



Foto: Focus 22/Jean-Pierre Geusems

‘Als de verplegingswetenschap het niet bestudeert, doet niemand het’

Prof.dr. Hans Philipsen, medisch socioloog, is als voorzitter van de ZonMw Werkgroep ‘Verpleegkundige en verzorgende beroeps-groepen: Tussen weten en doen’ nauw betrokken geweest bij het onderzoek naar de ‘state of the art’ in verpleging en verzorging, waarvan een dezer dagen de resultaten verschijnen. Philipsen, die in juni 2000 met emeritaat ging, heeft een belangrijk aandeel gehad in de ontwikkeling van de verplegingswetenschap in Nederland.

Nadat hij in 1959 in Amsterdam afgestudeerd was als socioloog, ging Hans Philipsen in een TNO-instituut in Leiden werken op het terrein van de preventieve geneeskunde en verdiepte zich daar in vraagstukken van ziekte-verzuim, leiderschap, arbeidson-geschiktheid. In 1968 werd hij aan de Rijksuniversiteit Leiden benoemd tot hoogleraar methoden en technieken van het sociaal wetenschappelijk onderzoek. In 1974 kwam hij naar Maastricht als hoogleraar medische sociologie aan de net opgerichte achtste medische faculteit. Philipsen: ‘Ik ben naar Maastricht gegaan omdat ik meer inhoudelijk werk op het terrein van de medische sociologie aantrekkelijker vond dan me de rest van mijn leven met methoden en technieken van onderzoek bezig te houden, hoewel ik dat er altijd bij ben blijven doen. De medische faculteit bleek zeer succesvol, vooral door het systeem van probleem-gestuurd onderwijs, waar meer

dan alleen maar medisch biologische zaken ingebracht werden. Als uitvloeisel daarvan is in 1980 de Faculteit Gezondheidswetenschappen opgericht. Daar ben ik decaan van geweest. Verplegingswetenschap was daarin een van de drie - later zeven - afstudeerrichtingen. Verplegingswetenschap is redelijk succesvol gebleken en enorm populair geworden toen vanuit Maastricht samen met Utrecht en Groningen een parttime studie werd gestart. Van 1983 tot 1990 ben ik naast mijn werk op het terrein van de medische sociologie voorzitter van Verplegingswetenschap geweest. Daarna kwam er een hoogleraar Verplegingswetenschap. Van 1983 tot 1993 heb ik volop gewerkt aan onderzoek naar continuïteit van zorg, vooral op het gebied van thuiszorg en thuisverpleging. Van 1993 tot mijn pensionering in 2000 was ik bestuurder van de universiteit. Ik ben al die tijd actief gebleven

op onderzoeksgebied en heb momenteel nog een aantal promovendi, van wie drie geheel of gedeeltelijk op het gebied van verplegingswetenschap.’

De betrokkenheid bij verplegingswetenschap is dus toevallig ontstaan?

‘In alles speelt toeval. In heb in 1961 gekozen voor preventieve geneeskunde, maar ik had ook in India terecht kunnen komen met een onderzoeksproject. Later heb ik bewust voor Maastricht gekozen omdat ik de medische sociologie - maar dan breed opgevat als sociologie van ziek zijn en gezondheidszorg - een buitengewoon plezierig gebied vind. En ik heb me altijd ingezet voor dat hele bredere veld van gezondheidswetenschappen omdat ik het van belang vond dat er studierichtingen kwamen met opleidingen op wetenschappelijk niveau voor andere beroepen in de gezondheidszorg dan de geneeskunde. Ik voelde me tot

verplegingswetenschap aangetrokken omdat dat het best paste bij wat ik deed.'

Hoe is de care-functie in de zorg te omschrijven?

