

Ervaring is de beste leermeester De meerwaarde en positie van ervaringsdeskundigen

Jeroen Ruis, Verpleegkundig Specialist GGZ i.o. , Yulius
Diana Polhuis, Verpleegkundig Specialist GGZ, Hoofdopleider GGZ-VS
Irma de Hoop, Verpleegkundig Specialist GGZ, Yulius / opleider

Samenvatting

Men spreekt van ervaringsdeskundigheid wanneer mensen emotionele, sociale of praktische hulp bieden en eigen ervaringen inzetten om personen met vergelijkbare ervaringen te helpen. Ervaringsdeskundigen gebruiken hun eigen kennis en ervaringen om personen met een vergelijkbare hulpvraag te begeleiden. Zij zijn een bron van hoop en empowerment. Het belang van de inzet van ervaringsdeskundigheid is in diverse onderzoeken aangetoond. Ervaringsdeskundigen hebben een voorbeeldfunctie voor cliënten en kunnen als brug fungeren tussen cliënten en hulpverleners. Cliënten vinden het contact met ervaringsdeskundigen meer gelijkwaardig dan met andere hulpverleners en voelen zich beter begrepen. Ervaringsdeskundigen zijn meestal werkzaam als voorlichter, cursusleider of ervaringswerker in ambulante wijkteams. Op strategisch belangrijke posities worden ervaringsdeskundigen nauwelijks ingezet. De positie van ervaringsdeskundigen is geïsoleerd en daardoor kwetsbaar. In dit artikel wordt na introductie van de term ervaringsdeskundigheid ingegaan op het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen. Vervolgens wordt de positionering van ervaringsdeskundigen besproken.

"Begin eens te kijken wat iemand wél kan." Anouk, een vrouw van begin 40, zit tegenover ons en praat verder: "Hulpverleners bedoelen het goed maar zien vooral iemands onmogelijkheden." Het team verpleegkundigen van de gesloten afdeling maakt deze middag kennis met het thema ervaringsdeskundigheid. Anouk is 2 jaar geleden acuut opgenomen in een manische periode en heeft toen drie dagen in de separeer doorgebracht. Nu maakt zij een evenwichtige en krachtige indruk. Ik heb haar uitgenodigd haar ervaringen met ons te delen en het team te helpen de samenwerking met cliënten op de afdeling te verbeteren. "Wees niet bang slecht nieuws te vertellen, maar blijf daarna wel bij de cliënt. Zoek alternatieven als iets niet kan en betrek de familie altijd bij de behandeling." Anouk laat een stilte vallen waardoor haar woorden nog krachtiger lijken. "Als je zegt dat je over 5 minuten komt, als een cliënt je iets vraagt op de afdeling, zorg dan dat je op tijd bent. Je kunt ook eerlijk zeggen als het niet gelegen komt. Cliënten eten je niet direct op hoor. Soms zijn cliënten net mensen en snappen ze dat jullie het erg druk hebben."

Er klinkt gelach en het ijs is gebroken.

Na een middag met mooie gesprekken en waardevolle tips vragen collega's of er vaker een ervaringsdeskundige langs kan komen. Geïnspireerd door Anouk stel ik mezelf de volgende vragen: Wat is het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen? Hoe worden ervaringsdeskundigen ingezet binnen organisaties?

Evaringsdeskundigheid

De inzet van ervaringsdeskundigen in de GGZ gaat samen met de algemene ontwikkeling in de gezondheidszorg waarbij emancipatie van cliënten centraal staat. Men spreekt van ervaringsdeskundigheid wanneer mensen emotionele, sociale of praktische hulp bieden en eigen ervaringen inzetten om personen met vergelijkbare ervaringen te helpen. Rond 1995 begon de geestelijke gezondheidszorg in Nederland op kleine schaal met de inzet van ervaringsdeskundigen (Bovenberg, Wilrycx, B?hler& Francken, 2011). Timmer & Plooy (2009) staan stil bij het begrip ervaringskennis. Ervaringskennis wordt gedefinieerd als het hebben van kennis en inzichten die ontwikkeld zijn op basis van reflectie en analyse van eigen ervaren beperkingen.

Van ervaringsdeskundigheid is sprake wanneer iemand in staat is om ervaringskennis aan derden over te dragen (Boevink, Plooij& van Rooijen, 2006). Wilryck (2007) stelt dat de persoon de eigen ervaring kan overstijgen, de situatie los kan laten en de leermomenten kan benutten om anderen te helpen.

Het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigheid kan een belangrijke meerwaarde hebben bij de behandeling van cliënten. Dat blijkt uit diverse onderzoeken die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. Spiesschaert (2005) onderscheidt verschillende functies bij de inzet van ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen kunnen de kloof dichten tussen cliënten en hulpverleners (brugfunctie). Bovendien benoemen ervaringsdeskundigen het perspectief en de belevingswereld van de cliënt (tolkfunctie). Ook kunnen ervaringsdeskundigen een kritische functie hebben tegenover de hulpverlening en een cultuuromslag initiëren waarbij belevingsgericht werken centraal staat.

Bovenberg (2011) beschrijft de uitkomsten van onderzoek naar de effectiviteit van ervaringsdeskundigheid. Een belangrijke bijdrage van een ervaringsdeskundige is de voorbeeldfunctie of het rolmodel voor cliënten. Ervaringsdeskundigen zijn een bron van hoop, dragen bij aan vermindering van het stigma van psychiatrisch patiënt en zorgen ervoor dat de focus gericht blijft op herstel (Plooij, 2009). Herstel verwijst naar het proces waarbij cliënten niet genezen, maar leren te leven met een psychiatrische aandoening. Cliënten kunnen weer baas over eigen leven worden door te leren waar kwetsbaarheden en talenten liggen. Herstel hangt nauw samen met empowerment. Daarbij ontdekken mensen met psychische aandoeningen hun eigen kracht en herwinnen de controle over hun bestaan (Boevink, Plooij& van Rooijen, 2006). Van Erp, Hendriksen-Favier, Hoeve & Boer (2008) benoemen de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid vanuit het cliëntperspectief. Cliënten vinden volgens hen dat een ervaringsdeskundige over meer inlevingsvermogen beschikt dan andere hulpverleners en voelen zich beter begrepen. Het blijkt dat zij het contact met een ervaringsdeskundige op gelijkwaardiger niveau ervaren. Daarnaast geeft een ervaringsdeskundige cliënten handvatten om naar moeilijke situaties te kijken en leert hen om te gaan met deze situaties.

