipatiebeleid kan worden vastgelegd. Hierbij valt te denken aan maatregelen als ouderschapsverlof, calamiteitenverlof en zwangerschaps- en bevallingsverlof. Als deze zaken eenmaal goed geregeld zijn, zal de behoefte aan flexibele contracten afnemen.<sup>6</sup>

Als in een beroep waarin veel vrouwen werkzaam zijn geen emancipatiebeleid wordt gevoerd, kan dit leiden tot een groot verloop en een voortdurende chaotische arbeidsmarkt. De praktijk van de verpleging en verzorging bewijst dit. In 1984 was er sprake van een geregistreerde werkloosheid van 8000 verpleegkundigen, in 1986 van 3600 geregistreerde vacatures en voor het jaar 1990 worden eveneens desastreuze tekorten voorspeld.

In de vele officiële rapporten die dit verschijnsel bestuderen, komt het gebrek aan emancipatiebeleid niet als structurele oorzaak van deze chaos naar voren. Wel worden in de beleidsaanbevelingen van deze rapporten aspecten van emancipatoir personeelsbeleid genoemd. Hierbij gaat het vooral om beleidsaanbevelingen als vergroten van de carrièremogelijkheden, verruimen van studiefaciliteiten, ontwikkelen van kinderopvang en bevorderen van herintreding van oudere werknemers. In een zeer recent verschenen rapport wordt eveneens de verhoging van de belangstelling voor het beroep bij mannen als beleidsaanbeveling gedaan. Als reden hiervoor wordt aangevoerd dat mannen minder uitreden dan vrouwen. Dat zou een stabilisering van de arbeidsmarkt kunnen bevorderen.

Dat laatste is voor vrouwen een discutabele zaak. In het kader van emancipatie is het van belang dat meer mannen zich al dan niet beroepsmatig met verzorgen gaan bezighouden en dat vrouwen zich ook beroepsmatig met leiding geven aan en organiseren van zorg gaan bezighouden. Zolang er echter nog geen wezenlijke aspecten van emancipatiebeleid in de verpleging zijn doorgevoerd en tot nu toe mannen vooral de leidinggevende posities innemen, is het de vraag of het meer intreden van mannen vrouwen ten goede zal komen.

## GOED NIEUWS

Van april 1984 tot eind 1987 functioneerde in het St. Joris Gasthuis in Delft een emancipatieproject. Gedurende deze periode waren 2 emancipatiemedewerksters voor 20 uur per week aangesteld. Doelstelling van het project was om vrouwenhulpverlening te ontwikkelen en te integreren binnen de instelling en eveneens om voorwaarden en voorzieningen ter verbetering van de positie van vrouwelijke personeelsleden binnen de instelling te realiseren.

Om dit proces te bewaken werd een begeleidingscommissie ingesteld met medewerksters uit verschillende beroepsgroepen en sectoren binnen de organisatie.

Projektactiviteiten waren onder andere het samenstellen van een beleidsnota emancipatie, waarin voorstellen met betrekking tot werving en selectie, secundaire arbeidsvoorwaarden, opleidingsmogelijkheden en stimulansen voor vrouwen binnen de instelling, het initiëren van kinderopvang en een meldpunt ongewenste intimititeiten. Ten slotte werd een documentatiecentrum opgericht en verrichtte men onderzoek.

Wat verpleegkundigen en verzorgenden uit het bovenstaande kunnen leren, is dat op dit moment de stabilisering van de arbeidsmarkt in de verpleging grote aandacht geniet. In dat kader worden emancipatoire maatregelen voorgesteld. Dat gegeven kan worden aangegrepen om maatregelen tot een gericht emancipatiebeleid te realiseren. Positieve actie is daarbij een van de belangrijkste instrumenten.

## Positieve actieplannen

Positieve actie is het geheel aan maatregelen, gericht op de verwezenlijking van gelijke kansen voor mannen en vrouwen binnen de arbeidsorganisatie. De Nederlandse overheid erkent het belang van positieve actie. De wet gelijk loon voor vrouwen en mannen en de wet gelijke behandeling voor mannen en vrouwen bieden de juridische basis voor positieve actie. De overheid startte enkele experimenten hiermee binnen haar eigen organisatie en gaf een informatiebrochure uit.<sup>1</sup> Een nadeel is echter dat de werkelijke verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van positieve actie volledig in handen gelegd wordt van werkgevers en werknemersorganisaties. Voor bedrijven en instellingen die de positieve actie in de ijskast leggen bestaat geen enkele sanctiemogelijkheid.

In de Verenigde Staten is dit juridisch gezien wél geregeld. De Amerikaanse *affirmative action-richtlijnen* bepalen dat bedrijven die direct of indirect aan de overheid leveren, de verplichting hebben hun personeelsbestand zowel kwantitatief als kwalitatief te laten overeenkomen met de regionale arbeidsmarkt. Als er sprake is van discrepantie, is het bedrijf verplicht om een positief actieplan op te stellen. In dat plan worden streefcijfers geformuleerd, gekoppeld aan een tijdplan. Tevens is het bedrijf verplicht om aan te geven hoe ze haar doelstelling wenst te bereiken, bijvoorbeeld door extra werving en scholing.

Een kanttekening bij deze benadering is dat deze te zeer uitgaat van de top die bepaalt wat er gaat gebeuren. Dat zou kunnen betekenen dat het draagvlak aan de basis gering is. Eveneens kan het betekenen dat vrouwen die dank zij deze maatregel worden aangenomen geen zelfvertrouwen kunnen putten uit de wetenschap dat ze als beste kandidaat zijn gekozen, maar dat ze het te danken hebben aan positieve actie. Cijfers uit de vs laten echter wel zien dat de plannen werken en dat dit met name is te danken aan de jurisprudentie. Bedrijven hebben nu eenmaal geen zin in al die rompslomp waarmee ze te maken krijgen, als ze niet voldoen aan de gestelde vereisten.

In Nederland wordt in verschillende arbeidsorganisaties, zoals de NOS, PIT, Ministerie van O&W, de Nederlandse Spoorwegen, een emancipatiebeleid gevoerd dat is onder te brengen onder de noemer positieve actie. Bij de NS werkt men bijvoorbeeld bij de vacatureplanning met streefcijfers voor bepaalde functies. Die streefcijfers vormen een afspiegeling van het aantal vrouwen dat op dat moment op de arbeidsmarkt voor die functies beschikbaar is.

## GOED NIEUWS

In het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam is sinds 1986 een emancipatiecommissie actief. Deze commissie houdt zich met name bezig met het ontwikkelen van positieve actie.

Ook in andere academische ziekenhuizen zijn dergelijke ontwikkelingen ingezet. In het Academisch Ziekenhuis in Leiden zijn bijvoorbeeld de cijfers over de situatie van vrouwen en mannen in beeld gebracht; hieruit kwam naar voren dat extra aandacht voor de positie van vrouwen gerechtvaardigd is. Een zelfde soort initiatief is in Nijmegen en Groningen ondernomen.

In de verpleging komen eveneens initiatieven op gang. Hierbij liggen er taken voor de ondernemingsraad, de CAO-onderhandelaars en de vrouwengroepen binnen de instellingen. Via de Wet op de Ondernemingsraden hebben ondernemingsraden bevoegdheden om gegevens te verzamelen over de positie van vrouwen in de instelling. Vrouwengroepen hebben als taak om te signaleren, eisen te formuleren en voorlichting en publiciteit te verzorgen. CAO-onderhandelaars kunnen ervoor zorgen dat intentieverklaringen over positieve actie in CAO's en rechtspositiereglementen worden opgenomen. Om advies en ondersteuning te bieden bij het verbeteren van de positie van vrouwen in de verpleging is het belangrijk dat er een servicepunt komt, zoals het ministerie van Binnenlandse Zaken dat ook voor ministeries, provincies, gemeenten en waterschappen heeft ingericht.

Een instelling die vrouwen gelijke kansen biedt, is een aantrekkelijke werkgever en het verloop onder het personeel zal ook minder groot worden. Er is duidelijk behoefte aan en er zijn voorbeelden. Is het nu alleen nog een kwestie van de 'juiste vrouw op de juiste plaats'? **++**

## Noten

1. Mourik, Aad v. en Jacques Siegers, 'Mannelijke verpleegkundigen en vrouwelijke ziekenverzorgenden', in: *Tijdschrift voor politieke economie*, 6de jrg. (1983) nr. 4.
2. Westerbeek, J. en S. Saharso, *De precaire balans. Een reconstructie van de ervaringen van vrouwelijke studenten met studeren, achterraken en uitvallen*, Universiteit van Amsterdam, 1982.
3. Kanter, R., *Men and women of the corporation*, New York, 1977.
4. Ou, M., *Assepoesters en kroonprinsen*, Amsterdam 1985.
5. Holtmaat R., 'De wet gelijk loon voor vrouwen en mannen', in: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, jrg. 1 (1980), nr. 4.
6. *Advies flexibilisering van arbeidsrelaties*, Den Haag, Emancipatieraad 1987.
7. *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*, Nederlands Economisch Instituut 1987.
8. *De juiste vrouw op de juiste plaats: over positieve actieplannen*, Den Haag (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) 1985.
9. *Persbericht Servicepunt*, ministerie van Binnenlandse Zaken, maart 1988.
10. *Zwangerschap, ouderschap en werk*, brochure van de Landelijke Vrouwenwerkgroep van Het Beterschap, 1987.



# De wijkverpleeg - kundige handhaaft zich in de thuiszorg

Er is een verschuiving gaande van intensieve verzorging en verpleging in de tweede lijn naar de thuisgezondheidszorg. Het aantal bedden in ziekenhuizen en somatische bedden in verpleeghuizen vermindert; dat sluit aan bij de wens om zo lang mogelijk in de eigen woonsituatie te blijven. Ouderdom en ziekte leiden niet langer vanzelfsprekend tot opname. De zorgverlening in de thuissituatie wordt daarbij steeds intensiever door het toenemend aantal zorgbehoeftige ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Er ontstaan daarmee in de thuisgezondheidszorg nieuwe aandachtsgebieden: psychogeriatrische patiënten en hun omgeving, AIDs-patiënten, eenzaamheidsproblematiek. Het handhaven van mensen in hun thuismilieu wordt daarin, steeds belangrijker, en die ontwikkeling biedt op haar beurt kansen voor een volwaardiger rol van de wijkverpleging in het aanbod van de thuisgezondheidszorg.

**Erik Beydeberg, organisatie-adviseur  
Berlly van de Meydenberg, hoofdwijkverpleegkundige.**

Steeds duidelijker wordt dat er hiaten zijn in het zorgaanbod in de thuissituatie. Waar ligt precies de hulpvraag, en hoe kan het zorgaanbod hierop zo goed mogelijk worden afgestemd? Elke instelling heeft zijn eigen zorgpakket, maar het is vaak onduidelijk wie zich voor welke zorgvraag verantwoordelijk en capabel acht. In het zorgaanbod is een zekere verstarring opgetreden die niet alleen tussen de eerste en de tweede lijn tot 'scheidslijnen' leidt, maar ook tussen de instellingen in de eerste lijn onderling. Een uitspraak van de hoogleraar sociale psychiatrie, A. Querido, werkt hier verhelderend: 'De beperkingen die mensen in hun leven ondervinden bepalen welke hulpverleningsactiviteiten nodig zijn, en die activiteiten bepalen hoe [...] de zorg [...] georganiseerd wordt. Het moet niet zo zijn dat de structuur bij voorbaat dicteert welke activiteiten mogelijk zijn, en dus welke problemen al dan niet voor behandeling in aanmerking komen.'