'In zorgland heb je twee velden waar het zich allemaal afspeelt. In de eerste plaats de opperhoofdstad, het medisch centrum: aandoeningenland. We hebben geleerd om ziekten als biologische aandoening te definiëren en er zijn inderdaad een heleboel biologische aandoeningen waar dokters iets mee kunnen. Dat doen ze technologisch goed en veelal ook evidence based, waardoor een heleboel folklorisme uit de geneeskunde verdwenen is. Vanuit het medisch centrum hebben de artsen de zaak aardig onder controle. Zij behandelen aandoeningen en zijn geneigd klachten die niet medisch zijn te negeren, hoewel ze meer dan vroeger bereid zijn breder te kijken en zich ook te richten op preventie.

Het andere centrum is bevolkt door de gigantische aantallen mensen met chronische aandoeningen die zorg nodig hebben. Die hebben een zelfzorgtekort van chronische

aard, waarvoor hulp geboden moet worden. Je zou in de modewoorden die de laatste tijd nogal

centraal staan, kunnen zeggen dat de geneeskunde aan disease management doet, en dat dat aangevuld moet worden met care management, waarin de patiënt met zijn zelfzorgtekort centraal staat. Daar gaan artsen minder over dan verpleegkundigen.'

Dus care management is de kern van het verplegen?

'Nee, ik denk dat het verpleegkundig beroep op twee sporen uitgeoefend wordt. Het ene spoor is het verlengde arm zijn van het

disease management en het tweede is het care management, met een eigenstandige verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor wat er met de patiënt gebeurt. In de cure is dat heel sterk ziektegericht, in de care vooral gericht op de zieke. De noodzaak van een goed onderbouwd care management was voor mij een reden om me in te spannen voor de verplegingswetenschap. In Maastricht hebben we ons overigens naast, maar zeer nadrukkelijk nooit in tegenstelling tot de geneeskunde ontwikkeld. Het onderwijs was apart, maar voor het onderzoek hebben die twee faculteiten altijd in één organisatie gezeten.'

'Overigens vind ik - en dat is een stelling die mij niet in dank wordt afgenomen - dat we ons in de verpleegkunde niet zo druk moeten maken over de humane omgeving in het ziekenhuis. Dan heb ik het over het care management en uiteraard niet over het disease management door verpleegkundigen. Het ziekenhuis is een behandelcentrum; daar zit je vijf dagen in en daar kom je dan wel overheen. Ziekenhuizen zijn behoorlijk a-humaan. Eigenlijk

zou het handig zijn als je je bewustzijn kon uitschakelen als je binnenkomt en na een tijdje, als je er weer uit komt, de knop weer kon omdraaien.

Dan hoeven ze ook niet zo te luisteren. Want voor de meeste dingen die ze daar doen hoeven ze helemaal niet te luisteren. Ik weet dat ik nu een beetje overdrijf, maar ik kan niet de stelling aanhangen dat er tijdens de wasbeurt zoveel gebeurt. Daar hoeft voor mij geen drukte over gemaakt te worden, behalve als ziekenhuizen ook verpleeghuizen zijn. Laat het care management maar weg uit het ziekenhuis, en richt je op de verpleeghuizen en

de thuiszorg; daar is care management belangrijk. En nogmaals: dat wil niet zeggen dat er in het ziekenhuis niet een voortreffelijk disease management moet zijn, waarvoor ook veel verplegingswetenschappelijk onderzoek nodig is.'

Waar dient de verplegingswetenschap zich op te richten?

'In de eerste plaats op die problemen die typisch zijn voor het primaire proces in de verpleging en verzorging, in de betekenis van "als de verplegingswetenschap het niet bestudeert, doet niemand het".

In dat onderzoek neem je een proces onder de loep, waar nog onvoldoende wetenschappelijke kennis over bestaat en waar ook eer aan te behalen is. Dat je, als je tegenstander zou zeggen "wat moet ik met academisch billen wassen", in wetenschappelijke termen kunt aantonen dat het bijzonder belangrijk is hoe je die billen wast. Een van onze studenten had een onderzoek gedaan naar het leegeten van een bordje onder bepaalde omstandigheden. Dat werd een grote giller in de Volkskrant, Piet Vroon vond dat geen wetenschap, dat moesten ze maar op de MBO doen. Maar nu is iedereen er opnieuw van overtuigd dat het op het bordje van de verpleegkundige ligt om na te gaan hoe het met de voedingstoestand van de patiënt staat. Het tweede gebied waar de verplegingswetenschap zich op moet richten is de bestudering van het verschijnsel zorg als zodanig. Wat is dat, hoe varieert dat, hoe kun je het het best organiseren? Dat heb je nodig voor het care management. Verplegingswetenschappers hebben ook wel onderwerpen bestudeerd die ook anderen zouden kunnen bestuderen. Mijn uit-

