

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 13
NR. 1 / FEBRUARI 1995



**Thema:
zorg in
opleiding**

Handleiding ethiek

Burnt out in de zorg

Homeopathie in de Volkskrant

De eerste redes van minister Borst

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 13
NR 1 / FEBRUARI 1995

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is
het officiële orgaan van de Stichting
Gezondheid en Politiek.
Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:
Van Gorcum & Comp. bv.
Postbus 43
9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846
Fax 05920-72064

Redactie:
Els Borgesius, Luc Klaphake,
Saskia van der Lyke, Mathe Ribbens,
Albert Schoenmaker, Hans Tenwolde,
Ingrid van de Vegte, Joost Visser,
Eindredactie: Maarten Dulfer

Redactieraad:
Hans Blaauwbroek, Antoinette de Bont,
Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea
Dukkers van Emden, Maria
Hermsen, Joost van der Meer, Evelyn de
Leeuw, Arko Oderwald, Frans van der
Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk,
Lidy Schoon, Marco Strik, Janneke van
Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de
Wijngaart.

Redactieadres:
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Telefoon redactie: 05708-2289
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs
op aanvraag aldaar verkrijgbaar..

Abonnementenadministratie:
Opgave van abonnementen, opzegging en
adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk
doorgeven aan de uitgever. Indien twee
maanden voor het verstrijken van de
abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen wordt
het abonnement automatisch met een jaar
verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 17,50

Foto omslag:
Jan Vonk

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever..

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of
vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de
uitgever en zonder bronvermelding.
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het
gepubliceerde.

INHOUD

Thema: Zorg in opleiding

- 2 Redactioneel
- 3 Albert Schoenmaker
Inservice buiten dienst
Naar school en niet meer wonen op het werk
- 5 Martin Spaans
Opgebrand
Voorkomen dat je opraakt
- 7 Jos van der Lans
Hartstocht voor het alledaagse
..en engagement met het dichtbij
- 10 Hans Tenwolde
Beroepsethiek in de verpleging
De begrippen en hoe ze te hanteren
- 14 Annemiek Meinen
Lessen uit de praktijk
Jobrotation
- 16 Mathe Ribbens
Na Raad op Maat
De woestijnwet: adviesorganen opdoeken
- 19 Column
Joost Visser
- 20 Peter ten Cate en Dorea Ketelaars
Vooruit met een stap achteruit.
Arbeidsrehabilitatie in tijden van werkloosheid
- 23 Els Borgesius
Een moeizame mars door de straten
Psychiatrie in de buurt
- 25 Het Binnenhofje
- 26 Annemiek Meinen
We moeten vuile handen maken
Interview met Madelien Krips: vrouwenhulpverlening
- 29 J.W. Copius Peereboom
Slecht werk voor vrouwen
Schadelijke stoffen in de atmosfeer
- 31 Boeken
Over Het refrain is Hein
- 32 Signalementen



REDACTIONEEL

Achter je staat een kast met boeken en dictaten. Voor je ligt of zit een patiënt.. Die is je nog nooit beschreven in je opleiding, die combinatie van levensloop en relevante details.

Dit is de typische situatie waarin de beoefenaar van een medische professie kan falen of slagen. Hoe verbind je de teksten en denkmodellen met de levende, rijkgeschakeerde werkelijkheid? Wanneer moet je de theorie laten voor wat die is, en wanneer de patiënt? Is je intuïtie belangrijker dan het protocol? Waar ligt de grens tussen beroepsmatig en persoonlijk handelen?

Artsen, psychologen en zielzorgers, maar ook - met de professionalisering van hun beroepen - verpleegkundigen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten, groepsleiders en verzorgenden komen in zo'n positie, waarin ze verantwoordelijk worden voor de overbrugging van die kloof tussen theorie en praktijk, telkens weer, telkens anders.

Het is iedereen duidelijk dat een goede professional rijpt in de praktijk en dat ervaring de kritische succesfactor is - besproken, bekritiseerde ervaring, waarop gereflecteerd en waarover gepiekerd is. Vernieuwing en uitbreiding van kennis is daarbij belangrijk, maar niet alleen van tevoren.

Wat betekent dit voor de opleidingen? Grof gezegd moet een hogere beroepsopleiding twee dingen doen: de fundering leggen voor verantwoorde beroepsuitoefening en de leervermogens ontwikkelen waarmee de beoefenaren van hun ervaring gaan profiteren. Je kunt het alleen met de fundering doen en je kunt het ook alleen met het leervermogen doen. De vers opgeleide beginnening is een voorbeeld van het eerste en in de krant kom je soms het hilarische voorbeeld van het tweede tegen: professionals, zelfs chirurgen, die met vervalste papieren en zonder enige vooropleiding een tijd lang konden praktiseren zonder erg op te vallen.

De goede vooropleidingen zoeken naar wegen om de reflectie op ervaring alvast in te bouwen. De dubbele aanlooproute van de verpleging, via school met stages en werk met

lesdagen, weerspiegelt de erkenning dat in de combinatie van theorie en praktijk de kwaliteit groeit.. Een diploma zegt dus op zich niet veel, maar jarenlange praktijk ook niet..

Dit bepaalt het thema van de eerste TGP in 1995.

Actueel is het artikel over de verpleegkundige opleiding.

Het leervermogen kan falen waar de opleidingsbagage niet volstaat voor de barre werkelijkheid; de kans op stress en burn out is levensgroot.. Misschien moet je al in je opleiding leren hoe je ideale en werklust handhaaft in niet-ideale omstandigheden.

Zorgprofessionaliteit wordt nader geduid aan de hand van *Naar een modern paternalisme*; een pleidooi voor hart voor het vak in tijden van verzakelijking.

Een artikel gaat over de beroepsuitoefening waarin theoretische kennis en praktijkervaring zonder meer geen uitkomst bieden: bij morele kwesties, dus kwesties waarin patiënt en hulpverlener evenveel recht van spreken hebben.

Een bijzondere vorm van realiteitstest is de deeltijd-banenuitruil die een docent en een verpleegkundige voor een jaar organiseerden. Het lijkt een geschikte manier om je kennis op te frissen en bij te blijven door het contact met de overkant van de kloof tussen theorie en praktijk.

Gelukkig blijft er nog steeds ruimte voor die praktisch ingestelde verpleegkundige die al doende leert en aan 'studeren' een broertje dood heeft, maar o zo geleerd kan worden in het vak.

De thema redactie,

Els Borgesius,

Annemiek Meinen,

Hans Tenwolde,

Hetty Vlug.



IN-SERVICE BUITEN DIENST

Albert Schoenmaker

De verpleegsterflats zullen nog wel een tijdje naast de ziekenhuizen blijven staan, maar de leerling-verpleegkundigen zijn er straks niet meer. De inservice-opleiding gaat verdwijnen en de vertrouwde aanduidingen A, B en Z zullen met het systeem in de vergetelheid raken. Verpleegkundigen worden in de toekomst opgeleid om bepaalde zorgsituaties de baas te kunnen; de gerichte opleiding naar werkterrein verdwijnt. Twintig jaar hebben veld en overheid nodig gehad om te komen tot opheffing van iets dat dertig jaar geleden al een anachronisme leek.

De inservice-opleiding is de bakermat van de vorming tot verpleegkundige. De tijd dat door internering over de deugdzamheid en eerwaardigheid van jonge vrouwen gewaakt diende te worden, is echter allang voorbij. En dat het voor een ziekenhuis geen probleem was om, behalve huisbaas, zowel opleider als werkgever te zijn, is nu ook voorbij.

In 1971 zette de commissie Von Nordheim al stappen tot een herinrichting van het verpleegkundig onderwijsstelsel. De commissie schreef een advies over de integratie van verschillende opleidingen en pleitte voor een ont koppeling van werkgeverschap en opleiderschap. Sinds die dagen is de discussie niet meer van de agenda geweest.

ANDERE VERHOUDINGEN

De opheffing van het inservice onderwijs staat niet op zichzelf. Het is een onderdeel van een grotere wijziging in de opleidings- en functiestructuur voor verpleegkundigen, die verstrekende gevolgen heeft. De differentiëring in opleiding zal ook moeten leiden tot verschillende functieniveaus in de zorg. Een systeem van twee verpleegkundige niveaus leidt tot andere verhoudingen in functiewaardering en lonen. Daar is de discussie vooral om te doen.

In de loop der jaren is dat gesprek er niet duidelijker op geworden. Een buitenstaander raakt nu snel verstrikt in scherpslijperij rond begrippen als functieniveau, deskundigheidsniveau, beroepskwalificatie en opleidingseisen, die een heel particuliere betekenis hebben.

Moe van het eeuwige heen en weer gepraat, besloten de toenmalige bewindslieden Simons en Ritzen om het veld zelf een oplossing te laten zoeken. Ze subsidieerden zes experimenten onder landelijke regie. Nog eens veertien pro-

jeeten droegen op eigen kosten aan de ontwikkeling bij. De experimenten hadden tot taak om vanuit het grondidee (een duaal stelsel met opleidingen op HBO en MBO niveau) te experimenteren. Ieder project zou deelaspecten van dit systeem nader onderzoeken. Het landelijk procesmanagement (onder de naam PR06) zorgde voor het landelijk overzicht en is ervoor verantwoordelijk dat er één model naar voren komt. PR06 rapporteerde inmiddels in drie trendrapporten aan de overheid, die eind oktober de belangrijkste bevindingen heeft overgenomen.

In de plaats van het huidige bestel komen er vier nieuwe opleidingen, die moeten leiden tot een duidelijker diplomastelsel in de verpleging, waarin het doorstromen naar hogere niveaus gemakkelijker wordt. Nogal wat inservice

opgeleiden wilden nadat ze hun speld verdiend hadden ook nog de HBO-V opleiding volgen, in de hiërarchie toch een hogere opleiding. Maar dat betekende dat ze feitelijk weer helemaal over nieuw begonnen in de verpleegkunde. Ook voor MBO-opgeleiden was de aansluiting naar HBO-V ver te zoeken. Aan die situatie komt vanaf waarschijnlijk in 1996 (de streefdatum voor invoering van het nieuwe stelsel) een eind.

Het belangrijkste kenmerk van het nieuwe stelsel is dat een verpleegkundige in spe kan kiezen tussen twee leer routes. Die routes (praktijkgericht met onderwijs of theoretisch gericht met praktijkstages) leiden op tot hetzelfde diploma. Een ander belangrijk kenmerk is dat opleiding in een specifiek werkterrein A (Algemeen ziekenhuis), B (psychiatrie), of Z (Zwakzinnigenzorg), zoals in de huidige inservice, tot het verleden behoort. Verpleegkundigen worden opgeleid om een veelheid aan *zorgsituaties* het hoofd te kunnen bieden. Die zijn niet per definitie gebonden aan een werkveld.

BREDER

Vanuit onderwijsperspectief is de vernieuwing van het onderwijsstelsel een goede zaak. De keuze om de verpleegkunde te benaderen als een veelheid van zorgsituaties en niet meer als een drietal gescheiden werkterreinen, leidt tot verpleegkundigen met een bredere



Foto: Jan Vonk



professionele bagage. Dat verschillende leerroutes tot één en hetzelfde diploma leiden, kan ook als een vooruitgang worden gezien. Al met al lijken er genoeg voordelen te zijn. Wat houdt de vernieuwing dan al zo lang tegen?

Het feit dat de inservice-opleidingen buitengewoon praktisch geschoold personeel afleverden dat gedurende hun opleiding al productief was, zal bijgedragen hebben aan een gebrek aan haast. Het inservice onderwijs is ook nooit impopulair geworden bij studenten. Het bood de mogelijkheid om tegelijk redelijk te verdienen (zeker een jaar of twintig geleden) en een vak te leren. Vooral voor mensen die een tweede kans nodig hadden, was de inservice een uitkomst.

TITEL

Over de titulatuur, de status van de HBO-opgeleide versus de MBO-opgeleide verpleegkundige, blijft voorlopig vaagheid bestaan. En dat is een belangrijke zaak die op de achtergrond meespeelt. De titel 'verpleegkundige' is straks beschermd op grond van (artikel 3 van) de wet BIG. Nu houden Borst en Ritzen nog nadrukkelijk de mogelijkheid open om ook MBO-opgeleiden de status van verpleegkundige te geven. Organisaties van verpleegkundigen, zoals NU'91 en het recent opgerichte Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging, pleiten er steeds voor dat alleen HBO-opgeleiden verpleegkundige mogen heten, met de bijbehorende privileges als registratie en tuchtrecht. Ook een groep van vooraanstaande verpleegkundigen die bekend staat als de Den Treek groep, schreef de ministers een brief met die strekking.

Het ministerie van VWS wil nog geen uitspraken doen over de titulatuur, maar wacht op wat de evaluatoren van de experimenten volgend voorjaar zullen



Foto: Jan Vonk

schrijven over de gewenste eindtermen van de nieuwe opleidingen.

TE DUUR?

'Men wil het allemaal wat diffuus houden vanuit de gedachte dat HBO-opgeleiden dure krachten zijn en bovendien nogal schaars. En de werkgevers in de zorg hebben juist veel en niet te dure krachten nodig'. Zo verwoordde PvdA-kamerlid Tineke Netelenbos de discussie over niveau-aanduidingen en opleiding in het Tijdschrift voor de Ziekenverpleging (TVZ). Die werkgevers in de zorg - de ziekenhuizen, verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen - hebben voor en achter de schermen heel wat te vertellen. Zij zijn de vragers op de arbeidsmarkt en degenen die de lonen betalen. Ze vrezen voor een grote herwaardering voor functies, want die kan wel eens nadelig uitpakken. Bovendien krijgen ze geld voor de opleidingen, en dat moeten ze nu, zeer tegen hun zin, van het budget afvoeren.

De instellingen hebben ook om een andere reden nooit veel aandrang gevoeld om het systeem van opleidingen op de helling te zetten. Zij hebben belang bij een opleiding die naadloos aansluit bij de eigen bedrijfscultuur en -structuur. De eigen opleiding onder eigen regie is voor dat doel ideaal. Straks krijgen ze te maken met leerlingverpleegkundigen die weliswaar een werken-en-leren-route kunnen volgen, maar nooit meer vier jaar lang in één en dezelfde instelling.

NU DAN

Aan de twintig jaar durende discussie lijkt nu een eind te komen met een notitie van de ministers Ritzen en Borst, die pasgeleden de ministerraad passeerde en binnenkort in de Tweede Kamer zal worden besproken. De notitie volgt de aanbevelingen vanuit de experimenten. De opleidingen zagen het aankomen - ze hebben er de tijd voor gehad. Veel scholen die het theorie-onderwijs voor de inservice-opleiding leverden, zijn de afgelopen jaren al gefuseerd met HBO of MDGO-instellingen, of ze zijn gesloten. Dat betekende dat de toeloop van studenten naar MDGO of HBO-V snel toegenomen is. De MDGO-vp-opleiding ziet het aantal studenten jaarlijks met veertig procent stijgen. Dat zal voor het ministerie van Onderwijs in ieder geval reden zijn geweest nu spijkers met koppen te slaan, want dat zag de kosten voor die sector navenant stijgen en dreigde vorig jaar al met een studentenstop.

Met de opheffing van de inservice-opleiding verdwijnt een buitenbeentje in het veld van de beroepsopleidingen. Het bestaan van de inservice-opleiding lijkt het ontstaan van functiedifferentiatie in de verpleging lang tegengehouden te hebben. Want de inservice opgeleiden zweefden een beetje tussen HBO en MBO in. En het heeft nogal wat gevolgen om tienduizenden beroepsbeoefenaren ineens in status en inkomen een zetje omhoog of omlaag te geven.

Eén ding zal niet meer gebeuren: een ziekenhuis kan geen verpleegkundigen meer opleiden onder de belofte van een baan en ze vier jaar later toch meedelen dat ze niet meer nodig zijn. Maar het ministerie van Onderwijs kan misschien die plaats innemen.

Alben Schoenmaker is redacteur van TGP.

Literatuur:

T. van der Pash; 'Het woord is aan de politiek', TVZ, nr.16 (supplement), 1994, 3-5.

Het verpleegkundig onderwijs

- nu**
- * HBO-V: dagopleiding met stages in verschillende werkvelden
 - * In-service opleiding op specifiek werkterrein (A,B of Z)
 - * MDGO-verpleegkundige of verzorging
- dan**
- * Een duaal stelsel: 'leren en werken' of 'leren en stage'.
 - * Drie opleidingsniveaus: HBO-G(gezondheidszorg) voor eerste functieniveau; MBO Verpleging en MBO Verzorging voor het tweede functieniveau; KMBO (assisterende of helpende functies) voor het derde functieniveau.

OPGEBRAND IN ZORG EN VERPLEGING

Martin Spaans

Ziekteverzuim als gevolg van werkstress en burnout: het zegt veel over het werk van verzorgenden en verpleegkundigen. Opvallend is dat betrekkelijk weinig aandacht wordt geschonken aan de rol van de opleiding bij preventie van burnout. Spaans betoogt dat burnout (deels) voorkomen kan worden door leerling-verpleegkundigen in de eerste twee stage jaren extra scholing aan te bieden. Deze extra scholing moet worden aangeboden binnen het reguliere opleidingspakket van de beroepsopleidingen.

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is in het verplegend beroep een groot risico. Het ziekteverzuimpercentage van verplegend personeel in de gezondheidszorg in 1990 lag twee tot vijf procent hoger dan het algemeen landelijk gemiddelde. Bovendien kan worden vastgesteld dat de gezondheidszorg wat betreft de uitval naar de WAO zich in ongunstige zin onderscheidt van andere arbeidssectoren. Werknemers in de gezondheidszorg worden vaker afgekeurd op psychische gronden zoals overspannenheid, aanpassings- en affectieve stoornissen, namelijk voor 39,2% tegenover een landelijk percentage van 31,4.

Deze cijfers krijgen nog meer reliëf als we bedenken dat volgens deskundigen een belangrijk deel van de afkeuringen wegens aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zoals rugklachten, verklaard kan worden uit psychische aandoeningen.

Kortom, psychische overbelasting van werknemers vormt een reëel probleem binnen de gezondheidszorg. Hulpverleners, en met name verplegenden, zouden vanuit de beperkingen die het werk met zich mee brengt een verhoogd risico lopen op burnout, en daarmee op ziekteverzuim.

BURNOUT

In de meest geaccepteerde definitie van burnout moet in ieder geval sprake zijn van emotionele uitputting, gepaard gaande met afstandelijkheid of een verminderd gevoel van persoonlijke vol-

doening. Emotionele uitputting duidt op het gebrek aan emotionele energie om adequaat op problemen van cliënten te reageren. Men verkeert als het ware in een emotionele energiecrisis. Met afstandelijkheid wordt bedoeld een apathische houding ten opzichte van de cliënten, die uiteindelijk kan leiden tot cynisme en negativisme. De derde en laatste dimensie duidt op een afname van de voldoening die men put uit het eigen handelen.

Burnout-onderzoekers beschouwen burnout vooral als een dynamisch proces tussen persoon en werkomgeving. Wanneer de verplegende gedurende langere tijd niet in staat blijkt om de eisen die het werk aan hem stelt in overeenstemming te brengen met zijn mogelijkheden, treden veranderingen op in attitude en gedrag. Voorbeelden hiervan zijn de neiging om cliënten te benaderen op een mechanische en onpersoonlijke wijze of een preoccupatie ten aanzien van de eigen wensen en behoeften.

Bij burnout gaat het om chronische en emotioneel veeleisende problemen binnen de werksituatie, die leiden tot een proces van ontmoediging en frustraties, waarbij de werknemer in kwestie niet meer gelooft dat deze situatie in gunstige zin zal veranderen.

OORZAKEN

In de literatuur vinden we een breed scala aan factoren die burnout kunnen veroorzaken. Burnout ontstaat als werkstress langdurig aanhoudt en de werknemer niet in staat is om deze situatie in positieve zin te veranderen.

Veel genoemde factoren die kunnen leiden tot werkstress en burnout bij verplegenden zijn: rolonduidelijkheid en rolconflicten, hoge werkdruk, matige samenwerkingsrelaties met leidinggevenden, reorganisaties en bezuinigingen, weinig sociale ondersteuning, gebrekkige autonomie, geringe loopbaanperspectieven en de aard van de hulpverleningsrelatie. Risicofactoren met betrekking tot de verplegenden zelf zijn met name: hoge en niet-realistische verwachtingen, te grote emotionele betrokkenheid, geringe assertiviteit, en een lage zelfwaardering.

Op macro-niveau zijn bezuinigingen,

reorganisaties en fusies de factoren die in verband worden gebracht met werkstress-variabelen als hoge werkdruk en toekomstonzekerheid.

Hulpverleners zijn extra kwetsbaar voor stress en burnout als gevolg van een aantal specifieke kenmerken binnen de hulpverleningsrelatie, namelijk:

1. Binnen de hulpverleningsrelatie ligt de nadruk op problemen. De hulpvragers zijn zieken of mensen met problemen die het niet bolwerken. De hulpverlener is het meest betrokken op de probleemzijde; wat goed en probleemloos verloopt krijgt minder aandacht dan wat er misgaat.
2. Hulpverleners ontvangen weinig positieve feedback. Vaak hoort men weinig als het goed gaat, maar overvloedig veel als het mis gaat. Na genezing ziet men de mensen niet meer en 'mislukkingen' komen terug.
3. Emotionele belasting. Verplegenden hebben niet zelden te maken met emotioneel veeleisende onderwerpen, zoals: stervensbegeleiding, ernstige gedragsproblemen, agressie, dementie, enz.
4. De (on-)mogelijkheid tot verbetering of genezing. In de praktijk blijkt vaak niet meer mogelijk te zijn dan stabilisering of vertraging van het ziekteproces.

Met name verplegenden die op meer ideële gronden voor het beroep hebben gekozen en een hoog verwachtingspatroon hebben over hun bijdrage aan de genezing van hun cliënten, blijken gevoeliger te zijn voor burnout. We zien hier dat de eisen die de verplegende zichzelf stelt, zoals het succesvol helpen van mensen, kunnen conflicteren met de mogelijkheden die aanwezig zijn om hieraan te voldoen.

Essentieel daarbij is de verhouding tussen distantie en betrokkenheid. In een hulpverleningsrelatie is een bepaalde mate van betrokkenheid van de hulpverlener op de hulpvragers noodzakelijk en gewenst. Een op wederzijds vertrouwen gebaseerde samenwerking tussen cliënt en verplegende vormt de basis voor een goede hulpverleningsrelatie.

Anderzijds is een over-betrokkenheid van de verplegende ongewenst en niet-effectief. Verplegenden zullen in die situatie niet goed in staat zijn om adequaat hulp te verlenen omdat de eigen emoties centraal staan.

LEREN

Het evenwicht tussen distantie en betrokkenheid is geen vaardigheid die elke verplegende bezit, op het moment dat hij of zij de opleiding verlaat. Verplegenden moeten in de eerste praktijkjaren proefondervindelijk leren een werkattitude te ontwikkelen waarin de eigen wensen en behoeften in overeenstemming zijn met de mogelijkheden die aanwezig zijn binnen de hulpverlening. In de literatuur wordt vaak gesproken van een *reality-shock*. Hoewel er geen cijfers bekend zijn over het aantal burnt-out verplegenden in de eerste jaren, is er een groot aantal case-studies op grond waarvan geconcludeerd wordt dat het risico in deze eerste jaren groter is dan later.

