

SOCIAAL PSYCHIATRISCHE VERPLEEGKUNDE

Praktijk en Wetenschap van de verpleegkunde binnen de sociale psychiatrie.

F. Verberk, mn

*Frans is sociaal psychiatisch verpleegkundige en draagt de titel Master in Nursing.
Hij werkt als leider van een innovatie project op de Riagg Zuid Hollandse Eilanden.
Is daarnaast oprichter van de Neuman supportgroep Nederland en voorzitter van het COOSPV.*

Het beroep van de sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV) heeft de verpleegkunde als wetenschappelijk referentiekader en wordt uitgeoefend binnen de sociale psychiatrie.

In dit artikel wordt gezocht naar de samenhang tussen verpleegkunde en sociale psychiatrie. Dit zowel op het vlak van de dagelijkse praktijk als voor wat betreft de wetenschappelijke achtergrond. De rol van de SPV in verleden heden en toekomst wordt daarin centraal gesteld.

Verpleegkunde en Sociale Psychiatrie: De praktijk.

Teneinde een goed beeld te krijgen zullen we terug moeten blikken naar het ontstaan en de ontwikkeling van de sociale psychiatrie in Nederland en de plaats van de verpleegkundige daarbinnen. Vervolgens zal een schets gegeven worden van de rol en positie van de verpleegkundige in de sociale psychiatrie op dit moment.

Met het oprichten van de patronaten in de vorige eeuw werd voor het eerst serieus gekeken naar het begeleiden van 'krankzinnigen' binnen hun eigen maatschappelijke context. Toch wordt in het begin van deze eeuw pas gesproken over het ontstaan van de sociale psychiatrie (Van der Grinten, 1987). Waar in de tijd van de patronaten en later de gezinsverpleging vooral aandacht was voor de materiële ondersteuning (armenzorg), werd er in het begin van deze eeuw door de Amsterdamse psychiater Meyers ook psychiatrische begeleiding georganiseerd, naast de reeds bestaande maatschappelijke begeleiding.

Hier lijkt ook de oorsprong te liggen van wat later het beroep van de sociaal psychiatisch verpleegkundige wordt. In het onderzoek naar de vorming van de AGGZ door Van der Grinten (1987) wordt duidelijk, dat er al in 1917 in Amsterdam verpleegkundigen worden ingezet om op een sociaal psychiatrische wijze ondersteuning te bieden aan psychiatrische patiënten en hun omgeving binnen hun eigen leefsituatie.

In 1924 bij de oprichting van de Centrale Vereniging nam Meyers eveneens het initiatief tot het verzorgen van de bijscholing van wijkverpleegkundigen om deze sociaal psychiatrische begeleiding te kunnen bieden. In 1937 werd deze bijscholing overgenomen door het Groene Kruis met de start van een nascholingscursus voor het voor- en nazorgwerk.

Dit wordt gezien als de basis voor de latere opleiding tot sociaal psychiatisch verpleegkundige.

Ook bij het ontstaan van de buitendiensten, zoals opgericht door Pameyer in Rotterdam, zijn het verpleegkundigen, die huisbezoeken brengen en patiënten in hun eigen maatschappelijke omgeving gaan begeleiden.

Verpleegkundigen hebben vanaf het ontstaan van de sociale psychiatrie een belangrijke rol gespeeld bij de meer praktische begeleiding van psychiatrische patiënten in hun eigen leefsituatie.

Dat de verpleegkundigen vervolgens niet meer weg te denken zijn uit de sociale psychiatrie hoef ik hier wellicht niet verder toe te lichten. Wat wel toelichting behoeft zijn de verdere ontwikkelingen binnen het beroep en de grote onbekendheid van de beroepsgroep, met name in de vakpers.

Eigen identiteit

Door het ontbreken van een duidelijke eigen identiteit van de SPV¹⁾, maar waarschijnlijk ook door de geringe professionalisering van het beroep heeft de SPV tot voor kort weinig van zich laten horen in de vakpers. Alhoewel de ontwikkelingen binnen de sociale psychiatrie meestal onderzocht en beschreven worden door andere disciplines, zijn het vaak wel SPV'en, die de onderzochte interventies uitvoeren.