Positionering van ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen worden ondanks hun duidelijke meerwaarde beperkt ingezet in de geestelijke gezondheidszorg. In 2008 waren ongeveer 250 betaalde ervaringsdeskundigen werkzaam in Nederland (Knooren& Van Haaster, 2008). Karbouniaris& Brettschneider (2008) beschrijven dat ervaringsdeskundigen meestal werkzaam zijn als voorlichter, cursusleider of als ervaringswerker in ambulante wijkteams (ACT en FACT). Het takenpakket van een ervaringsdeskundige is zeer divers en breidt zich langzaam uit. Ervaringsdeskundigen voeren herstelgesprekken met cliënten, helpen hen met het uitschrijven van herstelverhalen, coachen andere ervaringsdeskundigen en geven voorlichting aan cliënten en medewerkers (Boevink, 2006).

In Engeland, de Verenigde Staten, Nieuw Zeeland en Australië worden ervaringsdeskundigen op strategisch belangrijke posities ingezet (Bovenberg, 2011). In Nederland worden slechts enkele ervaringsdeskundigen ingezet als adviseur van het management of bestuur. Bovenberg (2011) pleit voor de inzet van ervaringsdeskundigen op steeds meer en verschillende niveaus. Ik ben het met hem eens en zie dat hier nog veel winst te behalen valt.

Ervaringsdeskundigen kunnen, als vertegenwoordigers van het cliëntperspectief, belangrijk zijn bij het maken van beleidskeuzes en het formuleren van beleid voor de toekomst. Bovenberg (2011) beschrijft de positie van ervaringsdeskundigen als geïsoleerd en daardoor kwetsbaar. Zij zijn doorgaans de enige ervaringsdeskundige medewerker in een team en soms de enige binnen een instelling. Dit brengt het risico met zich mee van mislukking en teleurstelling omdat ze onvoldoende ruimte en aandacht krijgen om hun specifieke deskundigheid tot bloei te laten komen (Plooy, 2009). Er zijn verschillende initiatieven om ervaringsdeskundigheid beter op de kaart te zetten, o.a. vanuit GGZ Nederland en project LIVE (Bovenberg 2011). LIVE (Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid in de GGz) is een tweejarig project van het Trimbos-instituut en kenniscentrum Phrenos. Doel van het project is het ontwikkelen van een model om GGz-instellingen te ondersteunen bij het invoeren van ervaringsdeskundigheid.

Conclusie

De kracht van ervaringsdeskundigheid wordt meer en meer onderkend. Als vertegenwoordigers van het cliëntperspectief staan ervaringsdeskundigen dichtbij cliënten en kunnen in teams een omslag in denken initiëren. De inzet van ervaringsdeskundigheid is beperkt en verdient een grotere rol in de geestelijke gezondheidszorg. Het recent gestarte project LIVE kan hierbij een belangrijke rol spelen. Bovenberg (2011) adviseert te onderzoeken of de zorgconsumptie afneemt bij mensen die gaan werken als ervaringsdeskundige. Ik deel deze mening en adviseer te onderzoeken of de zorgconsumptie afneemt bij cliënten bij wie ervaringsdeskundigheid wordt ingezet tijdens de behandeling. Als dit aangetoond wordt kan dit leiden tot substantiële besparingen op zorgkosten en wellicht zal dan ook het aantal ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg toenemen.

Tot slot

Bovenberg (2011) citeert een Amerikaanse ervaringsdeskundige over haar eigen herstel: "Een van de lessen die ik moest leren, is dat herstel niet hetzelfde is als genezing. Nadat ik er 21 jaren mee heb geleefd, met deze ziekte, is ze nog steeds niet overgegaan. Dus ik veronderstel dat ik nooit zal genezen, maar dat ik herstellende ben. Herstellen is een proces, geen eindpunt of doel. Herstellen is een houding, een manier om de dag en de uitdagingen die ik tegenkom onder ogen te zien. Mijn herstel betekent dat ik weet dat ik bepaalde beperkingen heb en dat er dingen zijn die ik niet kan. Maar in plaats van dat me dat tot wanhoop drijft en aanleiding is om op te geven, heb ik geleerd dat ik, juist door te weten wat ik niet kan, ook de mogelijkheden zie van alles wat ik wel kan." Dit lezend moet ik denken aan Anouk, de ervaringsdeskundige die grote indruk op mij en het verpleegkundig team maakte. Zij kan een bron van kracht, hoop en inspiratie zijn die cliënten een nieuw beeld van zichzelf kan laten ontwikkelen. Zij hielp ons cliënten te zien zoals we allemaal zijn: mensen met een verleden, een heden en een hoop op een toekomst. Ik gun iedere cliënt en elk team een eigen Anouk.

Literatuur

- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (Red., 2006). *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.

- Bovenberg, F., Wilrycx, G., B?hler, M. & Francken, G. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid. *SP*, augustus 2011, 21-28.
- Erp, N. van, Hendriksen-Favier, A., Hoeve, M. & Boer, M. (2008). *Werken met Begeleiders in de ggz met ervaringsdeskundigheid. Een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke condities voor de inzet en scholing van BGE-ers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Erp, N. van, Hendriksen, A. & Boer, M. (2009). Begeleiders met ervaringsdeskundigheid in GGZ-teams. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 638-651.
- Karbouniaris, S. & Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ*. Utrecht: Kenniscentrum Innovatie - Hogeschool Utrecht.
- Knooren, J. & Haaster, H. van (2008). Onderwijsprogramma's voor ervaringsdeskundigen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 515-525.
- Plooy, A. (2009). Ervaringsdeskundigen in de GGZ. *Deviant*, 62, 12-16.
- Spiesschaert, F. (2005). *Ervaringsdeskundige in armoede en uitsluiting*. Leuven: Acco.
- Timmer, H. & Plooy, A. (2009). *Weten over leven. Ervaringskennis van mensen met langdurige psychische problemen*. Amsterdam: SWP.
- Wilrycx, G. (2007). *Cl?ntparticipatie en ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg*, Tilburg: Tranzo

Professionele distantie, nee bedankt! We zijn in de zorg de bekende weg kwijtgeraakt