Het vervangen van dure en intensieve zorg in verpleeg- en ziekenhuizen door veelal goedkopere zorg in het thuismilieu, substitutie, is een belangrijk motief van de commissie Dekker. Instellingen

zullen in dat kader tot een gedifferentieerd zorgaanbod in de thuissituatie moeten komen. Een aanbod dat aansluit bij de mogelijkheden die mensen thuis zelf (nog) hebben. Het uitgangspunt daarvoor zal altijd het juist inschatten van de hulpvraag zijn. In de eerste plaats op het mikro-niveau van de directe uitvoering. Daarbij zijn de vragen:

- waarom heeft deze persoon op dit moment in zijn/haar leven hulp nodig?
- welke hulp?
- wat is er verstoord in zijn/haar evenwicht?
- welke hulp is er nodig om dit evenwicht te herstellen of om te voorkomen dat er verdere storingen optreden?

Op dit niveau is de wijkverpleegkundige bij uitstek de discipline die deskundig is op het gebied van de zorgbehoefte. Zij heeft kennis van opvattingen over zorg en zorgbehoefte in de verschillende leeftijdsgroepen en levensfasen. De wijkverpleegkundige kan de hulpvrager helpen om de behoefte aan zorg en ondersteuning bespreekbaar te maken en te verduidelijken. Zij kan samen met de patiënt de hulpvraag beoordelen om de

noodzaak, aard en omvang van de professionele hulp vast te stellen. Door goede observatie en invoelend vermogen is zij in staat op het juiste moment in te springen waar aanvullende zorg nodig is en zich terug te trekken waar professionele zorg overbodig is.

Uitgaand van de definitie van verplegen in het *Advies verpleegkundig beroepsprofiel* van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid! ligt bij de wijkverpleging de nadruk op het herkennen en analyseren van situaties. Daarnaast wordt bij het verlenen van bijstand en ondersteuning zoveel mogelijk geprobeerd aan te sluiten bij en samen te werken met respectievelijk zelf- en mantelzorg.

Een voorbeeld. Een echtpaar van begin zestig verzorgt al 35 jaar een lichamelijk en geestelijk gehandicapte dochter. De moeder doet de dagelijkse lichamelijke verzorging, de vader doet het zwaardere werk als tillen en in en uit bed helpen. Het moment breekt aan dat beide ouders lichamelijke klachten krijgen. De wijkverpleging wordt daarop bij de dagelijkse verzorging ingeschakeld. Tijdens het intakegesprek blijkt dat het



Thuishulp

Gerlo Beemink/Hollandse Hoogte

echtpaar in al die jaren nauwelijks enige hulp heeft gehad. Er ontstaat een stortvloed van woorden, emoties en onverwerkte ervaringen. De ouders waren niet bekend met enige vorm van professionele zorg in de thuissituatie. Nu er een eerste contact met de hulpverlening is gelegd komen er veel vragen naar voren over de beste wijze van verzorging, woningaanpassingen, mogelijkheden voor begeleiding etcetera.

Hoe iemand zich handhaaft in zijn of haar thuismilieu hangt niet in de laatste plaats af van hoe iemand gezondheid en ziekte beleeft. Hoe iemand met zijn gezondheid is omgegaan, bepaalt in sterke mate de wijze waarop beperkingen en handicaps worden ervaren. Bij de mogelijkheden die iemand heeft om zich daarmee te handhaven speelt ook de omgeving een grote rol. Of iemand thuis ziek kan zijn, thuis kan sterven en of een demente bejaarde zich toch thuis kan handhaven is afhankelijk van burens, familieleden, huisgenoten en materiële faciliteiten. Die vormen het kader waarin (zelf)verzorging thuis al dan niet als draaglijk en haalbaar wordt ervaren. Het verzorgen van een familielid, vriend of buur kan een zware belasting zijn en vraagt veel uithoudingsvermo-

gen. Wat betreft de draagkracht van de mantelzorg heeft de wijkverpleging een signalerende en ondersteunende rol.

Indien professionele hulpverlening mensen wil bijstaan in het zich handhaven in het thuismilieu, is het van belang om de behoefte aan zorg goed in te schatten. Wat heeft iemand nodig om aan fundamentele levensbehoeften te kunnen voldoen? Hoe wellig het ook klinkt: in het vaststellen daarvan staat de patiënt centraal met zijn waarden en normen, grenzen en mogelijkheden. Stuk voor stuk sterk bepaald door persoonlijke, sociale, culturele en maatschappelijke factoren.

### Integraal zorgaanbod

Naast het inschatten van de zorgbehoefte op het individuele niveau is het essentieel om na te gaan welke zorgvragen er in een buurt, wijk of regio zijn. Zo kan het beschikbare pakket aan hulpverlening en ondersteuning zo goed mogelijk op de vraag en de daarin gesignaleerde ontwikkeling worden afgestemd. Een eerste voorwaarde daartoe is natuurlijk dat de aanbieders van zorg- en dienstverlening onderling goed samenwerken en zich op elkaar afstemmen. Er zal dan

ook gestreefd moeten worden naar een integraal zorgaanbod, dat zoveel mogelijk van de vraag uitgaat. Dat betekent dat insitutionele domeinen, onaantastbare beroepsgroepen en te starre en abrupte scheidslijnen tussen intra- en extramurale voorzieningen moeten worden afgebroken.

De gezondheidszorg kan daarin een stimulerende en signalerende werking hebben op andere voorzieningen. Bijvoorbeeld als het gaat om de planning en inrichting van woningbouw, liften, de lokatie van winkelcentra en de aanwezigheid van restaurants, maaltijdvoorzieningen etcetera. Ook de behoefte aan klusjesdiensten, alarmering en transport kan binnen de gezondheidszorg worden gesignaleerd.

Al deze afstemming, integratie en samenwerking vraagt om continuïteit en coördinatie. Een van de disciplines die deskundig is op het gebied van handhaving van zieken en gehandicapten in het thuismilieu is de wijkverpleegkundige. De intensieve en nabije aard van het werk van de wijkverpleging maakt het werk immers laagdrempelig. De intensieve beleefde contacten met de patiënt stellen de wijkverpleegkundige in staat gezondheidsbedreigende problemen te

signaleren. Daarnaast heeft zij een belangrijke voorlichtende taak ten aanzien van bijvoorbeeld wondverzorging, medicijngebruik, ADL-vermogen en eventuele belemmeringen in de mobiliteit, hulpmiddelen, woonaanpassingen, incontinentiemateriaal. De voorlichtende taak van de wijkverpleegkundige bestaat vooral ook uit het geven van informatie over de verschillende mogelijkheden om problemen op te lossen. Het geven van informatie is belangrijk om alternatieven te kunnen afwegen. Daarom dient zij/hij op de hoogte te zijn van de sociale kaart en het netwerk van voorzieningen.

### Competentiestrijd

De zorg die de wijkverpleging biedt, heeft lang plaatsgevonden vanuit een verkokerde organisatie. Dat heeft ertoe geleid dat overlappings- en iariaten in de zorgverlening tot competentiestrijd met andere disciplines leidden. Waar vroeger de strijd in de samenwerking zich vooral tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen afspeelde is er op dit moment vaak een competentiestrijd aan de gang tussen wijkverpleegkundigen en gezinszorg. De instellingen voor gezinszorg hebben hun dienstverlening uitgebreid van voornamelijk huishoudelijke taken naar meer persoonlijke verzorging, en zij begeven zich daarmee op het terrein van de wijkverpleging. In deze strijd laten beide disciplines zich vaak leiden door professionele normen en organisatorische belangen en minder door de motieven van de patiënt die thuiszorg wil. Het is een kunst en kunde om zich niet te laten verleiden door de strijd om de overlappings, maar uit te gaan van het belang van de patiënt in de thuissituatie en de hiaten die er zijn in het zorgaanbod. Voor de wijkverpleging kan dit betekenen dat zij minder angst moet hebben voor terreinverlies, maar dat zij geprikkeld zou kunnen worden door het feit dat het overdragen van verzorgende taken aan de gezinszorg de ruimte biedt om nieuwe uitdagingen aan te gaan op het gebied van de thuiszorg. Dat kan bijvoorbeeld inhouden: het ontwikkelen van samenwerkingsrelaties met wijkziekenboeg en dagbehandelingsafdelingen, het oppakken van het case-management en de coördinerende rol in de thuisgezondheidszorg, het ontwikkelen van Gvo-activiteiten.

Een meer integrale aanpak vraagt een andere houding tegenover de deskundigheid en inzetbaarheid van andere disciplines. Op basis van de eigen deskundigheid hebben de disciplines een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg. Wijkverpleging, gezinszorg, huisarts, fysiotherapie, ergotherapie en maatschappelijk werk dienen daartoe in functionele

eenheden samen te werken. Dat betekent dat iedere deskundigheid daar wordt ingezet waar het hoogste rendement voor de patiënt van kan worden verwacht. Daarbij is het essentieel dat er een 'zorgmix' tot stand komt die een zo groot mogelijk substituerend vermogen heeft. Het tijdig inschakelen van aanvullende thuiszorg en intensieve thuisverpleging is hierbij van belang. Toch gaat het er niet om de zorg in de thuissituatie te isoleren van de mogelijkheden van de tweede lijn, maar om de expertise en faciliteiten optimaal en goed getimed in te zetten. Daarbij kan het gaan om dagbehandeling, consultatie, kortdurende opnames, wijkziekenboegen van bejaardenoord etcetera. Dit betekent dat de expertise vanuit de tweede lijn ook in toenemende mate naar de eerste lijn toe zal moeten komen. Het RIAGG het verpleeghuis en de medisch specialist zullen in voorkomende gevallen bij de patiënt thuis of in het bejaardenoord moeten komen.

Voor de wijkverpleging betekent dit dat er een samenwerkingsrelatie moet zijn met de verpleging in het ziekenhuis, de polikliniek en het verpleegtehuis om de continuïteit in de zorg te bewaken. De verpleging in de intramurale instellingen kan een consulterende functie vervullen voor de wijkverpleging, vooral waar het gaat om vernieuwingen op verpleegtechnisch gebied.

### Case-management

Een goed integraal aanbod bestaat dus uit een zorgmix, die echter nog wel gecoördineerd moet worden. Op het niveau van de directe uitvoering is case-management daarvoor een geschikt instrument. Het gaat daarbij om een zaakwaarnemerschap in opdracht van de patiënt dat deze stimuleert en ondersteunt in haar gang langs de professionals en hun mogelijkheden, ervoor zorgt dat er geen overlappings en onduidelijkheden ontstaan, signaleert en verduidelijkt welke keuzen er gemaakt kunnen worden.

Dat case-management is niet op voorhand aan een bepaalde discipline gebonden, maar afhankelijk van de benodigde inzet en expertise én van de vertrouwensband die er met de patiënt bestaat. Vaak ook zal de zorg door de patiënt en zijn/haar omgeving zelf gecoördineerd kunnen worden. Het gaat uiteindelijk om duidelijke afspraken, procedures en verantwoordelijkheden. Wanneer het mensen met chronische ziekten en niet behandelbare handicaps en belemmeringen betreft zal de wijkverpleegkundige vaak in staat zijn het case-management op zich te nemen, zeker als het om langdurige en intensieve verzorging gaat. Haar deskundigheid op het gebied van het inschatten van zorgbehoeften, haar coördinerende taak en haar taak in het bewaken van de conti-

nuititeit in de zorgverlening zullen er vaak toe leiden dat zij de case-manager is. Het is niet altijd de wijkverpleegkundige zelf die de coördinatie op zich neemt, maar zij voelt zich er wel verantwoordelijk voor en ziet erop toe dat het gebeurt (zie ook het voorbeeld).