Het ontbreken van een eigen identiteit heeft verder ook een grote rol gespeeld bij de ontwikkelingen in het verleden binnen het beroep.

De ontwikkelingen, waar ik hier op doel hangen nauw samen met geschiedenis van de sociale psychiatrie en worden ook wel samengevat als de ontwikkeling van het therapeutisch optimisme naar het therapeutisch realisme²⁾.

Belangrijke nieuwe theoretische inzichten leidden begin 70'er jaren binnen de sociale psychiatrie tot een optimistische kijk op psychiatrische problematiek en een gerichtheid op het oplossen ervan. Men ging ervan uit, dat alle psychiatrische problematiek te verhelpen was mits de cliënt en zijn of haar omgeving voldoende

gemotiveerd waren. Vanuit dit therapeutisch optimistisch gezichtspunt ontstaat een grote bloei van psychotherapeutische behandelingen.

In deze periode gaan ook veel SPV'en zich richten op dit psychotherapeutisch denken. Velen raken teleurgesteld door de geringe mogelijkheden voor verpleegkundigen om opgeleid en erkend te worden tot psychotherapeut. Overigens blijkt deze therapeutische aanpak voor een groot deel van de doelgroep van SPV'en slechts geringe mogelijkheden te bieden.

Meegezogen in dit therapeutisch optimisme ontstond echter wel een attitude om zich bezig te houden met behandelbare problemen en daarbij vooral geen verantwoordelijkheid over te nemen. Vanuit gebrek aan eigen identiteit, maar tevens als alternatief voor iets anders gaan veel SPV'en zich in deze periode sociaal psychiatrisch werker noemen. Begrippen als verplegen en verzorgen lijken in die periode uit den boze.

Tegelijkertijd bleek de zorgverlening bij minder behandelbare en vooral chronisch psychiatrische problematiek nogal eens verwaarloosd te worden.

Begin tachtiger jaren wordt daar uitdrukkelijk op gewezen door onder andere Ten Horn (1982) en Sorel (1982). Met de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen als grootste beroepsgroep in de AGGZ is hier duidelijk in gebreke gebleven en heeft zich deze kritiek dan ook ter harte genomen.

Kentering

In het midden en einde van de jaren tachtig tekent zich een duidelijke kentering af. Ingezien wordt, dat niet alle problematiek te verhelpen is door de GGZ. Problemen worden meer gezien als existentieel en behorend tot het dagelijks leven van iedereen. Wel wordt duidelijk, dat veel cliënten en hun omgeving gebaat zijn bij acceptatie en begrip van de problematiek. De hulp vanuit de GGZ gaat zich vervolgens meer richten op het begeleiden en ondersteunen in het dagelijks functioneren van de patiënt en de opvang van de omgeving. De beroepsgroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen heeft hierin eveneens een belangrijke rol vervuld.

Therapeutisch realisme

Het tijdperk van het therapeutisch realisme was ingetreden.

Opmerkelijk in deze periode is de ontwikkeling van de twee meest centraal staande beroepen in de sociale psychiatrie, de psychiater en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Waar de beroepsgroep van (sociaal-)psychiaters weer terugkeert naar een meer natuurwetenschappelijke benadering (Mooij, 1988) en zich weer gaat richten op hun medisch-wetenschappelijke achtergrond, zien we de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zich sterk richten op de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. In dezelfde periode wordt ook voor het eerst de verpleegkunde gedefinieerd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988).

Acute psychiatrie

Ook binnen de acute psychiatrie heeft de SPV een sleutelpositie ingenomen. Op de meeste plaatsen in Nederland is het de SPV, die de voorwachtfunctie vervult.

Alhoewel deze positie van oudsher (Querido, 1935) door psychiaters wordt geclaimd, mede vanwege hun medische verantwoordelijkheid, zijn het met uitzondering van enkele stedelijke gebieden voornamelijk SPV'en, die bij nacht en ontij de spits afbijten in het beoordelen van en interveniëren in crisissituaties.

