

8e jaargang, nr.26, maart 1989

# PLEKTRUM

uitgave van de nederlandse vereniging  
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

**PLEKTRUM BEDREIGD?**



# redactioneel

'Plektrum' is het verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt in februari, juni en november.

Kontributie voor de NVSPV f 75,— per jaar.  
Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het tarief f 25,— respectievelijk f 37,50.  
Voor donateurs f 46,—.  
Adres: Melisse 21, 8252 DK Dronten.  
Postrekening 4424927 NVSPV, Dronten.

## Dagelijks bestuur

Eric Duffels (voorzitter)  
05134-1898  
Lies van 't Slot (sekreteraris)  
02152-54558  
Robert Dudink (penningmeester)  
03210-17879

## Kopij

Kopij voor het eerstvolgende Plektrum, April '89 dient binnen te zijn voor 1-3-'89 a.s (getypt). Maximale lengte van de artikelen 5 a 6 biz.

## Redactie-adres:

Harry de Graaff  
Lingedijk 17  
4014 MB Wageningen  
03446-1291

## Redactie

Harry de Graaff  
Theo Fredriksz  
Cor Augustijn  
Henk Hiemstra

## Technische uitvoering

Zet/druk: Pankreat, Utrecht  
Fotografie: Cor Augustijn

Aantal leden per 1-2-'89: 680

## Copyright

Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf.  
Deze artikelen mogen worden overgenomen met bronvermelding, maar na overleg met de redactie.

# inhoud

Van de redactie.....	3
Arbeid en geestelijke gezondheid.....	4
Alledaags racisme.....	6
G. Raaf.....	10
Ledenvergadering.....	11
Vrouwenhulpverlening en eetverslaving.....	13
Afscheid Harm Siemens.....	18
De spv als 1½ lijnswerker in de ouderenzorg.....	21

## De nieuwe naam

**Wij kozen voor 'Plektrum'. Een korte en krachtige naam met een duidelijke betekenis, die grafisch gezien óók mogelijkheden biedt. Volgens Koenen: plektrum (gr: pléktron = citerpen), klein plaatje waarmee de snaren van een lier in de oudheid, thans die van mandoline en citer, getokeld worden.**

**De naam is toepasselijk, omdat deze bedoeld is voor het voortbrengen van iets positiefs, in dit geval de ontwikkeling van een beroepsgroep. Hij raakt daarbij -naast hoge en lage- ook gevoelige snaren.**

# Van de redactie

## **Plektrum aan de dood ontsnapt**

Ternauwernood heeft Plektrum de aanslag van de verenigingsekonomen overleefd. Onze wonden nalikkend zit de schrik er nog dik in. Het bestuur vond ons te duur. 'De inhoud te ver af van de vereniging', bracht zij naar voren.

'De vormgeving is mooi, maar strookt niet met de magere inhoud', stelde een bestuurslid op de ledenvergadering november 1988.

Om de begroting sluitend te maken en er moest een computer aangeschaft worden, werd het budget van het Plektrum geminimaliseerd. Gelukkig steunde de ledenvergadering de motie niet, waarna het bestuur aanbod alsnog een aanvullende financiering te zoeken. Wel zullen de wensen van het bestuur nader met de redactie besproken moeten worden, is de eis van het bestuur. Wat het gevolg is voor vormgeving en inhoud in het komend jaar is vooralsnog een verrassing. In ieder geval wenst de redactie de lezer een goed 1989.

Wij als redactie vinden wel dat een verenigingsblad **het** visitekaartje is van een beroepsgroep. **Daarom moet het Plektrum blijven.**

## **Waar kunt u terecht voor info?**

Adressen NVSPV bestuursleden:

- Voorzitter  
Eric Duffels  
Uranusstraat 28  
8521 LX St. Nicolaasga  
tel. 05134-1898
- Ledenadministratie  
Frans van Vugt  
Postbus 639  
5600 AP Eindhoven  
tel. 040-424929
- Sekretaris  
Lies van 't Slot  
Spui 41  
1273 MP Huizen  
tel. 02152-54558
- Redactie Plektrum  
Harry de Graaff  
Lingedijk 17  
4014 MB Wadenoyen  
tel. 03446-1291
- Penningmeester  
Robert Dudink  
Melisse 21  
8252 DK Dronten  
tel. 03210-17879
- Postrekening 44 24 92 7  
T.n.v. NVSPV te Dronten.

# Arbeid en geestelijke gezondheid

door Henk Riemstra

In onze westerse cultuur is arbeid een hoog goed. Het al of niet hebben van werk (verrichten van betaalde arbeid) heeft invloed op ons dagelijks leven. Kees Trimbos verwoorde het aldus:

'In onze cultuur is arbeid een der hoogst gewaardeerde middelen tot het bereiken van doeleinden als geluk, welzijn, zelfontplooiing, etc. Dit diep verankerde arbeidsethos wordt in onze tijd onder meer verwoord als 'werkgelegenheid voor allen'. Dit gaat zover dat dit middel (want dat is het uiteindelijk) als doel-op-zich beschouwd wordt. Maar arbeid voor iedereen kan geen doel op zich zijn in het licht van de vigerende waarden in onze maatschappij. Het is hoogstens een pseudo doel, een tussenstation, dat ten onrechte een zelfstandig karakter krijgt en zo zelfs gevaarlijk kan zijn. Want hierdoor worden verwachtingen gewekt, die niet, of niet meer gehonoreerd kunnen worden en die dan via een vervreemdingsproces het begin kunnen vormen van een ontwikkeling die tot psychische stoornissen leidt via risicogroep, krisissituatie en gebrek aan welzijn.' (Trimbos, '81)

Trimbos heeft het hier vooral over het niet hebben van arbeid en daar dus ook geen welzijn uit kunnen halen. Gezien het feit dat we toegeen naar steeds minder werken en steeds meer vrije tijd, zullen we het arbeidsethos los moeten laten en welzijn uit andere activiteiten zien te halen.

Welke invloed heeft vrije tijd op ons leven? Sommigen hebben het nog drukker dan tijdens hun 8-urige werkdag. In zijn stuk 'vakantie, een psycho-analytische visie' haalt J. Groen Ferenczi aan die er in 1919 al op wees dat er mensen bestaan die lijden aan een periodiek optreden van psychische stoornissen en wel op zondagen, als men vrij is van verplichtingen. Hij noemt dit verschijnsel de 'zondagsneurose'. De verklaring hiervoor van Ferenczi is de volgende. 'Door het wegvallen van de plicht treedt er een soort innerlijke bevrijding op waardoor allerlei driften bevredigd kunnen worden. Wanneer dit echter driftbevredigingen betreft die verboden zijn en dus straf met zich mee zouden brengen, komt iemand in een gevaarlijke situatie, die maakt dat hij zijn

afweer versterkt. Als compromisvorming treden er symptomen op, die mede tot gevolg hebben dat het, nu gevaarlijk geworden, plezier vergald wordt. Werken moeten we hier kennelijk begrijpen als een boetedoening, en dat is een idee dat al zo oud is als de Joods-Christelijke beschaving. Zolang we werken, doen we boete en hoeven we dus geen nieuwe straf te verwachten. Houden we er echter mee op zonder gerechtvaardigd excuus, bijvoorbeeld ernstige ziekte of invaliditeit, dan komt de angst voor de te verwachten straf. Dit resulteert vaak in het onvermogen van de vrije dag of dagen te kunnen genieten.'

Nu is op 3 november drs. W.B. Schaufeli gepromoveerd op een proefschrift waarin hij tot de konklusie komt dat mensen met een HBO-opleiding weinig tot geen psychische gevolgen ondervinden van het lange tijd zonder werk zitten. Hij stelde in 1984 en 1985 een onderzoek in onder 635 schoolverlaters en 467 langdurig werklozen met een HBO-opleiding. 'Er bestaat hoegenaamd geen verband tussen eventuele psychische problemen en het wel of niet hebben van een baan. Er kan slechts een lichte samenhang worden geconstateerd met financiële moeilijkheden en een negatief waardeoordeel over werkloosheid in het algemeen,' aldus Schaufeli in het Nieuwsblad van het Noorden.

Als verklaring hiervoor noemt hij 'de actieve manier waarop ze (HBO-ers) op hun situatie inspelen. Ze hebben aanzienlijke reserves op het vlak van kennis en informatie, een hoge mate van zelfwaardering en een sterk geloof in eigen mogelijkheden'. Ook zou volgens Schaufeli het afnemen van het arbeidsethos en respect voor werken met behoud van uitkering een rol mee spelen. Verder meldt het krantenartikel dat degenen die het hardst op zoek zijn naar een baan, het minst last hebben van psychische problemen. 'Dat weersprekt de opvatting dat het voortdurend afgewezen worden bij sollicitaties, de motivatie om verder te zoeken frustreert en vervolgens tot psychische klachten leidt. Schaufeli constateert dat veel van zijn proefpersonen erin slagen het gemis te compenseren door op een andere wijze

aktief te zijn.' Hij konkludeert o.a. dat het onderscheid tussen 'werken' en 'werkloos' geen psychologische betekenis heeft. Er zou beter gesproken kunnen worden van 'kwaliteit van werken' en 'kwaliteit van werkloosheid'. Die laatste is bij HBO-ers in Nederland relatief hoog.