#### Voorbeeld

Het betreft intensieve thuiszorg bij een patiënte van 40 jaar, die ongeneeslijk ziek is. Zij woont samen met haar twee kinderen. De wijkverpleegkundige komt al enige jaren bij deze patiënte om ondersteuning te bieden bij het verwerken van de gevolgen die deze ziekte op haar lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren heeft. In de eerste fase geeft zij voorlichting over de mogelijkheden van thuiszorg, over de voor- en nadelen van het thuis sterven, waarbij het niet alleen om de patiënte zelf gaat maar ook om de bij haar inwonende kinderen. Geleidelijk aan neemt de behoefte aan zorg toe. Een deel van de lichamelijke verzorging wordt door de wijkverpleegkundige gedaan, een deel wordt overgedragen aan de wijkziekenverzorger en de gezinszorg en in een later stadium aan de Stichting voor Intensieve Thuiszorg, een instelling voor aanvullende zorgverlening. Niet alle zorg kan door de wijkverpleegkundige uitgevoerd worden. Zij heeft een duidelijk ondersteunde functie naar de mantelzorg en een coördinerende rol in het netwerk aan zorg rondom de patiënte: contacten met de gezinsleden, de huisartsen, de Stichting Intensieve Thuiszorg en het ziekenhuis (voor tijdelijke opname) om het totaal aan zorg op elkaar af te stemmen in nauw overleg met de patiënte en haar familieleden.

### Uitvoeringspraktijk

Een meer integrale werkwijze in de thuisgezondheidszorg houdt in dat niet de bestaande scheidslijnen tussen instellingen het aanbod bepalen, maar veel meer de gesignaleerde behoeften van de patiënt thuis. In dat proces van een functie gerichte herordening van de gezondheidszorg worden nieuwe eisen aan de uitvoeringspraktijk van de voorzieningen gesteld. In de vorm van specifieke substitutieprocessen, bijvoorbeeld ten behoeve van ouderen en gehandicapten, ontstaan verschillende pro-



Stervensbegeleiding, thuis

Paul Babeliowsky/Hollandse Hoogte

gramma's en experimenten, waarin doelmatigheid en beheersbaarheid van de voorziening centraal staan. Het uitgangspunt daarbij is: waar mogelijk uitvoering in of rondom de thuissituatie.

Voor instellingen en beroepsgroepen uit de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening is substitutie naar de thuiszorg deels een erkenning van de daar nu al geboden kwaliteit, zij het dan dat de middelen daartoe vrij algemeen als ontoereikend worden beschouwd. Voor extramuraal werkende aanbieders van zorg- en dienstverlening biedt een oriëntatie op de zorg in en om de woonomgeving enerzijds een mogelijkheid om de continuïteit, en daarmee de kwaliteit, van het aanbod te verbeteren. Anderzijds een mogelijkheid om de intramurale capaciteit die binnen substitutieprocessen verloren gaat, te compenseren door nieuwe extramurale activiteiten. Denk bijvoorbeeld aan het inleveren van verpleeghuisbedden voor dagbehandelingsplaatsen en aan dagverpleging en -behandeling in ziekenhuizen.

Voor de wijkverpleging betekent dit dat zij veel meer intensieve thuiszorg in haar pakket krijgt, doordat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ont-

slagen of langer op een opname in ziekenhuis of verpleeghuis moeten wachten.

Continuïteit van verpleegkundige zorg tussen eerste en tweede lijn is essentieel om goede zorg te kunnen bieden. Projecten met een systematische overdracht van zorg, uitgaande van het verpleegkundig proces, zijn daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. Zowel de overdracht van wijk naar ziekenhuis als omgekeerd is hierbij van wezenlijk belang. Met name bij activiteiten die gericht zijn op handhaving van mensen in de thuissituatie, en op de gebieden van nazorg en revalidatie, zijn instellingen en andere aanbieders van zorg tot en meer vraaggerichte, integrale uitvoering van hun werkzaamheden gekomen. Daarbij komen op tal van plaatsen samenwerkingsverbanden tussen aanbieders van zorg- en dienstverlening tot stand, waarbij niet alleen kwalitatieve maar ook financiële bezuinigingsoverwegingen een rol spelen. 'De organisaties realiseren zich dat zij schakels zijn in één voortbrengings- of dienstverleningsproces, of elkaar aanvullen.' Dit kan een impuls zijn om kwalitatief goede, efficiënte zorg te bieden.

## Initiatieven en experimenten

Al doende ontstaan er steeds meer netwerken van instellingen die binnen een bepaald werkgebied gezamenlijk een veelomvattend pakket aan zorg- en dienstverlening aanbieden. Een goed voorbeeld daarvan is de nazorg, waarin ziekenhuizen, wijkverpleging en huisartsen samenwerken. De zorg voor thuiswonende ouderen en gehandicapten kent een toenemend aantal samenwerkingsverbanden tussen gezondheidscentra, wijkverpleging, gezinszorg, bejaardenoorden en verpleeghuizen. Verschillende intramurale diensten, zoals ziekenboeg, dagbehandeling en maaltijdvoorziening, sluiten daarbij aan op activiteiten van eerstelijns werkers. Er zijn een aantal voorbeelden waar met name de ziekenhuizen het roer van zo'n netwerk in handen willen nemen.

Ook zijn er commerciële initiatieven om vooral in de thuiszorg en -verpleging delen van de voorzieningen aan zich te trekken. Deze blijken een goede aanvulling te zijn op de bekende eerstelijnszorg. Daarbij gaat het niet alleen om het voorkomen van opname in verpleeghuis



of bejaardenoord, maar ook om meer service en betere kwaliteit. Althans voor diegenen die zich dat kunnen permitteren.

Voor de bestaande instellingen zoals het kruiswerk is het noodzakelijk te erkennen dat niet op alle zorgvragen kan worden ingegaan en dat het samenwerken met bijvoorbeeld particuliere bureaus voor verpleging, als onderdeel van het netwerk, handhaving in het thuismilieu mogelijk kan maken. Samenwerken met deze bureaus betekent ook dat er eisen gesteld kunnen worden aan de kwaliteit van de zorg en aan de deskundigheid van de werkers.

Hier en daar ontstaan ook woontu- senvoorzieningen voor dementerende ouderen. Bekend is het voorbeeld van de Landrijt in Eindhoven. Focus-pro- jecten zijn een al langer bestaande vorm van multidisciplinaire thuiszorg en -verpleging voor gehandicapten.

De wijkverpleging heeft veel te maken met psycho-geriatrie patiënten. De knelpunten doen zich voor op het gebied van lange wachttijden voor opname. Ondersteuning van de mantel- zorg is dan essentieel. Bij wijkverpleeg- kundigen bestaat veel behoefte aan deskundigheidsbevordering op dit ter- rein. Consultatiemogelijkheden door de RIAGG en bijscholingsactiviteiten van de sector AGGZ naar de wijkverpleging toe zouden in een belangrijke behoefte voorzien.

## Netwerken

Er zijn in Nederland een aantal gebie- den met een sterk gestructureerde eer- stelijnsgezondheidszorg die zich nu reeds voor verdere uitwerking van inte- grale netwerken lenen. De kern van de voorzieningen zou kunnen bestaan uit een samenwerkingsverband tussen ge- zondheidscentra, bejaardenoorden, kruisvereniging, verpleeghuis, gezins- zorg en poliklinische voorzieningen. Zo'n netwerk kan vervolgens afspraken maken met de afdeling dagbehandeling van een verpleeghuis en met het zieken- huis over nazorg, consultatie en dergel- ijke. Het netwerk kan zelf een stichting oprichten, waarin aanvullende dienst- verlening een plaats krijgt. Aansluiting bij vrijwilligerscentrales is daarbij heel goed denkbaar.

Denkbaar is ook dat een dergelijk netwerk goede mogelijkheden biedt voor gehandicapten en chronisch zieken om thuis te wonen en verzorgd te wor- den. Het netwerk heeft mogelijkheden om een systeem van gezondheidseduca- tie en preventieve activiteiten op te zet- ten. In samenwerking met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg kan een crisiscentrum en een psychiatrische wijk tussenvoorziening worden opgezet. Dergelijke netwerken voor 'integrale' zorg kunnen overal besparend werken

op het aantal en de duur van opnamen in ziekenhuis en verpleeghuis. Het kan ook blijken dat ze betere prestaties leve- ren dan vrijgevestigde hulpverleners en commerciële dienstverlening. Dat ver- eist natuurlijk wel een aantal organisa- torische voorwaarden, zoals manage- ment, een informatiesysteem over vraag en aanbod van de gezondheidszorg in het werkgebied en case-management, om de 'zorg op maat' vorm te geven. Daarnaast vragen deze netwerken om deskundigheid en inhoudelijke ontwik- keling.

De uitvoering van het grootste deel van de voorzieningen kan plaatsvinden op het niveau van een wijk van 10.000 tot 20.000 inwoners. Andere voorzie- ningen kunnen wellicht beter op de schaal van een regio worden georgani- seerd. De bestuurlijke kern kan bij- voorbeeld bestaan uit een federatief verband van instellingen, vertegen- woordigers van de lokale politiek en vertegenwoordigers van gebruikers.

Het doel is om op deze wijze het tra- ject van de patiënt door de echelons en zo lang steeds intensievere expertise en steeds duurdere faciliteiten te voorko- men of uit te stellen. Het is dan in de eerste plaats de dienstverlener die de route door de echelons en bijbehorende kennisniveaus aflegt, en pas in het uiter- ste geval de patiënt. In deze visie is een goede huisarts iemand die zeer vaak in de polikliniek en het ziekenhuis is aan te treffen en een goede internist iemand die regelmatig bij mensen thuis of in de wijkziekenboeg te vinden is.

Deze activiteiten vragen om een nau- we samenwerking tussen huisarts, wijk- verpleging en gezinszorg. Onder die voorwaarde kan de functionele taakuit- oefening van deze disciplines versterkt worden door aanvullende diensten van- uit 'hogere' niveaus van expertise en dienstverlening. Veelal ontbreekt het in de eerste lijn echter aan voldoende ma- nagementstructuur, faciliteiten en over- eenkomende werkgebieden om deze aansluiting te realiseren.

## Het kruiswerk

'Netwerken voor integrale zorg' vragen van het kruiswerk een duidelijke stel- lingname in wat zij aan zorg kan en wil bieden en om met andere instellingen het commitment aan te gaan. In Am- sterdam is het kruiswerk voorzichtig be- zig zich te regionaliseren en op dat ni- veau met andere instellingen samen te werken. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag zijn door het kruiswerk en de gezinszorg stichtingen voor aanvullende thuiszorg opgericht of in oprichting. Initiatieven die deels zijn ingegeven vanuit de angst om het initiatief te verliezen aan particuliere thuiszorg- en verpleeg- bureaus. Stimulerend voor de samen- werking tussen gezinszorg en wijkver-

pleging zijn ook de door de ziekenfondsraad gestarte experimenten thuisverpleging!.