Jan Roelofs, Psychiatrisch verpleegkundige, GGZ Drenthe

Samenvatting

In de GGZ zijn patiënten met ernstige problemen waarbij behandeling niet aanslaat. Zij worden door de hulpverlening 'moeilijke patiënten' genoemd. Je kunt ook zeggen dat de hulpverlening tekort schiet bij deze mensen. Wat heeft iemand nodig die bang, in de war en eenzaam is, die zich constant afvraagt of het ooit weer goed komt? Is dit niet vragen naar de bekende weg? Een aantal zorgpioniers, Andries Baart, Xavier Amador, Jules Tielens en anderen, vond antwoorden op deze vragen. Zij zeggen dat een relatie van mens tot mens, noodzakelijk is om deze patiënten te kunnen helpen. Professionele afstand van hulpverleners bij deze patiënten maakt die relatie onmogelijk en dus faalt de behandeling. Patiënten hebben zorgzaamheid, liefde en troost nodig. Andere onderzoekers noemen zaken als: onvoorwaardelijk aanwezig zijn, liefdevolle trouw en veiligheid. Ook geven zij aan dat we vanuit de belevingswereld van de patiënt moeten leren kijken.

Met de juiste benadering en begeleiding zijn 'moeilijke patiënten' in veel gevallen goed te helpen.

Inleiding

De GGZ wordt in rap tempo geprofessionaliseerd. We werken met protocollen, zorgpaden en DBC's. De vraaggerichte zorg maakt plaats voor aanbodgericht. Het wordt allemaal een stuk zakelijker. Als hulpverlener leren we in onze opleiding professionele distantie in acht te nemen ten opzicht van de patiënt. Omdat je anders in de problemen kunt komen. In de gezondheidszorg is er in de meeste contacten een normale, professionele afstand. Daar is niets mis mee, het is gebruikelijk en wenselijk. Als ik naar de huidarts ga met uitslag, dan zou ik raar staan kijken wanneer hij vrienden met me wil worden voor hij me gaat helpen. Sommige patiënten echter, zijn erg gevoelig voor die afstand en interpreteren het als hautain, ongeïnteresseerd en zelfs achterbaks (Tielens 2010). Een deel van hen komt gewoonweg niet in zorg terwijl dat wel nodig is gezien hun problematiek.

Anderen zijn al in zorg maar vertonen ernstige gedragsproblemen en worden naargelang verbetering uitblijft steeds vaker als probleemgevallen bestempeld. Sommigen worden veelvuldig en soms langdurig gesepareerd voor hun eigen veiligheid of die van anderen. Deze patiënten zijn schijnbaar niet te bereiken. Uiteindelijk krijgen zij het predicaat 'moeilijke patiënt' wat gelijk staat met 'opgegeven' (Koekkoek 2011). De vraag blijft; wat moeten wij doen zodat we hen wel kunnen helpen? Je geeft een mens namelijk niet op. Er zijn gelukkig pioniers die hier onderzoek naar gedaan hebben: wie zijn zij, wat is hun boodschap en wat kunnen werkers in de GGZ van hen leren?

Een pionier in de zorg

Professor Andries Baart die de presentietheorie ontwikkelde, deed onderzoek naar het werk van buurtpastores, lekenhulpverleners in de kerk. Die bekommerden zich over de meest kwetsbare mensen aan de onderkant van onze samenleving. Prof. Baart spreekt van de 'sociaal overbodigen', mensen die door een groot deel van de maatschappij als overbodig gezien worden en die ook zichzelf als overbodig zien (Baart 2008).

Het was opvallend hoe vaak in hun levensverhalen het Riagg opdook. Ze lieten er geen spaan van heel. De geboden hulp werd afgebrand. Wat Baart opviel was dat de mensen over het algemeen contact met de buurtpastores juist wel op prijs stelden en als heilzaam ervoeren. Baart onderzocht welke principes in het werk van de pastores het verschil maakten. Hij schreef op basis daarvan zijn presentietheorie.

Kernbegrippen zijn: aandachtig jezelf betrekken op de ander en toegewijd zijn.

Een relatie aangaan die anders, dieper is dan de gebruikelijke patiënt-hulpverlener relatie. Je maakt geen plan vooraf en bent onvoorwaardelijk aanwezig, liefdevol en trouw. Dit klinkt niet erg professioneel en zeker niet als distantie. In de GGZ is onvoorwaardelijk aanwezig zijn een vreemd begrip, laat staan liefdevolle trouw. Dat is iets wat tussen twee mensen speelt die om elkaar geven, en daar zit het hem nou juist in. Gewoon iemand die een ander helpt, een ander die het moeilijk heeft, die lijdt en niet weet hoe het verder moet. Hierbij gaat het om warmte, troost en je hart voor diegene openen. Dat lukt niet met distantie, afstand en nabijheid kunnen eenvoudig niet samen.

'We moeten vrienden worden met de patiënt'

Dit zijn de woorden van Xavier Amador, professor in de psychologie uit New York. Hij vond een manier om mensen met schizofrenie die geen ziekte-inzicht hebben, over te halen zich te laten behandelen. Zijn eigen broer heeft schizofrenie en dr. Amador heeft jaren lang geprobeerd hem te helpen. Die pogingen liepen altijd uit op ruzie. Zijn broer vond zich niet ziek en had dus geen hulp nodig. Dr. Amador zocht en vond een manier om over het eeuwige obstakel, van al dan niet ziek zijn, heen te springen. Hij noemde zijn methode de LEAP [Listen, Empathise, Agree, Partner] - methode (luisteren, compassie, overeenkomen en samenwerken). De relatie tussen hulpverlener en patiënt noemt hij een vriendschapsrelatie. Zoals hij letterlijk zegt: 'We moeten vrienden worden met de patiënt. Ik weet dat sommige psychiaters zich heel ongemakkelijk voelen bij dat idee, maar het draait allemaal om relaties' (Amador 2011). Ik denk dat ook andere hulpverleners zich ongemakkelijk voelen bij het idee de veiligheid van de professionele distantie op te geven. Het vraagt een andere manier van werken waarbij de hulpverlener een diepere relatie aangaat met de patiënt dan gebruikelijk in de GGZ.

Caritas en naastenliefde, woorden uit een ver verleden?

Je zou denken dat dit woorden zijn van de Zusters van liefde, die uit erbarmen de zieken verplegen. Maar nee, het zijn termen uit de verpleegtheorie van Katie Eriksson die zij begin jaren negentig presenteerde. Een verpleegtheorie die steeds meer erkenning krijgt in de huidige gezondheidszorg.

