
LITERATUUR EN FILM BESPREKING

door **Martin Morsman**, docent en SPV GGZ Drenthe

Gekkenwerk

Cecile aan de Stegge, dissertatie Universiteit Maastricht, maart 2012.

Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatisch verpleegkunde in Nederland 1830- 1980.

ISBN 978-90-818695-1-5, € 49,50 te bestellen op www.cecileaandestegge.nl of www.detrribune.nl.



De titel Gekkenwerk geeft accuraat de inhoud weer van het boek, maar komt ook over als een metafoor voor het schrijven van deze 1088 pagina's dikke dissertatie.

In het boek komen de resultaten samen van onderzoek naar historische bronnen, interviews en enquêtes.

Het is doorspekt met verhalen van en over betrokkenen; patiënten, verpleegkundigen en geneesheren, iedereen komt aan het woord. Daardoor komen de personages tot leven en lezen vele passages als een (historische) roman, rijk geïllustreerd met foto's.

De lezer die is geïnteresseerd in de historische context, komt ruim aan zijn (of haar) trekken. Een veelheid van namen passeert de revue. Er komen staatslieden langs die we wellicht alleen nog kennen van de straatnaambordjes, of belangrijke grote voorgangers, waarvan we de naam nog weten omdat er een prijs (Van Duuren, Reynvaan en Verbeek) of een feestdag (Dag van de Verpleging) naar vernoemd is.

Het boek is in feite een verzameling van geschiedenissen die afzonderlijk al de moeite waard zijn om er een boek over te schrijven (en te lezen).

Voor de ouderen onder de lezers zal het boek veel herkenning geven en biedt de gelegenheid de eigen (professionele) ontwikkeling tegen een andere achtergrond te zien.

Allerlei geschiedkundige invalshoeken komen tot leven zoals klassenverschil, industrialisatie, eugenetica en stemrecht. Voor wie op school geschiedenis saai vond is het lezen van dit boek een kans dat beeld te veranderen. Voor mij, als man in 1970 gestart in een Diaconessenziekenhuis, werd veel verklaard over de emancipatie (en discriminatie) van de man in de verpleegkunde vanuit historisch perspectief.

Ook het Cartesiaanse dualisme loopt als een van de vele rode draden door het gehele boek.

Van af het allereerste begin wordt duidelijk dat dit allerminst een saai boek is.

Al in de inleiding lezen we hoe Henri van den Bor, een krankzinnigenverpleger in 1916 beschrijft wat hij onder het vak verplegen verstaat; niet zozeer 'behandelen' als wel 'met hen omgaan'. Hij geeft blijk van onmiskenbaar sociaal psychiatrisch inzicht:

'Een krankzinnigenverpleger moest in zijn hele optreden tonen dat hij zich bewust was van de sociale gevolgen van opname wegens krankzinnigheid, zoals bijvoorbeeld isolement en derving van inkomsten'.

De statements van collega Henri zijn krachtig en nog steeds actueel. We herkennen moderne concepten zoals presentie en contextueel denken.

Deze introductie is kenmerkend voor het gehele boek, het neemt je mee op een reis door de tijd in je eigen vakgebied.

Er worden drie periodes onderscheiden:

1. 1830- 1924, het ontstaan van de eerste inservice-opleidingen
2. 1924- 1950, de ontwikkeling van de B- verpleging met zowel een somatische als een sterk sociaal-agogische oriëntatie
3. 1950- 1980, maatschappelijke veranderingen, groeiende welvaart, betere behandel mogelijkheden en de ontluikende emancipatie van 'de' verpleegkunde

De context verschuift onder invloed van de tijdsgeest, maar er zijn een aantal thema's die door het hele boek terugkeren zoals:

- De dialoog medisch-biologisch versus (ped) agogisch / sociaal psychiatrisch.
- De vraag hoeveel mannen en vrouwen in het beroep werkzaam zijn.
- Het groeiende zelfbewustzijn van de psychiater, de verpleegkundige en de psychiatrische patiënt.
- De strijd tussen voorstanders van integraal (dag)onderwijs versus die van veldspecifiek onderwijs.

1830 - 1924

Rond 1820 ontstond het besef dat krankzinnigen niet langer als bezetenen en zondaars opgesloten of tentoongesteld dienen te worden, maar behandeld als zieken.

Personeel was afkomstig uit de onderste lagen van de maatschappij en werd tot 1847 deels in jenever uitbetaald.

In de beginjaren werd geen onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke en verzorgende taken.

Vanaf 1847 deed de morele behandeling zijn intrede, waarbij een non-resistent benadering paste; zo weinig mogelijk dwangmiddelen en het bieden van dagbesteding, zoals arbeid en ontspanning. Helaas werd dat door de 'overbevolking' niet breed ingevoerd.