gangspunt is dat je je moet richten op zaken die alleen jij kunt doen vanuit je achtergrond en die dus niemand anders doet. Dat vind ik wel een punt van overweging in de verplegingswetenschap. Vroege opsporing van psychose en depressie bijvoorbeeld is een prima prioriteit, maar niet voor verplegingswetenschappelijk onderzoek. Er zijn genoeg anderen die zich daarmee bezig houden. Dit is geen kritiek

- het probleem kan heel oprecht als urgent beleefd worden tijdens de beroepsuitoefening -, maar het

heeft te maken met de state of the art in de verplegingswetenschap. Samenvattend: de studie van de problemen die te maken hebben met disease management dient te gaan over de verplegingswetenschappelijke bijdrage aan het disease management en het bestuderen van het verschijnsel zorg over het care management. Iets anders wat we in de verplegingswetenschap nog missen, en wat de artsen bijvoorbeeld wel hebben, is de directe relatie van de wetenschap met de praktijk. In de geneeskunde zit de elite aan de universiteit, maar is van daaruit ook aanwezig in de praktijk. Tevens worden deze mensen door hun beroepsorganisatie vaak gevraagd zitting te nemen in commissies en dergelijke. Daardoor hebben ze veel invloed op het beroep. Bij de verpleging is dat nog niet zo. Daar bestaat nog een tweedeling. Het zou goed zijn als de verpleegkunde in deze zin zou opschuiven in de richting van geneeskunde. Degenen die aan universiteiten werken zouden op een verstandige wijze ook moeten zorgen dat ze goed aanwezig zijn in de praktijk, bijvoorbeeld door een dag in de week in die praktijk te werken. Als er een beroepspraktijk

'Ik kan niet de stelling aanhangen dat er tijdens de wasbeurt zoveel gebeurt'

'Wat een verpleegkundige doet is niet de som van 45 richtlijnen'

is moet je die als hoogleraar ook beoefenen. Georges Evers, helaas onlangs overleden, deed dat voorbeeldig.’

Welke onderzoeksmethode heeft in de verplegingswetenschap de voorkeur?

‘Daar heb ik een heel principieel en simpel antwoord op; er bestaan maar twee soorten onderzoek: goed en slecht. Het is niet zo dat experimenteel onderzoek altijd beter is dan ander onderzoek. Het hangt van de probleemstelling af aan welke methode je de voorkeur moet geven. Als je in een multiculturele situatie wilt weten hoe je het beste met Marokkaanse bejaarden om kunt gaan, dan moet je de belevingswereld van die mensen kennen. Die kun je niet experimenteel onderzoeken. Er is een probleem, daar wil je evidence over hebben en in dit geval moet je dan met de mensen gaan praten en niet bijvoorbeeld hun bloeddruk meten en die vastleggen. In het ziekenhuis zal men gezien het

soort problemen dat patiënten daar hebben, meer experimenteel onderzoek doen. De problemen in verpleeghuizen liggen gedeeltelijk anders. Die hebben meer met de zieke dan met de ziekte te maken. De kennis die je daarvoor nodig hebt is niet via dubbelblind experimenteel onderzoek te verkrijgen en het zou dwaasheid zijn om te denken dat dat wel zou kunnen. Je moet dan andere evidence gebruiken. Als je te zeer hangt aan de formalistische definitie van evidence based care krijg je problemen, want dan kun je allerlei belangrijke thema’s in de zorg niet onderzoeken.’

Hoe belangrijk zijn richtlijnen?

‘Het is heel goed dat er een overzicht is van de kennis op een aantal gebieden en dat gekeken wordt of op basis van die kennis richtlijnen vastgesteld kunnen worden. Waarbij vastgesteld moet worden dat de verpleging vermoedelijk weinig richtlijnen heeft die op evidence berusten. Wat helemaal niet zo erg is, de

geneeskunde loopt daar ook niet van over. Met richtlijnen en andere dergelijke zaken moet je op twee manieren oppassen. Ten eerste de manier waarop ze gebruikt worden. Ik vergelijk dat altijd met het ‘handboek soldaat’ dat je in dienst kreeg. Daar staat bijvoorbeeld in hoe je een geweer uit elkaar moet nemen. De manier waarop de zaken in dat handboek beschreven worden heeft verdacht veel weg van richtlijnen. Het is niet de bedoeling dat je het handboek meeneemt naar het slagveld en het daar gaat lezen voordat je iets doet. De inhoud ervan moet je in je training al geleerd hebben en het boek gebruik je om zo nodig iets na te slaan. Richtlijnen horen bij de opleiding tot verpleegkundige en als verpleegkundige moet je ze in de kast hebben staan. Als verpleegkundigen iets doen moeten ze die richtlijnen in hun hoofd hebben en vooral zorgen dat ze geen procedurefouten maken. Maar we moeten niet denken dat als er 45 richtlijnen zijn, iedereen die ook toepast. Het tweede wat je moet realiseren is dat wat een verpleegkundige of een arts doet niet de som is van 45 richtlijnen. Als je ergens komt moet je blijven kijken, je oren en ogen gebruiken. Een huisarts moet zien of iets “pluis of niet pluis” is. Als hij dat niet kan, kan hij 45 richtlijnen uit zijn hoofd kennen, maar daar schiet hij dan niet zoveel mee op. Dat geldt voor verpleegkundigen ook. Mijn stelling is overigens wel dat je beter kijkt naarmate je beter theoretisch geschoold bent. Dan denk je bij koorts bijvoorbeeld aan het begrip ontsteking en dat is wel zo goed voor de patiënt.’

Wat is er op dit moment te zeggen over de 23 studies die deel uitmaken van de state of the art studie verpleging en verzorging?
‘Dat de commissie de stukken

die er nu liggen met genoeg als geheel heeft geaccepteerd. Verder lopen er nog een aantal studies uit het programma ‘Tussen weten en doen’. Volgend jaar worden daar de eerste resultaten van verwacht. Ik kan ook wel zeggen dat de verslagen zo geschreven zijn dat je weet hoe je verder moet, hoe je de onderwerpen meer gericht en meer specifiek kunt onderzoeken. Wat betreft het zoeken van evidence heeft de state of the art studie goed gewerkt. Zo is het hele probleem van de vrijheidsbeperkende maatregelen goed onderzocht, net als decubitus en CVA. Dit zijn willekeurige voorbeelden, het is niet aan mij om kwaliteit toe te kennen. Waar de onderzoeksgroepen zelf blij mee waren is het feit dat ze voor het eerst op grote schaal samengewerkt hebben. Het was inderdaad de eerste keer dat men in groter verband bij elkaar gekomen is en samen één boek en niet 23 rapportjes geschreven heeft. Het is goed dat dat gebeurd is. Als je het resultaat ziet dan weet je dat je ergens staat en dat je als verplegingswetenschap een waardige partner bent. Het verhoogt het gevoel van *corporate identity*. Het is te hopen dat die samenwerking in stand blijft en dat dat er ook toe zal bijdragen dat verplegingswetenschap aan andere universiteiten dan tot nu toe van de grond komt.’

Hoe staat het met de financiering van vervolgonderzoek?

‘Laat ik dit erover zeggen: we hebben een paar vette jaren gehad, en die worden niet doorgezet. Dat is zeker, kijk maar naar het algemene klimaat. Maar er komen wel, als overgangperiode, een aantal magere jaren. Het kindje wordt niet met het badwater weggegooid, maar het wordt wel een mager scharminkeltje.’ ■