In deze fase komen verplegenden tot de ontdekking dat wat ze graag zouden willen zien aan verbeteringen bij de cliënt niet, of in veel mindere mate, mogelijk is. Ze kunnen niet de zorg verlenen die ze zich zouden wensen, bijvoorbeeld omdat de tijd en aandacht over meer cliënten verdeeld moet worden of omdat behandelingen in veel mindere mate succesvol blijken te zijn. Bovendien komen ze een aantal belemmeringen tegen die het werken in arbeidsorganisaties nu eenmaal met zich mee brengt. De belangrijkste conclusie die we uit het voorgaande trekken is dat het risico op burnout in de eerste jaren van de loopbaan het grootst is.

GEVOLGEN

Burnt-out verplegenden krijgen steeds minder vertrouwen in het eigen handelen en staan apathisch en argwanend tegenover de werkomgeving. Ze voelen zich machteloos en ondernemen weinig of geen acties om nog iets aan de situatie te veranderen. De aandacht is primair gericht op de eigen behoeften en situatie en ze zijn geneigd tot het ontwijken van emotioneel en fysiek contact met diegenen die ze verantwoordelijk houden voor de situatie. Ook overwegen ze om ontslag te nemen. Naast deze psychologische reacties leidt burnout tot psychische en lichamelijke klachten, waardoor het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid toeneemt.

Behalve de negatieve, verstrekkende gevolgen voor de arbeidstevredenheid

en het ~~elzjn~~ ~~verplegenden~~ zijn er oot belangrijke consequenties voor cliënten, collega's en arbeidsorganisaties. In de eerste plaats wordt de kwaliteit van de hulpverlening aangetast. Verplegenden zullen sneller geneigd zijn om zich te beperken tot datgene wat hen opgedragen is en zich niet meer verantwoordelijk voelen voor het complete hulpverleningsproces. Daarnaast zullen vragen en wensen van de cliënt vaker als lastig en niet ter zake doende worden bestempeld. Routine komt in de plaats van betrokkenheid. Ook is uit onderzoek gebleken dat burnout samenhangt met een toename van fouten en ongelukken.

Een ander belangrijk gevolg van burnout is dat samenwerkingsrelaties met directe collega's, leidinggevend en andere disciplines verslechteren of ont-aarden in conflicten. Opgebrande verplegenden zijn sterk geneigd hun apathische houding over te brengen op anderen. Nieuwe collega's die aanvankelijk met veel energie en optimisme op het werk beginnen, wordt snel duidelijk gemaakt dat ze niet al te veel moeten verwachten van de organisatie of de leidinggevend. Uiteindelijk kan dit er toe leiden dan een geheel team van verplegenden in een burnout-proces terecht komt.

PREVENTIE

De inspanningen van werkgevers en de bedrijfsvereniging om tot vermindering van werkstress en burnout te komen, zijn voornamelijk gericht op verplegenden die als gevolg van burnout-verschijnselen regelmatig verzuimen van het werk. Vaak is het dan al te laat, want in de eerste twee jaren van de loopbaan is sprake van een verhoogde kwetsbaarheid. Als de verplegende in die beginperiode niet voldoende slaagt in de afstemming tussen zijn verwachtingen en de aanwezige mogelijkheden binnen het werk, is de kans aanwezig dat de *reality-shock* uiteindelijk leidt tot burnout.

Vanuit een preventieve gedachtegang en vanuit het ontwikkelingsproces van burnout ligt het dus voor de hand om interventies te ontwikkelen, die specifiek gericht zijn op de beginnende (of herintredende) werknemer. De plekken bij uitstek voor deze interventies zijn de praktijkgerichte beroepsopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Leerling-verplegenden volgen de praktijkopleiding binnen een instelling en de theorielessen op school. Deze vorm van onderwijs biedt perspectieven voor de aanpak van burnout.

Het voorkomen van burnout zou dus een vaste plek moeten krijgen in het onderwijsaanbod, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van praktijkervaringen van leerlingen en instellingen. Een dergelijk aanbod zou de weerbaarheid van de verplegende in de eerste fase van zijn loopbaan moeten verhogen en tegelijkertijd knelpunten en problemen binnen de werksituatie van verplegenden moeten signaleren.

OMGAAN MET STRESS

In het onderwijsprogramma moet een module kunnen worden opgenomen waarin bijvoorbeeld jaarlijks vijf lessen van elk twee uur worden verzorgd op het thema 'de relatie tussen (geestelijke) gezondheid en arbeid'.

In deze lessen moet in de eerste plaats theorie worden aangeboden die de leerlingen inzicht verschaft in het ontwikkelingsproces dat kan leiden tot burnout en ziekteverzuim. Vervolgens kunnen de belangrijkste risicofactoren binnen arbeidssituaties aan de orde komen, waarbij veel aandacht moet worden besteed aan de specifieke kenmerken van zorgverlenende beroepen.

De volgende stap is dat leerlingen aan de hand van de verworven inzichten hun eigen werksituatie, en de manier waarop ze hiermee omgaan, in kaart brengen. Allereerst kan aan de hand van bestaande modellen de eigen werksituatie worden geanalyseerd op knelpunten die leiden tot werkstress. Vervolgens kunnen de leerlingen per knelpunt nagaan hoe zij hier tot nu toe mee omgaan en wat hen dat heeft opgeleverd.

Op basis van de toegenomen kennis, de analyse van de eigen werksituatie en de manier waarop men hiermee omgaat kunnen vervolgens individuele leertrajecten worden geformuleerd. Per leerling zullen de doelstellingen verschillen. Een aantal leerlingen zullen moeten leren om hun verwachtingen en behoeften meer in evenwicht te brengen met datgene wat in de praktijk mogelijk, en vooral onmogelijk is. Hiervoor is bijvoorbeeld het begrippenapparaat van de Rationeel Emotieve Therapie (RET) geschikt, omdat die gericht is op het bijstellen van niet-realistische verwachtingen. Daarnaast zullen leerlingen ook knelpunten die zij tegenkomen tijdens hun stages moeten leren bespreken en aanpakken.

Globaal is de leermodule in de eerste fase sterk gericht op kennisstroom en bewustwording van de relatie tussen de eigen gezondheid en de arbeidssituatie. In de tweede fase wordt het accent ge-



legd op het ontwikkelen van gewenste vaardigheden. Door middel van bijvoorbeeld rollenspelen kunnen leerlingen leren om op een andere, meer effectieve, wijze om te gaan met problemen in hun werksituatie.

SAMENVATTEND

Burnout is het gevolg van aanhoudende werkstress. Dat kan te maken hebben met onvoldoende vaardigheden en een bepaalde werkhouding bij verplegenden. Uit literatuur blijkt dat negatieve kenmerken binnen de werksituatie in sterke mate samenhangen met burnout en ziekteverzuim, en dat deze kenmerken in beperkte mate te beïnvloeden zijn door verplegenden. Het belangrijkste voordeel van een onderwijsmodule over stress is dat opleiding en praktijk elkaar voeden met inzichten over de risico's en valkuilen in de eerste jaren van de loopbaan en de manier waarop heftige teleurstellingen kunnen worden voorkomen. Doel is het voorkomen van het burnoutproces vanaf het eerste moment. Enerzijds gebeurt dat door meer aandacht te besteden aan de weerbaarheid van de leerling-verplegende, terwijl daarnaast de structurele knelpunten binnen de werksituatie van verplegenden op de agenda staan. Een preventieve aanpak in het primaire proces kan veel frustraties voorkomen met gunstige effecten voor de arbeidstevredenheid en het welzijn van de verplegende en dus de kwaliteit van de zorg.

Martin Spaans is B-verpleegkundige en onderzoeker bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht.

HARTSTOCHT VOOR HET ALLEDAAGSE

Jos van der Lans

In het voorjaar van 1994 verscheen het pamflet Naar een modern paternalisme, dat in welzijns- en hulpverleningsland het nodige stof deed opwaaien. De twee auteurs, Paul Kuypers en Jos van der Lans, verzetten zich in dit vlotschrift heftig tegen de gevolgen die de verzakelijking en de nationale jacht op efficiëntie hebben op aard en inhoud van professionele zorgarbeid.

Voor opleidingen en studenten betekent hun pleidooi: leer te verhalen over het werk, verbind je met de mensen.

Jos van der Lans doet een poging om zorgprofessionaliteit tot literatuur te verheffen.

Opleiden voor zoiets als zorgprofessionals, of dat nu verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of opbouwwerkers zijn, betekent onvermijdelijk dat er een bepaalde notie moet zijn van wat zorgprofessionaliteit inhoudt. Dat lijkt een open deur, maar er is alle reden om eraan te twijfelen of anno 1995 nog wel zo duidelijk is wat nu precies onder zorgprofessionaliteit moet worden verstaan. Wordt daaronder begrepen een receptenboek van vaardigheden, een soort zorggereedheidskist waar iedereen die gedurende een opleiding de juiste handleiding heeft bestudeerd op een eenduidige manier kan putten? Of is het juist omdat het om 'zorg' gaat ingewikkelder? Is het een mix, met ervaring, intuïtie, hartstocht? Anders gezegd: is het een kwestie van kunde of is het een kwestie van karakter?

KUNDE KRIJGT OVERHAND

Het beste antwoord op deze laatste vraag is natuurlijk 'alle twee'; het is èn een kunde èn een kwestie van instelling. Maar dat is een al te gemakkelijk antwoord. In de praktijk van wat ik hier maar even de institutionele wereld van zorgen en sociale arbeid noem, is het laatste decennium een proces op gang gekomen dat in toenemende mate het werk van zorgprofessionals in een steeds nauwer sluitend keurslijf perst.

De noodzaak tot registratie, tot zo groot mogelijke efficiëntie, tot steeds nauwkeuriger protocollen, tot het tot achter de komma beschrijven van zorgproducten dreigt het noodzakelijke evenwicht tussen de kunde en de intuïtie te verstoren. Zorgprofessionaliteit dreigt daarmee in toenemende mate te vertecnocratiseren en te verbureaucratiseren. Wat minder calculeerbare zaken als betrokkenheid, gedrevenheid of een hart hebben voor het vak, lijken daarmee het onderspit te delven.

Dat was precies de reden waarom Paul Kuypers en ik in het voorjaar 1994 meenden aan de bel te moeten trekken met het pamflet *Naar een modern paternalisme*. Centraal in dit vlotschrift staat de spanning tussen aan de ene kant het moderne zakelijkheidsdenken dat in kringen van politici, bestuurders en managers in de brede sociale sector wortel heeft geschoten en aan de andere kant de essentie van wat wij als zorgprofessionaliteit omschrijven. Wij wijzen daarbij met grote stelligheid, want zo hoort dat in een pamflet, op de gevaren van allerlei moderne rationaliseringsprocessen en breken een lans voor een professional met hartstocht en doortastendheid.

BUSINESS

Het pamflet was geboren uit ongerustheid over een aantal ontwikkelingen die zich in de wereld van zorgen en sociale arbeid steeds nadrukkelijker op de voorgrond dringen. De eerste ontwikkeling is de neiging, om vanuit de noodzaak van kostenbeheersing en doelmatigheid, sociale en verzorgende arbeid in toenemende mate te beheersen, te plannen, te controleren en als een bezigheid te zien waarvan je de produkten kunt beschrijven alsof het de productie van koekjes betreft. De organisaties waarbinnen deze zorgprofessionaliteit in de praktijk gebracht moet worden, zijn zich de laatste jaren dan ook nogal eens ondernemingen gaan noemen. Het is helemaal niet vreemd meer als een ziekenhuisdirecteur over zijn organisatie praat als een onderneming die 'gerund' moet worden en die op een 'markt' opereert. Ook directeurs en



coördinatoren van Hogere Beroeps Opleidingen en club- en buurthuizen werken tegenwoordig graag de indruk dat zij aan het hoofd staan van een multinationale onderneming. In dit hele vertoog hoor je nauwelijks meer een relatievering, het is zo ingeburgerd dat bijna niemand meer in de lach schiet, terwijl daar welbeschouwd toch alle redenen voor zou zijn.

HET OUDE HANDWERK

De tweede onrustbarende ontwikkeling betreft de sluipende degradatie en devaluatie van het handwerk van de verzorgingsstaat. Dat is in onze samenleving een zeer omvattend verschijnsel aan het worden. Het is een proces dat overal in werking lijkt te zijn getreden waar publieksgerichte diensten te maken hebben met lastige, weerbarstige, weinig gemakkelijke dan wel zorgbehoevende groepen. Je ziet het binnen de politiek, waar agenten nog maar met moeite het straatwerk doen, binnen de psychiatrie, waar hulpverleners bij voorkeur niet uit hun veilige spreekkamer komen. Binnen de arbeidsvoorziening, waar bemiddeling van moeilijke gevallen buiten beeld raakt in het sociaal cultureel werk waar professionals zich steeds meer zien als faciliterende agenten.

In een merkwaardig mengsel van bureaucratisering, specialisering, ontideologisering en bezuiniging is het basiswerk van de verzorgingsstaat - het opbouwen en beheren van de maatschappij, het verzorgen van zieken, het bedienen van het publiek op straat, het helpen van de moeilijkste gevallen op de arbeidsmarkt - systematisch gevalueerd, het is onderaan de statusladder gekomen. De waardering is laag, de inkomsten zijn matig, de belangstelling is tanend - wie in dit land een beetje hersens heeft vindt zichzelf al gauw te goed voor het (om maar eens wat te noemen) bejaardenwerk of het opbouwwerk en mocht men daar toch in komen, dan ambieert men al snel een leidinggevende functie.

APPÈL

Het pamflet is vooral te lezen als een poging om een andere richting te zoeken. Het is een appèl om te komen tot revaluatie van het handwerk binnen de verzorgingsstaat. Dat doen we door het werk te omschrijven op een geheel andere manier, met andere termen, waarbij we leentjebuurt gespeeld hebben bij de literatuurkritiek. Naar onze mening wordt de essentie van de zorgprofessionaliteit, het best gekarakteriseerd door de twee uitdrukkingen die voor de lite-

ratuurcriticus Cyrille Offermans het wezen van een literaire professie uitmaken: 1. de hartstocht voor het alledaagse en 2. het engagement met het dichtbije.

In onze visie zijn zorgverleners de literatoren van het sociale. Zij scheppen weliswaar geen literatuur in de letterlijke betekenis van het woord, maar ze creëren wel verhalen, ze zijn betrokken bij dramatische gebeurtenissen en wendingen in de levens van mensen en daarbij moeten ze - op een adequate wijze - putten uit al die menselijke eigenschappen die in de literatuur vaak gedramatiseerd worden: betrokkenheid, engagement, alertheid, fascinatie, altruïsme, het geven van hoop, het zoeken naar vermogens in mensen, maar ook ontgoocheling, wantrouwen en twijfel.

ADEQUAAT HANDELEN

Het zijn allemaal zaken waar men toch maar moeilijk een markt omheen kan denken en vaardigheden die zich moeilijk in produkten en out-put laten omschrijven en zich ook niet volledig laten inroosteren of protocolliseren. Het zijn competenties die het zorgprofessionele werk niet alleen zo bijzonder maken, maar ook zo moeilijk. Veel van deze competenties zijn ook niet een kwestie van leren, maar meer een resultante van een persoonlijke ontwikkeling. Zo als iemand die kan schrijven nog geen literator is, zo is iemand die een opleiding heeft doorlopen nog geen goede professional.

Daar komt veel meer voor kijken. Een goede professional is, zo omschrijven we het in navolging van de Utrechtse onderzoeker Geert van der Laan 'iemand die op elke situatie verschillend en onvoorspelbaar reageert en toch adequaat handelt.'

Dit soort kryptische en paradoxaal ogende formuleringen zijn niet erg populair in zorgverlenend Nederland, of nauwkeuriger uitgedrukt: in de kringen die zorgverlenend Nederland *runnen*, managen of besturen. Mensen wier professie het is om een organisatie te leiden, kunnen er weinig mee. Zij klagen - en overigens zelden ten onrechte - over de professionele autonomie waar werkers zich in verschansen en proberen deze aan te tasten door het werk in meer organisatorische en beheersmatige termen te omschrijven.

IMAGE VAN DE ZORG

Ze hebben daarbij bovendien de wind in de zeilen van wat ik altijd maar aanduid als het Achterhuis-complex. Dat is

een sterk anti-hulpverleningssentiment, een neiging om zorgbetoon als een afzonderlijke en vaak mallotige wereld te zien, een trend die zich hardnekkig in onze samenleving verscholen heeft en wat rondom 1980 zijn intellectuele legitimatie kreeg door het veel aangehaalde, maar nauwelijks gelezen boek *De markt van welzijn en geluk* van Hans Achterhuis.

Sindsdien hangt aan niet echt gespecialiseerde vormen van hulpverleners een klef geurtje, het zijn mensen die je de adem ontnemen, zich geheel over je ontfermen en je vervolgens op sleeptouw nemen. Dat beeld is blijven hangen. Het is weliswaar een beeld dat nagenoeg niets met de werkelijkheid van professioneel hulpverleners te maken heeft (wat dat betreft is het meer van toepassing op tal van alternatieve psycho-religieuze hulpverleners, die tegenwoordig ongestoord hun gang mogen gaan), maar dat heeft niet mogen verhinderen dat deze sfeerbepaling van het geiten-wollen-sokken-hulpverleners niet zonder gevolgen is gebleven.

In de eerste plaats heeft het bijgedragen aan de devaluatie van de status van een breed type zorgprofessionaliteit, in de tweede plaats is in maatschappelijk opzicht de zorg voor het sociale erdoor in verlegenheid gebracht, waardoor het naar de marge van de publieke en intellectuele belangstelling en naar de achterhoede van de politieke prioriteiten verschoof en in de derde plaats heeft het ook invloed gehad op de houding van de professionele werkers zelf. Men ging meer op zijn tellen passen, er ontstond een nieuwe hang naar zakelijke professionalisering en de wet van de non-directiviteit werd een alom geaccepteerd leerstuk. Die wet zegt dat de hulpverlener niet ongewenst opdringerig is, dat de individuen in hun waarden moeten worden gehouden, dat ongevraagde hulp uit den boze is, dat bemoeizorg eigenlijk bemoeizucht is.

SOLIDARITEIT ZOEK

Een wel zeer treffende verbeelding van dit leerstuk trof ik aan op de voorkant van de uitnodiging voor een symposium over 'Bemoeizorg: een last of een lust?' dat de afdeling gezondheidszorgopleidingen van de Hogeschool van Alkmaar ter gelegenheid van het tweede lustrum in november organiseerde. Op de folder stond een fraaie tekening waarin een angstig konijntje (de hulpvrager) wordt besprongen door een roofdier (de machtige hulpverlener). Duidelijker kan het dominante denken (of is het de professionele angst?) in

hulpverleningsland niet uitgedrukt worden; het is een denken waarin de polariteit tussen kwetsbaarheid en manipulatie overheerst en waarin voor zoiets als solidariteit, gerechtigheid en betrokkenheid nagenoeg geen plaats is.



Hoe aardig de prent verder ook is, met de werkelijkheid anno 1995 heeft deze weinig van doen. In toenemende mate heeft Nederland te maken met mensen die zijn ontspoord, zijn vereenzaamd, zijn vastgelopen zonder dat ze in de omstandigheden verkeren dat ze daar uitgebreid en weloverwogen kunnen reflecteren. In die cultuur past dus niet meer een aan kantooruren gebonden hulpverlening die wacht tot de persoon in kwestie met een gerichte hulpvraag komt, in die situatie past een aanwezige en creatieve bemoeizorg, die natuurlijk respect houdt voor de eigenwaarde van mensen, maar ze tegelijkertijd opjut, motiveert, wakker schudt, aan afspraken houdt, thuis opzoekt, etcetera. Dat noemen Paul Kuypers en ik in ons pamflet dus 'een modem paternalisme'. 'Paternalisme' omdat de hulpverlener geen misplaatste bescheidenheid toont; 'modem' omdat het op de altijd aanwezige vaardigheden van het betreffende individu gericht is en wars is van de morele beladenheid van onmaatschappelijkheidsbestrijding van de jaren vijftig of de politieke drammerigheid van de jaren zeventig. Dat heeft dus niets met bloeddorstige roofdieren te maken, maar met hartstocht voor het alledaagse en engagement van het nabije en bovendien met een elementair gevoel van rechtvaardigheid. Allemaal zaken, nogmaals, waar tegenwoordig geen markt meer voor lijkt te zijn.

MODERN PATERNALISME WERKT

Wie echter in de vakbladen van het welzijnswerk, van de jeugdhulpverlening, van de arbeidsbemiddeling, van de sociale psychiatrie op zoek gaat naar de succesverhalen, komt tot de verrassende ontdekking dat het steeds om initiatieven gaat waar mensen op enigerlei

wijze onconventioneel en modem paternalistisch aan de slag gaan. Of het nu de T-teams in de jeugdhulpverlening zijn die in de drie grote steden thuisloze jongeren op het goede spoor zetten, of de huisbezoeken die men in Hengelo aan langdurig werklozen brengt, of de bemoeizorg van een Riagg-team in Rotterdam, het zijn allemaal initiatieven waarin zorg- en hulpverleners actief en opdringerig in beweging komen en niet langer het recept uit het handboek voorschrijven.

Helaas blijkt die professionele zorgwerkelijkheid steeds moeilijker te verwezenlijken. Wat juist vanzelfsprekend zou moeten zijn, wordt in onze samenleving in toenemende mate behandeld als een vervelende uitgavenpost, een aanzwellende salarispost, waarbij de kosten moeten worden geminimaliseerd en de baten moeten worden gemaximaliseerd. Dat leidt dus tot thuiszorg in pakketjes van 57 minuten, juist waar mensen een beetje verlegen zitten om wat bemoeizorg; dat leidt in de zorgsector in toenemende mate tot het wegnemen van het hart uit de professie, waardoor het vak voor nog minder mensen aantrekkelijk wordt en we steeds verder van huis raken.

OPLEIDINGEN

Het zijn ontwikkelingen waar de zorgopleidingen op zich weinig invloed op hebben. Maar helemaal machteloos staan ze nu ook weer niet. Het zijn immers de opleidingen die de zorgprofessionals afleveren die zich in deze technocratiserende wereld staande moeten houden. En dat betekent dat studenten niet alleen een vak geleerd moet worden, maar in toenemende mate ook het vermogen om dat vak binnen bureaucratische instellingen hoog te houden, de competentie om hun zorgprofessionaliteit te beschermen tegen institutionele verordeningen en regels.

Dat kan alleen maar als ze in staat zijn hun sterkste wapen in stelling kunnen brengen: de casuïstiek. Ze moeten kunnen verhalen over de levens van de mensen waar ze een rol in spelen. Ze moeten op hun eigen professionele wijze de literatuur van het alledaagse gaan schrijven. Ze moeten de hartstocht kunnen preken. Want dat is het enige waar technocraten niet mee uit de voeten kunnen.

Jos van der Lans is journalist.

Dit artikel is een bewerkte versie van een lezing ter gelegenheid van het lus-

trumsymposium 'Bemoeizorg: een last of een lust?' dat de sector gezondheidszorg van de Hogeschool van Alkmaar op 24 november 1994 heeft georganiseerd.

Het pamflet 'Naar een modern paternalisme' is verschenen bij Uitgeverij de Balie, Amsterdam, tel.: 020-6233673.