Een centraal thema in de theorie is caring, het is een manifestatie van menselijke liefde. Eriksson stelt dat de verpleegkundige een onzelfzuchtige relatie met de patiënt aangaat. Zij noemt dit; 'Caring communion', een relatie waarin samengewerkt wordt aan een gemeenschappelijk doel: het helpen van de patiënt. Eriksson maakt duidelijk dat de kernbegrippen naastenliefde, beweging en onzelfzuchtigheid geen ouderwetse termen zijn. Ze zijn springlevend en ik denk nooit weggeweest. Sterker nog; zij staan aan de basis van zorgen voor een ander dus aan de basis van de verpleegkunde.

Opgeven

GGZ Westelijk Noord Brabant heeft een intensive care afdeling waar mensen die zo in de knel zitten door hun ziekte dat begeleiden onmogelijk lijkt, behandeld worden. Het zijn bijna allemaal mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis die soms wel een jaar in de isoleercel zaten. Mensen die zichzelf verminkten en herhaaldelijk suicidepogingen hadden gedaan. Deze afdeling is opgezet in het kader van het project Dwang & Drang van GGZ Nederland als onderdeel van het project 'Een ernstig zieke laat je niet alleen'. Op één afdeling verblijven vier patiënten, maximaal twee jaar. Er zijn continu twee begeleiders die onvoorwaardelijk aanwezig zijn. Sleutelbegrippen zijn: vriendelijkheid, begrip, trouw en oprechte interesse. Er is geen professionele afstand maar juist maximale betrokkenheid van mens tot mens. Dat terwijl 'normaal' bij patiënten met BPS betrokkenheid tonen uit den boze is. Maar de methode van de intensive care afdeling in Brabant werkt! Met deze intensieve begeleiding lukt het hen om 'opgegeven' mensen te bereiken en hen het vertrouwen in zichzelf en de ander weer te laten vinden.

Conclusie

In de GGZ is men vaak niet in staat is om mensen met ernstige problematiek te helpen. Er zijn gelukkig methodes die wel werken. De basis van de methodes die ik heb aangehaald is gewoon menselijkheid. Begrippen als liefdevolle aandacht, oprechte interesse, vriendschap en betrokkenheid komen in die modellen steeds naar voren. Eigenlijk is het zo logisch als wat dat deze benaderingen wel werken. Stel je zelf eens voor, dat je zelf in grote emotionele of psychische problemen zit. Dat je echt de weg kwijt bent en angstig en eenzaam bent. Dan heb je behoefte aan iemand die echt tijd en aandacht voor je heeft, iemand die liefdevol voor je zorgt en je echt begrijpt. Aan iemand die, ondanks dat je gedrag afwerend kan zijn en wantrouwend, soms heel boos of bizar, er voor je is. Het liefst familie, een naaste of een vriend of vriendin. Soms zijn die mensen er niet voor je. Dan heb je geluk wanneer je een hulpverlener treft die de kunst van menselijkheid verstaat.

Literatuur

- Amador, X. (2011) We moeten vrienden worden met de patiënt. Geraadpleegd op 21 september 2011 via: www.psy.nl/psyxtra/article/we-moeten-vrienden-worden-met-de-patient/?no_cache=1&cHash=0c0547cc46c076e3025e13f7def062ea
- Baart, A.. (2004) Eigen publicaties, Introductie in de presentietheorie. Geraadpleegd op 28 augustus 2011 via: www.presentie.nl/publicaties/itemlist/search?searchword=inleiding
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Lemma.
- Delft, S. van (2009). Hoop voor opgegeven patiënten. *Psy*, 2009, nr. 8, 22-28.
- De nationale zorgbarometer. Geraadpleegd Op 11 november 2011 via: www.denationalezorgbarometer.nl/idea/Details/212
- Koekkoek, B. (2011) Moeilijke patiënten zijn vaak erg kritische patiënten. Geraadpleegd op 15 september 2011 via www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/moeilijke-patienten-zijn-vaak-erg-kritische-patienten/
- Schepper, I. de & Sieleghem, C. van (1996). *Verpleegkundige Theorieën en Modellen*. Gent: Vormingsdienst Guilain vzw.
- Tielens, J. & Vester, M. (2010). *Bemoezorg*. Utrecht: De Tijdstroom

De verloren strijd tegen de drugs

Rob Keukens, Docent Opleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Inleiding

Het Nederlandse drugsbeleid kenmerkt zich tot voor kort, in tegenstelling tot dat in veel andere landen, door een pragmatische, weinig repressieve opstelling. Afhankelijkheid van psycho-actieve middelen wordt voornamelijk gezien als een medisch probleem en niet als een morele kwestie en het beleid stond in het teken van het voorkomen en beperken van risico's voor de gebruikers. Dat beleid heeft een aantal voordelen opgeleverd, zoals een lage mortaliteit en beperkte verspreiding van besmettelijke ziekten als AIDS en hepatitis als gevolg van drugsgebruik. Bovendien ligt het gebruik van drugs, met uitzondering van Ecstasy, in de algemene bevolking onder het Europese gemiddelde en is beduidend lager dan het gebruik in de Verenigde Staten. Het Nederlandse beleid, zo werd geconstateerd in het lijvige rapport Evaluatie van het Nederlandse Drugsbeleid (2009)¹⁾ werkt.

Het einde van het gedogen?

Ondanks dat ons tolerante beleid bij veel buitenlandse politici op verzet en onbegrip kon rekenen, strekte het buitenlandse hulpverleners tot voorbeeld. In Nederland wordt het gebruik van cannabis onder gecontroleerde omstandigheden gedoogd en leidt het bezit van minder dan vijf gram niet tot strafvervolging. Iemand die iets meer dan 5 gram in zijn bezit heeft loopt in principe kans op een maand gevangenisstraf of ruim drieduizend euro boete. De handel aan de zogeheten 'achterdeur' van de coffeeshop, de toelevering van de cannabis, is wel strafbaar zodat de merkwaardige situatie ontstaat dat er wel kleine hoeveelheden aan de individuele klant geleverd mag worden maar dat de eigenaar van de coffeeshop zelf niet mag inkopen. Er tekent zich echter al enige tijd een kentering af in het overheidsbeleid dat straffer en repressiever wordt. Het regeerakkoord van de (demissionaire) regering Rutte spreekt van een 'wietpas' die vaste bezoekers van een coffeeshop in staat moet stellen maximaal 3 gram cannabis per dag te kopen. Met de wietpas wordt het voor buitenlanders onmogelijk gemaakt nog langer cannabis te kopen. Cannabis met een THC gehalte van meer dan 15% wordt op lijst I (hard drugs) van de Opiumwet geplaatst en er is een voorstel in de maak dat de verkoop van hasj in Nederland verbied. De verscherping van het beleid onder het huidige kabinet vloeit met name voort uit de standpunten van CDA en PVV die het gedoogbeleid willen afschaffen en het gebruik willen tegengaan. De PVV is er eveneens voor verslaafden gedwongen te laten afkicken.