Preventie

Naast de centrale positie, die de SPV inmiddels inneemt binnen de curatie, wordt ook in toenemende mate de preventie binnen de sociale psychiatrie door SPV'en vorm gegeven. Behalve de preventieve activiteiten binnen de curatie, nemen SPV'en ook steeds vaker een positie in binnen de afdelingen preventie van de RIAGG's. Dit omdat gebleken is, dat de deskundigheid vanuit het vakgebied bij de SPV ligt en onontbeerlijk is binnen de preventie.

Met de opkomst van het therapeutisch realisme, maar ook de toenemende extramuralisering van de GGZ en de hernieuwde aandacht voor de rehabilitatie en integratie van de psychiatrische patiënt zijn er op vele plaatsen in Nederland zorgvernieuwingsprojecten ontstaan. Ook binnen deze zorgvernieuwingsprojecten blijkt de SPV veelvuldig een spilfunctie te vervullen²⁾.

Nieuw aanzien

De sociale psychiatrie heeft het laatste decennium weer nieuw aanzien gekregen. Binnen deze 'nieuwe' sociale psychiatrie heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een duidelijkere en een maatschappelijk meer gewaardeerde positie ingenomen. Gersons (1993) beschreef de SPV recent als "...een discipline, die onstuitbaar een sleutelpositie heeft ingenomen in onze geestelijke gezondheidszorg."

Dat er duidelijk waardering bestaat voor de positie van de SPV is recent nog eens gebleken door het toekennen van de jaarlijkse ereprijs van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid aan een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Alhoewel de prijs uitgereikt werd aan Henrie Henselmans voor zijn bijzondere verdiensten, werd er duidelijk blijk gegeven van erkenning en waardering van de totale beroepsgroep.

Samenhang

Voor wat betreft de dagelijkse praktijk is er sprake van een duidelijke samenhang tussen sociale psychiatrie en verpleegkunde. Deze samenhang leidt er zelfs toe, dat voor een groot gedeelte de sociale psychiatrie gestalte wordt gegeven door de beroepsgroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Verpleegkunde en Sociale Psychiatrie: Wetenschappelijke achtergronden.

Bij het zoeken naar de samenhang van de wetenschappelijke achtergronden van verpleegkunde en die van de sociale psychiatrie zal uitgegaan worden van de vier concepten van het verpleegkundig metaparadigma. Alvorens deze concepten te belichten vanuit de sociale psychiatrie zal kort uitleg gegeven worden over begrippen als metaparadigma, concepten en conceptueel model.

Evenals de geneeskunde, kan ook de verpleegkunde gezien worden als een praktische én een wetenschappelijke discipline. De wetenschappelijke ontwikkeling van de verpleegkunde ten opzichte van de geneeskunde is echter nog zeer jong. Alhoewel de eerste verpleegkundige theorieontwikkeling al dateert van de vorige eeuw (Florence Nightingale) kunnen we pas sinds de tweede wereldoorlog spreken van de ontwikkeling van de verpleegkunde als wetenschap.

Elke wetenschappelijke discipline onderkent een aantal concepten, die in onderlinge samenhang het domein van die discipline bepalen. Binnen de geneeskunde zijn dit bijvoorbeeld begrippen als ziekte en gezondheid van het menselijk individu (Wulff e.a., 1988).

Een algemene beschrijving van deze concepten in hun onderlinge samenhang wordt het metaparadigma van een discipline genoemd. Het metaparadigma kan worden gezien als het hoogste abstractieniveau in de beschrijving van een discipline.

Concepten verpleegkunde

De inmiddels geaccepteerde concepten van de verpleegkunde zijn: Mens, Omgeving, Gezondheid en Verpleegkundig handelen.

Op basis van deze concepten geven Donaldson & Crowley (1978) een omschrijving van het metaparadigma van de verpleegkunde als volgt weer:

"Nursing studies the wholeness or health of humans, recognizing that humans are in continuous interaction with their environments."

Meleis (1985) geeft een wat uitgebreidere omschrijving van het metaparadigma:

"The nurse interacts with a human being in a health/ illness situation who is an integral part of his sociocultural context and who is in some sort of transition; the nurse/patient interactions are organized around some purpose and the nurse uses some actions to enhance, bring about, or facilitate health." (Meleis, 1985, p.184)

Wanneer de concepten van het metaparadigma worden beschreven en voorgesteld ontstaat een zogenaamd conceptueel model. Afhankelijk van de theoretische beschrijving van de concepten kan een conceptueel model worden geclassificeerd. Veel voorkomende modellen zijn: Ontwikkelingsmodellen, Systeemmodellen en Interactiemodellen.