BEROEPSETHIEK IN DE VERPLEGING

Hans Tenwolde

Morele vragen zijn inherent aan het beroep van verpleegkundige. Ze maken deel uit van de dagelijkse praktijk van verpleging en verzorging en de antwoorden moeten in de situatie zelf worden gevonden. Wat heb je daarbij aan onderwijs in de ethiek? Zijn daar begrippen en denkmanieren te vinden waar je wat aan hebt? De klassieke benaderingen van de ethiek zijn nogal gericht op beslissingen. Twee andere benaderingen in dit artikel hebben meer aandacht voor de beroepshouding, om handigheid te verwerven in het omgaan met morele vragen.

Het dagelijkse werk van de verplegende en verzorgende beroepen zit vol met morele vragen. Soms zijn dat grote morele kwesties, zoals we ze kennen van televisieprogramma's en kranteberichten - rond het staken van behandeling of het verzwijgen van ernstige fouten. Maar meestal zijn de morele vragen meer alledaags: mag een leugentje om bestwil, hoever mag je gaan bij het uitvoeren van druk, hoe intiem mag je zijn met pupillen, mag je hulp weigeren, hoe ver reikt je bemoeienis met het gezondheidsgedrag van je cliënt..

Antwoorden op zulke vragen zitten verscholen in ieders praktijk.. De uitoefening van het beroep is geladen met kleine en grote normatieve beslissingen. Denkend over de wisselwerking tussen theorie en praktijk komen dan een paar vragen op. Bestaat er morele deskundigheid en kan je dat leren? In hoeverre biedt de ethiek - de discipline waarin systematische bezinning op morele vragen plaats vindt - enig houvast voor de praktijk? En zijn er richtingen in de ethiek die juist voor verpleging en verzorging veel betekenen?

BENOEMEN

Voor het verwerven van deskundigheid is een vaktaal belangrijk. Het feit dat er een term 'bloem' bestaat, maakt een gesprek over planten gemakkelijker. Zo wordt ook het praten over morele problemen in de verpleging vergemakkelijkt door ethische termen: morele

plicht, norm, professionele waarde, beslissingsbekwaamheid, autonomie. Wellicht minder eenduidig dan 'bloem', maar ook de gewone omgangstaal heeft veel termen met een morele lading: trouw, misleiding, beloven, moed, loyaliteit, moordwif, on-dankbaar, sympathie, eerbied, schande, schoft..

Een ethisch vocabulaire is onmisbaar gereedschap voor verpleegkundigen. Je kunt zo'n woordenschat ontwikkelen door te communiceren over morele problemen, bijvoorbeeld in de opleiding. Ethische termen zijn onmisbaar wanneer je in observatie, reflectie en discussie wijzer wilt worden van je werk..

Naamgeving is ook een hulpmiddel om terugkerende problemen te beschrijven. Met termen als 'spraakverwarring', 'verkeersopstopping', 'ruzie', kun je complexe probleemsituaties in minder dan een seconde uitleggen. In de gezondheidsethiek kennen we dilemma, conflict van plichten, afweging van voor- en nadelen, twijfelachtige beslissingsbekwaamheid.

Echter, de namen voor de problemen hebben veel meer het karakter van interpretatie, omdat probleemsituaties steeds anders zijn en complex. Misschien is het probleem verkeersopstopping eigenlijk het te grote aantal auto's.

Zo is de leugen om bestwil voor de ene verpleegkundige zuiver een conflict tussen morele plichten ('ik moet helpen, maar ik moet ook de waarheid spreken'), maar voor een ander is het misschien een simpele afweging tussen voor- en nadelen ('het doet haar geen goed als ik dat vertel!'). Bepalend voor de benoeming van morele vragen is een ethische oriëntatie.

Deontologie en consequentialisme

Laten we eens kijken naar de benoeming van een veelvoorkomend type probleem in de gezondheidszorg, de vraag of je iemands autonomie altijd moet respecteren.

De grote waarde die in onze cultuur wordt toegekend aan zelfbeschikking van mensen blijkt onder meer uit het publieke debat over kwesties in de ge-

zondheidszorg. In hoeverre mag iemand zelf over zijn of haar lichaam, leven en dood beschikken? In hoeverre is iemand daartoe in staat? En in welk geval mag een hulpverlener nu de verantwoordelijkheid overnemen? Zulke vragen keren steeds terug in de debatten over zelfdoding, reageerbuisbevruchting, kunstmatige voeding van comateuzen, orgaandonatie, dwangverpleging enzovoort..

Ook in de gewone dagelijkse verpleging kun je te maken krijgen met autonomievraagstukken. Het volgende praktijkgeval is illustratief:

Een opgenomen patiënt heeft geen zin om voor de zoveelste keer een prik te krijgen, of die nu nodig is of niet.. Ze is het ziekenhuis zat en stuurt de leerling-verpleegkundige resoluut weg. Even later komt een ervaren verpleegkundige aan haar bed. Een kordate aanpak resulteert in tien seconden tot haar overgave.

Een onpartijdig toeschouwer zal zeggen dat geen zin hebben in een prikje heel goed voorstelbaar is, maar dat enige overreding in het belang van iemands gezondheid ook wel te rechtvaardigen is. Men ziet hier het bekende conflict tussen het 'weldoen' van de verpleegkundige en de 'wilsbepaling' van de verpleegde. In dit type situatie spelen bijna altijd vragen als:

- in hoeverre de verpleegde het nu wel echt meent;
- of de weigering van iets goeds nu wel echt een autonoom besluit is;
- of de patiënt niet gehouden is aan medewerking doordat ze eerder autonoom had besloten zich te laten opnemen;
- of het gezondheidsbelang wel een conflict waard is;
- in welke gevallen inbreuken op autonomie geoorloofd zijn.

Men kan - met verschillende uitkomsten - deontologische beschouwingen tegenkomen (die naar de intrinsieke waarde van het gedrag kijken). Bijvoorbeeld: 'de patiënt is verplicht om mee te werken' of 'zonder toestemming doe ik niets'.

Ook consequentialistische benaderin-



gen van dit probleem (die de gevolgen van het gedrag afwegen) zijn mogelijk: 'het sop is de kool niet waard' of 'als ze zich weer beter voelt zal ze blij zijn dat we even hebben doorgezet'.

Die twee benaderingen van morele problemen - deontologie en consequentia-lisme (of utilisme) - zijn de bekendste voorbeelden van ethische oriëntaties. Ze botsen vaak, en in de praktijk zal bijna iedereen tot afweging tussen de twee typen argumenten komen.

Casuïstiek

Het zal echter duidelijk zijn dat we voor een goede beoordeling van zo'n praktijkgeval eigenlijk meer moeten weten dan wat er in vijf regeltjes tekst staat. Zou het om een kalmerende injectie gaan voor een vluchtgevaarlijke agressieveling, dan zagen we de situatie misschien anders.

Je kunt zelfs de vraag stellen, of de benoeming van ons probleem met behulp van een ethisch vocabulaire wel zin heeft. Zijn de situaties in verpleging en verzorging niet te verschillend? Kun je wel generaliseren?

Het aardige is, dat de geneeskunde op dit punt inspirerend is. De geneeskundige voelt in zijn professie diezelfde spanning tussen algemene kennis enerzijds en een unieke situatie anderzijds. Een dokter moet oog hebben voor betekenisvolle details. Een dokter moet niet redeneren als een wiskundige, maar als practicus. Naast de kennis uit de leerboeken staat een ophoping van ervaringskennis uit relevante situaties, de casuïstiek. De - laten we het woord maar noemen - geneeskunst is een mix van theorie en praktijk, toegediend door een wijs en bekwaam -geworden- dokter.

Daarmee hebben we een voorbeeld voor een type deskundigheid dat ook voor het beantwoorden van morele vragen van belang is. Zo'n ethiek levert niet alleen principes, begrippen en instrumenten, maar is ook geïnteresseerd in die dagelijkse accumulatie van ervaring en wijsheid en die steeds fijnere neus voor de morele betekenis van unieke details.

Steeds weer optredende discussie over praktijkgevallen leidt dan tot de vorming van een soort 'morisprudentie'. Dit is een manier om naar ethisch juiste beoordeling te groeien zonder toepassing van algemene principes en zonder vaste benadering van morele vragen. Er is dus een tussenweg tussen het wat rigide denken vanuit principes en het totale relativisme van de veel gehoorde uitspraak: 'Je kunt er niks van zeggen,

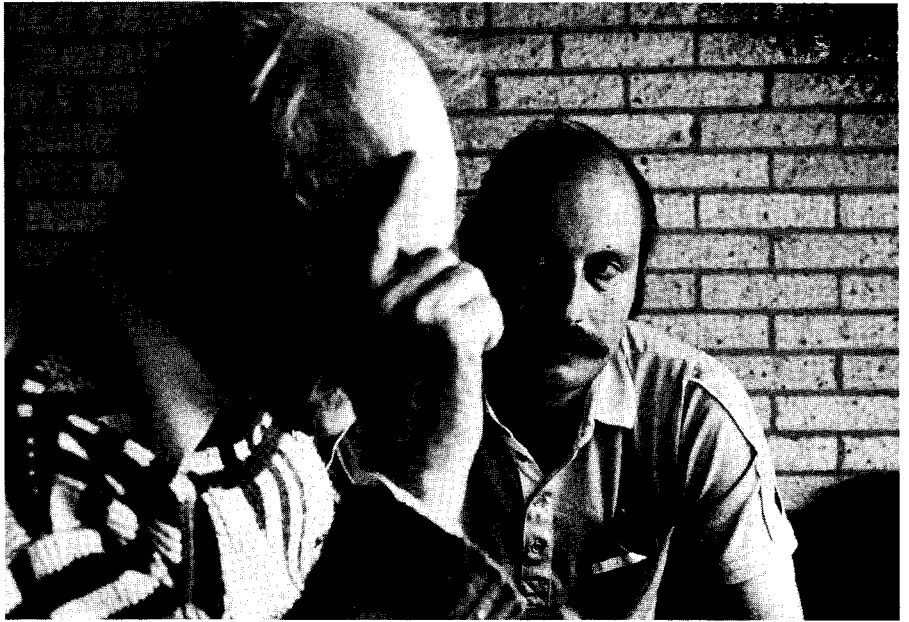


Foto: Jan Vonk

het is toch altijd anders.'. Omdat het steeds anders is, kun je er steeds meer over zeggen. De strategie van de casuïstiek verhoogt de ethische competentie.

Deugdeethiek

We gaan terug naar ons voorbeeld - dezelfde situatie, maar met andere mensen:

Een opgenomen patiënt heeft geen zin om voor de zoveelste keer een prik te krijgen, of die nu nodig is of niet. Ze is het ziekenhuis zat. De leerling-verpleegkundige krijgt opdracht haar toch een injectie te geven. Hij voelt daar niet veel voor en laat dat merken aan die onwillige mevrouw. Er ontstaat een gesprekje over hoe rottig sommige dagen kunnen zijn. Haar humeur knapt wat op en na een tijdje zegt ze met een zucht: 'nou, kom maar hier met die spuit'.

Is dit verhaal nu nog steeds direct herkenbaar als een schoolvoorbeeld van inbreuk op autonomie? Zo nee, dan is dat eigenlijk wel vreemd: wat er aan de hand is wordt kennelijk mede bepaald door de houding van de verpleegkundige. Het ethische dilemma 'mag ik wel of niet een spuit geven aan iemand die het niet wil maar het wel nodig heeft' is hier als sneeuw voor de zon verdwenen. Als er al een interessante ethische kwestie is dan lijkt het wel deze: hoe kun je zo'n sympathieke verpleegkundige worden?

Ook hier geldt weer het voorbehoud,

dat we er misschien anders tegenaan zouden kijken met andere achtergrondinformatie. Zouden we weten dat het gaat om een heimelijke injectie met radio-actieve stoffen in het kader van een Pentagonproject in het Amerika van de koude oorlog, dan was die aardige leerling toch weer ineens een doortrapte of naïeve schender van autonomie.

'Het ethische dilemma is als sneeuw voor de zon verdwenen'.

Maar is zo'n goede hand van verplegen, zo'n sympathieke houding, wel een kwestie van ethiek, zullen sommigen zich afvragen. Gaat het in de ethiek dan niet over dilemma's?

Nee, dat hoeft inderdaad niet zo te zijn. Ethiek kan gaan over de vraag waar ik goed aan doe, maar ook over de vraag hoe ik een goed mens kan zijn - zeker in problematische of zelfs tragische situaties.

Misschien is het zo, dat we in de zorgsector te snel naar ethische problemen kijken op de manier waarop de behandelaar naar een gezondheidsprobleem kijkt - dat wil zeggen: natuurwetenschappelijk, met distantie, objectiverend en gericht op keuzes.

Uit het dubbele voorbeeld wordt duidelijk, dat je als verpleegkundige niet alleen morele vraagstukken tegenkomt die je met behulp van kennis en distantie kunt 'oplossen'. Nee, tegelijk



maak je er ook deel van uit, niet alleen als een deskundige met een normatief oordeel, maar als volledige persoon met deugden en ondeugden.

De morele lading van professionele beroepen als verpleging en verzorging doet een dubbel beroep op je: als iemand die morele keuzes kan maken maar tegelijk als iemand met een morele kwaliteit.

Cu re-ethiek en care-ethiek?

Behalve de klassieke benaderingen (deontologie, consequentialisme) hebben we nu twee andere benaderingen van beroepsethiek gezien (casuïstiek en deugdeethiek). Nu de verpleegeethiek toch nog in de kinderschoenen staat, lijkt het belangrijk om ervoor te zorgen dat die vier benaderingen allemaal toegepast worden.

Een bekende manier om naar de gezondheidszorg te kijken is via de twee invalshoeken curatie (*cure*) en verzorging (*care*). Het eigene van verpleegkundige beroepen wordt gezocht in de *care* en de medici worden geassocieerd met *cure*.

Eigenlijk is het natuurlijk kortzichtig om die twee praktijken helemaal gelijk te stellen aan de medische en verpleegkundige domeinen. Dokters bieden ook verzorging en verpleegkundigen hebben een aandeel in de behandeling. Toch is duidelijk waar het hoofdaccent bij ieder van de twee ligt. Je kunt je nu afvragen: hoort bij deze hang naar curatie dan wel verzorging ook een voorkeur voor een bepaald type beroepsethiek?

POLEN

We vergelijken de ideeën die schuil gaan in deze twee polen van de gezondheidszorg. De curatie baseert zich op een cartesiaans mensbeeld (een lichaam bestuurd door een geest), de verpleging op een holistisch (lichaam-geest-eenheid), of, met een rake typering, een narratief mensbeeld (hoofdpersoon van een levensverhaal).

Ziekte is in het zuivere curatiedenken een storing die gerepareerd moet worden. Die interventie is gebaseerd op rationele besluitvorming en generalistische, zelfs in protocollen vastgelegde, kennis van 'de' patiënt met een bepaalde ziekte. De verpleging daarentegen leert mensen juist te leven met ziekte. Daarvoor is empathie nodig en appreciatie van ieders eigenheid.

Ook de ontmoeting met de patiënt verschilt: een behandelaar ontvangt patiënten na afspraak, een verzorgende zoekt de patiënt op.

BEHANDEL-PERSPECTIEF

lijden is pijn

is de patiënt beslissingsbekwaam?

ethiek als houvast bij besluitvorming en keuzes bij dilemma'

vooral redentatie en legitimatie zijn van belang

aandacht voor juridische aspecten: zelfbeschikking, toestemming, informatie

sturing door regels, protocollen

moraal van keuzemomenten

moraal van kliniek

Kun je nu zeggen dat bij elk van die twee ook een type ethiek past? In het bovenstaande schema is geprobeerd twee ethische perspectieven uiteen te trekken.

De wijze van beroepsuitoefening (linkerkolom) lijkt meer gediend met goede besluitvorming; morele argumentatie is hier belangrijk, en dus kunnen deontologische en consequentialistische benaderingen van pas komen. De beroepsuitoefening van de rechterkolom lijkt beter af met een goede mentaliteit. Het type ethiek dat hier geschikt lijkt is niet allereerst gericht op beslissingen, maar op eigenschappen van professionals: hun door casuïstiek geaccumuleerde praktische wijsheid en hun professionele deugden.

Deze tegenstelling zie je ook wel beschreven als 'norm-ethiek' tegenover 'zorg-ethiek' en meestal wordt daaraan toegevoegd, dat de zorg-ethiek veel beter bij de verpleegkunde past. Tegen die geruststellende conclusie wil ik wel waarschuwen. Zo'n beroepsethiek is misschien te makkelijk voor de praktisch ingestelde verpleegkundigen. Net zoals je kunt zeggen dat de geneeskun-

VERZORG-PERSPECTIEF

lijden is zinverlies

is de verpleegde zelfredzaam?

ethiek als ruggesteun bij omgang en bepalen van houding

ook intuïtie en sensibeleit zijn van belang

aandacht voor relationele en existentiële aspecten: privacy, intimiteit, leefkwaliteit, zingeving

sturing door interactie, context

moraal van duurzame relatie

moraal van woonvorm

de niet alléén baat heeft bij die beslissingsgerichte ethiek van de linkerkolom, zou je de verpleegkunde een ethiek toewensen die toch, ook al ligt het verpleegkundigen misschien niet zo, probleemverhelderend en analytisch is, al was het maar om mee te kunnen doen aan ethische discussies met behandelaars.

Met het vervangen van een principiële en rationalistische 'norm-ethiek' door een contextuele, affectief-relationale 'zorgethiek' kies je de weg van de minste weerstand.

De vraag of de ethiek iets te bieden heeft aan de praktijk heeft hiermee een wat complex antwoord gekregen: het zou kunnen, maar dan vooral als je niet gelijk kiest voor een bepaald type ethiek en als je de termen en inzichten gebruikt bij het denken en praten over je werk.

Meso- en macroniveau

Om het nog ingewikkelder te maken: beroepsethiek heeft nog andere niveaus dan het dagelijkse werk..

Een wijkagent brengt Angela thuis.

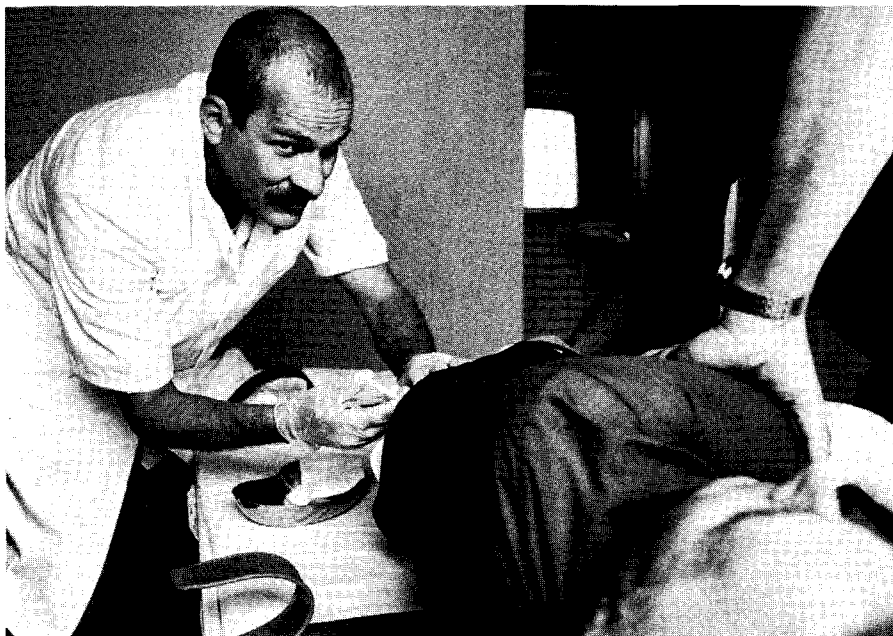


Foto: Jan Vonk

Angela - twintig jaar, zwakbegaafd, motorisch gehandicapt - woont in een gezinsvervangend tehuis. In haar elektrische rolstoel is voor een kleine duizend gulden gestolen HEMA-artikelen aangetroffen. Of de leiding haar niet binnen kan houden, zo'n meisje hoort toch niet op straat, vraagt de agent.. De mentor van Angela, die 's ochtends nog een ruzie met haar pupil heeft gehad, zou haar het liefst een nachtje op het bureau Zlen.

Wat een ingewikkelde situatie! Alleen al de betrokkenen: een meisje dat niet naar de dagopvang wil en tegenover de buitenwereld haar handicaps aandikt; een agent die vindt dat je 'zo'n zwaar gehandicapt kind' niet zonder begeleiding kunt laten; een mentor die vindt dat deze lastige jonge vrouw maar eens op moet draaien voor haar gedrag; een hoofd dat een goede relatie met de buurt en dus ook de wijkagent wil; de Hema, die na vijf keer betrappen wel eens zaken wil doen; de klanten en kennissen van Angela die wachten op hun presentjes; en in de verte de ouders van Angela die uit de oudenlijke macht zijn gezet.

We zien in deze situatie ook twee conflicterende beleidsvisies. Aan de ene kant de zorgvisie van het gezinsvervangend tehuis, overigens een heel gebruikelijke, die zegt dat zwakzinnigen misschien niet erg intelligent zijn, maar nog steeds recht hebben op deelname aan het maatschappelijk leven - ze gaan

tenslotte ook stemmen. Anderzijds de nogal primitieve kijk van de overheidsdienaar, heimelijk gedeeld door de burgerij, die erop neerkomt dat lastposten van de straat gehouden moeten worden.

Het is misschien wel moeilijk om hierin een ethische casus te zien. Maar als in de discussies over Angela's diefstal geen enkele verwijzing plaats vond naar moreel geladen begrippen als autonomie, leefkwaliteit, mensenrechten of privacy, zouden ze weinig kwaliteit hebben. Met andere woorden, dit probleem voor de leiding van een gezinsvervangend tehuis is ook een verpleeg-ethisch probleem.

MOREEL GAT

We gaan nog een stap verder.. De verknoptheid en complexiteit van morele kwesties in de verpleging is ook niet beperkt tot de direct betrokken personen en instellingen. De hallucinerende en vervuilde zwervers op het station confronteren me dagelijks met de vraag of iemands vrijheid om zich niet te laten verzorgen niet ten koste kan gaan van de menselijke waardigheid. In dit geval staar je in het morele gat dat is gevallen tussen een terugtrekkende overheid, instellingen met een moderne zorgvisie en individueel calculerende burgers die vinden dat het hen niet aangaat.

Veel morele problemen in de verpleging zijn op die manier maatschappelijk ingebed. Je ziet:

- op kleine schaal de intieme ver-

pleegrelatie met de morele vragen van de verpleegkundige;

- op middelgrote schaal het instellingsbeleid met de morele vragen van het management van een verpleeginstelling;
- op grote schaal de samenleving als geheel met haar morele vragen op het terrein van de verpleging.

Ook op de wat grotere schaal bewijst een veelzijdige oriëntatie haar nut. Principes en nuttigheidsafwegingen, beschouwingen over rechtvaardigheid, maar ook ideeën over de plaats van zorg in onze samenleving horen bij deze ruimer opgevatte verpleegeethiek.

Ethieklessen

Tot slot, wat kun je verlangen van onderwijs in de verpleegeethiek? We zagen dat het verwerven van een ethisch vocabulaire nodig is, maar dat daarna de zelfwerkzaamheid begint.. We zagen ook dat verpleegkundigen een casuïstische weg kunnen gebruiken en dat ze zich bewust zouden moeten worden van meerdere ethische oriëntaties en niet moeten blijven steken in de oriëntatie die ze van huis uit - of beroepshalve - meekregen.