De wijkverpleging moet zelf verdere initiatieven nemen op het gebied van experimenten met betrekking tot aan- vullende thuiszorg op grond van gesig- naleerde behoeften bij de uitvoering van de zorg. Het kruiswerk als instelling voor wijkverpleging moet voorwaarden creëren om initiatieven op het gebied van thuiszorg mogelijk te maken. Naar de zorg toe betekent het dat er voldoende aangepaste verpleegartikelen voor intensieve thuiszorg voor uitleen beschikbaar moeten zijn. Wat betreft deskundigheidsbevordering moet de instel- ling zorg dragen voor voldoende bijscholingsmogelijkheden op het ge- bied van de thuiszorg.

In deze ontwikkelingen ontstaan de contouren van een thuisgezondheids- zorg die ondersteuning kan bieden voor de problemen die mensen onderbinden bij het zich handhaven in de thuissitua- tie. Daarmee is meer dan ooit het derde terrein van de gezondheidszorg openge- legd en centraal gesteld: de zorg voor zieken, oudren en gehandicapten die geen actieve medische behandeling (meer) behoeven. De wijkverpleegkun- dige kan door hierin een centrale rol op zich te nemen, ontsnappen aan de on- dergeschiktheid van de verpleging aan de medische invalshoek. Haar deskun- digheid op het gebied van het inschatten van de zorgbehoefte en de coördinatie in de thuisgezondheidszorg rechtvaardigt deze rol. Zij kan zich zo ontwikke- len tot de fundering van het netwerk van deskundigheden en disciplines dat *handhaving in de thuissituatie* steunt en mogelijk maakt. —

## Noten

1. Nationale Raad voor de Volksgezond- heid, *Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel*, Zoetermeer, september 1984. 'Verplegen is het herkennen, analyseren alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van de feitelij- ke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps of ontwikkelingsstoornissen voor de funda- mentale levensverrichtingen (de activiteiten van het dagelijks leven van het individu).'
2. Prof., Dr. J.J.J. van Dijk, *Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg*, in: TH. van Keulen (red.), Stafleu 1982, pg. 16.
3. Met ingang van 1988 in Amsterdam, Gro- ningen, West-Brabant en Zeeuws-Vlaande- ren. Het experiment is bedoeld voor mensen met een opname-indicatie voor ziekenhuis of verpleeghuis met een verwachte verpleeg- duur van maximaal 3 maanden.

# Samenwerken in de eerste lijn

## Inbreng plaatselijke overheid onontbeerlijk

Sinds jaar en dag is samenwerking, tussen hulpverleners in de eerste lijn een belangrijk uitgangspunt van de zorg. Samenwerken is moeilijk, en behoeft zeker stimulerende prikkels, van de plaatselijke overheid, zo stelt Ruud Souverein. Hij inventariseerde en analyseerde de eerstelijns samenwerking in de Gemeente Utrecht. De conclusies van zijn onderzoek laten aan duidelijkheid niets te wensen over: de eerste lijn is nog steeds een samenraapsel van disciplines, met elk hun eigen visie, werkwijze en mentaliteit. Souverein stelt, ter verbetering van de moeizame samenwerking, voor op wijkniveau een 'projectorganisatie' in te voeren ...

### **Ruud Souverein**

Een aantal jaren achter elkaar kwam een opletten lezer van personeelsadvertenties regelmatig een oproep tegen voor de functie "beleidsmedewerker Wet Voorzieningen Gezondheidszorg" bij een gemeente. Met het verschijnen van het advies van de commissie Dekker is het stil geworden rond die beleidsmedewerkers. De commissie Dekker is voorstander van een terugtrekkende overheid in de gezondheidszorg en ziet meer in de werking van de markt. De rijksoverheid mag in grote lijnen nog wat beslissingen nemen, maar gemeenten moeten met hun handen van de gezondheidszorg afblijven. Dus geen gemeentelijk vestigingsbeleid voor huisartsen en geen gemeentelijke planning van de eerstelijnszorg! Onder de formele bemoeienis van de gemeente lijken de poten te worden weggezaagd.

De vraag is echter of de beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg in staat zijn - zonder ondersteuning en druk van buitenaf - zorg te dragen voor een efficiënte en effectieve uitwerking van een samenhangend hulpverleningsaanbod in

de eerstelijnszorg. De samenwerking in de stad Utrecht, object van studie in het onderzoek 'Eerste lijnsgezondheidszorg in Utrecht', geeft niet al te veel aanleiding tot optimisme. De eerste lijn lijkt teveel een lappendeken van individuele en organisationele belangen te zijn om efficiënt en effectief antwoord te kunnen geven op de eisen die worden gesteld aan een samenhangende eerstelijnszorg.

Los daarvan is de eerstelijnszorg een terrein bij uitstek waarover de gemeente een gedeelde beleidsverantwoordelijkheid kan claimen. De eerstelijnszorg is van zeer direct belang voor goed inzicht in de actualiteit van de plaatselijke hulpverlening. Via overleg en via eventuele ondersteuning van initiatieven kan de gemeente als onafhankelijke partij een steun zijn bij een gezamenlijke keuze van de disciplines voor een werkwijze in de eerstelijnszorg.

Toen eind 1984 met het onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht werd begonnen leek de gemeente een

vrij belangrijke rol te gaan spelen in het wel en wee van de eerstelijnszorg. Men zou - en is - zich gaan bezighouden met een vestigingsbeleid voor huisartsen en er was zelfs sprake van een gemeentelijk vestigingsbeleid voor fysiotherapeuten en tandartsen. Voor andere belangrijke voorzieningen in de eerste lijn als het algemeen maatschappelijk werk, de wijkverpleging en de gezinszorg zou de gemeente - in overleg met het veld plannen gaan maken. In die plannen zou aandacht besteed kunnen worden aan de behoefte, de functie, de spreiding en de onderlinge samenhang van de voorzieningen.

De gegevensverzameling van het onderzoek kreeg gestalte via interviews en enquêtes onder huisartsen, fysiotherapeuten, werkteams van de wijkverpleging, het algemeen maatschappelijk werk en met de gezinszorg. De totaalrespons bedroeg uiteindelijk 87%. De resultaten vind ik dan ook representatief voor de situatie in de gemeente Utrecht.

### **Multi-disciplinair**

Het onderzoek startte om locale invulling te kunnen geven aan de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Deze Wet beoogt via decentralisatie, democratisering en samenhang een betere bestuurbaarheid en kostenbeheersing te realiseren. Daarnaast is de bevordering van bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg een belangrijk doel. In haar nota *Eerstelijnszorg* geeft de overheid samenhang in de zorg er in de praktijk uit zou kunnen zien. Men vindt dat binnen de eerste lijn vooral aandacht besteed moet worden aan vormen van samenwerking die leiden tot kwalitatief betere zorg en

tot een efficiënt functionerende zorg (kwantitatieve effecten: minder verwijzingen, sterkere eerstelijnszorg). Multi-disciplinaire samenwerking ziet de overheid als een belangrijk instrument voor het bereiken van de gewenste doelen. Volgens de nota *Eerstelijnszorg* houdt die samenwerking het volgende in:

- x integrale zorg;
- x gericht op gemeenschappelijke doel-populatie van de vier kerndisciplines;
- x werkgebieden van ongeveer 30.000 inwoners.

Het streven naar een dergelijke situatie is in het onderzoek als uitgangspunt genomen.

In de stad Utrecht wordt nergens in een structurele vorm in een bepaald werkgebied door alle vier kerndisciplines samenwerkend. Samenwerking waarbij minstens drie kerndisciplines betrokken zijn is er wel, namelijk binnen de drie gezondheidscentra en in de verschillende Wijkwelzijnsoverleggen. De Wijkwelzijnsoverleggen kenmerken zich door een veel bredere samenstelling dan bedoeld bij multi-disciplinaire samenwerking. Verder draagt het overleg vaak een vrijblijvend karakter en is het overleg niet gericht op de directe hulpverlening. Het Wijkwelzijnsoverleg functioneert naast een gebiedsoverleg eerstelijnszorg waarin de vier kerndisciplines participeren. Het wijkwelzijns-overleg dient dan als brug tussen initiatieven op het terrein van het sociaal-cultureel werk/maatschappelijke dienstverlening en samenwerkings-initiatieven op het terrein van de eerstelijnszorg.

Samenwerking binnen de eigen discipline komt het meest voor, maar ook samenwerking tussen twee kerndisciplines vindt vrij veel plaats. Van de huisartsen heeft 20% structureel overleg met de wijkverpleging, 45% met het algemeen maatschappelijk werk (AMW), en 1% met de gezinsverzorging. Van de zeven basiseenheden van de kruisvereniging kennen er vier structurele samenwerking met huisartsen, één met het AMW en vijf met de gezinsverzorging. Bij het AMW hebben zeven van de acht basiseenheden structurele samenwerking met huisartsen, twee basiseenheden met de wijkverpleging en niet één met de gezinszorg. De drie instellingen voor gezinszorg zeggen alle geen structurele samenwerking met huisartsen te hebben, terwijl één instelling zegt dit wel te hebben met het AMW. Wel kennen alle drie de instellingen structurele samenwerking met de wijkverpleging. Bij de overlegsituaties is dus sprake van een duidelijke gerichtheid: de huisartsen richten zich vooral op het AMW en in mindere mate op de wijkverpleging, het AMW richt zich binnen de eerstelijnszorg vooral op de huisart-

sen en de wijkverpleging en de gezinszorg richten zich vooral op elkaar.

## Samenraapsel

De multi-disciplinaire samenwerking tussen de vier kerndisciplines in de stad Utrecht is nog nauwelijks een breed gedragen verschijnsel. Hiervoor zijn een vijftal clusters van redenen:

- x geen gemeenschappelijke visie op de zorg-/hulpverlening c.q. verschillen in visie, werkwijze en mentaliteit;
- x het ontbreken van een structuur waarbinnen multidisciplinaire samenwerking gestalte kan krijgen;
- x een accent op mono-disciplinaire samenwerking;
- x nauwelijks is sprake van een goede samenwerkingsattitude;
- x ontbreken coördinerende functie.

Men wijt de geringe samenwerking aan het ontbreken van één gemeenschappelijke visie op de hulpverlening binnen de eerstelijnszorg. Grote verschillen qua visie, werkwijze en mentaliteit spelen daarbij een belangrijke rol. De eerste lijn is duidelijk nog een samenraapsel van allerlei disciplines, die elk hun eigen tradities en ontwikkeling hebben. De eerste lijn kan niet gezien worden als één geheel.

Een tweede reden is het ontbreken van een eenduidige opzet van de samenwerking in Utrecht en in de verschillende gebieden in Utrecht. Werkgebieden zijn niet op elkaar afgestemd en er bestaat weinig eenduidigheid in samenwerkingscontacten. Ter illustratie: ongeveer de helft van de Utrechtse huisartsen werkt in bijna alle zeven gebieden (per gebied ongeveer 30 à 35 duizend inwoners). Alle huisartsen weer eigen manieren om met de andere disciplines om te gaan.

De verschillende disciplines leggen van oudsher een accent op samenwerking met disciplinegenoten. Iedereen bepaalt voor zichzelf hoeveel tijd men wil besteden aan werkzaamheden die niet direct op de cliënt/patiënt betrekking hebben. Door samenwerking met 'disciplinegenoten' blijft weinig of geen tijd over voor samenwerking met anderen.