Neuman Systems Model

Voor de hierna volgende beschrijving van de concepten van de verpleegkunde zal gebruik gemaakt worden van het Neuman Systems Model.

De keuze voor dit model is gebaseerd op het voor de psychiatrie herkenbare begrippenkader maar vooral op de systeemtheoretische oriëntatie van dit model. Dit maakt, dat dit model het meest geschikt lijkt voor de sociale psychiatrie. De wetenschappelijke achtergrond van de SPV kan dus vorm gegeven worden op basis van een nadere uitwerking van de vier eerder genoemde concepten van verpleegkunde. Door deze concepten te belichten vanuit sociaal psychiatrische achtergronden kunnen we zicht krijgen op de samenhang tussen beiden.

De mens:

Binnen de verpleegkunde wordt 'de mens' gezien als de ontvanger van verpleegkundige zorg. Dit kan een individu, een gezin, een sociaal systeem of een bepaalde groep individuen zijn (Fawcett, 1989).

Binnen de sociale psychiatrie wordt de mens beschreven als '...een complex van factoren, één knooppunt...binnen een samenspel van krachten en verhoudingen...' (Querido, 1949).

Querido heeft hiermee een basis gelegd voor de later meer systeemtheoretische oriëntatie binnen de sociale psychiatrie.

Een systeemtheoretische betekenisgeving van 'de mens' wordt gegeven door Neuman (1989). Zij definieert de mens als een cliënt/cliëntsysteem, wat bestaat uit fysiologische-, psychologische-, sociaal-culturele-, ontwikkelings- en spirituele variabelen en als een open systeem in voortdurende interactie is met de omgeving.

De omgeving:

De omgeving wordt in de verpleegkunde gezien als 'alle interne en externe factoren en invloeden, die het geïdentificeerde cliëntsysteem omgeven' (Fawcett, 1989 p.175).

Met interne factoren worden hier vooral de intrapersonlijke stressfactoren bedoeld en met de externe factoren worden de interpersoonlijke en extrapersonlijke factoren bedoeld. Een belangrijk gegeven hierbij is de continue interactie tussen de mens en omgeving door de reactie op stressoren. Deze kunnen gericht zijn op het afstemmen van het systeem op de omgevingsfactoren óf het beïnvloeden van die omgevingsfactoren zelf.

Binnen de sociale psychiatrie wordt de omgeving belicht vanuit de systeemtheorie door te spreken over verschillende functioneringsniveaus en de wisselwerking tussen deze niveaus.

(Romme, 1981).

Afhankelijk van het niveau wat als uitgangspunt (focus) wordt genomen kunnen de overige niveaus gezien worden als de omgeving. Een lager niveau (bv. het orgaanniveau) zou daarbij gezien kunnen worden als de interne omgeving. Bij een hoger niveau (bv. het gezinsniveau) is dan sprake van de externe omgeving. Ook binnen de sociale psychiatrie wordt uitgegaan van de reactie van een bepaald functioneringsniveau op de omgeving, dan wel een ander functioneringsniveau (wisselwerking).

Zowel binnen de verpleegkunde als binnen de sociale psychiatrie komen bij de beschrijving van de omgeving drie centrale thema's terug: Stress, Coping (competence) en de Reactie op stress (adaptatie).

Gezondheid:

Binnen de sociale psychiatrie als medische wetenschap worden de begrippen 'gezondheid' en 'ziekte' dagelijks gebruikt, maar niet uitgewerkt in hun betekenis (Wulff e.a., 1986). Romme (1981) wijst er wel op, dat in tegenstelling tot de gangbare medische lineaire causaliteit, namelijk dat ziekte leidt tot deficiëntie in het sociaal functioneren, er binnen de sociale psychiatrie vanuit wordt gegaan, dat het tegenovergestelde eveneens waar is, namelijk dat deficiëntie in het sociaal functioneren kan leiden tot ziekte. In deze visie worden de contouren voor een systeemtheoretische benadering van psychiatrische ziekte helder.