Het eerste handboek met de inzet om van oppassers 'verplegers en verpleegsters' te maken verschijnt in 1862 en is uiteraard geschreven door een geneeskundige.

Het droeg de titel Gids voor oppassers in gasthuizen voor krankzinnigen.

Latere handboeken in krankzinnigenverpleging (vanaf 1897) geven blijk van compassie en liefdevolle benadering, vanzelfsprekend had de geneesheer wel het laatste woord.

Vroege inspectieverslagen (vanaf 1860) beschrijven ook veel klachten over mishandeling van patiënten door oppassend personeel. Dit werd geweten aan het lage allooï en het grote verloop van het personeel.

In 1862 ontmoeten we Florence Nightingale en vanaf 1883 Anna Reynvaan, die zeer bepalend zijn geweest voor respectievelijk de ontwikkeling van het verpleegkundige vak en de vormgeving daarvan in Nederland. Reynvaan en haar helpsters genieten momenteel nauwelijks bekendheid bij het grote publiek.

Nightingale is bij Libelle lezeressen in het beste geval bekend van het Nightingale syndroom, waarmee wordt bedoeld; een ziekelijke drang tot hulpverlening. Wie kennis heeft genomen van deze vrouw en haar werk, weet hoe onterecht deze kwalificatie is.

De laatste decennia van de negentiende eeuw waren ook het tijdvak waarin de invloedrijke Krankzinnigenwet van 1884 tot stand kwam.

Gekkenwerk neemt ons mee naar het dagelijkse leven (van collega's) in historisch perspectief. Klassenverschil komt tot uitdrukking in de maatschappelijke kloof tussen geneesheren en de verplegende, onder meer door het algemene kiesrecht (mannen vanaf 1919, vrouwen vanaf 1923), etc.

Informatief en vernieuwend zijn de passages waarin de voortdurende ongelijkheid in status tussen algemene ziekenverpleging en krankzinnigenverpleging aan de orde wordt gesteld. De leerlingen die het verpleegkundige vak instroomden via de psychiatrie waren, zo stelde men in de algemene verpleging, per definitie lager opgeleid. Dat niet altijd het geval. Als ze aansluitend de opleiding tot algemene ziekenverpleging volgden, deden ze daar echter per definitie langer over dan andersom. Daardoor werd de B-opleiding een tweede keus opleiding.

Ook op man-vrouw gebied komen we bijzondere zaken tegen. Rond 1900 mochten mannen trouwen, als ze minstens 25 jaar waren en van onberispelijk gedrag. Zij betrokken een huisje op het gestichtsterrein. Hoofdverpleegkundige worden was alleen voor vrouwen weggelegd, die ongetrouwd bleven, anders dienden ze te vertrekken.

In 1921 werd de Wet tot Wettelijke bescherming van het Diploma

Ziekenverpleging aangenomen. Deze wet bood alleen titelbescherming en omvatte twee diploma's.

Diploma A voor de verpleging in algemene ziekenhuizen en diploma B voor de krankzinnigenverpleging. Er ging een lange periode van discussie aan vooraf, tussen voor en tegenstanders van het tweediploma stelsel. Formeel waren beide diploma's gelijkwaardig. Verpleegkundigen met werkervaring in beide sectoren meldden dat het werk in de krankzinnigenzorg meer van ze eiste. Ondanks dat bleef de beeldvorming van tweederangs verpleging aan de krankzinnigenzorg kleven. Het werk in de krankzinnigenzorg vereiste in de praktijk een grotere mate van autonomie en zelfstandige besluitvorming, bijvoorbeeld rond het toepassen van dwangmiddelen op opvoedkundige gronden.

1924-1950

Nederland liep met het tweediplomastelsel internationaal uit de pas. Het International Council of Nurses (ICN) erkende het B diploma daarom niet.

Psychiatrie werd in Anglo-Amerikaanse landen gezien als een specialisatie. Ook was het voor het ICN een twijfelachtige kwestie of mannen als verpleger erkend mochten worden. In Angelsaksische landen en tal van andere landen waren mannen uitgesloten van registratie tot ver in de zeventiger jaren van de twintigste eeuw! Aan de Stegge maakt aannemelijk dat deze mannendiscriminatie de stigmatisering van de psychiatrische verpleegkunde in ons land heeft bevorderd, omdat hier juist zoveel mannen in deze tak van verpleging werkten.

Tussen 1934 en 1949 groeide de kloof tussen de A en B verplegenden nog meer.

Er verscheen een hausse aan leerboeken. Activering en afname van dwang kenmerken het begin van deze periode. Het is echter ook het tijdvak van de opkomst van lobotomie, ECT, slaap- en comabehandelingen, medicatie, etc. Het is een interessante tijd waarin nieuwe behandelvormen hun intrede deden; de verplegende werd meer bij de behandeling betrokken. Vanwege tekort aan artsen was zelfstandig oordelen door verplegenden gewenst.