Veel hulpverleners staan weinig positief ten opzichte van samenwerking met de andere disciplines binnen de eerste lijn. Instellingen en beroepsbeoefenaars zien die samenwerking als een bedreiging van de eigen positie of de eigen beroepsidentiteit. De stedelijke organisaties laten weinig ruimte voor een eigen autonomie van de werkeenheden in de wijken. Men is schijnbaar bang dat de werkeenheden zich meer zullen gaan identificeren met de samenwerking in de wijk dan met de stedelijke instelling. Ook kan vrees bestaan dat een instelling zijn herkenbaarheid verliest doordat in mindere mate sprake is van een eendui-

dig hulpaanbod. In de stad Utrecht zijn dan ook nog eens drie verschillende instellingen voor gezinszorg actief, hetgeen deze situatie versterkt.

De vijfde reden voor het niet of nauwelijks van de grond komen van multi-disciplinaire samenwerking is het ontbreken van de coördinatie functiepersoon. Nu wordt de coördinatie er vaak 'bij' gedaan door de hulpverleners. Naar mijn idee zou bijvoorbeeld een ondersteuningsorganisatie, zoals het Regionaal Ondersteunings Platform, zoals dat in Utrecht bestaat, in dit kader een duidelijke functie kunnen hebben: per gebied zou een vaste formatie beschikbaar moeten zijn voor de multi-disciplinaire samenwerking.

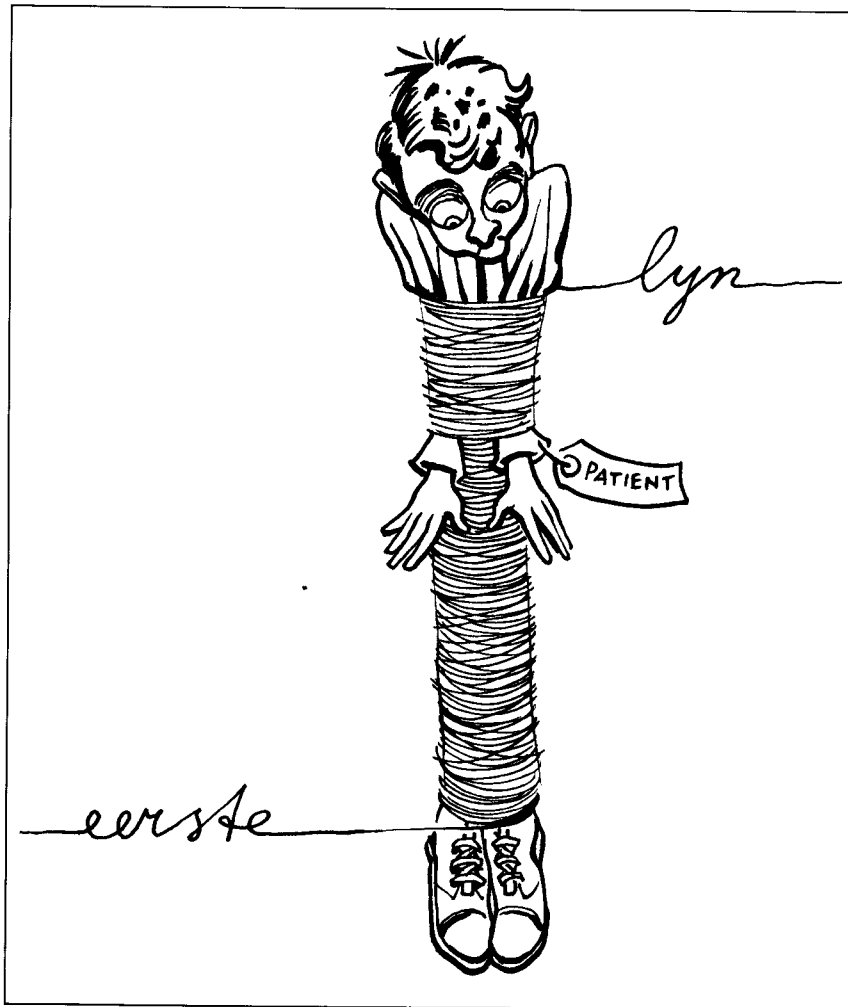
## Projectorganisatie

In het onderzoek is een model ontwikkeld waarmee een deel van de drempels voor multi-disciplinaire samenwerking wordt weggenomen. Het voorstel is tot een soort projectorganisatie te komen per werkgebied. Het is hierbij zeker niet de bedoeling om de huidige stedelijke organisaties ter discussie te stellen. Deze kunnen gewoon blijven bestaan, alhoewel er meer ruimte gegeven moet zijn voor initiatieven in de verschillende werkgebieden. Elk gebied kan dan een eigen nadere invulling van de samenwerking geven: er moet ruimte blijven om elke discipline te laten samenwerken met de disciplines waaraan men ook de meeste behoefte heeft om samen te werken. De intensiteit van samenwerking van disciplines moet in de concrete praktijk van discipline tot discipline kunnen verschillen.

In de projectorganisatie beperkt de samenwerking zich tot de vier kerndisciplines; huisartsen, AMW, wijkverpleging, gezinszorg, en eventueel de fysiotherapie. Bij de werkgebieden dient men uit te gaan van de indeling in zeven basiseenheden van de kruisvereniging voor de stad Utrecht.

De structuur van de organisatie kent drie geleidingen: basiseenheidsoverleg, subteams en taakgroepen. In het basiseenheidsoverleg zijn de vier disciplines vertegenwoordigd. Vanuit dit "overkoepelend" overleg kunnen de subteams en taakgroepen worden ingesteld en hier worden de essentiële beslissingen van de samenwerking genomen. De functie van dit overleg kan onder andere zijn:

- x ontwikkelen gemeenschappelijke visie op de hulpverlening;
- x formuleren takenpakket waarvoor men als organisatie staat en de taakverdeling van die taken;
- x algemene afspraken over werkwijze, bereikbaarheid contacten met derden;
- x creëren van saamhorigheid, bijvoorbeeld door het organiseren van the-



mabijeenkomsten.

In de *sub teams* kan de concrete inhoudelijke samenwerking gestalte krijgen: het overleg over de patiënten. Een keuze voor geografische subteams binnen het werkgebied is niet wenselijk omdat hierdoor de keuzevrijheid van de patiënt wordt beperkt. Het systeem van organisatorische subteams is meer aan te bevelen. Dit betekent bijvoorbeeld het koppelen van de samenstelling van de subteams aan groepen huisartsen of tewel praktijkgerichte teams.

Via de *taakgroepen* kan nieuwe visieontwikkeling tot stand komen. Men kan zich bijvoorbeeld bezighouden met de ontwikkeling van protocollen, 7 x 24 uurs bereikbaarheid, flankerend bejaardenbeleid/bejaardenhulp, thuiszorg, hulpverlening aan terminale patiënten of hulp aan buitenlanders.

Het organisatie-model is vooral bedoeld als de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg. De onderdelen staan niet vast en hebben tot doel om houvast te bieden in discussies.

Het ontwerpen van een model is wat anders dan het concreet gestalte geven aan verbetering van samenwerking. In de praktijk is het uitwerken van samenwerking een moeizaam proces. Het wegnemen van structurele knelpunten en het veranderen van de cultuur in de eerstelijnszorg kan niet van de ene op de andere dag. Desondanks besluit ik met een aantal stellingen/voorwaarden die aan een dergelijk proces toch een kleine bijdrage kunnen leveren.

1. Doet het kiezen voor een wijkgerichte aanpak in de eerstelijnszorg is er een beter management van die eerstelijnszorg mogelijk. De eerstelijnszorg zal doelmatiger kunnen functioneren, het werk kan beter op elkaar afgestemd worden en de kwaliteit van de zorg kan toenemen;
2. De vier (of vijf) disciplines die de kern vormen bij een dergelijke aanpak (of een ander vergelijkbaar model) zouden op stedelijk niveau (Plaatselijke Huisartsen Vereniging, directie AMW Utrecht, directie kruisvereniging en directie instellingen gezinszorg) de intentie moeten

uitspreken om naar een wijkgericht model te willen streven. Men zou bereid moeten zijn hier aan mee te werken (o.a. grotere autonomie voor werkers in de gebieden). Vervolgens kan binnen de zeven gebieden vorm gegeven worden aan de wijkgerichte aanpak van de eerstelijnszorg.

3. Binnen de huisartsenwereld zal men de reorganisatie van patiëntenbestanden serieus moeten nemen. Zonder een rigouze reorganisatie is een wijkgerichte aanpak op korte termijn heel moeilijk.
4. Met een keuzevrijheid uit 10 à 16 huisartsen is de keuzevrijheid in voldoende mate gewaarborgd. Een dergelijke keuzevrijheid is immers in vele kleine kernen zelfs niet aanwezig.
5. Door de wijkgerichte aanpak zal men de verschillende hulpverleners waarmee de eigen patiënten te maken krijgen aanmerkelijk makkelijker leren kennen en leren begrijpen. Het probleem van de visieverschillen en de verschillen in mentaliteit zullen verminderen en in de toekomst steeds minder een probleem vormen.
6. Door in de praktijk geconfronteerd te worden met een meer efficiënte en effectieve manier van samenwerking zullen steeds meer mensen een positieve houding ten opzichte van samenwerking krijgen.
7. De gemeente zou een nuttige rol moeten en kunnen spelen bij het openbreken van de discussies over de organisatie van de eerste lijn c.q. de multidisciplinaire samenwerking in Utrecht. ~ ~

#### Literatuurlijst

Souverein, C.R.. Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht, deel 6 - Samenwerkingsrelaties en klachten- en verwijzingspatroon. Gemeente Utrecht, Utrecht, juni 1987.

Joint, N.K., N.H.I. Oriëntatie op de eerstelijnszorg. Joint, Den Bosch, 1984.

Souverein, C.R.. Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht, deel 4 - Basisgegevens. Gemeente Utrecht, Utrecht, december 1986.

#### Noot

1. het Wijkwelzijnsoverleg is een samenwerkingsverband van hulpverleners uit een bepaalde wijk of regio. Een welzijnsoverleg is in hoofdzaak gericht op onderwerpen die in verband staan met het werkgebied en niet op de besprekingen van cliënten/patiënten. Het doel van zo'n wijkwelzijnsoverleg is om een goed en blijvend contact tussen hulp- en dienstverleners in een gebied te realiseren. De wijkwelzijnsoverleggen zijn breed samengestelde samenwerkingssituaties en dus zeker niet beperkt tot de vier kern disciplines (Joint, N.K., N.H.I., 1984).

## Voortplantingstechnieken

Annemiek Onstenk en Linda Wilkens (red.), *Voortplanting als bio-industrie. Vrouwen, kwaliteitskinderen en de beheersing van de vruchtbaarheid*, Amsterdam (Sara/Van Gennep) 1987, ISBN: 906012.7463, prijs: f 34,50.

Voortplantingstechnieken: dat zijn zowel de nieuwe manieren om kinderen te krijgen als de methodieken voor het opsporen van afwijkingen bij toekomstige kinderen. Zij die nieuwe voortplantingstechnieken goed of slecht? Of die vraag een antwoord heeft, en zo ja, welk antwoord, hangt af van de maatstaven voor goed en slecht en hoe die worden gehanteerd. Zullen ze geld opleveren (zo ja, voor wie?), zullen ze de kans vergroten om gezonde kinderen te krijgen (voor wie?), zullen ze de keuzevrijheid vergroten of mensen tot slaven maken?