Deze systeemtheoretische benadering van het begrip gezondheid sluit aan bij de ontwikkelingen binnen de verpleegkunde naar een holistische benadering van de mens. Met name systeemtheoretisch georiënteerde modellen, zoals dat van Betty Neuman lenen zich daar goed voor. Neuman benoemt gezondheid in termen van een 'een optimale systeemstabiliteit'. Zij stelt dit gelijk met een zo optimaal mogelijke gezondheid op een bepaald ogenblik. Daarbij is vooral van belang hoe het systeem reageert en kan reageren op omgevingsfactoren. Alhoewel Romme geen expliciete uitspraak doet over het concept 'gezondheid' kan met enige moeite herleid worden, dat ook hij uitgaat van de systeemstabiliteit. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het belang, dat gehecht wordt aan de wisselwerking tussen de verschillende functioneringsniveaus onderling en de bedreiging van de (geestelijke) gezondheid bij problemen (stressoren) op één van de niveaus.

Verpleegkunde: (als activiteit)

In het beroepsprofiel van de NRV (1988) wordt het primaire aandachtsgebied voor de beroepsbeoefenaar op het terrein van de verpleging gezien als: De problemen met dagelijkse levensverrichtingen als gevolg van ziekte en behandeling.

Binnen de sociale psychiatrie wordt vanzelfsprekend geen uitleg gegeven over de betekenis van de verpleegkunde binnen de sociale psychiatrie. Toch doet Querido al in 1953 uitspraken over de mogelijkheid om de sociale aspecten binnen de behandeling niet te beperken tot het terrein van de medici, maar te bezien of hier mogelijk ook andere disciplines actief kunnen zijn.

Bij bestudering van de voorgestelde interventies binnen de sociale psychiatrie, zoals Romme (1981) die beschrijft wordt eveneens duidelijk, dat deze nogal sterke overeenkomsten vertonen met verpleegkunde en volgens de definiëring van de NRV ook zeker voor een groot deel tot het werkkterrein van de verpleegkundige gerekend mogen worden.

Evenals Romme werkt ook Betty Neuman haar interventies uit volgens het stress-coping model.

Waar Romme spreekt over "...methodieken voor het bevorderen van een betere afstemming tussen individu en omgeving..." (1981.p.136), deelt Betty Neuman de verpleegkundige interventies in naar de drie preventieniveaus:

1. Primaire preventie als interventie om de risico's van stressfactoren te verminderen. (voorkomen van behandeling)
2. Secundaire preventie als interventie ter signalering van problematiek en de behandeling van symptomen als gevolg van stressreacties. (behandeling)
3. Tertiaire preventie als interventie ten behoeve van herstel van het evenwicht, heraanpassing en ondersteuning in het voorkomen van nieuwe incidenten. (vervolg na de behandeling)

Deze indeling in preventiecategories lijkt vooral interessant in het licht van de eerder beschreven preventieve functies van de SPV in de sociale psychiatrie. Neuman (1989) bevestigt het vermoeden van vele SPV'en en preventiewerkers, dat het verpleegkundig werken in de sociale psychiatrie gezien kan worden als preventie.

Uit de beschrijving van de vier verpleegkundige concepten vanuit sociaal psychiatrische uitgangspunten blijkt duidelijk sprake te zijn van een grote overeenkomsten.

Maar hoe verhoudt zich dat dan tot de werkelijkheid van de universitaire sociale psychiatrie en de plaats van de verplegingswetenschappen daarbinnen?

Opmerkelijk ook hier is de samenloop van ontwikkelingen bij de verschillende disciplines.

Waar volgens Giel (1990) "De universitaire sociale psychiatrie een achterhoedegevecht levert met de biologische psychiatrie om de leerstoelen", krijgt de faculteit verplegingswetenschap van Maastricht toestemming zich experimenteel uit te breiden naar resp. Utrecht en Groningen.

Daarnaast wordt inmiddels samengewerkt met de Universiteit van Wales, zodat ook de opleiding tot 'Master in Nursing' vanuit Nederland kan worden gevolgd.

Door deze universitaire mogelijkheden behoort het inmiddels tot de mogelijkheden om vanuit de verpleegkundige discipline onderzoek te doen naar de dagelijkse praktijk, waaronder de sociaal psychiatrische praktijk.