Het gevaar met zulke krantenartikelen is dat je niet het hele onderzoeksrapport hebt, maar slechts een aantal, vaak opmerkelijke uitspraken naar aanleiding van dat onderzoeksrapport. We weten dus niet hoe er onderzocht is en wat er gemeten is.

Toch een paar kanttekeningen. Zelf ben ik nu 1½ jaar op zoek naar een vaste baan als spv. Ik kan wel zeggen dat ik daardoor 'een hoge mate van zelfwaardering en een sterk geloof in eigen mogelijkheden' heb ontwikkeld. Maar dan wel vanuit een andere achtergrond dan Schaufeli schetst. Het steeds afgewezen worden bij sollicitaties frustreert wel, namelijk het gevoel van eigenwaarde en het geloof in eigen kunnen. Inderdaad, niet de motivatie om verder te solliciteren. Om nu niet in een ontwikkeling te komen die tot psychische stoornissen leidt zoals door Trimbos geschetst, maar om het evenwicht te bewaren ga je iets luider dan anders je eigen kwaliteiten aanprijzen. Je gaat

op zoek naar activiteiten omdat niets doen tot niets leidt en bovendien niet past bij je nieuwe gedrag. Ook Ferenczi's theorie over angst voor straf kan hier een rol in mee spelen. Maar zeker speelt de waardering die je krijgt van (belangrijke) anderen een rol bij het in stand houden van je evenwicht.

Met elkaar in tegenspraak vind ik dan ook de 'lichte samenhang tussen psychische problemen en een negatief waardeoordeel over werkloosheid in het algemeen' en de uitspraak dat het onderscheid tussen 'werken' en 'werkloos' geen psychologische betekenis meer heeft. Aan de andere kant, misschien had Schaufeli wel de bedoeling om werkloosheid vanaf nu positief te labelen door de term 'kwaliteit van werkloosheid' aan onze (welzijns)wereld toe te voegen.

Naast 'kwaliteit van werken' wil ik dan ook nog noemen de 'kwaliteit van vrije tijd'. Het duurt dus even voordat je toekomt aan je eigen kwaliteiten. Misschien moet je daarvoor eerst werkloos worden.



*kwaliteit van het niets doen*

# (Alledaags) racisme en hulpverlening

door Vera Mierop, werkzaam in Amsterdam

**Zij bood dit stuk aan voor ons themanummer over hulp aan buitenlanders. Door een misverstand kwam dit te laat in ons bezit. Daarom deze verlate plaatsing.**

**De hulpverlening aan, zoals dat heet 'allochtone' Nederlanders, of zij nu afkomstig zijn uit het mediterrane Europa, dan wel uit Suriname, de Antillen of elders, mag zich de laatste jaren verheugen in een grote belangstelling. De geïnteresseerde hulpverlener kan zich oriënteren in een gestaag in omvang toenemende hoeveelheid literatuur. Zo geeft het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders een literatuurlijst uit die ruim honderd pagina's beslaat en vele honderden publikaties vermeldt.**

**Bij het doorlezen van deze lijst valt op dat met name de zgn. 'eerste generatie problematiek' wordt beschreven. De publikaties behandelen onderwerpen als ziektebeleving en ziektegedrag, gezondheidszorg in land van herkomst, huwelijk en gezin, cultuur en religie. Opmerkelijk is dat men in deze uitgebreide literatuurlijst tevergeefs zal zoeken naar publikaties die het onderwerp racisme behandelen. Problemen in de hulpverlening aan buitenlanders worden vooral beschreven in het kader van de communicatiebarrière, het gebrek aan informatie en het verschil in kulturele achtergronden.**

**Racisme lijkt met deze problemen kennelijk weinig van doen te hebben. In onderstaande artikelen willen wij aannemelijk maken dat racisme wel degelijk een rol speelt bij de hulpverlening aan de 'allochtone' Nederlander.**

## **Wat is racisme**

Eigenlijk bestaat er maar één ras, nl. het menselijk ras. Biologisch gezien gaan de diverse volkeren zo vloeiend in elkaar over dat geen scheidingslijnen zijn te definiëren. De indeling naar rassen geschiedt dan ook meestal vrij willekeurig op basis van uiterlijke kenmerken, taal of kulturele verschillen.

Racisme nu, komt neer op het toeschrijven van inferieure eigenschappen op basis van uiterlijke kenmerken dan wel verschillen in cultuur of taal. Racisme is maatschappelijk

## **Scriptie**

Geschreven in het kader van de voortgezette opleiding beroeps-innovatie geestelijke gezondheidszorg.

De titel is: **Anders**

Het gaat over wat er anders is aan Indo's (Nederlands-Indische mensen) ondanks dat ze hier geboren zijn en opgegroeid en wat dit anders zijn voor de hulpverlening in de AGGZ betekent.

Het is geschreven door Vera Mierop waarbij het ook te bestellen is door overmaking van f 7,50 (inclusief portokosten) op gironummer: 38.49.363.

Informatie is te verkrijgen op werkdagen bij V. Mierop, RIAGG Zuid-Nieuw West te Amsterdam, tel. 020-446911.



niet neutraal; het is verbonden met de bevolkingsgroep die economisch, cultureel en ideologisch in het centrum van de macht staat. Racisme gaat dan ook vaak samen met het gevoel dat deze machtspositie aangevallen wordt. Dit uit zich in denkbeelden als: 'De buitenlanders pakken ons werk af en onze huizen' of 'Onze cultuur wordt onder de voet gelopen'.

Het is een misverstand om bij racisme slechts te denken in termen van grove, openlijke discriminatie, zoals het weigeren van zwarte jongeren in een disco of het neerstemmen van Kerwin Duymeyer (de rechtbank ontkende overigens dat racisme bij deze moord een motief zou zijn geweest). Discriminatie echter is slechts de uiterlijk herkenbare consequentie van het racisme als filosofie zoals wij die boven gedefinieerd hebben. Racisme is echter door de eeuwen heen met onze (koloniale) maatschappij verweven. Onze cultuur, onze opvoeding is gebouwd op de filosofie van Westerse superioriteit. Wij hebben ons daar vaak zelf zo mee vereenzelvigd dat we deze positie niet meer als zodanig herkennen. Wij zijn ons daardoor niet meer bewust van onze eigen vooroordelen, deze onbewuste, niet herkende vooroordelen beïnvloeden echter wél ons gedrag, onze verwachtingen t.o.v. zwarte(\*) mensen. Racisme is er daarom ook onopgemerkt in het leven van alle dag: racisme is ook het onwillekeurig controleren van de achterzak in de metro naar de Bijlmer of het tegen de Turkse schoonmaker praten in een soort kleuter-Nederlands. Of het niet aanstellen van buitenlandse werknemers in functies die een omgang met het publiek impliceren.

### **Racisme in Nederland**

Racisme is voor veel Nederlanders jarenlang verbonden geweest met situaties in het buitenland: Zuid-Afrika, de Verenigde Staten. De situatie in ons eigen land werd het liefst beschreven in het kader van onze spreekwoordelijke gastvrijheid en tolerantie. Hadden wij niet door de jaren heen vreemdelingen uit alle windstreken opgenomen en waren niet tienduizenden Indische Nederlanders 'probleemloos' in onze samenleving geassimileerd?

Toen echter in het verloop van de jaren zeventig de recessie intrad, tienduizenden Surinamers bij de onafhankelijkheid van hun land naar Nederland kwamen en het duidelijk werd dat honderdduizenden 'gast'arbeiders zich definitief in ons land zouden vestigen kwamen de aanwezige vooroordelen en ra-

cisme meer en meer aan de oppervlakte. Sinds de Tweede Kamer-verkiezingen van 1982 is het racisme in Nederland een onontkoombare realiteit. Ook buiten kleine groeperingen als de Nederlandse Volkunie en Centruumpartij zijn gevoelens van racisme en vooroordelen wijd verbreid. Opinieonderzoeken tonen aan dat de intolerantie ten opzichte van etnische minderheden in de loop van de zeventiger jaren, aanmerkelijk toeneemt. Had in 1966 bijna 86% van de bevolking geen bezwaar tegen 'mensen van een ander ras als naaste burens', in 1981 was dit percentage gedaald tot 46%. Velen achten terugkeer van buitenlanders wenselijk (Legendijk/AVRO: 36%). Voor een premie bij vertrek is zelfs 46% (Inter/Vieuw/Panorama). Het overal aanwezig zijn van racisme en vooroordelen blijkt vaak uit het onderzoek van Philomena Essed (1984). Door middel van reeksen interviews met zwarte vrouwen, weet zij wat door haar het 'alledaagse racisme' wordt genoemd voor een ieder tastbaar te maken. Zij maakt duidelijk dat racisme zich niet alleen voordoet in openlijk geuite discriminatie, maar ook in niet uitgesproken verwachtingen, in de stille interpretatie van de handelingen, het gedrag van de gekleurde mens door de blanke. Dit stille onderhuidse racisme is overal, is alledaags.