Global Commission on Drug Policy

Opmerkelijk genoeg staat de nieuwe, op beheersing en uitbanning van gebruik gebaseerde richting die onze regering wil inslaan en die waarschijnlijk mede is ingegeven door electorale motieven, haaks op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Op 3 oktober 2011 veegde een keur aan wetenschappers uit binnen- en buitenland de vloer aan met de beleidsvoornemens van de Nederlandse regering. Bovendien verdraagt de huidige koers zich moeilijk met de standpunten die in internationale gremia zo zoetjesaan worden uitgedragen. Een belangwekkend rapport dat eind 2011 het licht zag is dat van de Global Commission on Drug Policy²⁾ simpelweg getiteld War on Drugs. Oogmerk van deze commissie, waarin illustere namen als Kofi Anan, Javier Solana, Richard Branson en Mario Vargas Llosa zich verenigd hebben, is om wereldwijd een op

wetenschappelijke bronnen gebaseerde discussie te entameren teneinde op humane en effectieve wijze de schade die individuen en samenlevingen oplopen ten gevolge van drugs te reduceren. Het rapport gaat niet over de verslaving aan alcohol, in absolute zin een veel groter sociaal en gezondheidsprobleem dan drugs. Zie voor een mondiaal overzicht van het gebruik van alcohol en de gevolgen daarvan in termen van mortaliteit - 3.8% van alle sterfgevallen ter wereld zijn te wijten aan alcoholmisbruik - en Disability-adjusted Life Years, naar schatting 4.5% - zie het WHO-rapport Global Status report on Alcohol and Health (2011)³⁾.

De verloren oorlog

Het rapport War on Drugs valt met de deur in huis en stelt onomwonden dat de oorlog tegen drugs verloren is. En dat terwijl alleen al aan handhaving van drugswetgeving wereldwijd jaarlijks 100 miljard dollar wordt uitgegeven⁴⁾. Ondanks alle inspanningen het gebruik van drugs te beperken of uit te bannen, zijn er niet alleen meer mensen dan ooit die recreatief gebruiken (naar schatting 250 miljoen), maar ook het aantal probleemgebruikers (25 miljoen) is groeiende en de productie van illegale middelen bloeit als nooit tevoren. Niet alleen neemt de totale productie toe, ook het aantal varianten aan drugs groeit sneller dan de wetgever kan bijhouden. In 2011 zijn er 49 nieuwe drugs, zoals synthetische cannaboiden, in Europa gesignaleerd⁵⁾. De oorlog tegen drugs is als knippen in een ballon. Het rapport doet een aantal aanbevelingen. Zo wil men een open debat voeren, op basis van wetenschappelijke data, waarin taboes beslecht kunnen worden met als doel criminalisering van gebruikers tegen te gaan en in te zetten op het implementeren van gezondheidszorgvoorzieningen voor die gebruikers die daar behoefte aan hebben. Het debat is ook bedoeld om te ontmythologiseren en de vele misverstanden rondom druggebruik uit de weg te ruimen. Zo wijst men er bijvoorbeeld op dat problematisch gebruik eerder samenhangt met slechte sociaal-economische omstandigheden, marginalisatie en gebrekkige opvoeding dan met wilswakke of genotzucht.

In de Verenigde Staten zijn er dit jaar alleen al ruim 665 duizend mensen gearresteerd omdat ze in het bezit waren van cannabis. Deze massale repressie en opsluiting had geen effect het gedrag van de bevolking. Er wordt meer gebruikt dan ooit. Decriminalisatie van gebruikers lijkt de aangewezen weg en uit onderzoek blijkt ook dat decriminalisatie niet leidt tot een toename van het druggebruik. De commissie pleit ook voor experimenten in legalisering en gecontroleerde productie (bijvoorbeeld van cannabis) teneinde de macht en invloed van drugsproducenten te ondermijnen. Daarbij, criminalisering van individuen is gebaseerd op de illegaliteit van het middel maar welke middelen legaal danwel illegaal zijn is niet gebaseerd op rationele overwegingen maar heeft eerder cultuur-historische gronden. Wetenschappers publiceerden in The Lancet (2007)⁶⁾ een lijst waarop psycho-actieve stoffen waren gerangschikt op basis van feitelijke en potentiële schadelijkheid. De eerste vier zijn heroïne, cocaine, barbituraten (kalmerings- en slaapmiddelen) en alcohol. Twee van de vier zijn legaal. Cannabis staat op deze lijst op de 10e plaats. Decriminalisering is ook financieel interessant. Naar schatting zou dat Nederland een bedrag van mogelijk 260 miljoen euro besparen. Bovendien, zo blijkt uit internationaal onderzoek, leidt strenge(re) wetshandhaving en meer arrestaties voor drugsgerelateerde zaken uiteindelijk tot meer geweld en moord.

Zorg en behandeling

De mondiale accentverschuiving ten aanzien van drugs zou moeten gaan van een morele optiek met daarin een rol voor stringente wetshandhaving en te vuur en zwaard bestrijden van drugsproductie en gebruik, naar een gezondheidszorgoptiek met daarin een adequaat hulpverleningsaanbod.

In dat aanbod spelen (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen ook een rol. Voor een uitgebreid overzicht van de professionele verpleegkundige zorg voor bij verslavingsproblemen naar het werk van Loth, Slee en Bootsma (2009)⁷⁾. Naast accepteren dat het gebruik van middelen om de geest te beïnvloeden blijktbaar bij de mens hoort en dat velen van dergelijke stoffen genieten, zijn er ook mensen die daardoor in de ernstige problemen geraken. Voor hen moet er een breed en makkelijk toegankelijk zorgaanbod zijn (inclusief substitutiebeleid en heroïneverstrekking). Het rapport eindigt met een oproep aan politici niet te dralen. De oorlog tegen drugs is definitief verloren en we kunnen het ons niet langer permitteren middelen en mensen te verspillen in deze zinloze kruistocht. Het is dringend tijd te handelen, aldus de samenstellers van het rapport.