Het is deze laatste vraag, gericht op vrouwen, die de auteurs van *Voortplanting als bio-industrie* stellen, en hun maatstaf voor goed en kwaad heet zelfbeschikking. 'Het thema van dit boek', schrijven de redactrices, 'is terug te brengen tot de volgende vraag: betekenen de technieken een verlossing van (on)vruchtbaarheid of een bedreiging van autonomie en integriteit? Kunnen vrouwen met behulp van de technieken beter beschikken over haar voortplantingsvermogen of worden zij ondergeschikt gemaakt aan de maatschappelijke druk om "kwaliteitskinderen" af te leveren?' Deze vragen krijgen een duidelijk antwoord. In de slotbeschouwing staat: 'In dit boek is vrijwel uitsluitend kritisch, afhoudend of afwijzend, sceptisch en waarschuwend geschreven over de nieuwe technieken die de voortuitgang bracht (...) Eigenlijk zijn alle schrijfsters het er over eens dat de nieuwe voortplantingstechnologie geen aanwinst is in de strijd voor zelfbeschikking.'

*Voortplanting als bio-industrie* is een bundel artikelen die tot doel heeft de juichstemming over de voortplantingstechnieken te doorbreken en vrouwen aan het denken en spreken te zetten door de schaduwzijde naar voren te halen. Van IVF worden niet de geweldige mogelijkheden naar de geweldige risico's benadrukt, van politici wordt de slapheid naar voren gehaald, van bevolkingspolitiek in ontwikkelingslanden de misdadige kanten, van genetici de eugenetische motieven, en van juristen de patriarchale neigingen. Die kritische benadering levert veel zinnigs op. Maar soms zijnde analyses wel erg simpel en hebben ze een sfeer alsof er toch nooit iets nieuws onder de zon is. Zo concludeert Christine Ewing over de relatie tussen nieuwe genetica en oude eugenetica: 'Deze nieuwe eugenetica verschilt niet zoveel van de oude, alleen worden nu wetenschappelijke

technieken in plaats van wetten gebruikt: om het vorm te geven.' Mij lijkt het dat wie iets van de nieuwe eugenetica wil begrijpen ook oog zal moeten hebben voor de grote verschillen tussen toen en nu

### Taal

In *Voortplanting als bio-industrie* is de rol van de voortplantingstechnieken duidelijk: ze worden ingezet binnen de oude onderdrukkende systemen van normen en waarden. Goed en slecht kunnen eenduidig worden vastgesteld.

Wat goed lijkt en niet, wordt niet alleen bepaald door maatstaven maar ook door waarnemingen. Mensen die naar verschillende dingen kijken zien iets verschillends, en er valt een heleboel te zien rond menselijke voortplanting, want er verandert veel in hoog tempo. Technieken spelen daarbij een grote rol, maar niet alleen doordat ze worden toegepast en ingezet. Ze brengen ook veranderingen die minder gemakkelijk te overzien zijn: ze veranderen bijvoorbeeld de taal. De technieken brengen bijvoorbeeld nieuwe termen met zich mee die onvermijdelijk ook invloed hebben op het denken. Het is de moeite waard om aandacht te besteden aan die veranderingen in taal, als invalshoek op de veranderende werkelijkheid rond voortplanting.

Neem *moederschap*. In *Voortplanting als bio-industrie* wordt er de nadruk op gelegd dat de nieuwe manieren om kinderen te krijgen de druk op vrouwen om moeder te worden helpen versterken: 'In de visie van veel artsen is moederschap het centrale en meest wezenlijke doel in het leven van vrouwen. Het ligt voor de hand dat naarmate het moederschap een meer centrale rol krijgt toebedeeld onvruchtbaarheid automatisch als een groter probleem gezien wordt. Bij onvruchtbare vrouwen en vrouwen zonder kinderen moet wel bijna de indruk ontstaan dat er iets fundamenteels aan hen mis is.' Dit schrijft Dymphie van Berkel (pg. 59), en het lijkt me een zinvolle opmerking. Maar er is meer gaande, met de taal bijvoorbeeld. Moederschap is een woord met een heel veld aan betekenissen. Zo staat het bijvoorbeeld net zo goed voor iets biologisch als iets sociaals (moederen). De voortplantingstechnieken hebben invloed op dat betekenisveld: door deze technieken wordt er nu onderscheid gemaakt tussen een genetische moeder (van wie de eicel afkomstig is), een fysiologische moeder (die het kind draagt en baart) en een sociale moeder (die voor het kind zorgt). Een moeder die alleen genetisch moeder is lijkt op een vader in de juridische zin van het woord: zij is een verwekker. Zij plant net als een vader haar 'zaad' in een vrouw. De technieken stimuleren zo een discussie over de verschillende componenten van moederschap en doorbreken de automatische koppeling van al die componenten. Dat is, zou ik denken, niet bij voorbaat negatief of positief, maar wel interessant.

Niet alleen de 'kinderkrijgstechnieken', maar ook de genetische technieken leiden tot veranderingen in de betekenis van moederschap. Aan de ene kant ontstaat er weer een nieuwe eis aan de 'goede moeder': vrouwen komen onder druk te staan om 'kwaliteitskinderen' af te leveren. Dit is de kant die in *Voortplanting als bio-industrie* wordt benadrukt, en die heel reëel is: de druk daartoe kan in de toekomst onder andere van verzekeringsmaatschappijen uitgaan. Aan de andere kant zorgen de technieken ervoor dat het concept van de goede moeder juist onder druk komt te staan, zoals Barbara Katz Rothman in haar boek *The tentative pregnancy* laat zien. Een goede moeder is tot nu toe iemand die veel, bijna alles, voor haar kinderen over heeft, stelt ze. Egoïsme is wel de meest vreselijke beschuldiging die een moeder over zich heen kan krijgen. Dat maakt argumenten over de behoeften van kinderen ook zo beladen: het zijn vrouwen die in die behoeften moeten voorzien.

Prenatale diagnostiek, (de techniek om voor de geboorte afwijkingen bij een kind op te sporen) leidt tot selectieve

abortus en dus ook selectieve acceptatie van kinderen. De keuzen die vrouwen daarbij moeten maken, zijn ingrijpend en vaak afschuwelijk. Kiezen voor abortus kan het gevoel geven 'egoïstisch' te zijn. Maar Rothman laat zien dat zo'n selectief moederschap tegelijk een ontkenning vormt van de mythe van de alles-gevende, alles-accepterende goede moeder.

Kortom, de technieken worden enerzijds ingezet binnen bestaande normen en opvattingen, maar zorgen tegelijk dat allerlei oude vanzelfsprekendheden niet meer vanzelfsprekend lijken.

### Kwaliteit

Het taalgebruik rond voortplanting verandert snel en op veel manieren. Wordt kunstmatige inseminatie in de jaren vijftig nog vrij algemeen vergeleken met overspel, die analogie doet de meeste mensen nu toch vreemd aan. Andere analogieën en metaforen komen ervoor in de plaats. De taal over voortplanting gaat bijvoorbeeld steeds meer lijken op de taal rond de produktie van goederen. Er wordt gesproken over het *aanleveren* van eicellen, over opbrengst, kwaliteitskeuring etc. Daaraan gekoppeld floreert een economische taal waarin sprake is van een markt, van vraag en aanbod en van producenten en consumenten. Kinderen *krijgen* verandert daarmee in kinderen *maken*, kinderen *nemen* en kinderen *bestellen*. In dit taalgebruik van produktie en handel ligt een aantal consequenties voor de hand: kinderen zullen niet als goederen aan zekere minimumkwaliteitseisen moeten voldoen, en er zullen criteria worden gezocht en ontwikkeld voor technische perfectie. Om deze economie draaiende te houden zal het ook nodig zijn om de vraag te stimuleren en het aanbod op peil te houden, zodat de markt niet instort. Ook dit brengt grote veranderingen voor het ouderschap met zich mee. Er zullen nieuwe verantwoordelijkheden ontstaan, vooral in verband met 'kwaliteit', iets dat in *Voortplanting als bio-industrie* terecht als een ingrijpende ontwikkeling wordt gesignaleerd. En deze nieuwe economische orde zal waarschijnlijk niet door moeders worden beheerst.

Dat er kwaliteitseisen aan kinderen worden gesteld is niet vergezocht in een samenleving waarin het gezonde en normale op het erepodium staan en het afwijkende een plaats in de marge heeft. Elly Elshout en Annemiek Reijnders schrijven in hun bijdrage aan het boek over die marginalisering: 'Dit proces van onzichtbaar maken van mensen met een handicap heeft zich onder invloed van die toegenomen professionalisering razendsnel voltrokken. Gehospitaliseerd in peperdure instituten bleef er van hen weinig meer over dan objecten van zorg, die bij de rest van de samenleving nog slechts medelijden konden opwekken.' Het hoeft niet te verbazen dat de elementen die zich in deze onzichtbare duistere hoeken van de samenleving ophouden nogal sinister gaan lijken, en dat over afwijkingen een criminologische terminologie aan het ontstaan is, die eveneens door deze schrijfsters wordt gesignaleerd. Mensen worden ervan *verdacht* afwijkingen te hebben, en afwijkingen moeten worden *opgespoord*. Zulk taalgebruik tekent de status van afwijkingen in de samenleving.

Wie naar taal luistert, kan nog heel verschillende maatstaven voor goed en kwaad hanteren. Maar de taal bepaalt ondertussen ook zelf wat goed is en niet goed: hoe kan iets nog goed lijken, wanneer het als verdacht wordt benoemd?

*Voortplanting als bio-industrie* heeft als doel vrouwen aan het denken en spreken te zetten over de nieuwe technieken en kan er zo toe bijdragen dat vrouwen nieuwe vormen gaan geven aan de taal over goed, kwaad en voortplanting.

Cor van de Weele

### Noten

1. Eugenetica is het streven naar genetische verbetering van de mensheid, een streven dat berucht is geworden door de racistische dwangmaatregelen in de eerste helft van deze eeuw in onder andere de Verenigde Staten en vooral door de moord op grote schaal in Nazi-Duitsland. Zie over de verschillen tussen toen en nu Cor van de Weele, *Genen beter maken Is de medische genetica eugenetisch?*, in: TGP 1987/1.
2. Zie onder meer: Barbara Katz Rothman, *The tentative pregnancy. Prenatal diagnosis and the future of motherhood*, New York (Viking Penguin), 1986. En Edward Yoxen, *Unnatural selection? Coming to terms with the new genetics*, London (Heinemann), 1986.
3. Barbara Katz Rothman: zie noot 2.

## Mooi Cosmetica kritisch bekeken

Lucas Reijnders en Wouter Klootwijk, *Mooi. Cosmeticagids*, Amsterdam, Van Gennep, 1988, 119 pagina's, ISBN 80.6012.748.X, prijs: f 19,90.

Het gaat goed met de cosmetica-industrie in Nederland. Per jaar geven we met zijn allen bijna twee miljard gulden uit aan schoonheidsmiddelen, terwijl de markt nog lang niet verzadigd lijkt. Van zeep, shampoo en tandpasta tot vochtinbrengende crèmes, mondverfrissers en haargroeimiddelen, iedereen gebruikt cosmetica. 'Hoe dat komt? Voor wat Nederland betreft, zegt de cosmetica-industrie heel openlijk: dat komt doordat wij ze daartoe hebben overgehaald. Handel en industrie hebben met behulp van bakerpraat in vrouwenbladen ongeveer iedereen plat gekregen', schrijven Lucas Reijnders, medewerker van de Stichting Natuur en Milieu, en Wouter Klootwijk, Volkskrantredacteur, in hun onlangs verschenen cosmeticagids *Mooi*.