### **Hulpverlening en racisme**

Philomena Essed laat in haar interviews met zwarte bejaardenverzorgsters en verpleegkundigen zien hoe subtiel het racisme van patiënten ten opzichte van zwarte hulpverlensters kan zijn. Een patiënte weigert bijvoorbeeld zich door de gekleurde verpleegkundige naar bed te laten brengen; niet door het haar te zeggen, maar door de situatie zo te organiseren dat zij telkens door een ander naar bed gebracht wordt. Veel moeilijker is het aan te tonen dat ook hulpverleners bij hun werk niet vrij zijn van racisme en vooroordelen. Te meer daar deze vaak verpakt zijn in goede bedoelingen en 'verstandige' informatie. Een fraai voorbeeld hiervan is de brochure: 'Een poging om iets te vertellen over Suriname, zijn bewoners en een aantal van hun gewoonten ten bate van Nederlandse hulpverleners'. Hierin wordt de Creool beschreven als 'over het algemeen vrolijk, vrij luidruchtig, neemt het leven niet zo zwaar (Wij sullen wel sien toch?), houdt van bonte felle kleuren en flonkerende sieraden. Hij laat, als hij het heeft, het geld gemakkelijk rollen' (blz. 6). Ook aan de verstandelijke vermogens wordt getwijfeld. 'Het heeft weinig

zin een Surinamer ergens van te overtuigen door middel van een puur verstandelijke redenering' (blz. 14) of: 'De wereld van Surinamers is maar klein' (blz. 14).

Ook veel van de meer wetenschappelijke literatuur blijkt echter niet waarde vrij in haar informatieverstreking, neigt snel tot generalisaties en geeft soms de indruk vanuit een superieure positie de 'rare' gewoonten van buitenlanders te beschrijven. Zo schrijven Plooy en van der Meer (1977): 'In het Marokkaanse denken is precisie met bureaucratische regels niet ontwikkeld. Exactheid in het algemeen speelt in Marokko een veel geringere rol dan in Nederland. Regels die bepalen dat een handeling vóór een bepaald uur of bepaalde datum verricht moet worden, zijn voor Marokkanen te abstrakt'.

De veronderstelling dat Marokkanen irrationeel zouden zijn blijkt nog sterker bij Limburg-Okken (1982). 'De uiting van psychische problematiek geschiedt vaak op symbolisch ingeklede wijze. Dit verschilt van onze denkwijze die meer gebaseerd is op rationele, abstracte principes dan op beeldende indirecte vormen. Men kan bij Marokkanen om vele redenen de lichamelijke klacht opvatten als spreektaal van hen die vooral aan het lichaam hun identiteit verlenen en voor wie bovendien het verbaliseren op niet symbolisch niveau vaak in de taboe c.q. schaamte sfeer ligt'.

Shadid en van Koningsveld (1983) laten middels een voorbeeld zien hoe dergelijke generaliserende informatie kan leiden tot bevooroordeelde bij de hulpverleners: een tweejarig Turks meisje, Fabima, wordt herhaalde malen in het ziekenhuis opgenomen met luchtweginfecties. De vader informeert zich regelmatig over de behandeling van het kind, hetgeen door het personeel als 'lastig' wordt ervaren. Als het kind opnieuw wordt opgenomen, nu echter na een ongeluk, het meisje is uit een raam gevallen, gelooft men deze verklaring niet en denkt aan kindermishandeling. Immers bij Turken is een meisje toch maar een tweede rangs kind!!

Racisme speelt ons inziens ook op een geheel andere wijze een rol in de hulpverlening. Wie het boek van Gunter Walraff (Ik, Ali, 1985) leest kan zich nauwelijks voorstellen dat het jarenlang systematisch op denigrerende wijze behandeld worden, het negeren en de sociale achterstelling aan iemand voorbij gaat zonder geestelijke verwondingen achter te laten. Toch worden de lichamelijke klachten en met name het psychotische

dekompenseren van mediterrane werknemers in de Nederlandse literatuur voorname verklaard vanuit de andere wijze van ziektebeleving, de kultuurschok en het 'onthoemd' zijn. Is het echter niet voorstelbaar dat mensen depressief worden omdat ze zich voortdurend als mindere behandeld voelen of dat iemand paranoid wordt omdat hij (zij) steeds achter zijn rug voor onbetrouwbaar of vies wordt uitgemaakt.

In de Engelstalige en met name de Amerikaanse literatuur wordt racisme wel degelijk als stress, als ziekmakende faktor erkend. In de V.S. zijn zwarte patiënten zelf zich ook bewust van het feit dat dergelijke factoren een rol spelen bij hun psychotische klachten.

In Engeland wordt ook van overheidswege hulpverleners op deze problematiek gewezen. In het voorwoord van een Engelse (overheids)brochure voor artsen en maatschappelijk werkers wordt dit als volgt geformuleerd: 'Racial prejudice and discrimination are undoubtedly the most urgent and serious problems facing minority ethnic groups in this country. The effect of discrimination in mental health is certain, but that in effects general well-being and happiness can hardly be doubted. This must be recognised by doctors and social workers....'.

### **Racisme, wat doen we ermee**

Racisme is inderdaad van alle dag. Aan de ene kant beïnvloedt het onze gedragingen en onze relaties, aan de andere kant is het voor 'gekleurden' een belangrijke stress-factor die het welzijn op vaak nog onbekende wijze beïnvloedt.

In de medische en sociale sector zijn hulpverleners er in hun opleiding mee vertrouwd gemaakt dat hun eigen (sexuele)opvoeding een belangrijke rol speelt in de beoordeling van de hulpvraag en de eigen reactie daarop. Men is geleerd attent te zijn op de 'blinde vlekken' in het waarnemen en niet 'over' te reageren bij problematiek die zelf slecht werkt is.

Het blijkt echter niet eenvoudig te accepteren dat ook racisme en vooroordelen ons waarnemen vertekenen, en vaak zonder dat wij ons dat bewust zijn onze reacties en handelingen beïnvloeden. Bij het aan de orde stellen van de eigen houding t.o.v. zwarten wordt snel afwerend gereageerd: 'Ik ben geen racist', 'Ik heb Surinamers onder mijn beste vrienden'. Racisme is slecht en de suggestie dat men zelf er niet geheel van ver-

schoond zou zijn roept kennelijk snel afwijzing, ja zelfs verontwaardiging op.

Ons inziens dienen de diverse opleidingen in de hulpverlening (het eigen) racisme in hun curriculum te behandelen, daarnaast zou ook in bijscholingskursussen aandacht aan dit onderwerp geschonken kunnen worden. Buiten meer aandacht voor literatuur zou in rollenspel en gesprekstraining de eigen positie, het eigen wit of zwart zijn aan de orde moeten komen. Met betrekking tot de hulpverlening zal de erkenning van de invloed van racisme op gezondheid en hulpvraag consequenties moeten hebben voor de behandeling, voor de wijzen waarop hulp wordt (aan)geboden. In de behandeling (c.q. hulpverlening) moet ruimte en aandacht besteed kunnen worden aan de implicaties van het jarenlang behandeld worden als tweede rangs burger. Daarbij dient men zich te realiseren dat ook patiënten/cliënten zich een dergelijke relatie met hun klachten meestal niet bewust zijn. Immers: het axioma van de dankbaarheid voor de gastvrijheid van het nieuwe vaderland funktioneert bij blank en zwart. Immigranten zullen vaak ondanks de doorstane vernederingen en ellende niet snel hun problemen toeschrijven aan de slechte behandeling uit angst als 'ondankbare' gekenschetst te worden.

Tenslotte zal men bij het aanbod van de hulpverlening er rekening mee moeten houden dat bevolkingsgroepen die zich door de witte meerderheid met argwaan bekeken en geringschattend behandeld voelen, op z'n minst ambivalent zullen staan ten opzichte van de hulpverlening die door die zelfde witte meerderheid geboden wordt. Bij het bieden van adequate hulpverlening zal men er dan ook vooralsnog niet aan ontkomen deze hulpverlening te bieden middels instanties en mensen die niet met wit geassocieerd kunnen worden.

V. Mierop, soc. psych. verpl.

R.J.A. Diepersloot, arts assistent

\*Met de omschrijving 'zwart' wordt een ieder bedoeld die racisme ondergaat, ongeacht de huidskleur. Wit in deze optiek is kort: niet zwart.

N.B. Met dank aan Catharina Dracopoulou en Tekla den Boer, die het stuk hebben bekritiseerd en aan Deny van den Berg die het typewerk heeft verzorgd.