Noten

- ¹⁾ Trimbos Instituut (2009) Evaluatie van het Nederlandse Drugbeleid. Utrecht.
- ²⁾ Global Commission on Drug Policy (2011) War on Drugs.
- ³⁾ WHO. Global Status (2011) Report on Alcohol and Health. Geneva.
- ⁴⁾ <http://www.countthecosts.org/seven-costs/wasting-billions-drug-law-enforcement>
- ⁵⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/2>
- ⁶⁾ Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W. and Blakemore, C. (2007) "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse" Lancet Vol. 369 (9566) pp.1047-53
- ⁷⁾ Loth, C., Slee, Y. & Bootsma, B. (2009) Professionele verpleegkundige zorg bij verslavingsproblemen. In: Rutten, R. Et al. Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie. Maarssen.

Lekenpraatje Cecile aan de Stegge over GEKKENWERK

16 maart 2012, 16.00 uur, Aula Minderbroedersberg, Universiteit Maastricht

Geachte aanwezigen,

Ik dank u allen hartelijk dat u naar Maastricht bent gekomen om de openbare verdediging van mijn proefschrift bij te wonen. Eerst mag ik gedurende één kwartier proberen u duidelijk te maken welke vragen ten grondslag lagen aan mijn onderzoek, met welke methoden ik het heb uitgevoerd, en welke conclusies het resultaat zijn.

Ik begin met een mededeling over het historisch gewicht van 16 maart. Het is vandaag op de kop af 175 jaar geleden dat geneesheer Schroeder van der Kolk te Utrecht de redevoering hield waarin hij de verwaarlozing van krankzinnigen in ons land aan de kaak stelde. In deze lezing wond Schroeder van der Kolk nergens doekjes om. Hij vertelde hoe hij als arts krankzinnigen had gezien die gedurende vijftig jaar aan één stuk in een klein en donker hok opgesloten hadden gezeten, waar nooit frisse lucht of zon binnenkwam. Ook had hij een krankzinnige vrouw meegemaakt wier gewrichten door het strakke vastbinden zodanig waren vergroeid dat zij niet meer kon lopen.

Waarom, zo vroeg hij zich af, bestonden er in ons land wél genootschappen die zich het lot van bejaarden, armen of gevangenen aantrokken, maar géén die dergelijke levensomstandigheden van krankzinnigen verbeterden. Verdienden de krankzinnigen niet bij uitstek de zorg van hun medemensen, omdat zij vanwege het verlies van hun Rede buiten hun schuld 'als een schip zonder roer door hun hartstogten heen en weer werden geslingerd?'. Sedert hij door de modernisering van het Willem Arntsz Huis ervaren had dat hij krankzinnigen bij een betere behandeling kon genezen drong hij aan op een Krankzinnigenwet die het oprichten van 'geneeskundige gestichten' zou bevorderen. Schroeder benadrukte echter dat ook in geneeskundige gestichten een medische handeling pas effect zou krijgen in combinatie met een 'doelmatige psychische behandeling'.

Onder dat laatste verstond hij naast gesprekken concrete interventies die het bestaan van krankzinnigen menswaardiger maakten: het aanbrenge van een wc waardoor zij niet langer in hun eigen vuil hoefden te liggen; de verlossing uit hun ellendige cellen zodra dat maar mogelijk was; het gezamenlijk aan één tafel eten of het samen wandelen in de tuin.

Nu naar mijn onderzoek. Om het proces van beroepsvorming van de verpleging te traceren richtte ik mij op drie dimensies van het 'beroep' van 'oppassers en oppasseressen', dat geleidelijk zou veranderen in 'psychiatrische verpleegkunde'. Ik bestudeerde de totstandkoming en ontwikkeling van de verpleegopleiding, de arbeidsmarkt voor mensen met dit diploma en de manier waarop de verplegenden omgingen met hun patiënten. De vier onderzoeksmethoden die ik gebruikte zijn: archiefonderzoek, literatuuronderzoek, het afnemen van een enquête en het afnemen van aanvullende interviews.

De opleiding

Om de opleiding in kaart te brengen verzamelde ik de achtereenvolgende drukken van alle Nederlandse handboeken die vóór 1980 zijn uitgegeven in de verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken of in psychiatrische verpleegkunde. Tot 1960 bleken deze vrijwel uitsluitend van de hand van geneeskundigen. Ik heb mij uitvoerig met deze medisch geschoolde auteurs bezig gehouden en hun boek, hun overtuigingen en hun carrière beschreven. Ik ging na of de opvattingen van deze opleiders ook doorklonken in de vergaderingen van Examen Commissies, vooral die van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, omdat deze vereniging de grootste opleider was. De gestichtspsychiaters bleken meer van verplegenden te eisen dan het verrichten van op somatiek gerichte verpleegtechnische handelingen. Verplegers en verpleegsters moesten symptomen en beloop van elk destijds bekend psychiatrisch ziektebeeld kunnen herkennen, er objectief over kunnen rapporteren, met patiënten en artsen kunnen omgaan en tevens tactisch manoeuvreren tussen patiënten met uiteenlopende karakters, ziektebeelden en maatschappelijke achtergronden.

Inzake de wettelijke regelgeving rond de verpleegopleiding bleek het de psychiatrie tot ver na de Tweede Wereldoorlog grote moeite gekost te hebben om toegang te krijgen tot het beleidsorgaan dat ging over wijzigingen in de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging, omdat het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten nog was ingebed bij de afdeling Armenzorg op het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

De handboeken, notulen en de opwinding van psychiaters over hun ondervertegenwoordiging in bepaalde commissies leerden mij dat de meeste Nederlandse gestichtsartsen en/of psychiaters die zich inzetten voor de opleiding of positionering van verplegenden de integrale visie op geneeskunde van Schroeder van der Kolk onderschreven.

Zij onderkenden het belang van bredere dan strict medische kennis voor de verpleging, maar wilden het primaat van de medische wetenschap boven andere niet prijsgeven.