Goed worden in de morele kanten van het vak vereist reflectie: leren van ervaring. Ethiekonderwijs zou daarom voor een groot deel het karakter moet hebben van training. Drie aangrijpingspunten hebben de ethiekdocenten daarbij:

- de verhalen en anekdotes van studenten over hun ervaringen met verpleging en verzorging;
- op leerrendement geselecteerde en gemanipuleerde cases;
- het gesprek in de leergroep, dat model staat voor het gesprek in de werksituatie.

Pas dan ga je profiteren van het verband tussen het vak en die eeuwenoude maatschappelijke discussies, waarin de grote filosofen van de ethiek hun rol spelen.

Hans Tenwolde is redacteur van TGP en schreef een leerboek over verpleegeethiek ('Met alle respect', Intro Nijkerk 1994).

LESSEN UIT DE PRAKTIJK

Annemiek Meinen

Een docent en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige ruilden van baan. Ze vonden er baat bij, evenals de school. Voor de werkgever van de verpleegkundige, een Riagg, was het minder interessant.

De oplossing voor vermoeide docenten is *jobrotation*, zegt staatssecretaris Tineke Netelenbos. Dat gaat dan slechts om banenruil van gelijke soort: een wiskundedocent op school A ruilt met een collega wiskundedocent op school B.

Meer revolutionair is de banenruil van Cor Vermaat en Ton Kuipers. Cor Vermaat is een man van de praktijk en werkzaam als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) bij de afdeling jeugd van de Riagg in Apeldoorn. Ton Kuipers heeft, naar eigen zeggen voornamelijk geleerd uit de boeken en werkt als docent aan de opleiding voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in Utrecht. Zij ruilden 1 jaar lang twee dagen per week van baan.

Maar is deze banenruil alleen goed voor henzelf of hebben het onderwijs en de hulpverlening er ook wat aan?

Ton Kuipers: 'Ik vond het een rare situatie, studenten te moeten opleiden voor werk dat ik zelf nooit gedaan heb. Na mijn studie klinische psychologie ben ik - bij toeval, want ik wilde werken in de psychiatrie - in het onderwijs terecht gekomen. Dat heeft altijd geknaagd. Dan gaf ik supervisie aan studenten over praktijkervaringen en vroeg ik me af of ik zelf eigenlijk wel zou kunnen wat ik de studenten leer. Ik kwam vanwege de stagebegeleiding vaak op Riaggs en leerde Cor kennen. Toen we een keer in gesprek raakten over ons werk, heb ik zogenaamd tussen neus en lippen uitgeroepen: "Zullen we eens ruilen?" Het viel meteen in goede aarde.'

Cor Vermaat werkt dan ruim tien jaar bij de Riagg en heeft het gevoel vast te komen zitten. 'Ik wilde wel weer eens nieuwe ideeën opdoen en afstand nemen.' Enthousiast kloppen beide mannen aan bij hun directies. Cor Vermaat: 'Het moment kon niet gunstiger.. In die

tijd was net geconstateerd dat veel Riagg-hulpverleners opgebrand raken en beraadde de directie zich over maatregelen. Mijn idee om eens een jaartje wat meer afstand te nemen konden ze dan ook niet zomaar terzijde leggen. "Wel jammer dat het net bij ons moet gebeuren!" konden ze nog uitroepen als bezwaar. Want het kost de organisatie natuurlijk wel extra tijd om iemand in te werken.'

Ton Kuipers wapperde met beleidsstukken toen hij aanklopte bij de directie: 'Daarin stond dat we tot meer samenwerking en uitwisseling met de praktijk moesten komen. Dat stond er al jaren, waren eigenlijk dooie letters geworden. Maar ik kon er prima op inhaken. En de directie reageerde gelijk enthousiast, van hen mocht het zelfs wel langer dan een jaar. Want zij hebben er belang bij. Er is weinig mobiliteit onder docenten en er zijn maar weinigen die naast hun docentschap werken in de praktijk. Praktijkgeschoolde docenten zijn heel belangrijk voor het onderwijs. Maar ja, als het docentenbestand vast staat moet je andere creatieve manieren verzinnen.

Overigens zou het ook een goede manier zijn om docenten te detacheren in bijvoorbeeld een ziekenhuis om de stagiaires te begeleiden. Dat werd in de tijd dat ik mijn opleiding volgde nog wel gedaan, nu nooit meer.'

GESLOTEN BEURZEN

Organisatorisch was de banenruil vlug geregeld. Ze besloten niet volledig te ruilen, maar twee dagen per week omdat sommige taken niet gemakkelijk overdraagbaar zijn. De ruil zou ook met gesloten beurzen verlopen; beiden behielden hun eigen salaris. Heel belangrijk was het contract dat de beide organisaties met de twee heren afsloten: de ruil zou maximaal 1 jaar. (op verzoek van de Riagg) duren en kon te allen tijden ontbonden worden. Als één van twee afhaakte of één van de organisaties het niet meer zag zitten, was het feest over..

Maar geen zorgen, de banenruil werd een succes.

Ton Kuipers: 'Ik werd goed ingewerkt en kreeg een vaste begeleider. Ik deed voornamelijk de intake's en deed daar

van verslag in een multi-disciplinair team. Ik vond het zelf eigenlijk heel acceptabel hoe het ging. Ik ben altijd heel serieus genomen door het team, ondanks mijn geringe ervaring. Althans, ze hebben nooit laten merken dat ze me te onervaren vonden. Want daar voelde ik mezelf natuurlijk wel onzeker over..

De docent over het werk: 'Ze hebben nooit laten merken dat ze me te onervaren vonden.'

Met name wat betreft de psycho-pathologie. Dat had ik echt niet paraat. Maar het viel me erg mee hoe het me afging. Ik vond het ook heel prettig om te merken dat ik me vrij makkelijk invoegde in een nieuwe organisatie. Want als je twintig jaar bij een instelling werkt ga je je wel eens afvragen of je nog ergens anders kan aarden. Het was erg leuk en leerzaam. Echt jammer dat ik ermee moest stoppen na een jaar.'

Had je het gevoel iets te bieden te hebben aan de andere instelling?

Ton: 'Nee, in mijn geval niet.. Hooguit dat ik als nieuwkomer reflectie kon bieden op hoe het er bij hun toeling. Maar dat was puur het nieuwkomers-effect.'

OP SCHOOL

Cor kwam binnen tijdens een moeilijke periode op de Hogeschool: 'Ik werd aan mijn lot overgelaten. Allerlei modules lagen al klaar, die ik doonas en waar ik op inspeelde vanuit mijn praktijk. Ik merkte dat ik helemaal niet meer gewend was om vanuit theorie te denken. En omdat ik maar twee dagen per week op de Hogeschool werkte gaf ik aan me vooral te willen bezighouden met de praktijkgerichte vakken. Dan speelde ik een situatie uit die ik de vorige dag op de Riagg had meegemaakt.. Dat vonden de studenten erg leuk. Ik kwam er wel achter dat die kruisbestuiving tussen theorie en praktijk op de opleiding be-

langrijk is en door de studenten erg gewaardeerd wordt.'

Klopte de voorstelling die je als docent had over het werken als SPV-er in de Riagg?

Ton Kuiper: 'Ik had al een vrij goed beeld van de Riaggs omdat ik daar vaak over de vloer kwam als stagebegeleider. Wat mij toch wel trof was de intensiteit van het werk. De druk om productie te maken. Het aantal cliëntencontacten dat sommige collega's hebben, met relatief weinig tijd om het (na) te bespreken, is veel. En de cliënten die bij de Riagg over de vloer komen zijn rijp en groen door elkaar. Ik vond dat er veel mensen met problemen bij zaten die naar mijn mening thuishoren in de eerste lijn. De Riagg was niet zo streng in het verwijzen van mensen als ik dacht...'

Cor Vermaat: 'Dat is natuurlijk een actuele discussie. Maar ik vind het persoonlijk wel prettig als er af en toe wat lichtere problemen tussen zitten waarbij je tenminste het gevoel hebt iets te kunnen betekenen. Sommige situaties zijn zo zwaar, je kan er van tevoren gif op innemen dat het helemaal mis zal gaan met de kinderen in dit of dat gezin. Na hun hele jeugd al bij de Riagg (of in een internaat) te hebben gezeten worden ze op hun achttiende gewoon verder verwezen, naar de volwassenenafdeling ...'

'Ik wissel mijn werk trouwens wel zoveel mogelijk af met groepswork, stagebegeleiding en preventiewerk. Maar er zijn inderdaad collega's die alleen maar hele ritsen cliënten ontvangen.'

Heb je het gevoel dat studenten op een goede manier worden voorbereid om bij jullie in de Riagg te komen werken?

Cor Vermaat: 'Het gekke is dat je stu-

permitteren omdat ik zoveel kennis heb dat ik er altijd uitkom. Ik vond het dus ook erg moeilijk om aan studenten over te brengen wat ik precies deed.

Wat ik vreemd vond om te constateren was dat er in de opleiding zo strikt wordt aangegeven wat wel en wat niet tot de werkzaamheden van een SPV-er zou behoren. Zo zou video-hometraining en gedragstherapie niet in het takenpakket zitten; ik doe dat dus allemaal wel. En ook dat ze werken met *verpleegplannen*, dat begrip ken ik helemaal niet. Ik heb het hooguit over een behandelplan. Als ik dat zo allemaal bezie, voel ik me helemaal niet zo'n SPV-er meer.

Er zal altijd verschil zijn tussen hoe je het tijdens je opleiding leert en je het in de praktijk zal doen. Net zoals met autorijden, als ik nu weer rijexamen zou moeten doen dan zou ik gegarandeerd zakken.'

Kreeg je door deze ruil een andere blik op je eigen baan?

Ton: 'Ik realiseer me dat mijn baan als docent heel afwisselend is. Ik heb gezien hoe zwaar het is om achter elkaar mensen beter te moeten maken. Ik ben mijn baan, en dan met name de vrijheid die ik heb in mijn baan, erg gaan waarderen. Maar als ik morgen weer van baan zou mogen ruilen zou ik het direct doen'

Vinden jullie dat zo'n ruil tussen opleider en practicus vaker moet gebeuren?

Cor Vermaat: 'Al is het maar om niet te hospitaliseren binnen je werk. Het is heel verfrissend. Ik zou het zo weer doen.'

Ton Kuipers: 'Je moet het niet doen omdat je niet goed functioneert. Het moet niet een soort therapie worden om je eigen werk leuk te gaan vinden of om het weer aan te kunnen. Want er komt nogal wat op je af. Je hebt twee banen tegelijk en dat is heel zwaar.

Als je van baan wil ruilen moet je zelf het initiatief nemen. Het komt niet van bovenaf. Je moet zelf een partner vinden en de steun van je collega's en je organisatie verwerven.'

PRO EN CONTRA

Banenruil tussen een docent en hulpverlener lijkt vooral goed te zijn voor de werknemers; het vormt een welkome afwisseling en biedt de mogelijkheid om te reflecteren en weer met nieuwe energie in de eigen baan verder te gaan. Maar voor de instellingen zelf zitten er nogal wat haken en ogen aan. De onderwijsinstelling kan er wel bij varen. Voor deze instelling is een inbreng uit

de praktijk een waardevolle aanvulling op het onderwijsprogramma. Al zou het rendement vergroot kunnen worden als de onderwijsinstelling de banenruil aangrijpt om de inbreng van de practicus meteen te integreren in het programma.

Anders lijkt het gesteld met de waarde voor de hulpverleningsinstelling: het kost veel tijd en energie om iemand in te werken en de extra know-how van een docent is beperkt. Maar een blakende en niet-vermoeide hulpverlener is in tijden dat menig collega opgebrand raakt, behoorlijk veel waard.

Annemiek Meinen is werkzaam als publiciste en trainer in de gezondheidszorg.

***De SPV-er over school:
'Studenten moeten volgens
verpleegplannen leren
werken. Zo werk ik helemaal
niet.'***

denten op een heel andere manier moet leren werken dan je zelf werkt. Je moet studenten bijvoorbeeld leren structureren. Ze moeten een gesprek voorbereiden, volgens verpleegplannen werken. Zo werk ik helemaal niet. Ik zie altijd wat op me afkomt en doe daar wat mee. Maar ik realiseer me dat ik me dat kan

NA RAAD OP MAAT

Matthé Ribbens

Wat je ook leest over adviesorganen, ergens in de tekst staat wel iets als 'de rol van adviesorganen is reeds jaren in discussie'. Daarbij maakt het niet uit of de tekst vijf, tien of al twintig jaar geleden geschreven is, hooguit het taalgebruik radicaliseert iets. Anno 1994 staat in Medisch Contact het volgende: 'In de verschillende adviesorganen zitten vaak dezelfde mensen en het is de hoogste tijd dat het "papegaaiencircuit" wordt ingeperkt'. Het raakt de kern van het probleem. De huidige externe adviesorganen in de gezondheidszorg zijn terecht gekomen in een periode van bestuurlijke drukte; wellicht volgen nu daden op de discussies na het advies van Fortuyn ('90) en het recente rapport Raad op Maat.

Volksgezondheid heeft sinds jaar en dag met ruwweg vijf adviesorganen te maken. Hun namen zijn in de loop der tijd aan verandering onderhevig geweest; veranderingen in het takenpakket zijn hier debet aan.

De Gezondheidsraad (GR)

Zij heeft tot taak de overheid te adviseren over de stand van de wetenschappen aanzien van vraagstukken op het gebied van de gezondheidszorg. Preciezer gezegd: over medisch-wetenschappelijke zaken. Het wetenschappelijke karakter werkt door in de samenstelling van de raad. Naast een voorzitter en een aantal ambtenaren/ functionarissen telt de raad 170 leden die door de Kroon zijn benoemd op grond van hun specifieke deskundigheid.

De Raad werkt in commissies, meestal ad-hoc samengesteld uit zowel raadsleden als externe deskundigen. Op enig moment zijn zo'n 65 commissies aan het werk, met een totaal van 600 mensen.

De adviezen van de Gezondheidsraad hebben betrekking op het nut en de veiligheid van potentieel nieuwe gezondheidsvoorzieningen, op het feitelijke gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen

en op het geëigend gebruik van voorzieningen.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en de Provinciale Raden

Ook dit adviesorgaan fungeert krachtens de Gezondheidswet. Was zij eerst getooid met de titel Centrale Raad, ter onderscheid van de Provinciale Raden, sinds 1982 wordt gesproken van de NRV. De Nationale Raad bestaat uit een voorzitter en maximaal 45 stemgerechtigde leden, benoemd vanuit zes geledingen: zorginstellingen, beroepsbeoefenaren, consumenten, patiënten, werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties' verzekeraars' en provinciale/ gemeentelijke overheid. Daarnaast kent de Raad enkele adviserende leden zoals de directeur-generaal voor Volksgezondheid, de hoofdinspecteurs van het Staatstoezicht én de voorzitters van de Gezondheidsraad en Ziekenfondsraad. De taken van de Nationale Raad zijn het geven van, gevraagd of ongevraagd, advies op het terrein van structuur, uitvoering, kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg, de uitvoering van wetten in dit kader, én het bevorderen van samenwerking tussen alle actoren in de zorgsector middels overleg. Daarbij wordt de Nationale Raad ondersteund door een viertal Kamers: de extra- en intramurale gezondheidszorg, de geestelijke volksgezondheid en beroepsvraagstukken.

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen

De kamer voor intramurale gezondheidszorg is gelijk te stellen met het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Dit orgaan, dat feitelijk deel uitmaakt van de Nationale Raad, wordt vaak gezien als zelfstandig adviesorgaan. Het College is belast met de uitvoering van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), en kan enkel met betrekking tot haar taak de overheid adviseren. Het College vervult een belangrijke rol in de planvorming.

Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)

Dit orgaan heeft een taak ingevolge de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Zij be-

staat uit 18 leden, waaronder 6 Kroonleden, de overige leden gelijkelijk verdeeld over werkgevers/ werknemers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het college heeft tot taak de resultaten van (tariefs-)onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars te beoordelen aan de hand van richtlijnen en met een advies aan de Minister voor te leggen. Deze richtlijnen worden inhoudelijk bepaald door zogenaamde kamers met daarin vertegenwoordigers uit de kringen van verzekeraars' en zorgaanbieders.

De Ziekenfondsraad (ZFR)

Als vijfde en laatste adviesorgaan noem ik de Ziekenfondsraad. Zij functioneert krachtens de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968), en telt 35 leden; 7 per groepering: werkgevers, werknemers, ziekenfondsorganisaties, medewerkers van fondsen (zijnde de zorgaanbieders) en overheid. Indien de AWBZ aan de orde is, telt de raadsvergadering 39 leden.

De Raad kent *uitvoeringstaken* als het toezicht op het beheer en administratie van de uitvoeringsorganen van de ZFW en AWBZ (zijnde de fondsen), controle op een correcte uitvoering van de verzekeringen en het beheer van de fondsen, namelijk de Algemene Kas van de verplichte ziektekostenverzekering en het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten. Verder heeft de raad een *goedkeurende taak* ten aanzien van overeenkomsten die verzekeraars' en aanbieders met gesloten hebben, met uitzondering van de tarieven, want daar spreekt het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg' zich over uit.

En last but not least heeft zij een adviserende taak met betrekking tot zaken die aan ZFW en AWBZ raken, zoals de kring der verzekerden, de premieprognoses en het verstrekkingenpakket.

KRITIEK OP DE RADEN

Kritiek op adviesorganen is van alle tijden. De aanleiding verschilt echter telkens. Voor dit verhaal is een tweetal zaken van belang: enerzijds het advies van Fortuyn uit 1990 en anderzijds de inspanningen die het Ministerie van Binnenlandse Zaken zich momenteel

getroost om het aantal adviesorganen rondom de Rijksoverheid drastisch te verminderen. Laat ik met de meest actuele aanleiding van start gaan: zij is immers aanjager van het huidige rumoer rond de adviesorganen.

Raad op Maat: de Woestijnwet

Onder leiding van kamervoorzitter Deetman begint het parlement begin jaren negentig aan een grootscheepse operatie om te bezien op welke punten de parlementaire democratie verbeterd kan worden. De commissie-Deetman moest uitzoeken hoe het primaat van de politieke besluitvorming door regering en parlement opnieuw kon worden versterkt. Er was, onder meer, veel kritiek op de oneigenlijke rol van adviesorganen: in plaats van het verstrekken van een onafhankelijk oordeel werden adviesorganen meer en meer aangewend voor beleidsbeïnvloeding door de vertegenwoordigde partijen. CDA-Kamerlid de Jong kreeg de leiding over een bijzondere commissie die zich moest buigen over de mogelijkheden voor vereenvoudiging en versobering van de adviesstructuur.

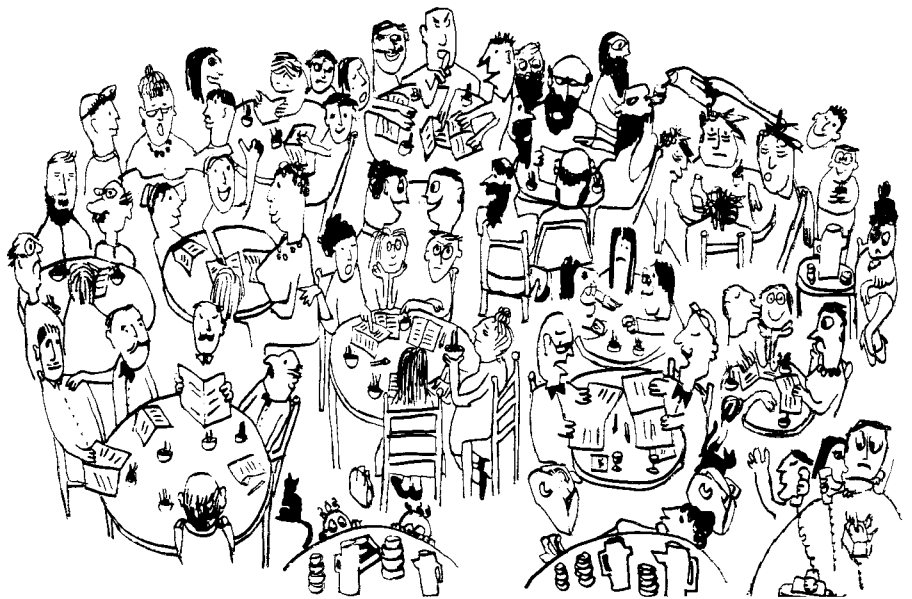
Het rapport *Raad op Maat* bevat de aanbevelingen van die commissie. Er wordt fors uitgekapt: alle bestaande adviesorganen worden opgeheven, met uitzondering van de in de grondwet verankerde Raad van State en de Sociaal Economische Raad. Per departement zal met één adviesorgaan moeten worden volstaan. Kaalslag, ergo de woestijnwet. Binnen de Tweede Kamer wordt volop gediscussieerd over de wenselijkheid van dit streven. Het parlement weet te bedingen dat het aantal organen mag worden uitgebreid tot één per beleidsveld.

Dat betekent voor de zorgsector dat zij met één eigen adviesorgaan te maken zou krijgen.

Het nieuw te vormen adviesorgaan krijgt van staatssecretaris Simons de fraai verwoorde opdracht 'de regering te adviseren over potentiële trendbreuken in het volksgezondheidsbeleid'. De kritiek is niet van de lucht. Simons zou op de valreep in de nadagen van zijn bewind - zo wil het verhaal - de gevestigde orde in de gezondheidszorg nog eens flink willen laten schrikken. Van vijf grote adviesorganen met een ruim bereik naar een klein orgaan dat zich slechts over zo iets vaags als 'potentiële trendbreuken' zou mogen uitspreken: dat kan toch niet waar zijn?

Fortuyn

Al eerder werd het wereldje van advies-



Tekening: Nene Stam

organen in de zorgsector ruw wakker geschud. Toen, in 1990, betrof het een advies van Fortuyn.

In het kader van de destijds voorgenomen stelselwijziging, verzocht de staatssecretaris na te gaan welke structuur voor advies en overleg van het departement wenselijk zou zijn in het eenmaal gerealiseerde nieuwe verzekeringsstelsel.

De inhoud van het advies Fortuyn is geënt op de verwachte structuur in het nieuwe stelsel: de Gezondheidsraad mocht blijven voortbestaan, zij het dat zij met een sterk afgeslankte Nationale Raad voor de Volksgezondheid zou moeten samengaan. De Ziekenfondsraad zou vernieuwd worden en zich in hoofdzaak moeten richten op (uitvoering van en advisering over) het verzekeringsbeleid. Doordat met het nieuwe stelsel de Wet Tarieven Gezondheidszorg en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden losgelaten, was voor Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en College voor Ziekenhuisvoorzieningen geen plaats meer over. Het standpunt van het kabinet in 1991 in antwoord op Fortuyns advies, gaat iets minder ver: drie adviesorganen in plaats van twee. De Nationale Raad behoeft, in deze visie enkel haar secretariaat met de Gezondheidsraad te delen. Behoudens een lichte aanpassing van dit kabinetsstandpunt in 1992, waarin een generieke efficiëncykorting van een paar procent wordt afgekondigd, blijft het nu even stil rondom de adviesorganen. De stelselwijziging stokt, ondanks pogingen van Simons om via een her-

benning de motor opnieuw op gang te brengen.

FUNCTIES VAN ADVIESRADEN

Om de ideeën van Fortuyn en de Jong in het juiste licht te plaatsen, is het nodig om de verschillende functies van de adviesorganen toe te lichten. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen beheers-, overleg- en adviestaken.