#### Literatuurlijst

*den Boer, Tekla. Omdat we wit zijn. Witte vrouwen: haar racisme, bewustwording en mogelijkheden tot bevrijding. K.U. Nijmegen, doctoraal scriptie sociologie.*

*Bosch, A.H. Verpl.k. alg. dienst. Een poging om iets te vertellen over Suriname, zijn bewoners en een aantal van hun gewoonten t.b.v. Nederlandse hulpverleners.*

*van den Brugge, Harry. De buitenlander ons een zorg. De Tijdstroom (verpleegkundige studie).*

*Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Literatuurlijst Gezondheidszorg Buitenlanders 1984.*

*Commision for racial equality. Aspects of mental health in a multi-cultural society. Notes for the guidance of doctors and social workers. First edition juni 1976/ reprint dec. 1987.*

*Dracapoulou, Catharina. Verslag van studiedag gehouden op 21 juni 1984. Racisme, omgaan met vooroordelen in de wijk discriminatie. Ombudsvrouw kulturele minderheden van de gemeente Nijmegen.*

*Essed, Philomena. Superioriteitsgevoel is taboe, maar het is er wel. Alledaags racisme. Onderzoekster Ph. Essed. De groene Amsterdammer, 25 januari 1984.*

*Essed, Philomena. Alledaags racisme. Sara 1984.*

*Fanon, Frantz. Zwarte huid, blanke maskers. Kritiese bibliotheek Van Gennep/Novib.*

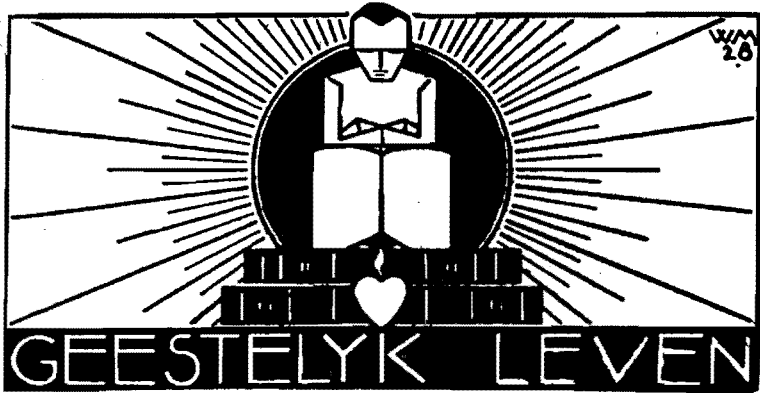
*Limburg-Okken, A. (1982) Vroege herkenning van psychiatrische ziektebeelden bij Marokkanen in de Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten. Op citaat 129-136.*

*Memmi, Albert. Racisme hoezo. Masusa 1983.*

*Plooy en van der Meer, Ph. (1977) Demonposessie als psychiatrische ziekte bij Marokkanen. Medische Contact, jaargang 32, blz. 503-505. Marokkanen en de ziektewet, N.C.B. Utrecht, 40 pp.*

*Shadid, W.A.R. en Koningsveld, P.S. Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Achtergrondinformatie t.b.v. de zorg voor Moslimse migranten.*

*Walraff, Günter. Ik (Ali). Van Gennep.*



## Ziekten der Geest: 'Opleidingstrauma'

door: G. Raaf

Het is zover, ik ga de kaderopleiding volgen! Lang heeft het geduurd, 10 jaar om precies te zijn. Tien jaar verzet en nu gebroken.

Volgens de CAO-AGGZ kreeg ik elk jaar trouw een periodiek bij mijn salaris. Financiële zorgen hoefde ik me dus niet te maken om in deze tijd van salarisbevroezing en geldontwaarding toch steeds het zelfde te kunnen verdienen. Na 10 jaar trouwe dienst als spv, zou ik naar een hogere schaal gaan. Tenminste, zo dacht ik, na de CAO-reglementen goed gelezen te hebben. 'Neen' zegt de afdeling personeelszaken van de RIAGG waar ik werkzaam ben. 'Verkeerd gelezen' weet men mij te vertellen.

Enfin, de schrik sloeg mij om het hart. De rest van mijn leven op dit salaris blijven staan of... de kaderopleiding gaan volgen! Brieven schrijven en overleggen met vakbond en kollega's. Ik kreeg ongelijk. Het moet, het moet, het moet...! Het trauma van meer dan 10 jaar geleden komt opnieuw in alle hevigheid naar boven.

De spv-opleiding begon ik toendertijd met hoge verwachtingen. Na jarenlange praktijk erva-

ring was ik toe aan een theoretisch vervolg. Het pakte anders uit. Het sociale akademie-sfeertje van veel praten en toch weinig doen. Navelstaren en zielroeren. Truienbreiende kollega-studenten. Docenten die weinig (nieuws) te vertellen hebben.

Sindsdien ontwikkelde ik een allergie voor dit soort opleidingen. 'Ik niet' hield ik mijn kollega's steeds voor als ze enthousiaste plannen uitten en zich aan een vervolgopleiding waagden. Steeds werd mijn afkeer bevestigd door verhalen die ze me later vertelden. Nu is het dan zo ver! Ik ben aan de beurt om leerdoelen te formuleren. Ik zal me gedwee in de supervisiegroep storten; theorieboeken gaan bestuderen. Ik zal op zoek gaan naar familiewortels om daardoor mijzelf en cliënt beter te gaan begrijpen.

Ik zal veranderen, goeien, rijpen, wijzer worden. Stilletjes heb ik echter één wens: waren deze twee jaren maar voorbij. Dan zal ik gewoon kunnen ademen, echt vrij zijn en alles vergeten...!

# Algemene ledenvergadering

## 24 november '88

### Voor wie er niet was....door Henk Hiemstra

Deze keer een goed bezochte (dankzij de studiemiddag?) en tevens roerige ledenvergadering. Roerig vooral ten aanzien van de begroting voor '89, maar ook vanwege de onderhandelingen over de CAO voor komend jaar. En de verwelcoming van een nieuw bestuurslid.

#### Begroting

De behandeling van de begroting nam nogal wat tijd in beslag. Struikelblok was de drastische verlaging van het budget van 'Plektrum'. Argumenten vanuit het bestuur waren ondermeer dat het blad inhoudelijk te ver van de vereniging afstaat en dat de kwaliteit van uiterlijk en innerlijk niet met elkaar in overeenstemming zijn. De redactie van 'Plektrum', bij monde van Harry de Graaff, weigert de zwarte piet toegespeeld te krijgen. Jarenlang is de begroting voor 'Plektrum' goedgekeurd en afgelopen jaar zelfs nog verhoogd. Zonder overleg vooraf ligt er nu deze budgetverlaging. Dit wordt door de redactie ervaren als een dolksteek in de rug. Het bestuur kreeg de 'Plektrum' van de toekomst uitgereikt, handgeschreven en in miniformaat. Ook betoogde de redactie dat er nooit kritiek en bezwaren op/tegen de inhoud met een konstruktieve onderbouwing de redactie hebben bereikt. Vanuit de zaal kreeg de 'Plektrum' redactie steun. Een verenigingsblad wordt van groot belang geacht mede gezien het beleid naar professionalisering. Er werden voorstellen gedaan over verschuivingen van gelden op de begroting. Uiteindelijk werd besloten dat het bestuur in overleg treedt met de redactie met de intensieverklaring dat de prioriteiten zoals door de A.L.V. aangegeven worden meegenomen. Hierbij wordt een verhoging voor het 'Plektrum' budget niet uitgesloten.

#### CAO-overleg

Pim van Loon, vertegenwoordiger van de ABVA/KABO, deed verslag van de onderhandelingen met de WAGG, de wergeversorganisatie, over de CAO voor 1989.

De WAGG behoudt zich het recht voor om voor '89 geen CAO af te sluiten. De werknemersorganisaties hebben echter een pakket op tafel gelegd wat haast niet afgewezen kan

worden zonder ongelooftwaardig over te komen. De WAGG wil eigenlijk naar een X 'raamcao' toe wat veel nadelen heeft voor de werknemers (zie ook een dit jaar verschenen brochure van de ABVA hierover). Mocht de WAGG toch het akkoord voor de CAO '89 afwijzen dan treed er per 1 januari '89 een CAO-loos tijdperk in. Gevolg daarvan is dat elke nieuwe werknemer die na die datum in dienst treed de werkgever zelf de afspraken kan regelen zodat er grote verschillen in den lande zullen optreden.

Mocht het zover komen dan 'is de beer los' aldus Pim van Loon. Hij is het onderhand spuugzat. Wat dit allemaal kan inhouden laat zich raden, maar er staat nog niets vast.

#### Opleidingen

De opleidingen MGZ/GGZ bevinden zich in een wanordelijke situatie. Zo zijn er bijvoorbeeld sterke geruchten dat er een part-time opleiding van start gaat. Overleg tussen bestuur en opleidingen vindt plaats in januari '89.

Voor wat betreft de VO-B is het bestuur van mening dat dit gecentraliseerd moet blijven. Meedenken over VO ondergebracht bij De RI-NO wil het bestuur wel maar heeft niet de hoogste prioriteit.

Er zijn inmiddels HBO'ers in de GGZ opleidingen ingestroomd die voldoen aan de nieuwe richtlijnen. Echter moest ook gekonstateerd worden dat in Nijmegen B'-ers met HBO-IW of HBO-MW worden toegelaten in het tweede jaar. Dit is onaanvaardbaar.

Bij de RIAGG Friesland zijn nog steeds V-HBOV stagiaires. De NVSPV heeft dit onaanvaardbaar genoemd. De werknemers van de RIAGG Friesland staan inhoudelijk achter dit standpunt, maar krijgen eenvoudig een dienstopdracht, als er wordt geweigerd zo'n stagiaire te begeleiden.

### **Aftreden Marius Boer**

Na zes jaar zich intensief met de NVSPV te hebben beziggehouden moest Marius zijn zetel afstaan. Hem werd namens bestuur en alle leden hartelijk dank gezegd en wellicht zien wij hem elders in de vereniging nog eens actief. En zowaar een nieuwe kandidaat trad onder daverend applaus naar voren. Haar naam is Mieke Kok en ze hoopt volgend jaar af te stu-

deren als spv. Ze heeft dan 2 jaar ervaring met belangen behartiging van studenten. Wij wensen haar veel succes in haar nieuwe functie.