Bovendien werden zij het onderling niet eens over de vraag welke sociale wetenschap voor de verpleging het nuttigste zou zijn. De een vestigde de nadruk op de psychologie en de sociologie, de ander op de pedagogie.

Toen de verplegenden zelf zich emancipeerden, bleek dat dezen de diverse sociale wetenschappen niet zo zeer beoordeelden op hun fundamentele inzichten, als wel op de bruikbaarheid van de instrumenten die ze voortbrachten ten dienste van het begeleiden van patiënten.

Arbeidsmarkt

Ik heb voor diverse meetmomenten uitgerekend hoeveel verplegers en verpleegsters in de psychiatrie werkzaam waren. Betreffende de periode 1910-1920 merkte ik dat enkele enquêtes van de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging nooit eerder op het onderscheid tussen leerlingen en gediplomeerden waren doorgerekend. Dat leek mij wél nuttig voor iemand die een proces van beroepsvorming moet traceren. Omdat ik wist dat 80 procent van de leerlingen in de psychiatrie voor 1920 vrouw was, had ik verwacht dat anno 1920 ook ongeveer 80 procent van de gediplomeerde staf vrouw zou zijn. Dat bleek niet het geval. De enquêtes toonden aan dat anno 1920 45 procent van de gediplomeerde staf in de psychiatrische inrichtingen man was, terwijl dit percentage in 1930 reeds gestegen was naar 48 procent. Het gevoerde personeelsbeleid was dus geenszins gericht op het weren van verplegers, zoals Boschma in 1997 had gesteld. Alvorens met dit nieuws naar buiten te treden wilde ik echter wel zeker weten of de trend zich in het vervolg van de 20ste eeuw had voortgezet. Dat bleek geen sinecure, want de Inspectie had tussen 1938 en 1969 geen jaarverslagen uitgebracht. Op een gegeven moment vond ik in het Nationaal Archief de resultaten van een enquête uit 1937 omtrent het aanname- en ontslagbeleid in de psychiatrische inrichtingen. Deze toonde aan dat in veel inrichtingen anno 1937 al méér gediplomeerde mannen in dienst waren dan vrouwen. Veel verpleegsters moesten onmiddellijk na het behalen van hun diploma zelfs vertrekken naar een algemeen ziekenhuis, omdat de directies die mannelijke kostwinners niet wilden of konden ontslaan. Hoewel de verplegers de verpleegsters dus lelijk dwars zaten, omdat door hun aanwezigheid op een vaste aanstelling onvoldoende geld resteerde om ook de vrouwenafdelingen met gediplomeerden te bezetten, had hun aanwezigheid ook positieve effecten. Zowel de beginnelingen als de ervaren verplegers hadden namelijk de neiging zich te organiseren. Zij stredden voor de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma en voor betere arbeidsvoorwaarden en leverden zo een mooie bijdrage aan de positieve verbetering van de gehele Nederlandse verpleging. Hun langduriger dienstverband binnen de directe patiëntenzorg verleide de bedachtzaamste mannen daarnaast tot reflectie op hun contact met patiënten. Het zijn vooral mannen geweest die het psychiatrisch verpleegkundige vak hebben beschreven. Zij presenteerden het gedurende de jaren zestig/zeventig als een vak met een overwegend agogische en maatschappelijk georiënteerde identiteit. Tezelfdertijd ijverden vooraanstaande dubbel-gediplomeerde verpleegsters voor een integrale dagopleiding in verplegen (het zg. één-diplomastelsel). Ook deze vrouwen leverden een bijdrage aan de emancipatie van de verpleging in bredere zin.

Omgangsvormen

Ik heb de omgangsvormen tussen psychiatrisch verplegenden en hun patiënten door de tijd heen getraceerd aan de hand van drie thema's waarover in de psychiatrie nog steeds veel wordt gediscussieerd. De instructies en het feitelijk gedrag van verplegenden in reactie op seksuele uitingen van patiënten; in geval van zelfmoord(pogingen) en bij de toepassing van dwangmiddelen. Deze thema's heb ik gekozen omdat ze in de oudste Gids voor Oppassers in Krankzinnigengestichten al voorkwamen als thema's waarover de auteur iets extra's had op te merken. Daarnaast heb ik ze gekozen omdat ik ermee kon aansluiten op het werk van de Nederlandse socioloog Cas Wouters. In het boek Van minnen en sterven (1990) zette deze uiteen dat naar zijn mening het civilisatieproces zoals beschreven door Norbert Elias niet soepel verloopt, doch met horten en stoten gepaard gaat.

Aan de hand van onder meer de omgang tussen artsen en verplegenden met stervende patiënten zette Wouters uiteen dat er af en toe een fase optreedt waarin alle etiquette in beweging lijkt te zijn, terwijl deze gevolgd wordt door een fase waarin de regels weer eenduidig worden. De fasen waarin de omgangsvormen in ons land in beweging waren (het einde van de negentiende eeuw, de jaren twintig en de jaren zeventig) betitelde Wouters als fasen van 'informatisering van omgangsvormen'.

Deze fasen identificeerde hij door te letten op twijfels omtrent de zin van oude gedragsregels rond een te kiezen thema en aan de mate waarin de emoties rond dat thema opliepen. Ook werd er in zulke perioden geëxperimenteerd met andere omgangsvormen en waren voor- en achterhoedes aan te wijzen. Rond het sterven concludeerde Wouters op basis van tijdschriften en handboeken dat artsen en verplegenden tot de voorhoede behoorden. Omdat zij beroepshalve vaak met stervenden in contact kwamen, durfden zij tien jaar eerder een open gesprek aan over de dood dan de rest van de maatschappij.

In mijn proefschrift stel ik vast dat zich ook in de psychiatrische verpleegkunde tijdens het Interbellum en in de jaren zeventig een golf van informatisering heeft voorgedaan, vooral op het gebied van existentiële thema's als seksualiteit en zelfmoord. Van deze twee thema's kies ik vandaag de zelfmoord als voorbeeld. Rond het einde van de negentiende eeuw werden verplegenden haast als vanzelfsprekend ontslagen wanneer een patiënt zich tijdens hun dienst van het leven had beroofd. De vaste regel in de leerboeken luidde dat 'zij patiënten met een doodswens NOOIT alleen mochten laten'. Zij mochten deze dus evenmin isoleren. Om dit laatste te voorkomen werden zelfs speciale waakkamers aangelegd bij de verpleegposten. Door de eeuw heen werd vervolgens eerst de lijst van potentiële 'zelfmoordwapens' die de verplegenden zouden worden aangerekend korter. Vervolgens erkenden de artsen dat zij niet tegelijkertijd een 'open deur systeem' konden aanhangen én pretenderen dat zij in een psychiatrische inrichting elke zelfmoord konden voorkomen. Bovendien erkenden vooruitstrevende artsen dat een doodswens begrijpelijk kon zijn. Een enkeling waarschuwde dat bij belangrijke beleidswijzigingen in de inrichting terdege op potentiële zelfmoordenaars gelet moest worden.