De cosmetica-industrie heeft in Nederland praktisch vrij spel. Anders dan bij geneesmiddelen hoeft de fabrikant niet aan te tonen dat zijn produkt de aangeprezen werking heeft. Evenmin hoeft hij op de verpakking te vermelden waaruit het produkt precies bestaat of via een bijsluitertje waar schuwen tegen mogelijke bijwerkingen. Controle van overheidswege vindt plaats op grond van de Warenwet, maar de regels zijn voor cosmetica niet erg streng. Consumentenorganisaties bemoeien zich weinig met cosmetica en de cosmeticajournalisten hebben banden met de industrie. Objectieve consumentenvoorlichting is dus hard nodig en *Mooi* voorziet daarin.

De rondgang langs de verschillende cosmetische producten is ontvullend. Genadeloos, maar met gevoel voor humor prikken Reijnders en Klootwijk de clichés door die de cosmeticabranche dagelijks over ons uitstrooit. Voeden de crèmes? 'De aangewezen weg om de huid te voeden loopt via de maag.' Hypo-allergene cosmetica? 'Dat zijn geen begrippen waarvan de betekenis ergens vastligt.' Veel cosmetische producten blijken niet de eigenschappen te bezitten die eraan worden toegedicht. Om het haar te 'voeden', te 'herstellen' of 'kracht' te geven, bevatten shampooos tegenwoordig 'kruiden(extracten)', proteïnen (eiwitten), eigeel, zemelen, amandelextract, , vitaminen, moutextract en bier. Al deze bestanddelen kunnen worden beschouwd als frutsels die aan het uiteindelijke wasresultaat niet noemenswaard bijdragen. Wel kunnen ze veel schelen in de prijs.

En wie verder mocht denken 'baat het niet, het schaadt ook niet', die komt bedrogen uit. Veel cosmetica kan nare bijwerkingen hebben, zoals irritatie, overgevoeligheidsreacties en infecties, of ze bevatten de nodige schadelijke of verdachte stoffen.

Reijnders en Klootwijk geven een aantal recepten om zelf goede en goedkope cosmetica te maken. Leuk ter illustratie, maar praktisch van weinig belang, lijkt mij. Wie gaat bijvoorbeeld naar de firma Henkel in Nieuwegein, om 4 gram Cutina o aan te schaffen of is in staat om 50,1 gram alcohol af te meten? Zo zijn er meer bezwaren. Hoe gevaarlijk zijn nu eigenlijk producten die stoffen bevatten waarbij er 'aanwijzingen van wisselende sterkte (zijn) dat ze erfelijk materiaal kunnen veranderen en/of hij proefdieren de kans op kanker kunnen vergroten'? Omdat de auteurs slechts hier en daar verantwoorden waar zij hun kennis, op baseren, wordt lang niet altijd duidelijk waar ze hun informatie vandaan halen. Tot slot had een literatuurlijst niet misstaan.

Een en ander neemt niet weg dat *Mooi* een informatief en prettig leesbaar boekje is. Wie zich mooi wil maken, weet nu wat meer over welke risico's hij of zij neemt. Wie zijn lichaam goed wil verzorgen, weet nu dat hij zich beter kan beperken tot een washandje, een eenvoudig stuk zeep en een goed dieet.

Jos Date

## Baanloosheid en gezondheid

*Baanloosheid, een punt van aandacht voor hulpverleners?*, Projectgroep Baanloosheid en Gezondheid Amsterdam-Zuidoost, Amsterdam 1988. Geïnteresseerden kunnen een of meerdere exemplaren bestellen door f 7,50 per exemplaar (inclusief verzendkosten) over te maken op postgiro 4525603 t.n.v. Project Mensen Zonder Werk, Krimpertplein 32, 1104 PH Amsterdam-ZO (tel.: 020-980880), o.v.v. Info-brochure Projectgroep Baanloosheid en Gezondheid.

Het laatste nummer van TGP maakte duidelijk dat vanwege sommige arbeidsomstandigheden werk niet te allen tijde als een gezonde bezigheid is te kwalificeren! Dat omgekeerd het niet hebben van werk de gezondheid per definitie bevordert, kan men evenmin voetstoots aannemen. Zeker hulpverleners in de gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening kunnen zich daarover op zijn minst vragen stellen. En dat is nu precies wat de Projectgroep Baanloosheid en Gezondheid met de brochure *Baanloosheid, een punt van aandacht voor hulpverleners?* hoopt te bereiken.

De projectgroep is een samenwerkingsverband tussen het Project Mensen Zonder Werk (PMZW) in Amsterdam-Zuidoost en diverse gezondheidsinstellingen in die regio. De projectgroep kent verder een begeleidingscommissie die opvallend breed is samengesteld uit onder meer vijf verschillende universitaire instituten, het ministerie van wvc als subsidiënt en de vakbond. Actief sedert 1985 stelt de projectgroep zich ten doel 'te wijzen op de ziekmakende effecten, die de sociaal-economische recessie heeft op mensen die zonder betaalde arbeid in hun materiële en immateriële behoeften moeten voorzien'.

De projectgroep streeft dit doel op tweeërlei wijze na. Ten eerste door hulpverleners gevoelig te maken voor mogelijke effecten van baanloosheid op de gezondheid. In de tweede plaats door divers onderzoek naar de verleende en gewenste steun. De brochure weerspiegelt dit tweeledige spoor. Eerst wordt de lezer geschetst, welke type klachten kunnen voortkomen uit het statusverlies en de maatschappelijke bejegening die baanlozen krijgen te verstouwen. De brochure wijst op de kloof die kan ontstaan tussen hulpverleners als bezitters van betaald werk en hulpvragers die dat me: hebben. Een kloof aan weerszijden waarbij machteloosheid eerder toe- dan afneemt, wanneer de baanloosheid

voortduurt. Wat hebben hulpverleners in dergelijke uitzichtloze omstandigheden eigenlijk nog te bieden? En wat kunnen mensen zelf doen om de greep op hun bestaan niet te verliezen of weer te verkrijgen? De brochure zoekt op deze pregnante vragen het antwoord in 'het vergroten van de handelingscompetentie'. Voor het aanpakken van gevoelens van machteloosheid wordt van baanlozen en hulpverleners een actieve opstelling vereist. De baanloze zou de strijd tegen een dreigende apathie kunnen aanbinden via het organiseren van zelfhulp zoals het PMZW doet. Om van daaruit werkzaamheden met een persoonlijk en maatschappelijk nut te ondernemen. In een boeiend hoofdstuk met tal van concrete voorbeelden laat de brochure zien hoe dit in de praktijk kan gaan.

Ook de hulpverlener kan zijn 'handelingscompetentie' verruimen. In de eerste plaats door het ontwikkelen van een grotere gevoeligheid voor ontstaan en beleving van problemen waarin mensen buiten hun schuld terecht zijn gekomen. In de geïnstitutionaliseerde zorg worden oorzaken van geestelijk en lichamelijk lijden veelal eerder in het individu dan in de omgeving gezocht. De hulpvrager in kwestie lijkt aldus persoonlijk verantwoordelijk voor de omstandigheden waarin hij verkeert. Dit gewonnen inzicht biedt de hulpverlener zelf uiteraard nog geen soelaas, maar wel een beter vertrekpunt om het probleem meer met de klant te delen en aldus de bovengeschetste kloof te verkleinen. Vervolgens is het wenselijk zich te verdiepen in de individuele mogelijkheden, beperkingen en maatschappelijke kansen, zonder de psychische component uit het oog te verliezen. Doel daarbij is de baanloze meer greep op zijn bestaan te helpen krijgen. Natuurlijk kan de hulpverlener geen ijzer met handen breken bij de gewenste aanpak van structurele oorzaken van de onderhavige problematiek. Wel kan de zorgsector een signaalfunctie uitoefenen om 'de politiek' te confronteren met de schadelijke gevolgen voor mensen als zij langdurig van betaald werk verstoken blijven.

Uit het voorgaande moet de lezer niet opmaken dat de brochure pretendeert een handleiding te zijn om uit de impasse te geraken waarin je je als hulpverlener vaak voelt verkeren met de al even machteloze hulpvrager. De brochure vraagt vooral aandacht van de hulpverlening voor deze problematiek, die vaak liever uit de weg wordt gegaan. Zij schetst niet meer dan de contouren van nieuwe handelingswijzen van baanlozen en hulpverlening te zamen.

De projectgroep stelt wel scholingsmateriaal in het vooruitzicht, dat zij zo dicht mogelijk bij de dagelijkse hulpverleningspraktijk wil laten aansluiten. De brochure eindigt daarom met een korte enquête, waarin de lezer wordt uitgenodigd om zijn ervaringen met de beleving, aanpak en ideeën inzake de baanloosheidsproblematiek te verwoorden.

De brochure is bijzonder fraai vorm gegeven en gelardeerd met prachtige illustraties van o.a. George Grosz en Käthe Kollwitz.

Nicode Louw

### Noten

1. Meijman, T. en R. Vreeman, 'Vakbondspolitiek in een versnipperde sector', in: TGP 1/88.
2. De projectgroep hanteert de term baanlozen in plaats van werklozen om 'een grote groep mensen in onze samenleving aan te duiden. Onder "baanlozen" verstaan wij mensen die geen betaald werk (meer) hebben. Met name bedoelen wij degenen die van een uitkering moeten leven [...]. Als ook degenen die financieel afhankelijk zijn van hun partner. Het begrip baanloosheid betekent tevens dat mensen die tot deze groep behoren weliswaar zonder baan maar niet per definitie zonder werk zitten.'

# KORT & GOED

Verkoop uw scriptie: stuur haar op naar Kort & Goed en vele belangstellenden zullen zich melden. Ook aankondigingen, verslagen, folders, boeken en opinies zijn welkom. Adres: Kort & Goed, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

Kort & Goed wordt samengesteld door Maud Verhoofstad.

## Moedersterfte

Ieder jaar sterven ten minste 500.000 vrouwen aan oorzaken die direct of indirect in verband staan met hun zwangerschap. Dit cijfer van de *World Health Organisation* is volgens de verschillende vrouwenorganisaties nog te laag, zij spreken zelfs van ongeveer één miljoen.

Dit onderwerp, *maternal mortality*, stond centraal op de internationale dag voor de gezondheid van vrouwen van 28 mei jongstleden. Het doel van deze dag was o.a. de start van een internationale campagne voor preventie van sterfte in of rondom de zwangerschap, dat wil zeggen tijdens de zwangerschap of binnen 42 dagen na het beëindigen ervan (ongeacht de duur).

Naar aanleiding van deze dag is een speciale uitgave verschenen, waaraan diverse internationale vrouwenorganisaties een bijdrage hebben geleverd. Naast verschillende algemene artikelen en een CIJferoverzicht is in een aantal case-studies beschreven onder welke omstandigheden vrouwen gestorven zijn tijdens of na hun zwangerschap.

Verder zijn er bijdragen uit Zuid-Azië, Latijns-Amerika en (West-)Europa. Ten slotte wordt ook ingegaan op de relatie tussen bloedtransfusie, AIDS en sterfte van vrouwen tijdens of na de zwangerschap. Voor meer informatie over de uitgave of over de internationale campagne kunt u terecht bij: Women's Global Network on Reproductive Rights, Postbus 4098, 1009 AB Amsterdam, tel. 020-923900.