Iedere zuil, katholiek, gereformeerd of neutraal (incl. joods), had zijn eigen boeken met een palet aan accenten zoals de nadruk op de somatiek of sociale psychiatrie.

De bezetting zou een boek op zichzelf rechtvaardigen over deze zeer schokkende periode. Aan de Stegge wil dit graag schrijven, zo kondigt ze aan. De Duitse bezetters maakten opnames van minvermogenden financieel beter bereikbaar, waardoor het aantal bedden groeide.

Als gevolg van de aanleg van de 'Atlantikwall' werden de gestichten in de kuststreek al vroeg tijdens de bezetting geëvacueerd naar andere delen van het land. Waardoor overbevolking ontstond met als gevolg het uitbreken van epidemieën en honger vanwege gebrek aan voedselbonnen. Ook werden vanaf oudejaarsnacht 1942 in bijna alle gestichten razzia's gehouden op joodse patiënten door Duitsers, vaak in samenwerking met Nederlandse politiemensen. De deportatie van 869 joodse patiënten en 52 verplegende personeelsleden van het Apeldoornse Bosch direct naar Auschwitz, vormt een dieptepunt in deze geschiedenis.

Het afnemen van overgangsexamens werd in 1943 helemaal gestaakt.

Ook de Hongerwinter '44/'45 maakte grote aantallen slachtoffers, vanwege de aanhoudende vorst die het begraven van de duizenden gestorven psychiatrische patiënten onmogelijk maakte.

De toename van patiënten in combinatie met een uittocht van B verplegenden, die steeds gemakkelijker konden instromen in de A opleiding waar het leven minder zwaar was, leidde in en na de oorlog al snel tot grote wantoestanden.

De wederopbouw van de gezondheidszorg werd na 5 mei 1945 ter hand genomen door minister Willem Drees, die zijn ministerie bemenste met sociaal geneeskundigen. Op 7 september 1945 deed hij als minister van Sociale Zaken zijn allereerste oproep op de radio aan alle vrouwen in Nederland om zich als verpleegster te melden. Hij zag de ziekenverpleging als een vak, een beroep dat beter gewaardeerd diende te worden.

Hij liet het niet bij deze woorden. Middels een noodmaatregel verlaagde hij de instroomleeftijd in de algemene ziekenverpleging en verhoogde hij het loon in de psychiatrie. Op den duur mochten getrouwde vrouwen langer doorwerken, etc. In de jaren vijftig volgde een verbetering van de secundaire arbeidsvoorwaarden en opnieuw een loonmaatregel, nu voor alle verplegenden. Ook werd de Marshall hulp (1949) deels besteed aan de zorgsector.

1950- 1980

Deze periode is voor mij het meest vertrouwd omdat ze samenvalt met mijn bestaan.

Het is het tijdvak van de modernisering. Onderzoekscommissies, werk- en studiegroepen komen en gaan. Primitievere medicatie, zoals paraldehydedrank, waar de hele afdeling naar stonk, maakte geleidelijk plaats voor moderne psychofarmaca, zoals largactil. De sociowoning ontwikkelde zich, aanvankelijk in Wolfheze en later de daarop gebaseerde sociotherapie. Het is ook de tijd waarin de (moderne) sociale psychiatrie opkwam.

De eerste Nederlandse leerboeken van verpleegkundige hand verschijnen. Eerst nog een mix van medisch en verpleegkundig denken (1968 Kramer) en in 1974 verschijnt 'Grondkaders voor een leerplan in de psychiatrische verpleegkunde', waarin Jan Kerstens zich keert tegen de medische leiband.

Het boek sloot goed aan op de tijdgeest. In 1970 kreeg het toenemende verzet onder verpleegkundigen vorm in de actiegroep Willem (Willem Arntz Hoeve in Den Dolder). Het werd niet langer gepikt dat het opleidingsbeleid werd bepaald zonder inspraak door de beroepsgroep zelf.

Ook de medische wereld was in beweging, de antipsychiatrie deed zijn intrede. Met als belangrijke exponent Jan Foudrain die in 1971 zijn boek *Wie is van Hout* schreef.

Terwijl de psychiatrische verpleegkundigen zich met Foudraine verzetten tegen de gevestigde (medische) orde, leek Foudraine de psychiatrisch verpleegkundige echter als een relict te zien *'uit een oude tijd, waarin een puur medisch-biologische opvatting van waanzin opgeld deed'*.

Ondanks dat vond de emancipatie van de psychiatrie nu over volle breedte plaats. Ook de patiënten- en familiebewegingen ontstonden in die tijd.

Een echte revolte heeft zich in Nederland nooit voltrokken. Vergeleken met o.a. Angelsaksische buitenlanden had zich in ons land een redelijk humane psychiatrie ontwikkeld.