Er blijft dus nog steeds een vakature. En volgend jaar treedt ook Eric Duffels af als voorzitter. In het jubileum jaar nog wel.

## **NVSPV-ledenvergaderingen**

**24 mei en 23 november '89**

### **Redactie-adres-wijziging**

**Harry de Graaff**

**Lingedijk 17**

**4014 MB Wadenoyen**

**tel.: 03446-1291**

**werk: 030-334134**

## **Gelezen in de volkskrant**

Mensen die een poging tot zelfdoding hebben gedaan, krijgen vaak niet de hulp die zij nodig hebben.

Deze en andere konklusies zijn te lezen in een rapport: 'Hulpverlening na suïcidepogingen, geschreven door een aantal onderzoekers van de Rijksuniversiteit te Leiden.

Zij stellen in dit onderzoek dat iedereen na een t.s.-poging en in een ziekenhuis komt, wordt onderzocht door een specialist in de GGZ. Dat hoeft -gezien het tekort aan psychiaters- geen psychiater te zijn. **Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige** is misschien wel geschikter, denken de onderzoekers. **Reactie van Plektrum op dit artikel:** Waar gaat het nu eigenlijk om? Is er een tekort aan psychiaters en bij gebrek aan beter: dan maar een spv. Of: eindelijk erkenning van onze beroepsgroep. We kunnen méér dan ondersteunende gesprekken, pillen geven of huisbezoeken doen?

## **Onlangs uitgekomen**

Advies functieprofiel spv door de commissie Beroepsprofiel van de NVSPV (september 1988). Dit advies is tot stand gekomen in samenwerking met de Nationale Raad voor de Gezondheidszorg. De commissie komt tot de konklusie dat er niet meer gesproken kan worden van het beroepsprofiel van de spv. Er wordt gesproken over een 'gespecialiseerde functie binnen de beroepsuitoefening van de verpleegkundige'. In dit stuk wordt verder uitgebreid ingegaan op de specifieke kenmerken van deze specialisatie, het terrein waarop gewerkt wordt, de taken en de kennis en vaardigheden.

Dit rapport werd onlangs aan de leden van de NVSPV toegestuurd ter informatie en is onlangs besproken op de ledenvergadering (november 1988). Omdat dit voornamelijk een concept betreft, zal de commissie binnenkort met een definitieve versie komen.

# Vrouwenhulpverlening en eetverslaving

*Op 19 november 1987, organiseerde de NVSPV een studiemiddag over vrouwenhulpverlening. Door diverse omstandigheden is het niet gelukt van deze middag zoals gebruikelijk een syllabus uit te geven. Om deze omzins recht te zetten publiceren we hierbij één van de onderwerpen die op deze middag aan bod kwamen. Het artikel heeft als onderwerp eetverslaving.*

*Marianne Le Poole (medewerkster Stichting Eetverslaving, psychotherapeute) geeft een uiteenzetting van drie soorten eetverslaving, het inzicht in eigen eetgedrag en de lijfbeleving.*

*Joke Dinklage (Therapeute Dagcentrum De Enk, Amersfoort en freelance medewerkster Stichting Eetverslaving) gaat nader in op het signaleren van eetverslaving en het doen van intakes.*

## **Uiteenzetting der drie soorten eetverslaving**

### **Welke aandachtspunten zijn voor ons belangrijk:**

- Onder eetverslaving verstaan wij zowel Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa als Obesitas, dat wil zeggen: zowel dunne als dikke vrouwen kunnen eetproblemen hebben.
- Eetverslaafde zijn betekent dus: veel bezig zijn met eten/niet eten, lijnen en diëten - ongeacht het gewicht.
- Eetverslaving heeft veel te maken met de slankheidsnorm. Vrouwen behoren slank en mooi te zijn, een maatschappelijk opgelegd ideaalbeeld.
- Met daaraan gekoppeld: de rolpatronen. Mannen en vrouwen leren in onze maatschappij verschillend sexe-gedrag. Vrouwen krijgen daarbij veelal een verzorgende rol toebedeeld. Verzorgen en voeden (door middel van eten) ligt bij moeders/echtgenoten vaak dicht bij elkaar. Waarbij er ook nog een konflikt kan ontstaan tussen: (professionele) ambities hebben en een verzorgende

rol moeten vervullen. Dit leidt vaak tot eetproblemen.

- Veel eten dempt emoties. Eetverslaving betekent dat ongewenste gevoelens, zoals boosheid, verdriet, worden onderdrukt. Prestaties, kracht, blijven onder de maat.
- Diëten helpen niet. Voortdurend jezelf aan banden leggen betekent alleen maar jezelf onderdrukken. Daarnaast levert het eenzijdige-dieetvoedsel allerlei tekorten op die het lichaam weer wil aanvullen, en daardoor hongergevoel oproept. Dit, gekoppeld aan psychische behoefte (hoofdhonger) doet naar eten grijpen.
- Rondom eetverslaving is veel schaamte. Vreetaanvallen krijgen vrouwen alleen als ze alleen zijn, anderen mogen het niet zien of weten. Eetverslaving is vaak verhuuld onder andere klachten, het is een geheim.
- Het is een overlevingsstrategie. Je houdt jezelf in stand door het eetprobleem, door te vreten blijf je functioneren. Het gezin blijft draaien, je kunt je baan voortzetten, terwijl je je problemen dempt en weg-eet. Eetverslaafde vrouwen zijn vaak redelijk succesvol en prestatiegericht, ze zien er goed uit. Daaronder gaat vaak een gevoel van chaos schuil, en een angst voor echt succes en concurrentie.
- Eetverslaafde vrouwen zijn vaak zeer depressief, hebben een uiterst negatief zelfbeeld én een negatief lichaamsbeeld.
- Er is vaak een link met andere 'vrouwenproblematiek': eetverslaving kan gekoppeld zijn aan incest, automutilatie en andere verslavingen.

### **Kenmerken van drie eetverslavingen:**

Het is belangrijk goed op de hoogte te zijn van zowel fysiologische als psychologische kenmerken van eetverslaving, om diagnostische redenen en om behandel-prognose goed te kunnen inschatten. En vooral: om met je klant op haar golflengte te kunnen praten. Diagnostische criteria zijn beschreven in de DSM III. Hieronder volgen een aantal, naar onze

Om eetverslaving te kunnen begrijpen, zou het eigenlijk noodzakelijk zijn om eens een tijdlang op een streng afslankdieet te gaan, ongeacht of je nu dik of dun bent. In korte tijd kom je dan tot de ontdekking wat zo'n extreme deprivatie doet met lijf en hoofd. Velen van ons, dus ook hulpverleners, hebben weleens aan de lijn gedaan en kennen die ervaring: niet met jezelf tevreden zijn, jezelf op rantsoen zetten en nooit helemaal het ideaal bereiken.

Wij moeten allen eten en drinken om te leven, te overleven. Dus we hebben allen zo onze eetpatronen. Gaan allen op onze eigen wijze met ons lijf om. Niet altijd bewust. We zijn ons ook niet altijd bewust van de sociale aspecten van eten, bijvoorbeeld in het gezin.

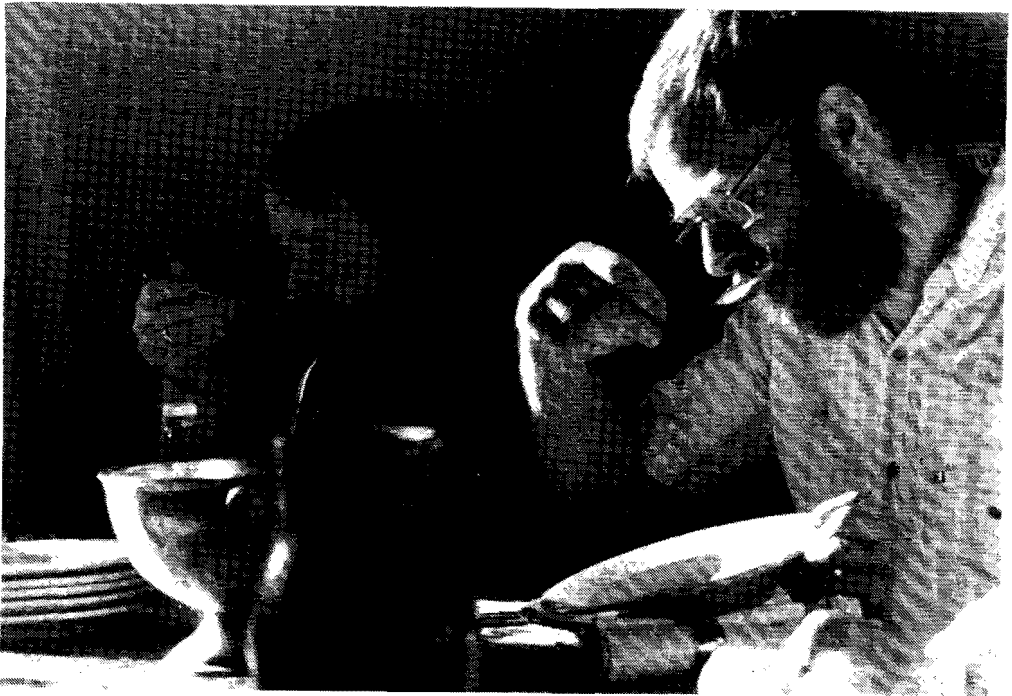
Het is nuttig jezelf ook eens op deze gebieden te kennen: hoe eet je, wat eet je, wanneer eet je, wat eten emotioneel bij je doet, hoe je je eigen lijf vindt, hoe je je beweegt, etc. Dit inzicht helpt eetverslaving te onderkennen en te begrijpen.