Bij *beheerstaken* voeren zelfstandige bestuursorganen en dus ook adviesorganen, al dan niet met een publiekrechtelijke status, wettelijke taken ten behoeve van de overheid uit. In het geval van de Ziekenfondsraad gaat het om het beheer van premiegelden. Bij het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg gaat het om het ten uitvoer brengen van maatregelen in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

Overleg kan een geïnstitutionaliseerd karakter krijgen, als het in een adviesorgaan is ingebed. De Nationale Raad heeft dit heel duidelijk ten doel.

En dan is er de feitelijke *adviestaak*: het adviseren van de overheid c.q. departement over beleidsaangelegenheden.

Wat is het probleem? Wat zijn de oorzaken? Welke oplossingsalternatieven zijn er? Welke ideeën leven er omtrent de wijze van invoering van beleid?

Ging Fortuyn nog uit van een nieuwe structuur voor financiering en sturing van de zorgsector, de Jong daarentegen nam de feitelijke adviesbehoefte van de overheid als uitgangspunt voor zijn aanbevelingen.

Voor de besproken adviesorganen geldt dat elk van hen een wettelijke basis

cent.. Toch voorziet het voorontwerp van de Woestijnwet, onder verwijzing naar de Grondwet, in opheffing van alle permanente adviesorganen, dan wel in ontheffing van de adviestaak van genoemde publieke organisaties. Dat betekent niet dat de adviesorganen ophouden te bestaan, maar wél dat zich in principe dienen te beperken tot de overleg functies: overleg en/of beheer..

Conform de discussie rondom het primaat van de politiek en de rol van de overheid, bezien de departementen de eigen rol kritisch en relateren de toekomstige rol van de adviesorganen aan de eigen informatiebehoefte. De overleg-functie acht men uitgehold: als je alle lidmaatschappen van de organen met elkaar vergelijkt, dan staft het grote aantal dubbelstellingen de eerdere opmerking 'papagaaiencircuit'.

Zoals gezegd, stelt Simons eind '93 voor om de Nationale Raad op te heffen en in plaats hiervan een klein orgaan met 5 kroonleden in te stellen. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is strikt genomen geen uitvoeringsorgaan, maar een adviesorgaan. Zij adviseert immers de (uitvoerende) Minister.. Ten aanzien van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen geldt dat het departement zich nog zal beraden. De Ziekenfondsraad dient zich te beperken tot beheerstaken als toezicht en uitvoering. Aan uitspraken over het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en Gezondheidsraad waagt WVC zich niet.. Het departement kondigt in elk geval een *stroomlijningsonderzoek* aan: hoe kunnen de adviesorganen zo efficiënt mogelijk hun taak als uitvoeringsorgaan uitoefenen?

REACTIES

Vooruitlopend op het stroomlijningsonderzoek, hebben adviesorganen reeds maatregelen genomen om tegemoet te komen aan de veranderende adviesbehoefte van de overheid.

De Ziekenfondsraad heeft, vooruitlopend op Raad op Maat pijsnel een Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie in het leven geroepen. Hierdoor wordt de beheerstaak van toezicht op de fondsgelden strikt gescheiden van andere, adviserende taken van de Ziekenfondsraad. Daarmee is het voortbestaan van de Ziekenfondsraad als zelfstandig bestuursorgaan veiliggesteld. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft al begin 1993 de Stichting Adviescentrum zorgvoorzieningen in het leven geroepen en begeeft zich op het terrein van de individuele dienstverlening.

De Gezondheidsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg bevinden zich nu nog in een luwte.

De Nationale Raad daarentegen is zeer actief. Niet verwonderlijk want als advies- en overlegorgaan wordt haar het vuur na aan de schenen gelegd. Zij heeft een reactie afgegeven in de vorm van een advies: *Op maat gesneden*. Verder laat zij onderzoeken welk gebruik wordt gemaakt van haar adviezen.

In antwoord op Kamervragen geeft de Minister aan dat zij het advies van Simons om te komen tot één adviesorgaan voor het 'beleidscluster' Volksgezondheid, inclusief stroomlijning van de uitvoeringsorganen, met enige aanpassingen overneemt.. Zo mag de Gezondheidsraad niet als een adviesorgaan in de zin van *Raad op Maat* worden opgevat en ontspringt zo de stoelendans. Insiders stellen dat de Gezondheidsraad mag blijven omdat zij zo goedkoop is: de leden vinden het een eer om gevraagd te worden ondanks het uitblijven van een bestuursvergoeding. En vergeet niet.. Minister Borst was lange tijd vice-voorzitter van de Gezondheidsraad.

Met de totale stroomlijning is een bedrag van f 6 miljoen in 1995 olopend tot f 12 miljoen in 1996 gemoeid.

NATIONALE RAAD

In een interview met Medisch Contact (18 november 1994) vertelt de voormalige directeur-generaal volksgezondheid Van Londen dat hij is benaderd met de vraag of hij de afbouw van de huidige Nationale Raad wil begeleiden en de opbouw van een nieuw orgaan wil voorbereiden. Voor het nieuwe orgaan is, ten laste van de Nationale Raad, vanaf 1996 een bedrag van tenminste f 3,2 miljoen beschikbaar..

Volgens Van Londen is dit orgaan breder, maar wel veel kleiner wat betreft de toerusting. De belangenorganisaties en de koepelorganisaties moeten er volgens het kabinet eruit.. Met andere woorden: de overlegfunctie komt te vervallen. Het nieuwe orgaan telt straks 9 kroonleden inclusief een voorzitter, benevens een kleine staf. (Ter vergelijking: de Nationale Raad heeft nu circa 80 personeelsleden). Het terrein waarop men adviseert wordt ruimer, namelijk inclusief maatschappelijke dienstverlening, voor zover premie-gefinancierd. Onduidelijk is nog of het orgaan ongevraagd mag adviseren.

VOORS EN TEGENS

Wat is anno 1995 de waarde van een

adviesorgaan voor de zorgsector?

Het enorme aantal adviezen dat de vorige staatssecretaris Simons heeft aangevraagd buiten het reguliere advies-circuit om (zie TGP 5/94), strookt met diens redenering om het aantal adviesorganen te reduceren tot één: waar je geen beroep op doet, kun je immers missen.

Tezelfdertijd heeft hij door het gebruik van eenmalige commissies (die overigens nogal eens een overlap hadden qua samenstelling met andere commissies en ook bestaande adviesorganen), het draagvlak voor veranderingen in de zorgsector bepaald niet vergroot..

Ter verdediging van Simons' adviesaanvragen kan worden aangevoerd dat hij de adviezen aanvraag ten behoeve van een stelselwijziging, waartegen een aanzienlijk deel van de vertegenwoordigers in de reguliere adviesorganen gekant was.

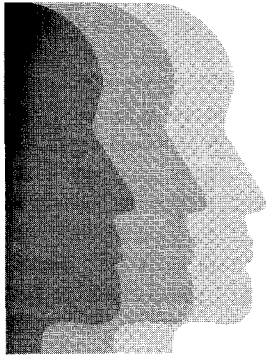
Nu is echter de stelselherziening van de baan. Maar de kritiek op adviesorganen blijft van kracht..

Een pure advisering zoals men met het nieuw te vormen advies-orgaan beoogt, draagt het gevaar in zich van vervreemding van de sector.. Aan de andere kant zal over- en dubbelvertegenwoordiging in adviesorganen met meerdere functies niet anders dan uitmonden in onuitvoerbare, halfbakken compromissen.

Kies je er als overheid voor om als een slagvaardige organisatie te willen opereren, dan valt een vereenvoudiging in adviesstructuur te billijken. Niet voor niets hebben juist niet-inhoudelijke topambtenaren als de secretaris-generaals zich hard gemaakt voor Raad op Maat.. Het idee achter Raad op Maat is dat veel adviesorganen zijn vervallen tot fora voor ongewenste beleidsbeïnvloeding. Het tegenargument - dat de overlegfunctie ook positief kan worden benut ten behoeve van de uitvoering van beleid- is blijkbaar tegen dovemansoren gezegd. Door het primaat van de politiek te herstellen, monopoliseer je feitelijk de macht, en gaat men voorbij aan het feit dat we in Nederland in een democratie met een rijke overlegtraditie leven.

Als de overlegfunctie van de adviesorganen komt te vervallen, zal dat overleg ergens anders gestructureerd moeten plaatsvinden.

Matthé Ribbens is redacteur van TGP.



c o l u m n



WAT DE KRANT NIET GELOOFT

Homeopathische middelen niet erg effectief, kopte de Volkskrant in december. Ze werken wel een beetje, maar lang niet zo goed als gewone medicijnen. Medici - let wel: echte medici - van de Universiteit van Glasgow leverden daarvoor het bewijs en publiceerden dat in The Lancet, niet de minste van de medische tijdschriften. Zie je wel, zegt de scepticus, weg die rotzooi, geef mij maar m'n prednisol.. Het berichtje is een studie waard. Proefpersonen die met een homeopathisch middel waren behandeld, staat er een paar regels verder, vertoonden minder symptomen dan patiënten die werden behandeld met een placebo. Hoezo weinig effectief, denk je argwanend. Dóórlézen. De onderzoekers hebben de resultaten vergeleken met die van eerder onderzoek.. En dan blijkt het effect van de homeopathische middelen klein in vergelijking met dat van reguliere medicamenten. Aha, vandaar dus die kop. Maar het blijft intrigerend. Want werkt homeopathie dus ècht, een beetje?

The Lancet er op nageslagen. Inderdaad, de homeopathisch behandelde patiënten waren er beter aan toe dan de patiënten uit de controlegroep. En inderdaad, de resultaten waren vergeleken met die van eerder onderzoek. Maar daarmee houdt elke gelijkenis met het krantenberichtje op. Van reguliere medicamenten is in het artikel geen sprake. Al twee keer eerder hadden de onderzoekers gunstige resultaten van een homeopathische behandeling vastgesteld. Hun nieuwe onderzoek was juist bedoeld om na te gaan of dat geen toevallige uitkomsten waren geweest, zoals hun vaak voor de voeten werd geworpen. Nu pakt het resultaat voor de derde keer gunstig uit. Van tweeën één, schrijven ze dan ook licht triomfantelijk: Ofwel er is iets mis met het zo gerespecteerde effectonderzoek, Ofwel de homeopathie heeft wel degelijk positieve effecten. Voor de medische wetenschap is dat een onverwachte en weinig aantrekkelijke keuze. 'Carefully done work of this sort should not be denied the attention of Lancet readers', heet het in een inleidend redactioneel..

Stomverbaasd ben ik. Waarom maakt de Volkskrant een karikatuur van een serieus artikel? Kwade trouw? Stomiteit? Ongeloof? Toch staat dit onderzoek niet op zichzelf.. Uit een

analyse van de Rijksuniversiteit Limburg bleek een aantal jaren geleden al dat een aantal - zij het niet alle - doortimmerde effectstudies gunstige resultaten melden. Zie je wel dat het werkt, zeiden de sympathisanten destijds. Het kàn gewoon niet, zeiden de sceptici, waaronder de onderzoekers zelf: de theorie is tèt ongeloofwaardig. Niet alleen moeten de resultaten van effectonderzoek kennelijk volstrekt ondubbelzinnig zijn, een eventueel positief effect moet nog verklaard kunnen worden óók.. Daar wordt trouwens aan gewerkt.. Zo vonden Utrechtse onderzoekers vorig jaar dat met arseen ziek gemaakte rattehuicellen beter reageerden als ze ook een lage dosis arseen kregen toegediend. Hoewel het verhaal zwijgt over de beruchte verdunningen - tot de spreekwoordelijke ene molecuul werkzame stof in een liter water - zou daarmee één van de grondgedachten van de homeopathie aannemelijk zijn gemaakt.. Daar valt op af te dingen, maar het is een begin.

Het heeft iets arrogants, dat absolute 'nee' waarmee de homeopathie aan de kant wordt gezet.. Van hoeveel reguliere handelingen is de effectiviteit eigenlijk wèl vastgesteld? Wat weten we eigenlijk van hun werking? Natuurlijk, zeker in de huisartsgeneeskunde wordt het hele pakket aan diensten op werkzaamheid en zinvolheid getoetst.. Desondanks zijn de standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen voor een groot deel gebaseerd op consensus. Dat kan ook niet anders, want vaak ontbreekt de wetenschappelijke bewijsvoering. Er is een tweede argument.. Volgens het CBS bezoeken ieder jaar zo'n 350 duizend mensen een homeopaat.. Sociaal-wetenschappelijke onderzoek laat keer op keer zien dat de meesten daar baat bij zeggen te hebben. Sterker nog, ook huisartsen erkennen dat veel patiënten uit hun praktijk door een homeopathische behandeling elders zichtbaar zijn opgeknaapt.. Dát de homeopathie werkt mag dan niet zijn aange-toond, hóe het werkt mag een compleet raadsel zijn: in de praktijk blijkt het wel degelijk te kunnen helpen. Ik mag dat wel, die merkwaardige tegenstrijdigheid.

Joost Visser

VOORUIT MET EEN STAP ACHTERUIT

Peter ten Cate en Dorea Ketelaars

Zoals voor velen is het ook voor psychiatrische patiënten bijna ondoenlijk een reguliere baan te vinden, ofschoon arbeid zo belangrijk wordt geacht, voor de structuur van zowel de samenleving als de mensen zelf. Succes van arbeidsrehabilitatie, een volwaardige plaats in de samenleving verwerven via een baan, is dan ook afhankelijk van het aanzien dat 'een baan' heeft.

In 1980, toen een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis een voorwaarde voor de diagnose 'chronisch' was, waren er ruim 12.000 chronische patiënten in Nederland. Deze groep werkte nauwelijks tot niet, maar nam deel aan het dagelijkse activiteitenaanbod van het ziekenhuis.

Vijftien jaar later is de groep enorm gegroeid; chronisch heet iedereen met langdurige psychische problemen die het functioneren ernstig belemmeren. De groep wordt op 72.000 mensen geschat, waarvan een kwart in een psychiatrisch ziekenhuis of beschermde woonvorm woont. Acht tot twintig procent is thuis- of dakloos. De rest woont zelfstandig, al dan niet bij familie. Wat de groep overdag doet is onbekend. De gegevens over subgroepen wijzen op een (zeer) gebrekkige daginvulling en een lage arbeidsparticipatie.

Toch is er op het gebied van arbeid het nodige gebeurd. De psychiatrie, die 15 jaar geleden nauwelijks aandacht besteedde aan arbeid, kent nu veel belang toe aan de reïntegratie van de patiënt in de betaalde arbeid. Zo nodig wordt de (voormalige) patiënt zelfs begeleid op de werkvloer.

PSYCHIATRIE ZONDER ARBEID

Vanaf het begin van de institutionele psychiatrie moesten patiënten werken. In hun eigen belang, omdat het werk een helende invloed zou hebben op een zieke geest, maar ook en vooral in het belang van de inrichting. Patiënten verzorgden de inrichtingsterreinen en -gebouwen en de ondersteunende diensten. Door in de (industriële) arbeidstherapie opdrachten van bedrijven uit te voeren,

meestal geestdodend werk, brachten ze ook nog wat extra geld in het inrichtingslaasje. Hun werkzaamheden hadden echter weinig invloed op hun perspectieven op de arbeidsmarkt na ontslag uit de inrichting. Alleen in tijden van (zeer) lage werkloosheid had de voormalige patiënt een redelijke kans op een betaalde baan.

Kritiek op het ziekmakende karakter van de arbeid, het geringe perspectief op een betaalde baan en een verschuiving van de psychiatrische doelen (van genezing of aanpassing naar zelfrealisatie) - het zijn allemaal factoren die ertoe bijdragen dat eind jaren zeventig in de psychiatrie nauwelijks productieve arbeid verricht wordt door patiënten. Ze worden met een aanbod aan (creatieve) activiteiten voorbereid op een bestaan als voorbeeldig werkloze, buiten of binnen de inrichting (Van Weeghel en Zeelen, 1981).

Deze ontwikkeling roept kritiek op. Door geen aandacht meer te besteden aan de beroepskwalificaties van patiënten, verminderen hun toch al niet grote perspectieven op terugkeer in de betaalde arbeid. Op deze manier werkt de psychiatrie mee aan een permanente isolatie van de groep op de arbeidsmarkt, terwijl zij zich juist als nieuw doel stelt om patiënten uit hun maatschappelijke isolement te halen. De kritiek is zeker niet tegen dovemansoren gericht, maar vooralsnog blijft een ontslag uit.

Het vergroten van de maatschappelijke participatie blijkt al moeilijk genoeg. Steeds meer patiënten gaan buiten het ziekenhuis wonen in socio-woningen en beschermende woonvormen, maar deze 'nieuwe burgers' slagen er slechts mondjesmaat in om gebruik te maken de algemene voorzieningen. Onder andere het buurt- en clubhuis werk en de sociale werkplaats blijken weinig toegankelijk. Hetzelfde geldt voor het vrijwilligerswerk. Uiteindelijk worden er toch maar speciale dagactiviteitencentra (Dac's) opgezet.

DE GROTE SPRONG VOORWAARTS

Uit Engeland en de Verenigde Staten waait de rehabilitatie-benadering over.

Deze benadering stelt niet de 'ziekte' centraal, maar wil aansluiten bij de gezonde aspecten van de patiënt. Dit geeft de patiënt een principieel andere rol. Van lijdend voorwerp wordt hij een belangrijk meedenker in de begeleiding tot zelfs eindverantwoordelijk. Onderzoek wijst uit dat niets onmogelijk is, al kan het lang duren. De sociale competentie van schizofrenie-patiënten blijkt bij ruim de helft over een periode van tien jaar tijd sterk te verbeteren; een kwart is qua functioneren niet meer te onderscheiden van de medeburgers. Binnen de rehabilitatie heeft de zogenaamde arbeidsrehabilitatie een geheel eigen plek. Tot arbeidsrehabilitatie worden alle inspanningen gerekend die erop gericht zijn om mensen weer aan het werk te krijgen. Aan de ene kant worden mensen ondersteund met bijvoorbeeld arbeidstraining en arbeidsbemiddeling. Aan de andere kant moet omgevingsbeïnvloeding ertoe bijdragen dat er passend werk voor de groep komt.

Arbidsrehabilitatie krijgt veel aandacht, vooral in de V.S.. Men interpreteert arbeid hier beperkt, namelijk als werk waar een inkomen tegenover staat. Niet zo verwonderlijk, aangezien het sociale zekerheidsstelsel in de V.S. een minimum-stelsel is. Zonder werk is er nauwelijks inkomen. Rehabilitatie en arbeidsrehabilitatie worden soms bijna synoniemen.

'In de eerste plaats is arbeid in onze cultuur het beste medicijn.'

Ook in Nederland richt men zich op het 'echte werk', ondanks de relatief goede sociale zekerheid. Hiervoor is een aantal redenen aan te geven. In de eerste plaats is arbeid in onze cultuur het beste medicijn. Daarbij maakt de betaalde arbeid in de tweede helft van de jaren tachtig een ware revival door (zoals beschreven door Van Berkel in het vorige nummer van TGP). Arbeidsparticipatie

vormt de sleutel tot maatschappelijke participatie. Ten slotte komen media en wetenschap met onverwacht positieve verhalen over de arbeidsmogelijkheden van andere groepen zogenaamd moeilijk plaatsbaren, zoals langdurig werklozen en allochtonen. 'Het woord onbemiddelbaar kan geschrap't. concluderen Van den Berg en Van der Veer (1990). Het vergroten van de arbeidsparticipatie van de patiënten lijkt daarmee naast rechtvaardig ook doelmatig te zijn.

Vanaf halverwege de jaren tachtig verschijnen her en der in Nederland arbeidstrainingprojecten. De projecten zoeken meestal een plek tussen de zorg en de arbeidsmarkt.. Voor financiering doet men (ook) een beroep op gemeenten, arbeidsvoorzieningen en fondsen. Waar mogelijk wordt de GGZ op afstand gehouden om zowel naar de doelgroep als naar de arbeidsmarkt te benadrukken dat het doel arbeidsreïntegratie is en geen hulpverlening. De patiënten c.q. medewerkers worden met name getraind in vaardigheden, zoals arbeidsritme, sociale vaardigheden en een stabiele produktie. De werkzaamheden liggen meestal op het gebied van administratie, onderhoud en reparatie van fietsen, tweedehands spullen en catering. Na een moeizame start krijgen de projecten het tij mee. Ze worden meer en meer serieus genomen door de zorginstellingen en de arbeidsmarkt. Er komt meer geld, bijvoorbeeld uit 'Brussel' via het Europees Sociaal Fonds (ESF) dat arbeidsintegratie van gehandicapten als een van de speerpunten heeft.. Ten slotte zijn er inhoudelijke ontwikkelingen, waarvan de Supported Employment-methode het meest recente voorbeeld is dat zich ook het meest vergaand richt op de betaalde arbeid. Met deze methode dringt men zelfs binnen op de werkvloer: job-finders onderhandelen met werkgevers over aangepast werk en job-coaches begeleiden de patiënt op de werkvloer..

Marian Louwers is op 23-jarige leeftijd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, wat meteen het einde betekende van haar studie medicijnen. Inmiddels is ze 32 jaar. Met nog een heropname lijken haar kansen op de arbeidsmarkt miniem. Na wat vrijwilligersbaantjes krijgt ze een plek op de administratieve afdeling van een werkproject.

In gesprekken met haar job-coach geeft ze aan hetzelfde werk te willen doen in een algemeen ziekenhuis: ze is bekend met medische termen en

zo'n plek komt deels tegemoet aan haar vroegere aspiraties. Het werk gaat haar goed af. Het ligt wel onder haar niveau, maar meer verantwoordelijkheid durft zij toch niet aan. Ze wil wel graag ondersteuning. Zo vindt ze het moeilijk om haar collega's niet steeds te vertellen hoe ze zich voelt en trekt ze zich kritiek op haar werk zeer persoonlijk aan. Ook moet ze zichzelf dwingen om gestructureerd te werken, ook als ze zich niet zo lekker voelt.

De job-finder van het werkproject regelt voor haar een sollicitatie-gesprek in een ziekenhuis. Met goedkeuring van Marian is haar job-coach bij het gesprek aanwezig. De personeelsfunctionaris en de afdelingschef zijn op de hoogte van Marian's achtergrond, maar geven haar de baan op grond van haar huidige functioneren. Ze spreken af dat de afdelingschef bij problemen de job-coach zal inschakelen.

Marian wordt buiten werktijd door de job-coach begeleid. De job-coach is goed op de hoogte van waar, met wie en hoe ze werkt, omdat hij haar in het begin regelmatig op het werk bezoekt. Voor haar collega's is de job-coach een supervisor, die Marian na een periode van lange werkloosheid wat extra begeleidt. Marian wil voor hen haar psychiatrische achtergrond verborgen houden. Marian komt naar ieders tevredenheid door haar proeftijd.

PAS OP DE PLAATS

In nog geen vijftien jaar is het traject van de psychiatrische zorg naar de arbeidsmarkt ontsloten. Maar ook met zo'n traject bereikt slechts een enkeling het eindstation, i.e. de betaalde baan. Precieze cijfers ontbreken. Waar bij elke andere subgroep van de Nederlandse bevolking de arbeidsparticipatie tot op twee decimalen bekend is, moet bij deze groep worden volstaan met schattingen over schattingen, wat de achterstand die de groep heeft op de arbeidsmarkt onderstreept. In 1993 zijn er 22 werkprojecten voor deze groep met een totale capaciteit van 517 plaatsen, waarvan per jaar minimaal 1000 mensen gebruik maken (Zeldenrust, 1994). Tijdens de grote sprong voorwaarts streven deze projecten ernaar om twintig tot dertig procent van de medewerkers aan een betaalde baan te helpen. Krijgt een project geld van het ESF dan dient het zelfs te streven naar een uitstroom van zestig procent.. In de praktijk blijkt zelfs twintig procent vaak al praktisch

onhaalbaar. 'Sprookjes bestaan niet' concluderen Engbersen en Eggermont dan ook (1994).