Daartoe verwachtten zij van de verpleging een steeds verfijnder observatie- en signaleringsvermogen. Dezen dienden hun patiënten zó goed te kennen dat zij wisten welke gedragingen iemand wezensvreemd waren en konden duiden op het voornemen tot zelfmoord. De grote groepen patiënten uit die tijd in aanmerking nemend lijkt mij dit een zware opdracht te zijn geweest. Onder invloed van de informatisering werd dit type waarschuwingen in de turbulente jaren zeventig en tachtig ingeruild tegen een gedifferentieerder beleid aangaande zelfdoding, waarin de patiënt in kwestie en diens existentiële probleem nadrukkelijk werd meegewogen. De zeer expliciete bezorgdheid voor het alleen laten van potentiële zelfmoordenaars vond ik niet meer terug. Omdat die oude waarschuwingen mij inmiddels vertrouwd waren geworden vond ik het belangwekkend, in latere publicaties te lezen dat het aantal zelfmoorden in de jaren zeventig hoog opgelopen was.

Dit niet alleen met het oog op de betrokken patiënten en hun nabestaanden, maar ook met het oog op de betrokken verplegenden zelf, omdat inzake zelfdoding ook alle naargeestige taken nog steeds op het bord van de verpleging lagen.

Inzake de toepassing van dwangmiddelen vond ik de informatisering het minst duidelijk terug. Dat komt misschien omdat de rol van de psychiater bij de existentiële thema's wat diffuser was, terwijl de verantwoordelijkheid van een psychiater inzake dwangmiddelentoeepassing wettelijk vastlag, doch die van de verplegende niet.

Allereerst maakte het onderzoek mij duidelijk dat de Nederlandse psychiaters onder invloed van de Engelse arts Conolly meer moeite hadden met het vastbinden van patiënten dan met hun opsluiting in een cel.

Toen de psychiaters niet langer het gevoel hadden dat zij een patiënt als een hond opsloten wanneer zij deze isoleerden, omdat zij de isoleerhokken op de binnenplaatsen hadden laten vervangen door single rooms binnen de afdelingen, kregen zij minder moeite met 'afzondering'. Maar het was de psychiater die wettelijk gezien de eindverantwoordelijkheid droeg voor het besluit tot toepassing van dwangmiddelen, voor de uitvoering ervan en voor de registratie. Verplegenden waren slechts zijn verlengde arm. In mijn proefschrift beschrijf ik dat de handboekauteurs veel tekst besteedden aan het inprenten van verplegenden dat zij bij voorkeur niet met dwangmiddelen of isoleercellen moesten werken, maar dat de opleiders in de praktijk er juist vanuit gingen dat elke verpleegkundige alle vaardigheden rond dwangtoepassing beheerste. In tijden waarin een idealistische psychiater aantrad die tegen het isoleren tekeer ging was er steeds korte tijd sprake van een alom oplevend besef dat isoleren een patiënt kon schaden. Ook patiënten als Mevr. Stuten-te Gempt, Fré Dommissie, en Corry van Eijk-Osterholt hadden in dit opzicht een enorm bereik. Het was echter verbazingwekkend te moeten constateren dat het tot 1983 heeft geduurd voordat iemand op het idee kwam dat het voortdurend inzakken van het besef van de ernst van isoleren (iets wat vaak bleek uit het slecht bijhouden van een dwangmiddelenregistratie) wel eens zou kunnen liggen aan het feit dat de verpleegkundige beroepsbeoefenaar nooit met zoveel woorden was genoemd op registratieformulieren en/of in de wet. Pas nadat ex-patiënt Frits Koetser dit had vastgesteld kwam de druk op verplegenden in een stroomversnelling terecht. Nu werden zij meer en meer verantwoordelijk gehouden, zonder daadwerkelijk eindverantwoordelijk te zijn.

Conclusie

Dames en heren, ik keer terug naar Schroeder van der Kolks visioen. Het doel waarvoor de verpleegopleiding ooit werd nagestreefd, te weten liefderlijke zorg aan mensen die onberekenbaar of gevaarlijk geacht worden, is in de laatste 175 jaar door de introductie van de verpleegopleiding wel een stapje dichterbij gekomen, maar zeker nog niet bereikt. Naar mijn mening zal dit doel naderbij komen als de verpleegkundige een eenduidiger verantwoordelijkheid op het gebied van de dwangmiddelen krijgt toegewezen en daarop ook kan worden afgerekend. De eerste stap daartoe is gezet. In december 2008 stelde de Inspectie vast dat de wijze van uitvoering van separatie een verantwoordelijkheid van de verpleging moet worden en dat daar ook een bezettingsnorm bij hoort.

Dat was een geheel nieuw geluid. Het zou heel mooi zijn als die voorgenomen regelgeving in de nabije toekomst werd afgerond. In december 2011 verscheen echter een nieuwe nota van de Inspectie. Daaruit bleek dat het terugdringen van separaties op dit moment stagneert. Het woord 'verpleegkundige' komt in die laatste nota sporadisch voor; het woord 'behandelaar' des te vaker. In het licht van alles wat ik verteld heb stel ik voor de term verpleegkundige weer te gebruiken. Wie wil dat deze groep mensen van een collectief 'functionarissen' verandert in een groep verantwoording nemende individuen moet deze eerst bij de naam noemen en hen een reële verantwoordelijkheid geven. In dat geval zal de verpleegkundige beroepsgroep waarschijnlijk rap tot het besef komen dat het hoog tijd is voor een experiment met begeleide afzondering, in elk geval voor suïcidale patiënten, en ten tweede voor een landelijk geldende verpleegkundige norm rond de toepassing van dwangmiddelen en isoleren. Zo'n gedragen beroepsnorm is dan ook weer een mooie volgende stap in het nog lopende professionaliseringsproces.