Aan de Stegge beschrijft helder hoe het opleidingsstelsel op de schop ging en verklaart waarom tot 1980 nooit afscheid werd genomen van het inservice stelsel. In 1972 startten de eerste twee HBOV opleidingen en experimentele MBOV.

Sociaal- psychiatrische verpleegkunde

Door het gehele boek komen we de polarisatie medisch-biologisch versus opvoedkunde tegen. Zo hebben we gezien dat Henri van den Bor al doordrongen was van het belang van de sociale omgeving.

De verpleging kende in de 19e eeuw nauwelijks carrière mogelijkheden. Vaak werd de overstap gemaakt naar de algemene ziekenverpleging. Particulier verplegen in de thuissituatie was een heel populaire (want goedbetaalde) optie. Rond 1902 ontstond de behoefte om gediplomeerde krankzinnigenverplegers langer in de gestichten te houden. Om de uitstroom te beperken werd een aanvullend examen gecreëerd voor het diploma B (na o.a. betaling examengeld en minstens twee jaar werkervaring) op basis waarvan zelfstandig krankzinnigen en zenuwzieken aan huis mochten worden verpleegd. Dit diploma bestond tot 1912.

Vanaf 1916 zien we de eerste sociaal psychiatrische initiatieven ontstaan bij de medici. Na 1924 ontstonden meer uiteenlopende modellen, geïnspireerd door Duitse (sociale psychiatrie) Franse (prophylaxe) en Amerikaanse (social casework) voorbeelden. Het Apeldoornse Bosch verleende vanaf 1920 nazorg aan Amsterdamse joodse patiënten. In Rotterdam richtte Pameijer in 1926 de 'buitendienst' op, volgens 'Beiers Model'; een psychiater werkte samen met twee verpleegkundigen.

Vanaf 1937 verzorgde Het Groene Kruis tot ca. 1965 een aantal jaren een aanvullende opleiding voor wijkverpleging, alleen voor vrouwen.

In 1942 verscheen Timmers Leerboek voor verplegenden van zenuwzieken en krankzinnigen met daarin een hoofdstuk geschreven door Querido over de beginselen van maatschappelijke hulpverlening.

In 1947 introduceerde mev. Lekkerkerker, juriste en psychosociaal werkster, de milieubehandeling in Nederland, zij achtte de nazorgverpleegkundigen niet voldoende toegerust. Deze denkwijze sluit aan op de ideeën over social casework zoals geïntroduceerd door mev. Kamphuis. De verpleegkundige werd door hen beiden gezien als een redder en regelaar, ongeschikt zelfstandig te diagnosticeren en te behandelen.

Daartegenover stelde Querido in 1949 dat een psychiatrisch maatschappelijk werkster een grondige kennis moest hebben van de verpleging van zenuw- en zielszieken met daar bovenop een goede psychiatrisch maatschappelijke opleiding. Toen er aan de sociale academies eenmaal ervaring was opgedaan met het opleiden van B verpleegkundigen voor de sociale psychiatrie, stelde men ook aan deze scholen het beeld van verpleegsters in positieve zin bij.

Rond 1950 waren dus er twee opvattingen over sociaal psychiatrische thuiszorg. De ene groep verlangde degelijke (theoretische) basis in social casework, de andere hechtte vooral aan een verpleegkundig fundament, met bijscholing. In 1970 werd het extra diploma van de afstudeerrichting voor wijkverpleegkundigen met de naam Maatschappelijke Gezondheidszorg- GGZ, als HBO diploma erkend. Eerst alleen in Leusden en Amsterdam. De bij vele lezers van Sociale Psychiatrie bekende Harm Siemens speelde in deze ontwikkeling, samen met Kitty Verbeek, een belangrijke rol. De historische betekenis van hun werk wordt goed duidelijk na lezing van dit boek. Er zouden nog vijf opleidingslocaties volgen. Zo was de situatie toen ik de wereld van de sociale psychiatrie in 1976 binnentrad. In 1978 behaalde ik te Groningen het diploma MGZ-GGZ aan de ASCA (academie voor sociale en culturele arbeid).

Gekkenwerk eindigt in de periode dat de Riagg vorming zich aandient. Voor SPVen de komst van een 'gouden tijd' waarin multidisciplinair werken centraal kwam te staan. Iedere kerndiscipline vanuit de eigen deskundigheid, met een streven naar gelijkwaardigheid. De kaderopleiding EMGZ, de latere VO-SPV, zou het Academisch werk-denk niveau waarborgen. Het curriculum van de huidige opleiding tot GGZ verpleegkundig specialist, komt hiervoor een belangrijk deel uit voort. Maar over deze geschiedenis misschien later meer in een ander boek?