'In nog geen vijftien jaar is het traject van de psychiatrische zorg naar de arbeidsmarkt ontsloten.'

De geringe resultaten zijn zeker niet alleen aan de groep te wijten. Ook andere langdurig werklozen komen moeilijker aan het werk dan men had gehoopt.. Het woord onbemiddelbaar.. blijkt te vroeg te zijn geschrap't. Men stuit op een harde kern van werklozen en arbeidsongeschikten die waarschijnlijk nooit, meer aan betaald werk zal komen. Hun aantal verschilt per nota en onderzoeksrapport, maar loopt in elk geval in de honderdduizenden.

Betaalde arbeid is misschien een economisch en maatschappelijk belangrijk verschijnsel, maar is arbeidsrehabilitatie het doel niet voorbij geschoten door zoveel nadruk te leggen op het 'echte werk'?

TERUG NAAR AF

Het antwoord op de vraag is 'ja', zij het schoorvoetend omdat betaalde arbeid toch het ideaal blijft.. Noodgedwongen verschuift de aandacht naar andere vormen van arbeid, die dezelfde functies bieden die onterecht alleen met betaalde arbeid geassocieerd worden: tijdsstructuur, sociale contacten, collectiviteit, status en identiteit, en activiteiten. Een arbeidsrehabilitatie-traject heeft in plaats van enkele tussenstations (dag-activiteiten centrum [Dac], arbeidstraining, beschut werk) en één eindstation (betaalde arbeid), meer nodig. De wensen en mogelijkheden van de cliënt bepalen op welk station men zich in eerste instantie richt.. Of dit voor de cliënt een tussenstation of een eindstation is, moet tijdens de begeleiding blijken.

Het beschutte werk - aangepaste, vaste arbeidsplaatsen voor mensen die (nog) niet in het gewone arbeidsproces kunnen functioneren - is één van deze stations. Beschut werk was al een onderdeel van de arbeidsrehabilitatie, maar de behoefte aan meer beschutte werkplekken is steeds geuit in de marge van de roep om meer betaalde arbeid. Tegenwoordig krijgt het meer aandacht.. Engbersen en Eggermont (1994) menen dat het beschutte werk al bijna onge-

merkt de kern uitmaakt van de meeste arbeidstrainingsprojecten, aangezien de medewerkers niet zozeer uitstromen naar reguliere trainings- en bemiddelingsinstanties als wel instromen vanuit deze instanties. Nieuw op te zetten werkprojecten richten zich vanaf het begin al veel meer op beschermt werk.

Op het psychiatrisch ziekenhuis Groot Graffel lopen van oudsher dieren rond, die door de patiënten, met ondersteuning van de agrarische dienst, verzorgd worden. Dit gebeurt onder andere in een klein boerderijtje op het terrein. Toen uit een onderzoek bleek dat er onder de patiënten behoefte bestond aan meer beschermt werk, is in overleg met de patiënten besloten om de bestaande activiteiten uit te bouwen tot een boerderijproject. Het primaire doel is het bieden van beschermt werk. De werkzaamheden krijgen een meer arbeidsmatig karakter, onder andere door te werken met arbeidscontracten, functioneringsgesprekken en beloningsvormen. Er worden ook enkele doorstroomplaatsen gepland, maar deze mogen niet ten koste gaan van het beschutte werk. Het project krijgt subsidie uit de regionale zorgvernieuwing onder de voorwaarde dat men samen gaat werken met arbeidsrehabilitatieprojecten buiten het ziekenhuis.

Zorgvernieuwing met een boerderijproject op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis, terwijl altijd betoogd is dat arbeidsrehabilitatie juist in de maatschappij moet worden gelokaliseerd om de gewenste maatschappelijke participatie mogelijk te maken: het lijkt een stap terug. Dat zou het ook geweest zijn, als de patiënten in kwestie geen inspraak hadden gehad en als er geen verbanden waren gelegd met projecten elders. Door beide zaken wel te regelen, sluit het project direct aan op de leefsituatie van de patiënten en biedt tegelijkertijd mogelijkheden tot ontwikkeling indien dit gewenst en mogelijk is. De patiënt bepaalt, nu zelf welke (werk)situatie voor hem zo maatschappelijk mogelijk is.

Het beschermt werk maakt eigenlijk nog deel uit van de arbeidsmarkt, voorzover het tenminste om arbeid gaat waar een inkomen tegenover staat. Bij beschermt werk wordt altijd wel op zijn minst naar financiële beloningsvormen gezocht. Soms lukt het om een banenpool-plaats te realiseren met het daarbij behorende (minimum)inkomen. Echter, vaker

moet men volstaan met een wat opge-rekte onkostenvergoeding en meestal is men al blij als de medewerkers de reële onkosten vergoed kunnen krijgen. Arbeidsrehabilitatie keert langzaam terug tot het oorspronkelijke doel, namelijk het bevorderen van de maatschappelijke participatie van de psychiatrische patiënt via arbeid in de brede zin van het woord. Maatschappelijke participatie is één van de doelen van de dag-activiteitencentra. Elke regio heeft in-middels een of meerdere van deze centra, die wekelijks door om en nabij de 10.000 mensen bezocht worden. Veel meer bezoekers kunnen de Dac's niet verwerken, terwijl de behoefte circa drie keer hoger geschat wordt dan het gebruik (Janssen en Van Weeghel, 1990). De huidige capaciteit is dus te krap, mede doordat de Dac's moeite hebben om te werken aan de verdere maatschappelijke integratie van hun bezoekers. Voor veel bezoekers lijkt het Dac een eindstation te zijn. De ervaringen van bijvoorbeeld het project Integratie (Ex)-psychiatrische Patiënten (zie elders in dit nummer) laten zien dat meer integratie mogelijk is, maar dat dit de nodige creativiteit én moeite kost.

DISCUSSIE

De rehabilitatie-aanpak in de psychiatrie zal noodgedwongen altijd blijven hinken op twee gedachten. Aan de ene kant blijft het ideaal de patiënt als burger te beschouwen - en daarmee ook als werknemer. Aan de andere kant is er het besef dat deze burger enigszins getekend wordt door zijn psychiatrische achtergrond met de daarmee samenhangende beperkingen in zijn functioneren. In elke omschrijving van doelen bij arbeidsrehabilitatie staan dan ook nuances, zoals 'zo zelfstandig mogelijk' of 'zo maatschappelijk mogelijk'. Misschien kan gezegd worden dat de beperkingen wat uit het oog verloren zijn in de race om het echte werk. Tegelijkertijd was er eigenlijk ook geen andere keus. De achterstand van de psychiatrische patiënten op de arbeidsmarkt was groot. Niet alleen in vergelijking tot de doorsnee-burger, maar zelfs in vergelijking met andere achterstandsgroepen zoals lichamelijke en verstandelijk gehandicapten. De achterstand tot deze laatste groepen is in elk geval deels ingelopen. Echter, in tijden van hoge werkloosheid blijven de kansen van mensen met handicaps op werk laag. Een duidelijk resultaat van de inspanningen is wel dat het niet langer vanzelfsprekend wordt gevonden dat een

psychiatrische patiënt niet kan werken. Patiënten die betaald willen en kunnen werken, kunnen gedurende het gehele traject - voorbereiding, inpassing en plaatsing - worden begeleid. In Dac's en arbeidstrainingsprojecten kan men de eigen (arbeids)wensen en vaardigheden ontdekken en ontwikkelen. Arbeidsbemiddelaars begeleiden de individuele cliënt bij het opzetten en doorlopen van een eigen traject. Job-coaches ondersteunen op de werkvloer. Ten slotte proberen hulpverleners de uitstoot uit het arbeidsproces te voorkomen door in de behandeling meer aandacht te besteden aan het werk van hun cliënten. Weliswaar is er nog niet in elke regio in Nederland een volledig traject, maar de benodigde onderdelen zijn bekend.

De huidige aandachtsverschuiving van arbeidsparticipatie naar maatschappelijke participatie is een stap achteruit in het licht van het ideaal van de betaalde arbeid. Maar deze stap achteruit is wel in het voordeel van een grote groep patiënten. Alternatieven als beschermt werk en dagactiviteiten kunnen voor hen een stap vooruit betekenen in het realiseren van een zo zelfstandig mogelijk leven als burger.

Peter ten Cate en Dorea Ketelaars zijn beiden als wetenschappelijk medewerker werkzaam bij het NcGv, afdeling zorg en rehabilitatie.

literatuur

- Berg, H. van den, K. van der Veer 'De onuitgesproken wens. Het woord onbemiddelbaar kan geschrappt.' Tijdschrift voor de Sociale Sector, 1990,5,21-25.
- Engbersen, R., J.Eggermont 'Sprookjes bestaan niet.' Arbeidsrehabilitatie voor mensen met psychiatrische en psychosociale problemen. Tijdschrift voor de Sociale Sector, 1994, 9, 18-23.
- Janssen, M., J. van Weeghel 'Bezigheden buitenshuis. Arbeidsrehabilitatie en dagbesteding in Den Haag.' Utrecht, NcGv-reeks 90-25, 1990.
- Weeghel, J. van, J. Zeelen 'Arbeidstherapie: tussen afleren en kwalificeren. Over doel en inhoud van arbeidstherapie in de hedendaagse psychiatrie.' Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 36 (1981). 2, 136-152.
- Zeldenrust, W., R. Koel, J.W. van Zuthem 'Dagbesteding 1993 in cijfers. Een inventarisatie van inloophuizen, dagactiviteitencentra en projecten voor arbeidsrehabilitatie voor mensen met een psychiatrische achtergrond.' LSDA. Houten, september 1994.

EEN MOEIZAME MARS DOOR DE STRATEN

Els Borgesius

Het Amsterdamse project Integratie (Ex-)psychiatrische Patiënten, IEP, kijkt terug op drie jaar psychiatrie in de buurt. Vorige maand hield IEP ermee op.

'De gekken lopen tegenwoordig weer op straat. De asielfunctie van de psychiatrie verdwijnt. En ondertussen verwaarlozen deze mensen zichzelf en vallen met hun afwijkende gedrag hun omgeving lastig'. Zo wordt vaak over de recente ontwikkelingen in de psychiatrie gedacht. Maar wat wordt er gedaan om te zorgen dat (ex-)psychiatrische patiënten zich in de maatschappij staande kunnen houden? Integratie lijkt het antwoord te zijn. Maar zo eenvoudig gaat dat allemaal niet. Psychiatrische patiënten willen niet altijd integreren en de maatschappij (lees: de burens en buurtbewoners) wil ze nog steeds niet opnemen. Toch komen er steeds meer initiatieven die daadwerkelijk aan integratie proberen te doen.

Het Amsterdamse project Integratie (Ex-)psychiatrische Patiënten (IEP) is drie jaar geleden opgezet om geestelijke gezondheidszorginstellingen gevoeliger te maken voor het idee dat er voor hun cliëntèle ook nog een leven buiten de inrichting mogelijk is. En om bij te dragen aan het toegankelijk maken van buurtinstellingen voor mensen met een psychiatrische handicap.

Bij dit sociale vernieuwingsproject zijn ggz-instellingen betrokken: de RIAGG centrum-oud west en noord, RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) PC Hooft en het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam. De uitvoering wordt gedaan door een opbouwwerker. Het IEP werkt voor de Amsterdamse stadsdelen Baarsjes, Bos en Lommer, Oud-West en Westerpark.

Het IEP kent vijf deelprojecten: het ontwikkelen van een buurtnetwerk om cliënten een vertrouwde omgeving dichtbij huis te bieden, het inzetten van vrijwilligers om cliënten te helpen bij dagelijkse dingen zoals boodschappen doen, mee naar samen naar de film, of wat praten ('Vriendendienst'), participatie van de doelgroep in IEP (de Klankbordgroep), het geven van voorlichting over deze doelgroep aan buurtinstellingen en de vorming van een zelfstandig kunstenaarsgroep ('Diepwatercollectief'). Dit collectief houdt re-

gelmatig exposities.

De betrokken ggz-instellingen en de deelraden financieren het IEP elk voor de helft. Na drie jaar houdt het project op te bestaan. Het IEP presenteerde op 27 januari 1995 de resultaten van haar inspanningen op het congres *Tussen zorg en zorg(e)loos* in Amsterdam.

Johanne van Lelyveld, opbouwwerker van het IEP en Kees Onderwater, preventiewerker bij de RIAGG centrum oud west en lid van de stuurgroep, kijken terug op wat er gebeurd is.

DE PATIËNT ALS BURGER

Onderwater: 'Er wordt vaak gevraagd; willen patiënten wel integreren? Dan zeg ik: nu weten ze niet waarvoor ze kiezen. Ze zitten bijvoorbeeld in een Dag activiteiten centrum (Dac) van een hulpverleningsinstelling, maar ik betwijfel of dat een positieve keus is. Ze zitten daar vaak omdat ze elders niet geaccepteerd worden. In het Dac voelen ze zich veilig omdat ze onder lotgenoten zijn.

Toch zit er diep in hen de behoefte om geaccepteerd te worden als volwaardig burger in de samenleving. Als je ze helpt om weer als burger te leven, dan vinden ze dat vaak leuker dan alleen maar onder elkaar of geïsoleerd te zijn. Maar tegelijkertijd moet de asielfunctie van de ggz ook blijven bestaan voor mensen die echt niet meer in de maatschappij terug willen'.

'Cliënten zijn enorm bang om afgewezen te worden, kunnen zichzelf niet presenteren en weten vaak niet meer wat ze willen. Ze hebben ook vervelende ervaringen met deelname aan activiteiten. Als ze eerlijk antwoord geven op vragen van anderen over wat ze doen voor de kost, worden ze soms vanaf dat moment genegeerd. Daarom hebben we subsidie aangevraagd voor een zeer laagdrempelige cursus sociale vaardigheden in een buurthuis. Helaas kregen we die subsidie niet.'

In buurthuizen en andere welzijnsinstellingen bestaat nog vaak een negatief beeld van deze groep. De mensen die daar werken, weten niet hoe ze met psychiatrische patiënten moeten omgaan. Psychiatrische patiënten hebben vrij veel begeleiding nodig. En als ze wegblijven bij activiteiten die ook voor hen opgezet worden, weten welzijns-

werkers niet wat te doen om hen weer terug te krijgen.

Van Lelyveld: 'GGZ-instellingen zijn niet buurtgericht. Dat is een grote handicap. De hulpverleners kennen vaak de buurt van hun cliënten niet'.

Onderwater: 'Ze zien de noodzaak van integratie ook niet zo. Ze kijken niet verder dan de voordeur van hun eigen instelling en denken vooral in hulpverleningstermen. In het stadsdeel Westerpark kostte het moeite hulpverleners om de tafel te krijgen en te laten nadenken over integratie. Ze denken vaak: 'Dat lukt toch niet met deze cliënten'.

En voor sommige mensen van deze doelgroep is dat ook terecht. Wanneer je het netwerk van mensen die de cliënt kunnen ondersteunen niet versterkt, krijg je de cliënt nooit buiten de ggz. Die bewustwording moet bij hulpverleners nog veel meer op gang komen. Daarna komt de vraag wiens taak en verantwoordelijkheid het is om er wat aan te doen. Dan heb je het niet meer over behandelen, maar over het helpen opzetten of instandhouden van een ondersteunende sociale omgeving voor de cliënt. En dat ligt volgens hulpverleners buiten hun terrein'.

BUURTPROJECTEN

Van Lelyveld: 'Integratie begint dichtbij de woonomgeving van de cliënt. Reden om buurtgericht te werken. Een stedelijke aanpak is veel te grootschalig. Voor het opbouwen van een buurtnetwerk kozen we voor het stadsdeel Westerpark. Er werd daar al het een en ander gedaan. Verder heeft de kerk in de Westerparkbuurt een ontbijtproject. Buurtbewoners kunnen goedkoop ontbijten. Bij de medewerkers van dit project leefde de vraag wat ze voor psychiatrische patiënten konden betekenen.

Gezien de korte looptijd van het project is de strategie gekozen om een stadsdeel te nemen dat al actief is. Bovendien was er een uitgebreide gezondheidsenquête gehouden door de GG & GD met als resultaat dat 37% van de mensen in deze buurt zich psychisch onwel bevinden. Dat wilde niet zeggen dat het percentage in andere stadsdelen lager lag, maar het was het enige stadsdeel waar het was aangetoond. Gezondheidsbevordering was speerpunt in het

beleid, er was een gunstig klimaat voor dit project..

De andere projecten zijn in andere stadsdelen. Vriendendienst is in Bos en Lommer en Oud-west.. In Oud-west en Westerpark is dat goed gelukt.. Vriendendienst heeft zich nu verzelfstandigd'.

KOKEN MISLUKT

Van Lelyveld: 'Een voorbeeld van een mislukte integratie is de kookgroep. In een buurthuis wilde men een kookgroep starten voor buurtbewoners en psychiatrische patiënten samen. De kookgroep was opgericht om mensen uit hun isolement te halen, te leren koken en goedkoop te eten. Het buurthuis had een keuken, maar geen begeleiding en het Dag activiteiten centrum van de PC Hoofd had wèl een kok, maar geen keukens. Dat leek de ideale combinatie. Het buurthuis bood de activiteit aan en de kok kon aan de slag. Er deden twee mensen uit de buurt en vijf bezoekers van het Dac aan mee.

Het deelnemers aantal liep op een gegeven moment terug omdat de Dac-bezoekers niet in de buurt woonden en de kok van het Dac ook niet.. Er was geen band met de buurt, de buurtbewoners konden de 'buurtroddels' niet aan de psychiatrische patiënten kwijt.. De kookgroep is na drie maanden gestopt.. Ook was de inzet van de ggz te groot, twee betaalde medewerkers op zo weinig deelnemers.

Achteraf had we een begeleider van het Dac moeten vervangen door een buurthuiswerker.. We hadden ook nog wat actiever moeten werven. Overigens gingen de buurtbewoners en de bezoekers van het Dac prima met elkaar om, dus daar lag het niet aan.'

TEKENEN GELUKT

Van Lelyveld: 'Een voorbeeld van een gelukte integratie is de teken- en schildercursus in weer een ander buurthuis. De cursus was bedoeld voor buurthuisbezoekers en cliënten van de beschermde woongemeenschap 'Surinameplein', een onderdeel van het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam. In het buurthuis is eerst informatie gegeven over deelname van mensen met een psychiatrische handicap. Dat werkte goed. Een bewoonster van 'Surinameplein' durfde bijvoorbeeld de straat niet over te steken naar het buurthuis. Andere buurtbewoners zijn haar toen komen halen.'. De woongemeenschap 'Surinameplein' heeft er wel steeds op moeten aandringen bij het buurthuis, anders was de cursus er niet gekomen. Een activitei-

tenbegeleider van het 'Surinameplein' geeft die cursus, het buurthuis biedt de ruimte. Een dergelijke 'win-win' -situatie is essentieel voor het slagen van zo'n project..

Het IEP zorgt ervoor dat het contact tussen de doelgroep, ggz en welzijnsinstellingen tot stand komt.. De opbouwwerker van het IEP moet soms ook negatieve beeldvorming wegnemen. Het bleek gelukkig dat de tolerantie bij het buurthuis om met psychiatrische patiënten te werken groot is en dat de woongemeenschap 'Surinameplein' bereid was om advies te geven over de omgang met psychiatrische patiënten.

OPBOUWWERKER

Onderwater: 'Het is niet gebruikelijk om aan ggz-problemen een opbouwwerker te zetten, maar opbouwwerkers maken zich vanouds sterk voor bewonersparticipatie in de samenleving. Het zijn mensen die deskundig zijn in samenlevingsopbouw en het emanciperen van mensen. Ze zijn onafhankelijk van de ggz. Een ggz-hulpverlener, hoeveel ervaring hij ook met de doelgroep heeft, zou sneller voor de mensen gaan zorgen. Hij zou de integratie-activiteiten eerder in de eigen ggz ontwikkelen, terwijl ze juist daarbuiten moeten plaatsvinden. We vinden het nog steeds een goede keus dat we iemand van buiten de sector hebben genomen. Opereren vanuit een bepaalde instelling maakt het werk moeizamer, omdat je dan een instellingsbelang vertegenwoordigt en door andere partners ook zo wordt gezien'.

VIER IS TEVEEL

Onderwater: 'Achteraf hadden we beter één stadsdeel kunnen kiezen en daar een concreet experiment beginnen. Je hebt dan veel tastbaarder resultaten. Door vier stadsdelen tegelijk te willen bedienen konden we niet de diepte in gaan. Bovendien zijn de resultaten van bewustwording en mentaliteitsverandering niet altijd zo zichtbaar.

We zijn tot de conclusie gekomen dat we in elk stadsdeel een integraal beleid moeten ontwikkelen. Dat wil zeggen dat we alle instellingen en activiteiten in elk van de vier stadsdelen met elkaar in verband moet brengen. We denken daarbij aan het meldpunt voor extreme buurtoverlast, de crisisdienst, de ggz, en de diverse welzijnsinstellingen. Het was mooi geweest als we dat eerst in één wijk hadden kunnen uitproberen'.

TOEKOMST

Van Lelyveld: 'De stedelijke overheid

vindt dit soort experimenten wel belangrijk.. Integratie van psychiatrische patiënten is een speerpunt van de centrale stad. Maar een stedelijk ondersteuningspunt als vervolg op het IEP is bij gebrek aan subsidie de mist in gegaan. De projecten blijven wel bestaan. Vriendendienst gaat uitbreiden naar het stadsdeel Westerpark en het is de bedoeling dat Vriendendienst in vijf stadsdelen van start gaat.. Maar het IEP zal verdwijnen. Dat wordt nu in meerdere of mindere mate door de afzonderlijke stadsdelen opgepakt.. Het stadsdeel Westerpark heeft een bedrag op de begroting gezet en het ligt in de bedoeling de ggz instellingen te vragen dat bedrag te verdubbelen'.

LEERZAAM

Onderwater: 'Het was moeilijk om de doelgroep aan het project te binden, ze mee te laten denken over de richting die je met het project uit wilt.. We hebben ze uitgenodigd op hapjes en drankjes en ze ondertussen verteld over wat we aan het doen waren. Die methode bleek niet aan te slaan en het was bovendien een dure grap. Uiteindelijk hadden we niet genoeg menskracht om dat vol te houden. Participatie van de doelgroep gaat beter in concrete projecten zoals Diepwatervoorziening en Vriendendienst'..

IEP is een project dat vanuit de ggz is opgezet.. Het kost zichtbaar moeite om aansluiting te krijgen bij de gewone buurtvoorzieningen, al lukt het soms wel.. De vraag is of het voortouw niet meer bij die buurtvoorzieningen zou moeten komen te liggen.

Onderwater en Van Lelyveld menen dat ggz en gemeente verantwoordelijk zijn voor de integratie. De ggz moet ook meer 'naar buiten schuiven'. Maar uiteindelijk is integratie een zaak van de samenleving. IEP is tot stand gekomen door initiatief van mensen die op de een of andere manier te maken hebben met de ggz.

Els Borgesius is redacteur TGP en beleidsmedewerker van RIBW PC Hoofd Amsterdam.