De stelling lijkt dan ook gerechtvaardigd, dat vanuit kwantitatieve en kwalitatieve overwegingen er op wetenschappelijk terrein samenwerking ontwikkeld kan worden tussen de sociale psychiatrie en de verpleegkunde.

Samenvatting en conclusie:

Vanuit de geschiedenis van de sociale psychiatrie werd de plaats van de SPV weergegeven.

Vanuit een aanvankelijk ondergeschikte positie in het begin van deze eeuw heeft de SPV een centrale positie ingenomen in de dagelijkse praktijk van de sociale psychiatrie.

De vier concepten van de verpleegkundige discipline werden vergeleken met uitgangspunten binnen de sociale psychiatrie.

Wat betreft de wetenschapstheoretische achtergronden blijken er vele overeenkomsten te zijn tussen de sociale psychiatrie en de verpleegkunde.

Ook al is de verpleegkunde nog een zeer jonge loot aan de wetenschapsboom, het is evident, dat de verpleegkunde ook op wetenschappelijk niveau een essentiële bijdrage kan leveren aan de verdere ontwikkeling van de sociale psychiatrie.

Eindnoten

- 1) Na jaren van discussie is de Nationale Raad voor de Volksgezondheid er pas in 1988 in geslaagd om een beroepsprofiel voor de verpleegkundige uit te brengen, waarin een definitie van het beroep wordt gegeven.
- 2) Persoonlijke informatie van Judith Wolf, projectleidster van het NCGV onderzoek naar zorgvernieuwing in de Nederlandse GGZ.

Gebruikte literatuur:

Donaldson S.K., & Crowley D.M.

"Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing; 2e edition", 1978

In: Fawcett, J. 1989.

F.A. Davis Company, Philadelphia.

Fawcett, J. 1989:

"Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing; second edition"

F.A. Davis Company, Philadelphia.

Gersons, B.P.R.

"Verpleegkundige wordt case-manager; transformatie en opkomst van een 'zwijgende meerderheid'"

Lezing uitreiking prijs NFGV 1993.

Krasnapolsky, Amsterdam.

Giel, R.

"Wat betekent sociale psychiatrie in 1990?"

In: Symposiumboek 'De Sociale Psychiatrie 50 jaar na Querido', 1990

Prof. Dr. A. Querido St., Amsterdam.

Grinten, T. van der

"De Vorming van de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, een historisch beleidsonderzoek", 1987

Ambo, Baarn.

Meleis, A.I.

"Theoretical Nursing: Development & Progress", 1985

J.B. Lippincott.

Mooij, A.W.M.

"De Psychische Realiteit; Over Psychiatrie Wetenschap", 1988

Boom Meppel.

Neuman, B.

"The Neuman Systems Model; second edition", 1989

Appleton & Lange, Norwalk California.

NRV

"Verpleegkundig Beroepsprofiel", 1988

Klomp en Bosman, Rotterdam.

Querido, A.

"Psychiatrie d'urgence", 1935

In: 'Werk in Uitvoering; Een keur uit de geschriften van Prof. Dr.A. Querido'
Stenfert Kroese, Amsterdam.

Querido, A.

"Sociale Psychiatrie: Doel, Middelen en Grenzen", 1949

In: 'Werk in Uitvoering; Een keur uit de geschriften van Prof. Dr.A. Querido'
Stenfert Kroese, Amsterdam.

Querido, A.

"Social Environment and Individual Illness", 1953

In: 'Werk in Uitvoering; Een keur uit de geschriften van Prof. Dr.A. Querido'
Stenfert Kroese, Amsterdam.

Romme, M.A.J. e.a.

"Wat is Sociale Psychiatrie?", 1981

Samsom, Alphen aan den Rijn.

Sorel, F.M.

"De Nazorg Nagelaten", 1982

In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; 12/82, 1295-1305.

Ten Horn, G.H.M.M.

"Nazorg geeft Kopzorg", 1982

In: MGv; 12/82, 1279-1294.

Wulff, H.R.

"Filosofie van de Geneeskunde; een verkenning", 1988

Meulenhoff Amsterdam.