## **Inzicht in eigen eetgedrag, lijf-beleving**

Om eetverslaving te kunnen begrijpen, zou het eigenlijk noodzakelijk zijn om eens een tijdlang op een streng afslankdieet te gaan, ongeacht of je nu dik of dun bent. In korte tijd kom je dan tot de ontdekking wat zo'n extreme deprivatie doet met lijf en hoofd. Velen van ons, dus ook hulpverleners, hebben weleens aan de lijn gedaan en kennen die ervaring: niet met jezelf tevreden zijn, jezelf op rantsoen zetten en nooit helemaal het ideaal bereiken.

Wij moeten allen eten en drinken om te leven, te overleven. Dus we hebben allen zo onze eetpatronen. Gaan allen op onze eigen wijze met ons lijf om. Niet altijd bewust. We zijn ons ook niet altijd bewust van de sociale aspecten van eten, bijvoorbeeld in het gezin.

Het is nuttig jezelf ook eens op deze gebieden te kennen: hoe eet je, wat eet je, wanneer eet je, wat eten emotioneel bij je doet, hoe je je eigen lijf vindt, hoe je je beweegt, etc. Dit inzicht helpt eetverslaving te onderkennen en te begrijpen.



*inzicht in eigen eetgedrag*

## Het signaleren van eetverslaving

Aan het biljart gezeten -vroeg ik u om mee te doen met een 'spelletje'- van Watzlawick.

. . . . Verbindt deze 9 punten door middel van vier rechte lijnen met elkaar, zonder de pen van het papier te nemen.

Velen van u maken de oplossing van dit vraagstuk onoplosbaar doordat u binnen de 9 punten in het vierkant bent gebleven. Zo bent u de gevangene van het vierkant. Zien we het vierkant als de kontekst -waarin iemand naar zijn problemen kijkt- dan is het duidelijk dat deze problemen onoplosbaar lijken.

### Wat is hulpverlening?

Hulpverlening is de kontekst -vaarvanuit de hulpvrager naar zijn problemen kijkt- verruimen/veranderen. (In het geval van 'het spelletje', de lijnen buiten het vierkant doortrekken).

In een intake gesprek is dat bijvoorbeeld -vragen stellen - die net een andere invalshoek hebben dan de vragen die al zo vaak gesteld zijn. Jouw vragen moeten de hulpvrager aan het denken zetten en moeten niet een al vele malen verteld verhaal oproepen.

Vragen stellen -vanuit een 'warme neutraliteit'- teveel betrokkenheid, er bovenop gaan zitten, maken je ingelooftwaardig, roepen een konflikt op. Te weinig betrokkenheid of meer van hetzelfde (bv. heel bekende vragen stellen), roept veelal strijd op, verzet: 'Alweer dat verhaal'. Zorg, akseptatie en respekt zijn belangrijk.

### Het intake-gesprek

Bij intake-gesprekken moet je vanuit verschillende invalshoeken vragen stellen. Denken vanuit één verklaringsmodel helpt niet. Aan alle eetproblemen zitten psychische, fysieke en sociale aspecten.

Vragen die je in een intake-procedure stelt hebben tot doel dat de cliënt(e) zichzelf 'in kaart brengt'. De volgende stap is om dan gezamenlijk een behandelplan te maken. De gemaakte afspraken kun je dan bijvoorbeeld in een samenwerkingskontraakt vastleggen.

Iedere hulpverlener heeft in de loop der jaren zo haar eigen manier van vragen stellen ontwikkeld. Het onderstaande zijn aspecten, die ik heel belangrijk vind om tijdens een intake te horen, en eigenlijk zou je ze aan iedere vrouw kunnen stellen die je op je spreekuur ziet. Ik noem ze in willekeurige volgorde:

- Hoe ziet je week of je dag er doorgaans uit? Welke activiteiten, hobbies e.d.
- Vragen naar opleiding, beroep, werk, werkloosheid.
- Hoe is de gezinssamenstelling. Vader, moeder, zussen, broers. Kun je een korte typing geven van elk van hun? Met wie heb je contact, met wie weinig?
- Welke rol heeft 'eten' in je dagelijks leven?
- Wanneer zijn je klachten begonnen? (Klachten in de puberteit begonnen wijzen meestal naar ontwikkelings-achterstand, en daar moet je bij doorverwijzing of in je therapie rekening mee houden).
- Vragen naar lichamelijke klachten.
- Hoe verloopt menstruatie e.d.
- Is er sprake van gewichtsschommelingen?
- Wat was je laatste gewicht en je hoogste gewicht?
- Hoe vermager je, lijnen, braken, laxeermiddelen of hyperaktiviteit?
- Wat is de betekenis van de klacht in de leefsituatie?
- Ben je bereid een eetdagboek bij te houden, wat eet je, wat voel je ervoor, erna, eet je alleen, samen met anderen?
- Vragen rond beleving vrouw-zijn, sexualiteit.
- Wat betekent jouw eetgedrag voor je?
- Er zijn duizenden vrouwen die zoals jij problemen hebben, denk je dat dat toeval is?
- Wat hebben die vrouwen gemeenschappelijk?
- Wat is typisch voor jou?

Het ligt voor de hand -dat je de wijze waarop je je vragen stelt, en welke vragen je stelt- laat afhangen van de situatie van cliënt. Het moet een samenspel worden, soms is een korte serie gesprekken noodzakelijk.

Vraagstelling is belangrijk -om het verhaal- de geschiedenis van cliënt samen in kaart te brengen. Je moet haar horen, je hoeft haar niet te begrijpen. Begrijpen wil zoveel zeggen als binnen jouw begrippenkader plaatsen. 'Ik begrijp wat je bedoelt', klinkt en voelt anders dan 'Ik hoor wat je me vertelt'. Gehoord worden is en heel belangrijk startpunt bij verandering!

Bovenstaande is een eerste aanzet tot nadenken of met elkaar hierover in gesprek gaan. (Op de studiemiddag is er in groepjes nog verder over gesproken, in het kader van dit artikel gaat het te ver hiervan uitgebreid verslag te doen).

# Afscheid van Harm Siemens 'Kaliber genoeg'



de groep

door Cor Augustijn

*Na 18 jaar aan de Hogere School voor gezondheidszorg, als stafdocent verbonden te zijn geweest, nam Harm Siemens in juni dit jaar afscheid. Dit interview gaat over Harms beroepsontwikkeling en ideeën over opleiding van verpleegkundigen.*

Harm groeide op in een klein provincieplaatsje in het oosten van het land. Na de MULO gaat hij werken in een kleine inrichting, waar een deel van de B-opleiding gevolgd kan worden. Hij maakt die opleiding af in een groter psychiatrisch ziekenhuis. Vrijwel direkt erna doet hij de A in Amsterdam, gevolgd door de OK-opleiding. Telkens grenzen verleggend vertrekt hij naar Londen waar hij in een andere sfeer: strenger, duidelijker in hiërarchie, als verpleegkundige werkt. De afhankelijkheid als verpleegkundige vormt voor hem een bron van onrust en hij wordt scheepsverpleegkundige, wat hem meer zelfstandigheid geeft.

Hierna is Amerika aan de beurt, waar hij kennismaakt met een meer professionele manier van verplegen met veel scholing: Primary Health Care. Terug in Holland probeert hij na gesprekken met buitenlandse zaken (directie internationale technische hulp) uitgezonden te

worden. Dit lukt na een in Engeland opgedane ervaring in ambulance t.b.c.-bestrijding en een periode in Parijs.

Als expert wordt hij naar Kenia uitgezonden. Hij werkt daar drie jaar in de psychiatrie met vooral chronische patiënten.

De behoefte aan vervolgopleiding steekt bij hem de kop op. De hoeveelheid indrukken moeten geordend worden en een nieuwe plaats krijgen. Hij vindt hiervoor de ruimte in de Hogere Opleiding voor leidinggevendenden in de verpleging, die in die jaren sterk Rogeriaans gericht is. Hij plaatst de tot dan toe opgedane ervaring in een kader en krijgt, mede door zijn stage, meer oog voor het verpleegkundig, milieugericht werken.

Na de Hogere Opleiding gevolgd te hebben komt hij aan hetzelfde instituut te werken als docent voor de bijscholingskursus voor spv-en. Met behulp van interviews met spv-en 'in het veld', ontwikkelt hij een trainingsprogramma dat gezinstherapeutisch gericht is.

Het idee te veel op de schouders te nemen en te veel in harmonie te willen werken, brengt hem onder andere tot het volgen van een Gestalt-opleiding. Autonomie is hier een belangrijk uitgangspunt voor hem.