De minister en haar departement

De post die bij dit blad binnenkomt bekijken, is een enerverend karwei. Afgezien van het feit dat de postbus zich bij geen van de redactieleden om de hoek bevindt en daarom niet wat je noemt iedere dag geleegd wordt, komt er nogal wat binnen met vooral een volumineus karakter. Steeds meer glossy materiaal van industrieën en congresbureaus. Steeds meer persberichten over andere tijdschriften, standpunten van verenigingen, onderzoeksrapporten van promovendi en boeken.

Ook het departement Volksgezondheid vult de bus steeds meer; niet slechts persberichten over standpunten, ook volledige teksten van toespraken van de minister vallen in de bus. En nu al zijn het heel wat toespraken.

Als tijdschrift hebben we er nooit van gehouden om 'achter Den Haag aan te lopen'. Beter vermijden, al die beleidsnotities, strategische verhalen en ambtelijke ondoorzichtigheid.

Politiek is immers veel meer dan het Binnenhof, het gaat ons vooral om de gevolgen van besluitvorming, de verandering in verhoudingen tussen (beroeps)groepen. Een analyse van de situatie zegt vaak meer dan de weergave van een nota. Verhalen uit het dagelijks leven van iemand die in een verpleeghuis woont, kunnen meer zeggen dan de besluiten over bezuinigingsoperaties in de sector.

Een tijdschrift voor Gezondheid en Politiek kan zich echter niet volledig afsluiten van dat Haagse wereldje met de soms grote gevolgen. Om ook u de kans te geven door de bomen het bos nog te zien, informeren we u voortaan, om het nummer, middels een nieuwe rubriek: **Het Binnenhofje**.

Als voorproefje een aantal citaten uit de toespraken en standpunten van de minister in de afgelopen maanden. Wat de aanleiding voor de toespraak ook was: doelmatigheid is het onderwerp waarover zij telkens weer sprak, de patiënt staat centraal en de mensen in het veld moeten niet zoveel van de overheid verwachten.

Ter gelegenheid van het afscheid van de voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging, 21-12-'94. De minister:

'Zo kan de vraag waarmee de huisarts een patiënt verwijst, in veel gevallen nauwkeuriger geformuleerd. (...) Natuurlijk moet ook op landelijk niveau de nodige afstemming gerealiseerd worden. Maar zonder de afspraken op lokaal niveau blijft de landelijke afstemming alleen papier.'

'Diagnostisch onderzoek. Ik wil dit onderwerp niet ongevoerd laten, omdat uit vele experimenten blijkt hoeveel doelmatigheidswinst op dit punt te behalen is. Ik ben me ervan bewust dat de 'koplopers', die ik in dit verband naar voren haal, voorloper zijn dankzij de bijzondere omstandigheden die een experiment schept. Ik doel hier op de feedback-levering van de diagnostische centra zoals in Maastricht en Amersfoort. Daarmee is een gestage daling van het aantal diagnostische aanvragen bereikt.'

Op het congres 'Nationale Debat Gezondheidszorg' 25 november laatstleden zei de minister:

'En als artsen, verpleegkundigen en paramedische beroepsbeoefenaren zorg verlenen, dan verlenen zij in de regel zorg

die voldoet aan hoge kwalitatieve standaarden. Niet omdat er een overheid is die hen dat voorschrijft. Niet omdat ze daar op de één of andere manier zelf beter van denken te worden. Maar veel meer omdat het hun overtuiging is dat het zo moet. Omdat ze zich verantwoordelijk weten voor hun patiënten en omdat ze die verantwoordelijkheden, hun professionele verantwoordelijkheden, niet uit de weg gaan. (...) Tot die professionele verantwoordelijkheid, tot dat streven naar optimale kwaliteit, behoort ook het doelmatig omgaan met de schaarse middelen in de gezondheidszorg. Behoort ook het achterwege laten van onnodige handelingen en onnodig dure handelingen. Want zorg die niet doelmatig is, is niet alleen vaak onnodig belastend voor de patiënt, maar gebruikt ook middelen die elders beter kunnen worden aangewend.

Het is de kunst om steeds per patiënt het zorgoptimum te vinden. En dat is iets anders dan een zorgmaximum.'

KNMG-congres 'sexe-specifieke communicatie', 18-11-'94:

'Als communicatie zo'n wezenlijk deel is van de zorg ..., en dan denk ik niet alleen aan de communicatie tussen arts en patiënt, maar ook aan die tussen artsen onderling en artsen en verpleegkundigen ..., waarom is dat dan nu een ondergeschoven kindje in de medische opleiding? (...) Moet er niet een ander evenwicht worden gevonden in de verhouding medische techniek en sociale vaardigheden in de opleiding?'

'We hebben een pluriforme samenleving en daarmee een sterk heterogeen patiëntenbestand. Dit heeft invloed op uw handelen: een buitenlander kan en zal bijna altijd een ander, cultureel bepaald verwachtingspatroon hebben dan een Nederlander. Bijvoorbeeld: als u hem geen medicijn hebt voorgeschreven, bent u in zijn ogen geen goede dokter. Schrijft u hem toch wat voor, ook als er geen medische indicatie voor bestaat? U communiceert dan misschien, dat u hem en zijn cultuur 'begrijpt', maar bent u dan doelmatig bezig?'

Het congres ter gelegenheid van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), 10-11-'94.

'Wetten, regels en formele procedures vormen een belangrijke ondersteuning van het gewenste veranderingsproces. De echte verandering moet echter komen van de mensen die de wet in de praktijk toepassen. Dat geldt niet alleen voor de primaire hulpverleners, maar voor iedereen die bij het hulpverleningsproces betrokken is. Dus ook voor ondersteuners, maar zeker voor de directies. Zij allen moeten de patiënt een meer centrale plaats geven.'

'Het schriftelijk vastleggen van de toestemming moet er uiteraard niet toe leiden dat de hulpverlener wordt opgezadeld met een enorme papierwinkel.'

Slechts een kleine greep uit vele lezingen. Voortaan zal de rubriek ook reacties op beleidsontwikkelingen noteren, van kamerleden, fractiespecialisten en andere wandelaars in het hofje.

(IvdV)

WE MOETEN VUILE HANDEN MAKEN

Annemiek Meinen

In enkele jaren is de discussie over een andere gezondheidszorg van toon veranderd. Politieke termen als democratisering, maatschappijkritiek en bewustmaking hebben plaats gemaakt voor nuchtere begrippen als gepast gebruik, patiëntenrecht en kwaliteit.

Toch hebben de jaren zeventig niet het alleenrecht op idealisme. Want gelukkig zijn ze er nog steeds, die bevlogen mensen van toen. Zij maken zich sterk voor echte veranderingen in de zorg of zetten zich in voor een specifieke groep patiënten. TGP spreekt met een aantal van hen over idealen van vroeger en nu, en over de praktijk van alledag. In dit nummer de eerste van een reeks portretten: Madelien Krips.

Madelien Krips is vanaf het eerste uur betrokken bij de ontwikkeling van vrouwenhulpverlening. Ze werkte tien jaar als therapeut bij het feministische therapiecentrum de Maan in Amsterdam. Ze was de eerste die overstapte van de 'autonome' organisatie de Maan naar de 'reguliere' hulpverlening van de Riagg. Dat was in 1987. Vanaf die tijd was ze, tot voor kort, coördinator vrouwenhulpverlening bij twee Riaggs. Daarnaast is ze altijd zelfstandig werkzaam gebleven als docente en supervisor.

Madelien Krips: 'Het aanbod van de vrouwenhulpverlening is veel te individualistisch geworden. Veel vrouwenhulpverleners zijn de context kwijtgeraakt en zien vrouwenhulpverlening als een klein borduurwerkje. De grote valkuil is dat de vrouwenhulpverlening zichzelf teveel beschermt. Het is logisch, het grote systeem aanpakken is niet vrolijk, het is continu oorlog. Maar we moeten er instappen. Juist nu.'

Wat heeft de vrouwenhulpverlening te bieden aan het grote systeem van de gezondheidszorg?

'De eisen van deze tijd zijn: kortdurend, snelle diagnostiek, directe bevrediging van behoeften en succesvolle behandelingen. Onmiddellijk zie je dat in de Riaggs en in de psychiatrie het medisch model uit de kast wordt gehaald. Ik vind dat beangstigend omdat aanhangers van het medisch model beweren: "Ik ben de deskundige, ik weet wat goed voor u is en u moet doen wat ik zeg". Het overleg met de klant dreigt daardoor te verdwijnen. Maar: dat medische model is niet het enige mogelijke antwoord. Juist de vrouwenhulpverlening heeft, op dit punt veel interessants te bieden. Onze werkwijze destijds op de Maan sluit bijvoorbeeld prima aan bij deze eisen. Wij deden ook aan kortdurende hulp: maximaal twintig keer, er waren korte onderhandelingen bij de intake waarvoor we maximaal tien minuten hadden. Maar ook zorgprogramma's kunnen een prima antwoord zijn. In de vrouwenhulpverlening staat het overleg met de cliënt centraal, de onderhandeling tussen wat jij kunt aanbieden en de wens van de cliënt: het komen tot zorg op maat.

We moeten nu duidelijk maken wat de vernieuwing, waar de vrouwenhulpverlening voor staat, inhoudt. Anders gaat de gezondheidszorg weer terug naar af en wordt het een oud vertrouwd traditioneel hiërarchisch model.'

Wat is er zo positief aan die zorgprogramma-ontwikkeling?

'Ik denk dat we nu eindelijk een hulp-

aanbod kunnen maken waarin de cliënt een belangrijke zeggenschappositie heeft. Een aanbod waarbij de cliënt elke keer betrokken wordt bij overwegingen: "Is dit wat je wilt? Kan je ermee verder?" Het aanbod kan ook gefaseerd worden: "Probeer het eens een tijdje". Deze manier van werken hebben we als vrouwenhulpverlening ook in huis: met kleine stapjes werken, dicht bij de cliënt blijven, samenwerken met andere disciplines. Bij zorgprogramma's kunnen meerdere hulpverleners betrokken zijn. Ieder heeft zijn of haar eigen rol. De één is niet per definitie minder dan de ander. De hiërarchie "hoe afstandelijker hoe beter" of "hoe intrapsychischer, hoe waardevoller" geldt niet.'

U heeft al geëxperimenteerd met zorgprogramma's?

'We hebben wel een voorzichtige poging gedaan, maar het is ingewikkeld. De verschillen in werkwijzen en tussen disciplines worden zichtbaar. Duif je het gevecht hierover als vrouw aan, duif je het voortouw te nemen? Het doet verschillende belangen op de grondvesten trillen en je wordt zichtbaar in je keuzen.

Je gaat de confrontatie aan, ook wat betreft de waarde van vrouwenhulpverlening. Voor bepaalde cliënten is vrouwenhulpverlening niet voldoende of niet goed. Op het moment dat ik uit de Maan stapte en bij de Riagg kwam heb ik ook daar veel geleerd, het is wederzijds.

De vrouwenhulpverlening dringt wel door en wordt in de meeste Riaggs omhelsd. Alleen wat de vrouwenhulpverlening brengt is lastig voor deze supergeprofessionaliseerde hulpverleners. Want zij zetten alles in abstracties en zijn heel keurigjes. De vrouwenhulpverlening heeft geen professionele achtergrond, is niet wetenschappelijk, is geen school, het is een maatschappelijke beweging. We spreken niet de taal, maar wij hebben de kracht van de attitude. Daarmee maak je toch meer contact dan met een prachtige intellectuele visie. Het aansluiten bij je cliënten hebben wij dus mee.'

'De vraag is: waarom stagneert de integratie van vrouwenhulpverlening soms?

Er is natuurlijk concurrentie, bijvoorbeeld van de kant van de gedragstherapeuten. Het is te simpel om te zeggen: "Het ligt aan het beleid, ze willen ons niet". Of: "Het ligt aan die mannen".

'Het is onzin dat de geestelijke gezondheidszorg geen interesse in ons heeft.'

Het kan ziekenfondsen en het management van instellingen echt niet schelen wat precies je achtergrond is, als je maar iets te bieden hebt wat kan, wat werkt en te beschrijven valt. Ik vind dat de vrouwenhulpverlening in een crisis zit. Het is onzin dat de geestelijke gezondheidszorg geen interesse in ons heeft.'

Wat is die crisis in de vrouwenhulpverlening?

'Waar zijn wij bang voor als we gaan groeien? Als we ons echt gaan profileren binnen de instelling? De vrouwenhulpverlening lijdt tegelijkertijd aan een overschatting en een onderschatting: "Ik weet het toch het beste maar niemand wil naar me luisteren", "ben ik wel goed genoeg ..". Uit angst om niet onder de voet gelopen te worden, stellen vrouwen zo veel voorwaarden waar anderen aan moeten voldoen dat het nooit goed genoeg is. Met als gevolg dat de vrouwenhulpverlening hetzelfde doet als vele andere therapeutische scholen: lekker op jezelf blijven en denken: "Ik ben toch beter". Kortom, ik verwijt de vrouwenhulpverlening sektarisch denken.'

Er wordt wel gezegd dat de vrouwenhulpverlening zich met een stukje van de taart bezig houdt en dat het tijd wordt dat ze zich met de hele taart gaat bemoeien ..

'Exact: waarom vinden we die hele taart zo eng? Ik denk - ik ben natuurlijk toch therapeut - dat we dan het gevoel hebben overal verantwoordelijk voor te zijn: of je bent helemaal niet verantwoordelijk of óververantwoordelijk. Alsof wij als moeders weer de hele boel moeten gaan redden. Wij denken zelden in deelnemersposities: dat jij een stukje doet en anderen een stukje. We lijken collectief niet in de wederkerigheidsfase aangekomen te zijn. Dat is een psychodynamische term uit de groepsthe-



*Madalien Krips
foto: Marlies Bosch*

'Ik verwijt de vrouwenhulpverlening sektarisch denken.'

rapie, waarin je de parallelfase, opnemingsfase en de wederkerigheidsfase onderscheidt. Eén van de interessante dingen in een vrouwengroep is dat er vaak geen wederkerigheidsfase ontstaat: je blijft met jezelf bezig. En dan kan je niet werkelijk delen met elkaar. Er wordt wel altijd over "delen" ge-

sproken in de vrouwenhulpverlening, maar ik vraag me wel eens af of dat wel klopt.. Kijken we niet te vaak naar de ander ter vergelijking met ons zelf, in plaats van de ander als persoon zien? Het teveel focussen op herkenning staat misschien wel het echt zien van elkaar in de weg. Als groepstherapeut ben ik hier erg over aan het dubben.'

Hangt het ook niet samen met de analyse van de 'boze buitenwereld', waar vrouwen het slachtoffer van zijn? Als het gaat om delen, dan moet je ook met die boze buitenwereld gaan delen. En dan speelt niet alleen de vraag: vertrouwen zij de vrouwenhulpverlening, maar ook: vertrouwt de vrouwenhulpverlening hen?

'Ja, we moeten ook vuile handen maken. Want we moeten compromissen durven sluiten, de andere partij erkennen en daarmee gaan onderhandelen. Er zullen natuurlijk altijd conflicten blijven. Ik zie wederkerigheid ook als "ik èn jij" in plaats van "ik Ofjij". Autonomie in verbondenheid. Ik heb het gevoel dat het een collectief proces is dat we heel moeilijk vinden.

Ik heb ook aan den lijve ondervonden hoe moeilijk het kan zijn. Toen ik als coördinator vrouwenhulpverlening uitgenodigd werd op een afdeling psychotherapie, werd ik niet voorgesteld en negeerden ze me totaal als ik wat zei. En niemand grijpt dan in. Ik vind het dan net een incestgezin. Het gaat om machtsproblematiek. Het gaat niet om wat je zegt, ook al zou je poep roepen. Wie wat zegt, daar gaat het om. Heel pijnlijk. Achteraf zag ik wel dat ik daar als symbool zat en doordat ik er was wel het één en ander veranderde. Het is een absoluut ondankbare rol, je moet het ook niet te lang doen. Het gaat om de confrontatie, dat wordt in een incestgezin ook steeds vermeden. Voor mijn part gaan we allemaal op vechtsport. We moeten leren verliezen en leren winnen.

***'We moeten de
adolescentenmoeder zijn'***

We zullen die onveilige wereld in moeten. Een veilige plek blijft ook nodig om je wonden te likken, maar het mag niet het eindpunt zijn. De vraag voor de vrouwenhulpverlening is: hoe kunnen we elkaar ondersteunen in het werken met mannen, verantwoording aan te gaan, met macht om te gaan, echt de baas te worden, te durven vechten, onfatsoenlijk durven te zijn. Ondersteunen dus in plaats van te zeggen "God-mens-wat-heb-je-het-toch-moeilijk". We moeten de adolescentenmoeder zijn. We zijn heel goed in het babymoederen: het zorgen, beschermen en voeden. Dat wordt maatschappelijk ook gehonoreerd. Het zijn de goede moeders. Maar de adolescentenmoeder moet af te toe even niet thuis geven, onaardig durven zijn, gezag uitoefenen, afstand kunnen creëren. Maar ook kunnen ondersteunen als iets moeilijk is. Vrouwen beschrijven vaak dat als ze iets moeilijk

vonden hun moeder dat bevestigde of zei: "Doe het maar niet". We moeten juist tegen elkaar zeggen: doen! Veiligheid en onveiligheid. Eigenlijk het oude FORT-principe: je mocht wel in je veilige FORT groep zitten maar meteen daarna moest je een groep starten. Je mocht wel jammeren maar je moest wat doen met wat je geleerd had. En dat is gewoon verdwenen. Zeker bij grote therapeutische instellingen als de Riagg; een prachtige binnenwereld waar plaats is voor therapiewerk, maar de boze buitenwereld blijft buiten de muren. Bij seksueel geweld zie je hetzelfde: een prachtige methodische aanpak wordt ontwikkeld. Maar confrontatiegesprekken aangaan en seksueel geweld in een maatschappelijk politiek kader plaatsen, en niet zozeer als familieprobleem zien, verdwijnt. Je ziet het ook binnen de vrouwenhulpverlening verdwijnen.'

Hoe hoopt u dat de hulpverlening zich over tien jaar ontwikkeld heeft?

'Ik hoop dat we een grote variëteit hebben ontwikkeld. De ene Riagg is goed in emancipatorische hulpverlening en een andere Riagg is weer goed in opvang van psychiatrische patiënten. Iedere Riagg ontwikkelt zijn eigen specialiteiten. Het betekent kleur bekennen, met kleine projecten werken en met gedifferentieerde teams. En elke keer je weer afvragen: wat is de trend, welke cliënten komen eraan? Kortom, flexibel zijn en bij kunnen sturen. Zodat je als klant vrij bent om te kiezen.'

***'Misschien moeten we
gezamenlijk niet meer zo
moreel superieur willen zijn.'***

Wat voor opdracht zou u de vrouwenhulpverlening mee willen geven?

'Misschien moeten we gezamenlijk uit de Madonna-rol stappen en niet meer zo moreel superieur willen zijn. Zolang wij moreel superieur zijn kunnen mannen toch lekker smerig blijven? Het is een veilige en een nare positie, want het levert geen enkele macht op behalve misschien in de hemel.'

Annemiek Meinen is werkzaam als publiciste en trainer in de gezondheidszorg.

Dit interview is een verkorte versie van de tekst uit de afscheidsbundel van Metis, Bureau Vrouwenhulpverlening Nederland: 'Proeven van de taart, 12 visies op vrouwenhulpverlening'.

SLECHT WERK VOOR VROUWEN

J.W. Copius Peereboom

Schadelijke stoffen zijn er velelei in de atmosfeer. Er zijn maxima vastgesteld van de doses waaraan mensen, bijvoorbeeld op de werkplek, blootgesteld mogen worden. Maar het wetenschappelijk bedrijf heeft die normen bepaald aan de hand van onderzoek bij mannen.

Tien jaar geleden was er in de VS een conflict over blootstellingsnormen en werkomstandigheden in sommige chemische productiebedrijven. Voor vrouwen gingen betreffende enkele toxische stoffen strengere normen gelden.

Voor zwangere werknemers was dat wel een uitkomst, omdat bepaalde toxische stoffen voor de ongeboren baby zeer schadelijk kunnen werken. Die vrouwen lopen dan het risico op abortus, meer afwijkende geboorten en eventueel ontwikkelingsstoornissen bij de baby (in het algemeen reproductieschade). (1)

Vele bedrijven voerden die strengere blootstellingsnorm wel in hun bedrijf in, maar ten koste van de productiewerksters: ze mochten gewoon niet langer op de gevaarlijkere afdelingen werken, wat neerkwam op salarisvermindering. Zowel door de emancipatiebeweging als de milieubeweging en de vakbonden werd die strategie sterk aan-gevochten.

MANNENNORMEN

In ons land met weinig vrouwelijke industriewerknemsters is zo'n discussie lange tijd niet gevoerd. Ook in andere opzichten is het hier nooit gekomen van zo'n verbond tussen vrouwen-, milieu- en vakbeweging.

Voorts is het onderzoek bij proefdieren - en de hele toxicologische normstelling - voornamelijk een typische mannenzaak. Ook de dierproeven worden voornamelijk door mannen gepland en uitgevoerd op mannelijke ratten.

Dit betekent dat vrouwelijke werknemers nadelige effecten kunnen ondervinden door toxische stoffen op de werkplek; ook al wordt officieel aan de wettelijke grenswaarden (MAC-waar-

den) voldaan. Feitelijk zijn die normen alleen geldig voor gezonde mannen van 25-45 jaar..

In de praktijk kunnen voor vrouwen gevaarlijke situaties vaak voorkomen, niet alleen in de voordehand liggende industrieën (drukkerijen, fotolaboratoria, in de chemische, elektronische en metaal-industrie, kledingproductiebedrijven, naai-ateliers, de levensmiddelen- en kunststoffenindustrie), maar ook in het midden- en kleinbedrijf onder meer bij kapsters, caissières, personeel van kledingzaken en bij laboratorium- en operatiekamerpersoneel.

De schadelijke effecten van toxische stoffen op de ongeboren vrucht kunnen aanzienlijk zijn. Voor het eerst werd dit aangetoond bij de ernstige kwikverontreinigingen, die in de jaren vijftig tot zeventig in Japan - de zg. Minamata ziekte - en in Irak (kwikvergiftiging door besmet zaaigran) zijn opgetreden. Daarbij bleek dat na de geboorte de moeder vaak betrekkelijk weinig schade had ondervonden, maar dat de pasgeborene mentaal geretardeerd was, althans ernstige ontwikkelingsstoornissen vertoonde. De kwikopname was toen extreem hoog, maar ook bij de huidige, veel lagere concentraties van schadelijke stoffen op de werkplek zullen schadelijke effecten optreden.

LIJST

De volgende schadelijke stoffen (2) kunnen reproductie-schade veroorzaken: cadmium (in goedkope juwelen), metallisch kwik (amalgam), alkylkwik (sommige zoetwatervissen), anorganisch arsenicum, anorganisch lood (drukkerijen, accufabrieken), sommige gechloroerde bestrijdingsmiddelen (tuinbouw), sommige oplosmiddelen (schilders), dichloormethaan, zwavelkoolstof (fabricage van kunstvezels), koolmonoxide (keukens met afvoerloze geisers), styreen, caprolactam, chloropreen (alle drie bij kunststoffabricage) en PCB's.

De overheid zou voor zwangeren en de ongeboren vrucht meer bescherming moeten bieden. Emancipatiemedewerkers bij het Landelijke Milieu Overleg (LMO) pleitten daarvoor in 1992, in samenwerking met de Stichting Gezond-

heid en Milieu, bij de Minister van Sociale Zaken.