## Kernbewapening ongezond

In mei 1987 werd in de Haagse Kloosterkerk een symposium gehouden met als titel *Kernenergie (on)beheersbaar*. Het symposiumverslag is nu beschikbaar. Hierin wordt o.a. door prof. J. Blok besproken 'Tsjernobyl in wereldperspectief', de Britse kernfysicus prof. F. Barnaby stelt zich de vraag

'Can democracy survive the nuclear age?' en de IKON-journalist D. Mol maakt een speurtocht naar de veiligheidsvoorzieningen rond Dodewaard.

Een exemplaar van dit verslag is aan te vragen bij: Komitee Gezondheidszorg Tegen Kernbewapening, Postbus 10500, 2501 HM Den Haag.

## Beroepsziekten

*Uw lichaam aan het werk* is een gezamenlijke uitgave van het GAK, afdeling Adviesring Bedrijfsveiligheid, en het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA). In deze uitgave wordt ingegaan op de invloed van hart, bloed, lever, nieren, maag, ogen, oren enzovoort. Maar ook het totaalbeeld van het menselijk lichaam komt aan bod.

Het boek komt oorspronkelijk uit Zweden, een land dat op het gebied van arbeidsomstandigheden een voortrekkersrol heeft. Het is in het Nederlands vertaald vanwege de complete, genuanceerde en voor de lezer toegankelijke benadering van de problematiek. De uitgave is geschikt voor voorlichtings-, onderwijs- en instructiedoeleinden, zowel op medisch als op arbeidsomstandigheden gebied. Maar ook zij die meer willen weten van de werking van het menselijk lichaam en van beroepsziekten kunnen in deze uitgave terecht.

Het boek kost f 15,- (incl. BTW), excl. verzendkosten, en is te bestellen bij GAK/AB, postbus 8300, 1005 AC Amsterdam of bij NIA, Antwoordnummer 1316, 1000 SL Amsterdam.



# GERONTO '88

In het jaar 2020 zal ongeveer 40 procent van de West-europese bevolking ouder zijn dan 55 jaar. Daarnaast zal het aantal 80- en 100-plussers toenemen, terwijl de totale bevolking nauwelijks meer groeit. Parallel daaraan loopt een andere trend: de zorg en begeleiding van ouderen moet verbeterd worden. Sluitende oplossingen voor vele problemen en ontwikkelingen op dit gebied dienen gevonden te worden: betere hulpmiddelen en aanpassingen, een adequatere verwerking van gegevens, verlenging van het verblijf in eigen huis of omgeving. Dit laatste beantwoordt tevens aan de sterk groeiende

behoefte aan onafhankelijkheid.

Aan dit totaal van aspecten zal aandacht worden besteed op GERONTO '88, een internationale tentoonstelling voor ouderenzorg en -begeleiding. GERONTO wordt georganiseerd door het Belgisch Verbond der Verzorgingsinstellingen, de Nationale Federatie Wit-Gele Kruis van België, de Nationale Kruisvereniging uit Nederland en het Medisch Technologie Platform Nederland.

GERONTO '88 vindt plaats van 11 tot en met 14 oktober in het Maastrichts Expositie & Congrescentrum. Inlichtingen kunnen aldaar worden verkregen, tel. 043-838383.

# OLVG-SAK

Door het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en de Stichting Amsterdams Kruiswerk is een geslaagde poging ondernomen om de samenwerking tussen wijk en ziekenhuis beter op elkaar af te stemmen. Door middel van een project van één jaar is er gewerkt aan het ontwikkelen van een betere beeldvorming van beide disciplines en aan het beter laten verlopen van de samenwerking via geformaliseerde procedures. Dit heeft o.m. tot gevolg dat de beide verpleegkundige disciplines eerder met elkaar contact opnemen om opname en ontslag beter voor te bereiden en de ziekenhuispatiënt wordt eerder gestimuleerd om van de wijkverpleging gebruik te maken.

~verdit project is een verslag verschenen, *Continuïteit van verpleegkundige zorg in Amsterdam Oost*. Het is te bestellen bij de Stoa, Herengracht 418, 1017 BZ Amsterdam, tel. 020-233034.

# Pessarium

Bij het vrouwengezondheidscentrum in Utrecht is onlangs een brochure verschenen onder de titel *Het pessarium, een goed alternatief*. Deze brochure geeft informatie over een goed voorbehoedmiddel, dat een betere plaats verdient dan het nu heeft, aldus de vrouwen van het vrouwengezondheidscentrum. Uit ervaring van vrouwen, hulpverleners en literatuurstudie weten we dat het pessarium door veel artsen en gynaecologen niet in de eerste plaats genoemd wordt wanneer hen advies gevraagd wordt betreffende anticonceptie.

Er is over het pessarium relatief weinig informatie beschikbaar. Dit in tegenstelling tot voorbehoedmiddelen als bijvoorbeeld de pil en het spiraal.

In de brochure komen onder andere aan de orde: wat is een pessarium, hoe moet je het gebruiken, de voor- en nadelen, de betrouwbaarheid en een verslag van een enquête onder pessariumgebruiksters.

De brochure is verkrijgbaar in de boekhandel of door overmaking van f 4,70 (incl. porto) op giro 5289687 t.n.v. Vrouwengezondheidscentrum-Brochures te Utrecht o.v.v. pessarium.

Tegelijkertijd is er een herziene versie verschenen over witte, gele, grijze, groene vloed en andere problemen van de vagina en baarmoederhals, getiteld *Van je afscheid-ning af?* In deze vijfde, herziene uitgave is de vormgeving veranderd en de inhoud aangepast aan de ervaringen van vrouwen en de medische ontwikkelingen, vooral wat betreft de yoghurtkuur en de infectie chlamydia. Deze publikatie is eveneens verkrijgbaar in de (vrouwen)boekhandel of door overmaking van f 6,25 (f 4,50 plus f 1,75 porto) op giro 5289687 t.n.v. VGC-Brochures te Utrecht, o.v.v. vaginale afscheiding.

# GEZOND 2000

Een mysterieuze ruimte is ingericht als de cockpit van een ruimtevaartuig. Toekomstbeelden volgen elkaar in hoog tempo op. Zo ziet de ontvangstruimte er uit van *Gezond 2000*, een fascinerende expositie over de toekomstige gezondheidszorg. In het Museum in Den Haag kunnen bezoekers vanaf 19 mei alvast een voorproefje krijgen van die toekomst; de expositie loopt tot en met 11 september.

Wie eenmaal een eerste stap in de futuristische ontvangstruimte heeft gezet kan niet meer terug. Na een bezoek aan de 'markt der gezondheidswerkers' en de 'tunnel der liefde' bereikt men de 'baarmoedertempel'. De ontdekkingsstocht voert verder onder andere langs de 'verloskamer 2000', de afdeling 'ongevallen en pech' en uiteindelijk komt men in de 'beziensruimte'.

De bedoeling van de, wellicht shockerende tentoonstelling is de confrontatie van de bezoeker met een andere manier van kijken naar en denken over de gezondheidszorg. Deze tentoonstelling is te zien in het Museum, Adh01:1, deerslaa- 41, 2517 HV, Den Haag. De openingstijden zijn van dinsdag tot en met vrijdag: 10.00-17.00 uur, zaterdag, zondag en feestdagen van 12.00-17.00 uur.

## Klachten van vrouwen

Onlangs is een brochure verschenen met als titel *Vrouwen en klachten over de gezondheidszorg*. Het is een gezamenlijke uitgave van de Stichting Drents Vrouwenburo, het Vrouwenburo voor de provincie Groningen en het Emancipatiesteunpunt Overijssel. In deze brochure wordt inzicht gegeven in het specifieke karakter van klachten over de gezondheidszorg, die door vrouwen worden geuit. Verder worden de achtergronden belicht, die tot dergelijke klachten aanleiding kunnen geven en worden voorstellen gedaan, die tot

verbetering kunnen leiden. De brochure eindigt met een lijst van mogelijkheden en adressen waarvrouwen met hun klachten terecht kunnen.

Inlichtingen over deze brochure zijn te verkrijgen bij: Stichting Drents Vrouwenburo, Noordersingel 29, 9401 JW Assen, tel. 05920-16865; of bij Vrouwenburo voor de provincie Groningen, Emmasingel 14, 9726 AJ Groningen, tel. 050-185363; of bij Stichting Emancipatiesteunpunt Overijssel, Wierdenstraat 40, 7607 GJ Almelo, tel. 05490-10161.

## Hygiëne en milieu

Sinds kort bestaat de stichting Net Werk. Deze houdt zich bezig met de geschiedenis van hygiëne en milieu. Van vele schrijnende problemen die het milieu of de gezondheid teisteren, is bekend dat zij hun wortels in het verleden hebben. Een aantal onderzoekers, zoals historici, sociologen, juristen en medici, probeert een beter inzicht in deze problemen te krijgen door in archieven te duiken. De stichting Net Werk legt contacten tussen hen, verspreidt informatie en ondersteunt onderzoek op dit gebied.

Zij geeft verder een tweemaandelijks contactblad uit en organiseert de activiteiten van de werkgroep voor de geschiedenis van hygiëne en milieu. Niet-leden kunnen zich abonneren op het contactblad. De werkgroep is open voor mensen van verschillende vakgebieden die historisch onderzoek over milieu en hygiëne verrichten of begeleiden.

Belangstellenden kunnen contact opnemen met: Stichting Net Werk, Winselerhof 56, 5626 IZ Eindhoven, tel. 040-423814 ('S avonds).

## Telefonische Informatie Alternatieve Geneeswijzen

In het ondoorzichtige geheel van alternatieve therapieën en therapeuten is het geven van objectieve voorlichting van groot belang, zo is de mening van de onlangs opgerichte Stichting Telefonische Informatie Alternatieve Geneeswijzen. Er wordt o.a. geput uit het informatiebestand van de Stichting Natuurlijk Welzijn, waar verantwoord werkende therapeuten en artsen worden geregistreerd na inzage in hun diploma's.

Tijdens de aanloop-tijd van drie jaar werd zó veelvuldig gebruik ge-

maakt van de informatie-mogelijkheden, dat een gezamenlijk initiatief van drie stichtingen resulteerde in de 24-uur-bereikbare telefonische informatielijn. De samenwerkende stichtingen zijn de Nederlandse Vereniging voor Gezond Leven en Natuurgeneeswijzen, de Stichting Gezondheids-educatie en de Stichting Natuurlijk Welzijn. Het telefoonnummer en adres van de Stichting Telefonische Informatie Alternatieve Geneeswijzen is: 05751-1552, Oude Vordenseweg 3, 7241 TA Lochem.

## Enquête

Categoriale patiënten- en gehandicaptenorganisaties ondernemen veel activiteiten op het gebied van voorlichting, onderlinge opvang en belangenbehartiging. Het is daarom van groot belang dat patiënten en gehandicapten op deze organisaties geattendeerd worden. Dit is een van de conclusies uit een onlangs door WERKGROEP 2000 verricht onderzoek onder 130 categoriale organisaties. In het onderzoek is uitgebreid aandacht besteed aan doelstellingen, activiteiten, organisatievorm, financiering en ondersteuning van deze organisaties.

Een verslag van dit onderzoek in brochurevorm is te bestellen door overmaking van f 10,00 (incl. verzendkosten) op postbanknummer 2866061 t.n.v. Werkgroep 2000 te Utrecht o.v.v. bestelnummer 10.