Gestalt gaat uit van het systeem, is demokra-

tisch, gebouwd op het Rolisme: het geheel van de mens in relatie tot de maatschappij. Het aangaan en weer loslaten van contact in autonomie en solidariteit. Elkaar steunen in de beroepsgroep zonder in elkaar te verzuipen. Soms gaat het niet snel genoeg in het beroep, dan moet je je zelf ontwikkelen.

Integratie was voor mij moeilijk, soms dacht ik: 'ben ik nu een goede verpleegkundige en een slechte Gestalttherapeut of ben ik Gestalttherapeut en geen verpleegkundige?' In die tijd werd er nog niet zo gefocust op integratie, de vaardighedenkant was belangrijker. Integratie van theorie en praktijk heeft bij mij een jaar of 8 geduurd. Je kunt allerlei technieken leren, dat leidt vaak tot alleen maar honger naar meer techniek. Wil je echt integreren en je professionaliteit ontwikkelen, dan kom je er niet onderuit aan je overdracht in het contact met je cliënt te werken. Het eigen zorgconcept goed doorkrijgen, duurt al heel lang. Als je dat door hebt, begint de verwerking pas, dan de afronding, waarna je een nieuwe werkhouding, nieuwe attitudes moet vinden. Hoe dat theoretisch zit moet je dan nog leren. Pas als je daar los van bent, kun je het overdraagbaar maken.

Naarmate je de integratie op een hoger plan brengt, kun je ook met dieperliggende problemen werken, je vervloeit dan minder snel, weet gemakkelijker wat je projecties zijn, dat het mijn angst is, en niet die van de klant. Supervisie was een belangrijk onderdeel voor mij om te komen tot integratie. Isadora Fromm was in New York mijn supervisor. Na 3 jaar Gestaltopleiding in Nederland deed ik in San Diego nog eens 3 jaar Gestaltopleiding.

*Wat denk je van supervisie voor spv-en?*

'In de vroegere kader opleiding zat te weinig supervisie. Sinds de VO er is, is er 4 keer zoveel supervisie (van 8 naar 34 keer). De bevordering van integratie door supervisie is iets waar de hele VO-staf zich sterk voor maakt. Het liefst zie ik dat de supervisie door de eigen beroepsgroep wordt gegeven want juist de verpleegkundige ziet hoe ingewikkeld het is om van afhankelijk beroep naar professe te komen. Er zijn 4 kerndimensies in het ontwikkelen van het beroep:

Autonomie - zelfstandigheid - aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid, dit alles in relatie tot de klant, je team en grotere verbanden (overheid, etc.)'

*Zijn spv-en vaak niet juist te zelfstandig aan het werk?*

'Nee, ik denk dat het een hele strijd is echte zelfstandigheid te leren. In de B-opleiding was

er vanwege de hiërarchie van het ziekenhuis nog niet veel zelfstandigheid. De overgang naar het ambulante werk is te groot. Het is niet uit een boekje te leren: er is veel aandacht nodig voor je twijfels, je onzekerheden, je angsten. De huidige spv-opleiding zou meer aandacht moeten hebben voor het proces van zelfstandig worden, het verschil tussen intram- en extramuraal is te groot.'

*Ben je, nu je weggaat tevreden over hoe de VO draait?*

'Het is pionierswerk om verpleegkundig onderzoek van de grond te krijgen. Het vertalen van onderzoek naar praktijk vereist heel veel aandacht en systematiek. In het proces van professionalisering is onderzoek erg belangrijk. Het staat niet los van de dagelijkse praktijk. Onderzoek plegen is ook voor verpleegkundigen moeilijk omdat in het denken en handelen systeem gebracht moet worden. Het gaat over de moeilijkheid van de situatie waarin je uitvoerder en onderzoeker tegelijk bent.'

*Wat denk je van akademisering in het verpleegkundig beroep?*

'Geen vak houdt op naar het zich nu bevindt. Doordat we er intensief mee bezig zijn en we tot steeds meer samenwerking tussen studenten en staf komen, zullen we zeker dat nivo bereiken. Er zijn al heel goede resultaten met onderzoeken die op de VO gepleegd zijn. De volgende fase is het onderzoek van cliëntensystemen. Hiermee bedoel ik niet de dingen rond de cliënt, maar zo hecht mogelijk in samenwerking met de cliënt. Het voorwaarden-scheppende is belangrijk, maar waar het om gaat is de spv in relatie tot de cliënt en het systeem.

We komen er steeds dichterbij. Wat we bijvoorbeeld moeten onderzoeken, is wat we bedoelen met 'structuur geven' aan de cliënt. Hoe kom je erachter wat te veel en juist te weinig structuur is? Het naar buiten brengen van onderzoek is van groot belang, daardoor wordt het verpleegkundig theoretisch kader zichtbaar.'

*Denk je dat de VO, met alle financieringsproblemen, overlevingskans heeft?*

'Ik denk dat kwaliteitsverbetering mede door de dienst betaald zal moeten worden. Er is binnen de directies van de RIAGG's wel oog voor het belang van professionalisering van de spv.

De RIAGG is nog erg jong, de wortels hebben voeding nodig. De spv bepaalt mede de kwali-

teit en de efficiëncy. Daar is geld voor nodig. Het ontwikkelen ala spv zal binnen de eigen beroepsgroep moeten plaatsvinden. Deskundigheidsbevordering in het algemeen kan op een RINO plaatsvinden. Het ontwikkelen van het beroep zelf moet op een verpleegkundige school gebeuren, maar kan natuurlijk in samenwerking met het RINO plaatsvinden.'

*Denk je dat de gezondheidszorg zit te wachten op verpleegkundigen op academisch nivo?*

'Het beroep moet er op zitten wachten! Als je wacht tot een ander op je wacht, kom je nooit aan de beurt. Het beroep geeft aan wat de hoogte, diepte en breedte van de professionaliteit is.

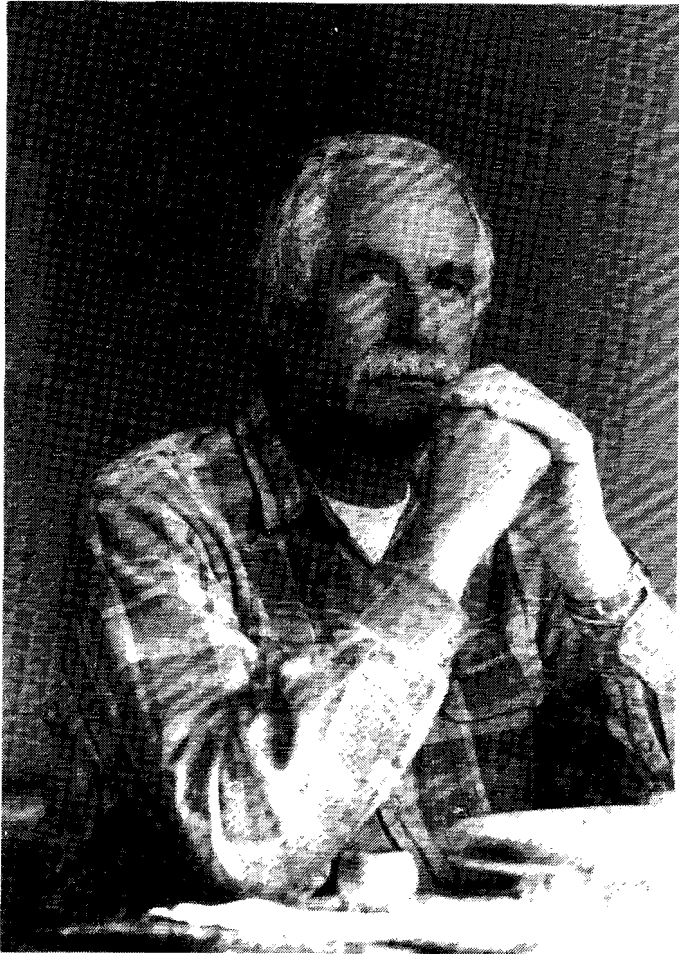
We kunnen er feed-back op krijgen van andere disciplines, maar de grenzen geeft de beroepsgroep zelf aan. Wat we nodig hebben

zijn voortrekkers die geïnteresseerd zijn in onderzoek. Ik denk hierbij aan: chroniciteit, 24-uurs-dienst en de hele crisisinterventie; het vereist veel werk, maar we hebben kaliber genoeg voor zulk onderzoek.'

*Wat zijn je verdere plannen?*

'Ik ga me verdiepen in de ontwikkelingen van de Primary Health Care; de specifieke rol van de verpleegkundige, die gestalte moet krijgen in de gemeenschap, bij de mensen, niet in instituten.

Ik heb contact met de World Health Organisation en zit momenteel in een Europese commissie voor geestelijke gezondheidszorg. Ik heb nu ook tijd om af te studeren, dat ga ik in Wales doen. Het is een soort 5e-hands-onderwijs voor mij.'



Harm Siemens

# De sociaal psychiatrische verpleegkundige als 1½ lijnswerker in de ouderenzorg



door Erik v. Overbeek spv bij de RIAGG Eindhoven en de Kempen

## Inleiding

Dit schrijven gaat over mijn persoonlijke opvattingen over het werk in de Ouderenzorg binnende ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze visie is een verpleegkundige visie. Mijn kijk op hulpverlening, verpleegkundig handelen, wordt in de 1e plaats beïnvloed door een algemeen verpleegkundige visie. Daarnaast is m.n. voor mijn beroepsopvatting als spv belangrijk het zgn. basis-axioma van Romme. Deze 2 belangrijke richtinggevers in mijn werk wil ik eerst beschrijven en van daaruit de konsekventies aangeven die deze visies hebben in mijn dagelijks werk.