EURO

De aanleiding hiertoe was de Nederlandse invulling van een door de EG uitgevaardigde richtlijn inzake de rechten van zwangere werknemers op een veilige werkplek. De Arbeidswet uit 1919 (!) bevatte wel enkele vage bepalingen die de werkgever al enigermate verplichtten de werkomstandigheden voor zwangeren zo nodig aan te passen.

In de praktijk kreeg de zwangere werknemer echter toch onvoldoende garantie, ook voor haar ongeboren foetus. In het recente besluit van het ministerie van Sociale Zaken (1993) wordt de werkgever weliswaar verplicht om de werkomstandigheden aan te passen indien zwangere vrouwen extra schade zouden kunnen ondervinden (bijvoorbeeld door toxische stoffen), maar in de Memorie van Toelichting werd zo uitvoerig ingegaan op mogelijke onthefingen, dat enkele artikelen weer flink werden ontkracht.

Als de nodige maatregelen te duur zijn, mag de werkgever zelf het potentiële risico voor de zwangere afwegen tegen zijn extra kosten en concurrentiepositie. Valt die afweging ongunstig uit voor de vrouw, dan mag hij haar zelfs op ziekteverlof sturen. Dit begint weer op discriminatie te lijken: de vrouw wordt ziek verklaard omdat zij zwanger is. Een zeer discutabele regeling.

MAC

Er is zeker meer aandacht voor deze problematiek noodzakelijk. Vrouwen zouden in het algemeen een betere bescherming tegen schadelijke effecten moeten krijgen. (2,3)

De wettelijke normen op de werkplek, de zogeheten MAC-waarden worden wel gedefinieerd als 'de maximaal aanvaarde concentraties van een gasdamp of nevel van een giftige stof in de lucht op de werkplek, welke in het algemeen de gezondheid van zowel werknemers als van hun nageslacht niet kunnen benadelen.' Maar wettelijk is op dit gebied nog lang niet alles vastgelegd. Bedrijven zijn er dus niet per se aan gehouden. Juristen menen zelfs dat de



*Kapsalon Eva
foto: Jan Reco*

rechtsbescherming van zwangere werknemers er door dit Besluit op achteruit is gegaan. Ook in 1993 heeft het LMO een kritisch schrijven gestuurd aan de Minister van Sociale Zaken, waarin werd gepleit voor een meer uitdrukkelijk in rekening brengen van mogelijke reproductie schade bij de normstelling.

VUILVERBRANDING

In 1994 wordt voor de problematiek ten aanzien van reproductieschade wederom aandacht gevraagd - door LMO en de Stichting Gezondheid en Milieu - van de Ministers van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu. Dit speciaal naar aanleiding van het ten onrechte ophogen (versoepelen) van de norm voor dioxine in 1991. Door de aanwezigheid van veel gebonden 'organisch chloor' en zelfs van vrij chlooride in ons huishoudelijk afval, kunnen er in de emissie uit de schoorsteen giftige dioxinen (PCDD/PCDF's) voorkomen.

Een aanzienlijk deel van de via de atmosfeer opgenomen dioxinen blijkt afkomstig van de uitstoot van vuilverbrandingsinstallaties. In het algemeen is de mate van absorptie van dergelijke stoffen in het lichaam via de luchtwegen veel hoger dan via de maag (circa 40% tegenover 5-10% via de maag/darm). Bij de keuze van de lokaties voor nieuwe vuilverbranders wordt daar vaak onvoldoende rekening mee gehouden. In Midden-Limburg was de actiebereidheid aan de basis - in de wijken,

in organisaties en dergelijke - zeer groot, zoals onder meer bleek uit het aantal van 40.000 bezwaarschriften. Ook elders in den lande groeit de onrust over de problemen die zich rond de aanwezigheid van schadelijke stoffen in ons leef- en werkmilieu kunnen voordoen.

Door de Stichting Gezondheid en Milieu is in 1994 kritiek gepubliceerd op de voorgenomen verruiming van de dioxinenorm, voorgesteld door het RIVM. De Stichting dringt sterk aan op een drastische verlaging van die norm, zulks in samenwerking met Greenpeace, dat een rapport heeft gepresenteerd waarin soortgelijke conclusies staan. Beide rapporten werden in september 1994 overhandigd aan Minister Borst..

MALAISE

Het Seveso-dioxine (een tetrachloorisomeer) en de hele groep van verwante dioxinen en dibenzofuranen zijn uiterst schadelijk. De voornaamste effecten zijn schade aan het immuunstelsel, aan de reproductie en aan het zenuwstelsel en kan leiden tot een grotere frequentie van infectieziekten, verlies van libido, algemene zwakte, uitputting en kan daardoor soms (mede-) veroorzaker zijn van vermoeidheidsaandoeningen zoals het chronisch vermoeidheidssyndroom (CFS, ME) en aanverwante milieuziekten.

Vooraf ten aanzien van de reproductieschade is er de laatste jaren veel onderzoek gedaan. De Canadese wetenschapper Jacobsson kon bij baby's van vrou-

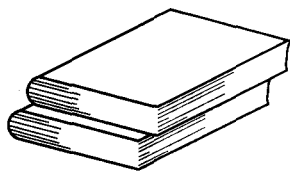
wen met een hoge dioxinebelasting ontwikkelingsstoornissen aantonen. De Amsterdamse hoogleraar gynaecologie/neonatalogie Koppe heeft de laatste jaren in uitvoerig onderzoek aangetoond dat bij de pasgeborenen van moeders, die een relatief hoog dioxinegehalte in hun moedermelk hebben, relatief meer ernstige hersenbloedingen voorkomen. Dit probleem wordt urgent omdat in Nederland nieuwe vuilverbrandingsinstallaties gepland zijn, waartegen op vele plekken sterk verzet is gerezen mede omdat die bedrijven dioxines in de rookgassen uitstoten. Volgens recent onderzoek van Duitse artsen zouden mensen wonend in de omgeving van een vuilverbrandingsinstallatie, meer schadelijke PCB's en (en dioxines?) opnemen dan officieel wordt aangenomen.

In Nederland wordt veel meer afval verbrand dan in andere landen en worden er dus meer dioxinen in de lucht uitgestoten. In ons land, in België en in het westen van Duitsland komen daardoor de hoogste dioxinegehaltenes ter wereld in moedermelk voor (35-40 picogram/gram).

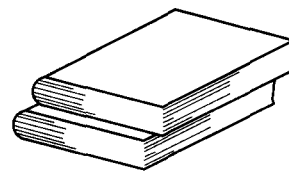
J. W. Copius Peereboom is milieukundige en toxicoloog

Literatuur:

1. Copius Peereboom J.W. (red.) 'Milieu en Gezondheid', Boom, 1994, p. 129-65.
2. Strijkel A. 'Risico's van chemische stoffen voor vrouwen in het beroep', Ministerie SZW, 1983.
3. Strijkel A. 'Ook het nageslacht beschermen' in 'MAC-waarden op de arbeidsplaats', FNV, p. 65-75.



boeken



'Wie het toelatingsexamen voor euthanasie niet haalt, krijgt levenslang.'

Het is een tijd geleden dat ik zo heb gelachen om doodgaan. Zo dat een verdienste is, komt die op het conto van Bert Keizer, schrijver van *Het refrein is Hein* en in het dagelijks leven arts in een verpleeghuis.

Het refrein is Hein is een aaneenschakeling van korte impressies die de ik-figuur (verpleeghuis arts Anton) opdoet tijdens zijn werk in verpleeghuis De Liefdeberg. Die impressies zijn gelardeerd met overpeinzingen over het artsenvak. De titel is ontleend aan een wijsheid die in veel verzorgings- en verpleeghuizen (veelal in kruissteekjes uitgevoerd) aan de muur hangt: 'Het leven mag een lied zijn, maar het refrein is Hein.'

HET REFREIN
IS HEIN

Keizer heeft zijn 'literair-filosofische bespiegeling' over leven en sterven in een hedendaags verpleeghuis vlot en beeldend geschreven. Neem het antwoord dat Anton klaar heeft op patiënt Thijs Kroet (alle namen in het boek zijn gefingeerd) die dood wil. Anton is niet helemaal overtuigd van de diepgang van die wens. Hij antwoordt: 'Thijs, als je hier dood wilt, moet je eerst toelatingsexamen doen. Als je zakt krijg je levenslang.'

Zelfs als Anton nog negatiever is, heeft hij voortdurend een humoristische ondertoon. Zo stellen twee broers hem voor om hun moeder uit haar lijden te verlossen. 'Zoiets kan tegenwoordig toch worden geregeld?', suggereren ze. 'Schetst u mij eens zo'n regeling.', antwoordt Anton, die met de moeilijkheid zit dat moeder zelf al te ver heen is om haar doodswens nog zelf te uiten. De broers stellen voor het te doen zonder

dat iemand het merkt.. 'Ik geloof dat dat moord heet,' merkt Anton droogjes op. Deze twee dialogen zijn maar een greep uit vele. Ze maken bij de lezer voortdurend minstens een glimlach los, al was het maar door het gebruik van het understatement... Die understatements zijn de kracht, maar tegelijkertijd het moeilijke van 'Het refrein is Hein'. De dood wordt er wel erg gezellig door. De schrijver lijkt dat te beseffen. 'Zou hij wel eens serieus zijn?' laat Keizer eentamelijk godsdienstige - verpleegster zich afvragen over Anton. Het antwoord van de verpleeghuisarts is kenmerkend. Hij zegt de verpleegster dat ze twee dingen over God moet onthouden. 'Ten eerste: Hij bestaat niet, en ten tweede: Hij maakt geen grapjes.' Kennelijk is humor voor Anton een effectieve manier van omgaan met de dood. Elders in het boek ziet Anton een veraderlijke kant van zo vaak met de dood omgaan. 'Er komt een cellofaantje om de Dood heen te zitten en je denkt onwillekeurig dat straks ook je eigen dood enkel uit wat geredder met formulieren zal bestaan.' Het heeft er alle schijn van dat ook de humor zo'n cellofaantje is. Dat je voor euthanasie eerst een 'toelatingsexamen' moet doen, zou binnenkort wel eens in kruissteekjes op de muren van de Nederlandse verpleeghuizen kunnen komen te hangen.

Door het cellofaantje heen maakt Keizer overigens bij voortduring duidelijk hoe moeilijk hij de omgang met de dood blijft vinden. Telkens als iemand hem om een zachte dood heeft gevraagd, slaapt hij slecht.. 'Als iemand je om de dood heeft gevraagd, heb je eigenlijk geen rust meer totdat hij of zij in de laatste scène de ogen sluit en het bewustzijn verliest.. Als dat is gebeurd, gaat iets in mij voor het eerst in lange tijd verzitten. En weer verzitten.'

De impressies van Keizer zijn überhaupt doordrenkt van een grote begaantheid met het lot van zijn patiënten. Liefde wil hij het zelf niet noemen. Maar als Aids-patiënt Jules op sterven ligt en door zijn familie alleen wordt gelaten, knapt er iets. 'Ik kan niet laten te denken dat dit allemaal heel anders zou verlopen als Jules hetero was en

leukemie had. Is het niet triest? Is het niet walgelijk?'

Ten slotte nog dit. Wie op basis van die ondertitel ('Dagen uit een verpleeghuis') mocht denken dat 'Het refrein is Hein' een realistisch beeld geeft van de dagelijkse gang van zaken in een verpleeghuis, komt bedrogen uit. 'In De Liefdeberg zijn driehonderd mensen opgenomen en gemiddeld komt het maar één of twee per jaar voor dat er van die driehonderd iemand echt dood wil,' aldus Anton zelf.. Toch lijken zijn dagen vooral gevuld met gedachten over euthanasie. Dat patiënten in verpleeghuizen vaak lang moeten wachten op verzorging, komt maar een enkele keer aan bod en dan nog tamelijk curieus. Dat is namelijk bij een patiënt die verpleegsters seksueel intimideert en op een avond teveel zuipt.. Hij braakt, poept en piest zichzelf vervolgens onder.. 'En nu ligt hij te schreeuwen en te tieren omdat niemand hem komt helpen. Ik heb hem gezegd zich kalm te houden en zijn excuus aan te bieden. "En dan maar hopen dat die meiskes, zoals jij ze noemt, je komen helpen." Dat hebben ze gedaan, maar pas om half zeven 's avonds,' aldus Anton. Over deze ondertoon van vergenoegdheid valt te twisten; is het niet een ongeoorloofde vorm van eigenrichting?

Nico de Boer

Signalementen

De Katholieke Vereniging van Zorginstellingen (KVZ) doet de laatste jaren van zich spreken door haar ondersteuning van moreel beraad in de gezondheidszorg. In de KVZ-bundel 'De achterkant van de organisatie' behandelen een aantal ethici en directeurs van instellingen de managementkant van het omgaan met morele problemen. Het gaat daarbij niet alleen om het opbouwen van een *overlegstructuur*, met een ethische commissie en richtlijnen. De *cultuur* van de instelling, en niet de regels, bepaalt de werkelijke aandacht voor morele vragen.

M.A.M. Pijnenburg (red.), De achterkant van de organisatie; management, cultuur en ethiek in de gezondheidszorg. Van Gorcum & Comp. B.V., Assen 1994

De Stichting O & O is opgeheven, het ontwikkelings- en ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg is in de vorige bezuinigingsronde van WVC ten onder gegaan. Een aantal taken blijft op andere wijze overeind en op de valkeep verschenen er nog een aantal publikaties. 'Praktische wijsheid' is één van de vruchten van een ethiekproject van O & O. Het boekje biedt de lezer een kader aan voor het denken en praten over morele keuzes waarvoor huisartsen in hun praktijk gesteld staan. De auteurs beschrijven verschillende praktijkgevallen die in gesprekken binnen een huisartsgroep aan de orde komen. Er wordt een verband gelegd tussen het feitelijke kiezen en de recente benaderingen in de ethiek.

E. Heijerman & H. Tenwolde, Praktische wijsheid. Morele vragen in de huisartsenpraktijk. De Tijdstroom, Utrecht 1994

Voor het laatst verscheen de nieuwsbrief van het Netwerk Gezonde Steden. De subsidie van het ministerie wordt beëindigd, het Netwerk zelf wordt overgedragen aan de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Daar zal ook, in afgeslankte vorm, de ondersteuning van gemeenten bij het ontwikkelen van lokaal

gezondheidsbeleid te krijgen zijn. Het huidige Steunpunt in Rotterdam wordt opgeheven. Per 1 januari 1995 is het postadres van het Netwerk Gezonde Steden:

VNG, afd. MAVI/Netwerk Gezonde Steden, Postbus 30435, 2500 GK Den Haag. Contactpersoon daar is les Engels, 070 - 3738 237.

Ook literatuur en onderzoeksrapporten, voorheen verkrijgbaar bij het Steunpunt, zijn ondergebracht bij de nieuwe afdeling.

Second European Conference on Nursing Diagnosis and Interventions. De conferentie wordt gehouden van 18 tot 20 mei 1995 in Brussel. Op de eerste conferentie in 1993 in Denemarken is een begin gemaakt met een gezamenlijke aanpak van registratie. Het gaat dan om het beschrijven van patiëntproblemen, verleende zorg en resultaten op uniforme wijze. Op de tweede conferentie wordt verder gesproken over de wenselijkheid en de mogelijkheden van de aanpak.

Voor meer informatie kunt u bellen met LEO Nursing Management, tel. 020 - 6242405.

Kankerpatiënten waarderen het als zij ongevraagd psychosociale hulp krijgen aangeboden kort nadat zij de diagnose kanker vernomen hebben. De meesten van hen maken ook gebruik van het aanbod om een keer met een professional over de psychosociale gevolgen van de ziekte te spreken. Dit bleek tijdens een experiment waar standaard in het ziekenhuis maatschappelijk werk aan kankerpatiënten wordt aangeboden. Het experiment was opgezet door het Integraal Kankercentrum Midden Nederland met vijf ziekenhuizen in de Utrechtse regio.

W.B.A.M., Melief & H.M., Urlings, Evaluatie-onderzoek naar het IKMN project "Structureel Inschakelen van Ziekenhuis Maatschappelijk Werk voor Kankerpatiënten" Verwey Jonker Instituut Utrecht, 1994. Tel: 030 - 300 683. Het rapport kost f 20,-

Onlangs verschenen twee boeken over patiëntenvoorlichting in de psychiatrie. Het psychiatrische ziekenhuiswezen loopt op het gebied van de patiëntenvoorlichting nog erg achter bij de algemene ziekenhuizen. Het belang wordt wel steeds meer ingezien; de kwaliteit laat nogal eens te wensen over.

In 'Voorlichting zo gek nog niet' worden voorlichtingsprogramma's voor psychiatrische patiënten en hun familie beschreven. Het boek gaat vooral in op groepsvoorlichting, zowel voor patiënten als hun familieleden. De auteurs zijn K. Geelen en B. Breehaaar, het boek kost f 25,-

'Individuele voorlichting in een psychiatrische ziekenhuis' gaat -ligt voor de hand- vooral over individuele voorlichting. De informatie-overdracht tussen hulpverlener staat centraal en hoe daar enige systematiek in aan te brengen. Er wordt een draaiboek voor de voorlichting beschreven dat in Psychiatrisch Ziekenhuis Dennenoord is ontwikkeld. De auteur is J. Strijk, het boek kost f 20,-

Beide publikaties zijn uitgegeven door het Landelijk Centrum voor Gezondheidsbevordering en Preventie (in de reeks Patiëntenvoorlichting) en zijn aldaar telefonisch te bestellen, tel. 030 - 971 160.

Maturing Out

An empirical study of personal histories and processes in hard-drug addiction

E.H. Prins

1995. 220 blz. f 49,50 - ISBN 90 232 29819

The author works out a theory of the origins of drug addiction and gives a description of the course of a drug addiction process. His theory is based on a careful analysis of a number of personal histories, told spontaneously by (former) drug addicts through voluntarily given narrative interviews. This analysis results in the conclusion that drug addiction is often the outcome of a drawn-out and distorted identity development caused by emotional neglect.

On the basis of this findings the author offers some starting points for more efficient treatment methods and, maybe even more important, he also opens new perspectives on drug addiction in general. Apart from offering excellent possibilities for the development of more efficient addiction treatment methods, this book also influences the way we look at drug addicts and their behaviour.

Praten en pillen

Drs. O. Marx (red.)

1995. 100 blz. f 25,00 - ISBN 9023229738

In de psychiatrie van de jaren '60 en '70 heersten hoge verwachtingen ten opzichte van "praten"; pillen had de ideale patiënt niet nodig. In de jaren '80 en '90 heersen hoge verwachtingen ten opzichte van "pillen"; de ideale patiënt klaagt niet over bijwerkingen, haakt niet af en reageert gunstig op medicatie.

Voor veel patiënten is praten niet genoeg en zijn pillen onvoldoende. Dit boek gaat in op praten en pillen bij psychotische en affectieve stoornissen, waarbij blijkt dat een verzoening nabij is.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 05920 46846
Fax 05920 72064



Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek

Het tijdschrift voor Gezondheid & Politiek wil op een kritische, maar vooral analytische wijze de ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen, niet alleen vanuit de verstrekker van de zorg, maar ook vanuit de ontvanger: de patiënt.

Het tijdschrift wordt uitgegeven in samenwerking met de Stichting Gezondheid & Politiek en verschijnt 6x per jaar.

Abonnementsprijs

D f 75,00 voor particulieren

D f 110,00 voor instellingen

BESTELBON

Fax of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop naar:

Uitgeverij VAN GORCUM, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen, Tel. 0592046846/ Fax 05920 72064,

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Datum _____

Handtekening _____

Abonneert zich tot wederopzegging op het **Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek**.

DAT ZOEKEN WE OP... MAAR WAAR?

? Krijg ik door het nieuwe systeem in de kinderbijslagwet straks minder geld voor mijn kinderen van 8 en 11 jaar?

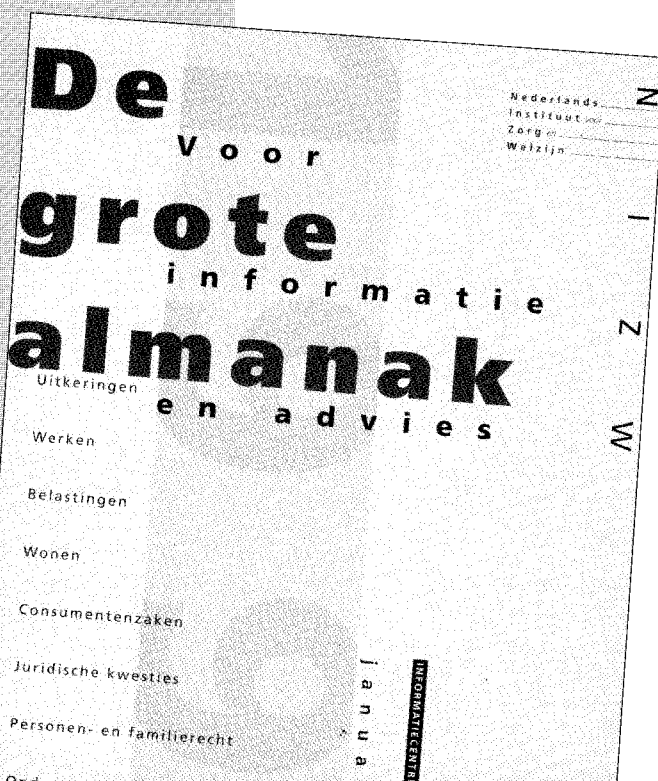
? Naast mijn AOW ontvang ik een pensioen van 5000 gulden. Heb ik dan ook recht op de nieuwe ouderenaftrek?

? Ik zit in het ziekenfonds. Welke mogelijkheden zijn er om me te verzekeren voor tandheelkundige hulp?

? Ik studeer en mijn partner werkt. Heeft zijn inkomen invloed op de hoogte van mijn studiefinanciering?

Allemaal vragen waarop u per 1 januari 1995 nieuwe antwoorden moet geven.

Die vindt u in



DE GROTE ALMANAK VOOR INFORMATIE EN ADVIES

De nieuwste editie bevat de laatste gegevens en bedragen (per 1 januari 1995) op het gebied van uitkeringen, werken, belastingen, wonen, consumentenzaken, juridische kwesties, personen- en familierecht, onderwijs, gezondheid, welzijn, vrije tijd, verkeer en vervoer. Meer dan 1400 adressen maken gericht verwijzen mogelijk.

Een jaarabonnement (2 edities) kost f 159,-.

Aantrekkelijke korting bij 4 of meer abonnementen. Bestelnummer: E 8111.

REGELINGEN EN VOORZIENINGEN

Dit losbladig informatiesysteem met sociale en juridische informatie, bijgewerkt tot op de dag van vandaag is geschikt voor organisaties met meer dan 250 informatie- en adviesvragen per jaar. Wekelijks ontvangt u een aanvulling met een overzicht van de nieuwste gegevens en regelingen. Een jaarabonnement kost f 950,- inclusief *De grote almanak voor informatie en advies*, *De Lijst* en *Trefwoordenlijst*. Een basisset van circa 4000 pagina's kost f 550,-. Bestelnummer: E 8131.

ABONNEREN

U kunt zich abonneren via de Publikatieservice van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW, Postbus 19512, 3501 DD Utrecht, telefoon (030) 30 66 07.

Ne der l a n d s _____ Z
Ins t i t u u t v o o r _____
Zorg e n _____
We l z i j n _____

I
Z
W