Tot slot

Het is gekkenwerk dit boek te reduceren tot enkele pagina's. Daarmee zou ik het werk van Aan de Stegge ernstig te kort doen. Het boek verbindt ons met onze wortels. Als sporen in het landschap laat *Gekkenwerk* zien hoe ons beroep en onze omgeving zich heeft gevormd in de loop der jaren. Het helpt ons dit beter te begrijpen. Het boek biedt jongere collega's een inzicht in het professionaliserings- en emancipatieproces van de psychiatrische verpleegkunde. Het toont ons in welke mate wij schatplichtig zijn aan de vorige generaties. Aan de Stegge constateert dat verpleging nog steeds gezien wordt als een vrouwenberoep; door de jaren heen werd het voortdurend gemakkelijker geaccepteerd dat vrouwen mannen verplegen in plaats van andersom. Het boek is de moeite waard voor de geïnteresseerde lezer. Een goed geschiedenisboek voor de opleidingen is er momenteel niet. Dit boek draagt een dergelijke uitgave al in zich, er hoeft niet meer geschreven te worden, alleen nog maar geschrapt. Bij mij versterkt *Gekkenwerk* het besef dat we staan in een lange traditie. Het brengt me terug naar het moment dat *Wie is van Hout* bijna voorkwam dat ik ooit carrière in de B verpleegkunde zou maken. Na de A verpleegkunde solliciteerde ik in 1974 bij een niet nader te noemen instelling in het noorden des lands. Vol trots vertelde ik *Wie is van Hout* te hebben gelezen. Het gesprek werd abrupt beëindigd en ik mocht elders mijn geluk gaan beproeven. De geur van paraldehyde is weer helemaal terug. Het boek eindigt rond 1980. Na de turbulente jaren zeventig viel er eigenlijk ook niks meer te beleven.

Ons Feilbare denken

Daniel Kahneman *Ons Feilbare denken*, 2011 pag. 527 Uitgeverij Business Contact Antwerpen/Amsterdam prijs 29,95 euro, ISBN 978-90-470-0060-0.

Door Gerard Lohuis



Wie de werkelijkheid denkt te begrijpen, begrijpt vooral de eigen opvattingen en waarnemingen hierover. Dat iemand er nog wel eens naast kan zitten, moge duidelijk zijn. Hoe komt het nou dat wat voor de een zo duidelijk is, door iemand anders niet als zodanig wordt gezien? En zijn beslissingen die we nemen nu rationeel of juist intuïtief?

Kahneman kijkt in de boek terug op de vele onderzoeken die hij ooit met verschillende wetenschappers heeft gedaan.

Het boek is een samenvatting van alle onderzoeken die hij heeft gedaan. Hij laat hiermee zien wat hij in zijn indrukwekkende carrière als hoogleraar psychologie aan de Princeton Universiteit heeft onderzocht en waarvoor hij de Nobelprijs voor de economie heeft ontvangen. Dat heeft hij vooral verdiend voor zijn werk waarin hij het traditionele rationele beslissingsmodel ter discussie stelt. Het boek begint met een uiteenzetting over de werking van het brein en hoe weinig rationeel soms onze indrukken, opvattingen en visuele waarnemingen zijn. Kahneman legt uit dat er een *ervarende zelf* (systeem 1) en een *herinnerende zelf* (systeem 2) bestaat, dat synoniem is voor het *intuïtieve en rationele* denken en waarnemen. Doorgaans handelen en denken we vanuit systeem 1. Iedereen herkent dat wel. Over een simpele som als 2+2 zal niemand hoeven na te denken en is systeem 1 aan het werk. Een iets ingewikkelder som als 17x24 kan niet als vanzelfsprekend opgelost worden en hierbij wordt systeem 2 ingeschakeld. Systeem 2 is dan ook de controleur over systeem 1 en het gaat soms fout als systeem 2 niet 'ingeschakeld' wordt. Denk aan het vermaarde Gorilla-experiment waarbij de waarnemer gevraagd wordt om het aantal keren dat basketbalspeler elkaar de bal toespelen, te tellen. Iedereen doet dat goed en vervolgens wordt gevraagd of men de gorilla heeft gezien. Bijna 70% ziet dat niet omdat we alleen zien wat we denken te zien. Hierbij is vooral systeem 1 actief. Deze vorm van onaanachtigheidsblindheid is meestal debet aan het stellen van een verkeerde diagnose. Praktisch gezien leidt dat ook tot fouten, rechtelijke dwalingen, in rechtszaken waarbij de aanklager denkt dat iemand de schuldige is en vervolgens bewijzen gaat zoeken om dat aan te tonen. Kahneman laat in zijn boek zien hoe dit tot stand komt. Als je eenmaal een idee over iets hebt, levert ons brein de argumenten er vanzelf bij. Het boek geeft vele voorbeelden hoe systeem 1 en systeem 2 werken en de auteur nodigt de lezer regelmatig uit om zelf testen uit te voeren om het te ervaren. Hij laat ook zien hoe het komt dat financiële experts een overmatig vertrouwen in zichzelf hebben en hoe ongefundeerd dat eigenlijk is, evenals het feit dat leken de experts dit vertrouwen schenken. Hij toont aan dat menselijke besluitvorming zich niet vanuit het rationele denken alleen laat verklaren. Goede beslissingen hebben met ervaring te maken en ontstaan wanneer mensen feeling hebben met de zaak die ze onderzoeken op basis van een grote kennis die ze in de context weten toe te passen. Wie bekend is met het werk van Andries Baart weet dat hij een voorstander is van taciete kennis; kennis die door de individuele hulpverlener in een bepaalde situatie ontstaat en die niet zo maar over te dragen is. Zo vertelde een hulpverlener onlangs dat hij iets had gedaan wat hij niet durfde te rapporteren.

Hij had 20,00 euro uitgeleend aan een moeder met kleine kinderen die vrijdagmiddag om 5 uur aan gaf dat ze geen geld meer had voor eten en luiers voor de kinderen. De hulpverlener onderzocht alle mogelijkheden om elders geld te vinden, maar samen slaagden ze er niet in iemand te vinden die haar geld zou kunnen geven. Hierop gaf de hulpverlener het geld en ondanks het krappe weekbudget gaf de vrouw het hem de week erop terug, hoewel ze het niet kon missen. Hier ontstaat taciete kennis waarbij systeem 1 en systeem 2 overuren draaien. In deze situatie had de hulpverlener, achteraf gezien, het goede gedaan en de vrouw het vertrouwen geschonken. Terwijl iedere hulpverlener leert dat er grenzen zijn die niet overschreden mogen worden, deed deze hulpverlener in deze specifieke situatie hetgeen nodig was. Voer voor analytici die nu vanuit hun opvattingen allerlei bezwaren tegen deze handelwijze kunnen aanvoeren. Theorieën, evidence based, methodische werkvormen kunnen ons op een dwaalspoor zetten wanneer we niet zelf actief blijven nadenken om in iedere specifieke situatie het goede te doen. Kahneman laat zien dat we dat te vermoeiend vinden en liever op de 'automatische piloot' van systeem 1-denken uitgaan. Dan heb je als hulpverlener gedaan wat je geacht wordt te doen.

Kahneman is niet iemand die een academische pen hanteert. Hij vertelt in dit boek over allerlei ervaringen, vete met andere onderzoekers en hoe hij onderzoeken al pionierend opzet en tot verrassende inzichten komt. Het leest als een jongensboek vol avonturen. Het boek kent taaie stukken wanneer hij uitvoerig beschrijft hoe kansberekening werkt. Heel slim zijn de korte zinnestukjes waarmee hij de hoofdstukken steeds beëindigt. Wie deze zinnestukjes leest, krijgt meteen inzicht in het eigen begrip over het gelezen hoofdstuk. Waarmee Kahneman zich een echte didacticus toont.

Wie wil lezen over de *illusie van de waarheid, het plezier van cognitief gemak of normaliteit van inschatten* zal aan dit boek de nodige antwoorden vinden. Wie wil weten hoe en wanneer we op onze intuïtie moeten vertrouwen en wanneer het beter is om dat niet te doen, vindt in het Feilbare Denken de antwoorden.

Buigzame zorg in een onbuigzame wereld

Andries Baart e.a. *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld* 2011 pag. 345
Uitgeverij Boom Lemma Meppel prijs 29,50 euro ISBN 978-90593-17-512



Lezers van Sociale Psychiatrie zullen langzamerhand bekend zijn geraakt met presentie op basis van diverse artikelen die hierover in SP zijn gepubliceerd. Presentie als methode, attitude, visie, filosofie of evidence based vorm van werken. Presentie als tegenhanger van de bureaucratische en geïnstitutionaliseerde vorm van werken om de mens die aangewezen is op zorg, weer centraal te stellen. In dit boek beschrijven de verschillende auteurs over hun ervaringen en onderzoek van een transitieproject dat op drie locaties is uitgevoerd. Het is een ambitieus project en de onderzoekers en praktijkwerkers hebben de lat voor zichzelf hoog gelegd.

Want er is slechts sprake van een transitie als het leidt tot ingrijpende en intrigerende veranderingen die verder gaan dan het aanleren van een techniek of methode. De gevolgen ervan dienen overal zichtbaar te zijn, zoals ooit de overschakeling van analoog naar de digitale technologieën de wereld behoorlijk op z'n kop heeft gezet. Het gaat dan niet om de computer alleen, maar om de gevolgen als 'snelle informatie', 'digitale-vrienden-netwerken'. Het leidt tot een ingrijpende verandering in onze samenleving.

Het transitietraject behels een verandering in de organisatie, werkwijze, omgang met cliënten wanneer men presentie als uitgangsvisie gaat hanteren. Baart, van Dijke, Ouwerkerk en Beurskens doen uitvoerig verslag van de wijze waarop binnen 3 projecten (JGZ-team, team Kleinschalig wonen en Opvang&Outreach team) presentie als basismethodiek wordt ingevoerd. Waarbij de organisatie een meer faciliterende functie heeft dan het bepalende karkater dat het nu vaak heeft. Management als dienend voor het inhoudelijke proces. Terwijl management nu vooral gedwongen wordt zich met het binnenhalen van geld bezig te houden om de organisatie overeind te houden.

De vraag die bij het lezen van dit boek voortdurend naar voren komt, en in zekere zin schuurt, is of de presentie niet in de valkuil stapt van onze huidige manier van evidence based willen bewijzen dat een methode werkt en daarmee eigen paradigma's creëert hoe hulpverlening dient te werken. We weten allemaal dat zoiets leidt tot uitsluiting van andere opvattingen omdat een methode nu eenmaal volgens overdraagbaar regels moet worden uitgevoerd. Immers, evidence based vraagt om transparantie, van A naar B handelen in logische stappen en laten zien wat werkt vanuit theoretische opvattingen en methodisch moet worden vormgegeven. Deze zorg blijft tijdens het lezen van dit boek voortdurend op de achtergrond aanwezig. We weten hoe invaliderend het kan werken wanneer mensen in een relatie met een hulpverlener terecht komen. Hier zou de presentie ook over na moeten denken, wil ze haar eigen uitgangspunt "de mens centraal in de zorg" serieus nemen. Want is hulpverlening altijd het antwoord op problemen die mensen hebben?

Presentie zou kunnen suggereren dat vanuit het onderdempelen, kijken vanuit het perspectief van de cliënt en aansluiting zoeken bij de leefwereld van de cliënt het contact dermate goed tot stand komt dat hierdoor de weg naar de oplossingen als het ware geopend wordt. Dat goed hulpverlenerschap hierop berust is ontegenzeggelijk een feit en dat presentie hier een waardevolle bijdrage aan levert, is een gegeven. Helaas moeten we echter tegelijkertijd stellen dat de psychiatrie of verslavingszorg, niet in staat zijn om een aantal essentiële problemen van mensen te verhelpen. Sterker nog, misschien houden we die wel in stand door mensen jarenlang in de relatie van cliënt- hulpverlener onder te dompelen. Er speelt hierbij een fundamentele vraag: is de manier waarop we met cliënten omgaan niet mede debet aan het feit dat we zo slecht bijdragen aan wezenlijke vragen op het gebied van eenzaamheid, isolatie, uitsluiting en zouden we niet meer moeten gaan nadenken over een fundamentele wijziging over de verhoudingen tussen cliënt- hulpverlener. Waarom betrekken we cliënten niet veel nadrukkelijker vanuit hun deskundigheid en kwaliteiten bij de hulpverlening waardoor de rol van wie is de cliënt en wie de hulpverlener diffuser zal worden. Dit zijn vragen die voortdurend opgeroepen worden tijdens het lezen van dit boek. Juist omdat presentie probeert de motieven en de leefwereld van mensen centraal te stellen, zou wensen dat bovenstaand betoog een plek krijgt binnen de presentie. Mensen willen van betekenis zijn voor anderen en zinvolle bezigheden ondernemen dat hen het gevoel geeft erbij te horen. Dan kan de relatie cliënt- hulpverleners wel eens bijdragen aan het probleem dat de cliënt zich ondergeschikt voelt en afhankelijk van de hulp wordt gemaakt.

Gelukkig komen de auteurs hierop aan het eind van het boek terug wanneer ze stellen dat *"Wie gelooft dat evidence based kennis de alfa en de omega zijn van het ware weten, het haast onoverkomelijk moeilijk moet hebben met de verbreding van deze verbreding van rationaliteit (lees: presentie)"*. Maar dan moet presentie ook niet een evidence based methode willen worden.

Terug naar het boek. De auteurs hebben twee jaar lang intensief gewerkt op verschillende wijzen om binnen de genoemde instellingen de transitie van zorg door middel van toepassing van presentie binnen alle geledingen van de instellingen te realiseren. Het is een grondig onderzoek geworden waarbij werkers konden leren en ervaren wat de betekenis van presentie is. Hierbij werd gebruik gemaakt van exposure (onderdempelen in de wereld van de cliënt en ondergaan hoe het leven van een cliënt is), bijhouden van een logboek, beschrijven van praktijkervaringen, reflecteren en casuïstiekbesprekingen om werkers te laten ervaren wat de betekenis van presentie is. Ook de managers werden betrokken. De auteurs laten zien hoe het management erbij betrokken kan worden en hoe belangrijk het is dat zij dit proces van de werkers ondersteunen door hun manier van managen hierop aan te laten sluiten. Vanuit de benadering van presentie hebben Baart en collega's van de presentiebenadering al jarenlang managers op voortreffelijke wijze opgeleid om te managen vanuit de inhoud van de zorg. Het boek is dan ook een uitstekende weergave geworden van de manier waarop een organisatie zich het werken vanuit de presentie eigen kan maken. In dat opzicht hebben de auteurs de waarde van de presentie zeker aangetoond en is het essentieel dat zowel werkers als managers zich verdiepen in de betekenis en het belang van de presentie voor goede hulpverlening en goed organiseren van zorg waarbij de cliënt centraal staat. Maar of de presentie de transitie van zorg kan bewerkstelligen, kan wel eens een te hoog gesteld doel zijn omdat het perspectief cliënt- hulpverlener wel eens debet kan zijn aan vele onopgeloste problemen waar mensen met psychiatrische en verslavingsproblemen mee worstelen.

Eropaf...en dan?

Sjef de Vries *Eropaf...en dan?* 2012 pag. 110 Uitgeverij SWP Amsterdam
Prijs 9,90 euro ISBN 978.90. 8850.310.8



Het boek richt zich op maatschappelijk werkers die zich met Het Nieuwe Welzijn bezighouden. Het is een kritische reflectie op de uitgangspunten van de overheid die vanuit de WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en Burgerkracht probeert de participatie van de burgers bij de samenleving te vergroten. Hiervoor is het nodig dat mensen zich meer bij elkaar betrokken voelen en de handen uit de mouwen willen steken om de toestroom naar de professionele hulpverlening in te dammen. De overheid vindt dat er een onevenredig groot beroep wordt gedaan op professionele hulpverleners en dat vele levensproblemen dermate geproblematiseerd worden, dat de weg naar de spreekkamer snel wordt ingeslagen.

Een gezond uitgangspunt dat niet alleen wordt ingegeven vanuit kostenbesparingen.

De Vries laat zien hoe dit in de praktijk kan uitpakken en vraagt zich af of er wel zo'n groot onbenut potentieel aan burgerkracht aanwezig is, zoals de beleidsmakers veronderstellen. Lilian Linders heeft al eerder aangetoond dat mensen meer voor elkaar willen doen wanneer de handelingsverlegenheid bij burgers doorbroken kan worden en het schaamtegevoel bij de probleemeigenaar zelf opgeheven kan worden. De Vries geeft in zijn conclusies aan dat de informele zorg niet in staat zal zijn om de professionele zorg op te heffen en dat beiden meer complementair werken. De wijkgerichte aandacht kan er toe leiden dat andere vindplaatsen over het hoofd worden gezien en de Eropaf-projecten moeten niet worden gezien als Het Alternatief, maar als een welkome aanvulling op bestaande hulpverlening. En zo laat de Vries vanuit de praktijk de nodige relativiserende beschouwingen los op te hoog gespannen verwachtingen. Informatief en ontzuenderend!

Mijn partner wordt dement- een praktijkgids voor de verzorgende familie

Sabya van Elswijk *Mijn partner wordt dement- een praktijkgids voor de verzorgende familie* 2012 pag. 120 Uitgeverij SWP Amsterdam prijs 14,90 euro ISBN 978.90.8850.316.0



Twintig procent van de ouderen boven de 65 jaar heeft last van dementie en boven de 80 jaar heeft zo'n 30% last van de gevolgen van dementie. Doorgaans staan we niet stil bij alle vanzelfsprekendheden van de handelingen die we doen. Opstaan, aankleden, eten, de krant lezen, het lijkt allemaal zo vanzelfsprekend. Totdat die logica niet meer werkt en alle routine verdwenen lijkt te zijn. Vergeetachtigheid neemt toe en besef van de dagelijkse realiteit vervaagt. Hoe is dat voor mensen zelf en wat betekent het voor de partner en familieleden?

Met name voor deze laatste is dit voortreffelijke handzame boek geschreven.

Nederland telt op dit moment 250.000 mensen die door dementie getroffen zijn waarvan er 190.000 thuis wonen en door 1,5 miljoen mensen thuis ondersteund worden. In dit boek wordt er veel aandacht besteed aan praktische tips van het omgaan met een familielid of partner die dement begint te raken. Er wordt uitleg gegeven over het verloop van het dementiële proces en hoe je met eigen gevoelens daarin kunt omgaan. Maar ook hoe je praktische steun regelt en uiteindelijk, wanneer het thuis niet langer kan, hoe je een goed verpleeghuis vindt en wat je daarvan mag verwachten. Er zijn verwijzingen opgenomen naar websites en literatuur die aanvullende informatie geven. Er zijn oefeningen in opgenomen die de partner kan doen om te ervaren wat iemand ondergaat wanneer de dementie toeslaat. Nuttig en iedere huisarts of professionele hulpverlener zou dit boek moeten aanbevelen voor familieleden of partners van.