## Primary Health Care

Primary health care is het konsept voor gezondheidszorg dat op de Almåta konferentie van de wereldgezondheidszorgorganisatie in 1978 is aangenomen als sleutel tot 'Health for all in the year 2000'.

Ook Nederland heeft deze resolutie ondertekend. De W.H.O. heeft de verpleegkundigen een centrale rol toebedacht in het realiseren van deze P.H.C. Primary health care gaat uit van gezondheidszorg in tegenstelling tot ziekte-zorg. Het heeft als belangrijke invalshoek de preventie. P.H.C. beoogt een gezondheidszorg die bereikbaar en betaalbaar is voor iedereen. P.H.C. beoogt eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en gezondheidszorg, zelf bepalen, solidariteit, een brede kijk op gezondheid. Dit betekent dat je gezondheidszorg niet al-

leen benadert vanuit de medische invalshoek maar multi-disciplinair. Dit betekent een verschuiving in de taak van de verpleegkundige: van minder curatie, naar preventie aan de basis. Dit vraagt van de verpleegkundige de volgende kennis, vaardigheden en attitude:

- een brede visie op gezondheidszorg
- een primaire preventieve invalshoek
- een kennis van alle disciplines en vaardigheden om daarmee te kunnen samenwerken
- bereid zijn om kennis te delen met collega's en om kennis en vaardigheden door te geven aan hulpverleners
- kennis en vaardigheden om gezondheidsvoorlichting en opvoeding te kunnen geven
- kennis en vaardigheden om samen te kunnen werken met vrijwilligers
- verpleegkundigen als onderzoekers aan de basis van gezondheidszorg en als projectleiders/deelnemers, wanneer het gaat om planning, uitvoering en evaluaties van programma's in de basis gezondheidszorg.

## Het basisaxioma van Romme

Volgens Romme bestaat er fundamentele samenwerking tussen maatschappelijke verhoudingen en geestelijke gezondheidsproblemen. Naast de algemene stelling en de medische wereld dat geestelijke gezondheidsproblemen konsekventies hebben voor sociale situaties, poneert Romme de stelling, dat deficiëntie in

pingen of hiaten is het noodzakelijk dat hierin een afstemming komt. Gezondheid speelt zich op verschillende nivo's af. Als men zich in de geestelijke gezondheidszorg eenzijdig zou richten op de psyche dan is men vanuit hulpverleningsoogpunt niet goed bezig.

Slecht lichamelijk of sociaal functioneren heeft grote invloed op het psychisch welzijn. Ook moet ik mij als werker in een 2e-lijns instelling niet alleen bekommeren om de kwaliteit van de specialistische verzorging in de 2e of 3e lijn.

Ook de deskundigheid, de kwaliteit aan de basiszorg (1e lijn, mantelzorg) is voor mij een zorg. Dit ter voorkoming van zwaardere problematiek en onnodig inschakeling van gespecialiseerde hulpverlening ver van de basis. Het is daarom belangrijk dat er een goede afstemming komt voor alle betrokkenen binnen de Ouderenzorg. Van mantelzorg tot 3e-lijns hulpverlening.

Hierbij moet de nadruk niet alleen op genezing liggen maar vooral op voorkoming van problematiek bij ouderen, cq. op kompenseerende interventies t.a.v. gebreken en narigheid. Dit moet zoveel mogelijk aan de basis gebeuren in het belang van het zo optimaal mogelijk functioneren in de thuissituatie. Deze opstelling betekent dat ik binnen de Ouderenzorg mij niet alleen wil bezig houden met indicatiework of enkel richt op begeleiding in de thuissituatie. In mijn opstelling kies ik voor meer invalshoeken tegelijk. Ondermeer ook richt ik mij op preventie en G.V.O.-activiteiten om de deskundigheid aan de basis zoveel mogelijk te vergroten. Ik zie al de instellingen die zich bezig houden met ouderen als een geheel die allen nodig zijn om het psychisch, somatisch en sociaal functioneren zo optimaal mogelijk te laten zijn.

Als hierin ergens iets hapert dan heeft dat konsekwenties voor het geheel. T.a.v. de verschillende disciplines en organisaties vraagt dit een daarop afgestemde benadering vanuit de sociale psychiatrie en de sociale psychogeriatrische dienst.

### **De relatie spv - ouderen circuit**

Hoe bereik ik als spv deze integratie van zorg en individualisering van de hulpverlening, en wie heeft de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de diverse zorg. *Deze vragen gelden niet alleen voor de individuele hulpverlener maar ook voor alle 1e-lijns hulpverleners tezamen als een multidisciplinair team.*

Bij de vraag wie de verantwoordelijkheid heeft voor de coördinatie van de zorg, stuiten we op een groot probleem. Meerdere disciplines werpen zich op als coördinator en eind verantwoordelijke van zorg (case manager).

De huisartsen claimen het indiceren en het organiseren van 1e-lijns zorg. De wijkverpleging ziet zichzelf als case manager en eindverantwoordelijke van zorg. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige ziet zichzelf als coördinator van de 1e-lijns zorg. Ook het gekoördineerd ouderenwerk dicht zich een coördinerende functie toe, bij zorgverlening aan ouderen in de 1e lijn.

Hoe dit probleem nu te ondervangen om te voorkomen dat de hulpverleners al uit elkaar vliegen voordat ze met elkaar aan tafel zitten? In mijn dagelijkse praktijk los ik dit probleem als volgt op: ik vul mijn coördinatorschap in door te kijken welke zorg nodig is, welke instanties verlenen deze zorg en zijn deze ingeschakeld. Is het niet gebeurd dan neem ik hierover contact op. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg te garanderen breng ik alle betrokken hulpverleners bij elkaar om daarover afspraken te maken. Bij deze bijeenkomst trachten de aanwezige hulpverleners tot een gemeenschappelijk probleemdefinitie te komen (verpleegdiagnose). Daarna een doelformulering (verpleegplan) met afstemming van ieders rol.

Hierbij wordt afgesproken wie voor deze casus de contactpersoon de case manager is. Criteria die hierbij gehanteerd worden zijn:

Wie heeft in frekwentie of in tijd het meeste contact met de cliënt?

Wie heeft op dit moment het meeste tijd?

Wie voelt zich het meest betrokken bij deze casus?

Doordat de klachten op verschillende nivo's kunnen voorkomen verschilt de inzet van de te onderscheiden disciplines per casus. De ene keer is de gezinszorg de meest betrokken instantie, de andere keer de huisarts of de wijkverpleegkundige. Dit heeft als gevolg dat het case management per casus wisselt. Dit heeft als voordeel: de meest betrokkene heeft de meeste informatie en kan de anderen het best informeren.

Wegens een technisch probleem was het niet mogelijk het hele artikel te plaatsen.

In het volgende nummer: deel 2.



## WORDT LID OF MAAK ER ÉÉN!

Wij willen u erop attent maken dat middels een samenwerkingskontra<sup>k</sup>t met de Abvakabo voor de meeste leden van de NVSPV er een verplichting van dubbel lidmaatschap bestaat. De Abvakabo verplicht zich hierbij de materiële belangenbehartiging voor u, in nauwe samenwerking met de NVSPV, vorm te geven.

- Uitzonderingen:
1. Studerenden in opleiding voor spv.
  2. Uitkeringsgerechtigden zonder vaste baan.
  3. Zij die lid zijn van een FNW-vakbond.
  4. Zij die om principiële redenen lid zijn v/e andere vakbond.

Om in aanmerking te komen voor de uitzonderingen 3 en 4 dient u een verzoek bij te sluiten. Voor andere leden geschiedt aanmelding bij de Abvakabo automatisch. Voor donateurs geldt bovenstaande niet, zij hebben geen toegang tot de ledenvergadering, wel tot de studie(mid)dagen.

<b>Datum inschrijving</b>	<b>LID/DONATEUR</b>
<b>Naam en voorletters</b>	
<b>Straat en huisnummer</b>	
<b>Postcode en plaats</b>	
<b>Telefoon nummer</b>	
<b>Geboorte datum</b>	
<b>Man of vrouw?</b>	man/vrouw
<b>Werkzaam als SPV</b>	Intramuraal/extramuraal/anderszins
	Instelling:
	Plaats :
<b>Uitkeringsgerechtigde</b>	AOW/WAO/WW/WWW/RWW/.....
<b>Studerend aan</b>	Opleiding :
	Plaats :
	Jaar van afstuderen:

Opleiding (graag onderstrepen welke opleiding u hebt gevolgd):  
Ziekenverpleging A; B; Z; Wijk; B-nazorg / MGZ richting AGZ; GGZ  
MBO-V / HBO-V / Kader / VO-MW / VO-B / Anders:

De kontributie voor de NVSPV is voor het jaar 1987:  
Werkenden f69,-- : Uitkeringsgerechtigden f34,50 : Studenten f22,50  
Donateurs verplichten zich minimaal f40,-- te voldoen.

Datum:

Handtekening:

