

Hoopvol bezorgd

sociaal psychiatrische verpleegkunde
van de 20^e naar de 21^e eeuw

Ivonne van der Padt

Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen



Ivonne van der Padt

Mevrouw drs. Ivonne van der Padt begon haar loopbaan als leerling verpleegkundige B in Noordwijkerhout. Vervolgens werkte zij in de jeugdhulpverlening en startte in 1984 met de MGZ-GGZ opleiding in Amsterdam. Zij heeft ruim twaalf jaar als sociaal psychiatrisch verpleegkundige en teamcoördinator bij de afdeling ouderen van de Riagg Zaandam gewerkt met speciale aandacht voor vrouwenhulpverlening. Tijdens haar werk studeerde zij Beleid Cultuur en Seksgevraagdstukken aan de Vrije Universiteit met als specialisatie Vrouw en Arbeid. In 1997 verscheen het boek *Ruytermeisjes en Verkadevrouwen* over de geschiedenis van de vrouwenarbeid bij het Zaanse zoetwarenbedrijf geschreven door Hogema en Van der Padt. Sinds 1991 is zij actief in opleidingszaken (COOSPV en COOV) in het bestuur (1996) van de NVSPV en is redactielid van *Sociale Psychiatrie*. Inmiddels is zij werkzaam op de Hogeschool van Amsterdam als docente verpleegkunde en stagecoördinator van de MGZ-GGZ opleiding. Over de vraag van het bestuur van de NVSPV, om ter gelegenheid van het 20-jarig bestaan van de vereniging een boek te schrijven over de voormalige en huidige collegae sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, hoefde zij niet lang na te denken. Het werkveld van de sociale psychiatrie is een boeiend en waardevol onderwerp. Voor haar reden genoeg om hier, voor het begin van een nieuwe eeuw, uitvoerig bij stil te staan.

Hoopvolbezorgd

sociaal psychiatrische verpleegkunde
van de 20^e naar de 21^e eeuw

Ivonne van der Padt

Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

*Hoopvol bezorgd, sociaal psychiatrische
verpleegkunde van de 20^e naar de 21^e eeuw*

1e druk, Eindhoven december 1999

Auteur

Drs. Ivonne van der Padt

Projectleiding

Frans van Vugt

Grafisch ontwerp en druk

Ergonbedrijven Eindhoven

ISBN 90-805385-1-5

NUGI 758

Trefwoord: sociale psychiatrie/verpleegkunde

Prijs CDRom uitgave (boek is uitverkocht)

Eu 7,50

Copyright

©NVSPV

Adres

Hosingenhof 5
5625 NJ Eindhoven

Email

Uitgeverij@NVSPV.nl

© Nederlandse Vereniging van Sociaal
Psychiatrische Verpleegkundigen

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorgaande schriftelijke toestemming van de auteur of de NVSPV.

Een uitzondering vormt het kopiëren van tekst voor studiedoeleinden, mits met bronvermelding.

Een maximum van 25 bladzijden is hierbij van toepassing.

De CDRom uitgave (2006) kan via de website www.nvspv.nl besteld worden. Wij verzoeken u geen kopie te maken zonder toestemming.

VOORWOORD

Dit boek beschrijft de ontwikkeling van de sociaal psychiatrische verpleegkunde in Nederland. Het is een jubileumboek en verschijnt ter ere van het twintig jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

U vindt er een interessante beschrijving van de zoektocht naar een eigen verpleegkundige identiteit binnen de psychiatrie: het is een veldtocht naar emancipatie.

De weg voert langs allerlei extra opleidingen, zoeken naar bondgenootschappen; vinden van meer horizontaal georganiseerde werksituaties; ontvluchten van de praktijk die patiënten problemen reduceert tot ziektebeelden om tenslotte het accent te leggen op de sociale problemen. Deze invalshoek noodt uit tot belangenbehartiging van de patiënt: het beïnvloeden van sociale verhoudingen en structuren; het opbouwen van een sociaal netwerk en de patiënt stimuleren keuzes te maken. Keuzes om een eigen manier van leven te ontwikkelen en een eigen plek in de maatschappij te vinden.

In het eerste hoofdstuk over de geschiedenis vertellen verpleegkundigen hoe een reducerend klinisch denken de persoonlijke aandacht voor de patiënt frustreert. Een voorbeeld:

'Echte gesprekken voerde je niet met mensen, dat werd niet op prijs gesteld. Ik adviseerde een vrouw met ernstige problemen om contact op te nemen met een maatschappelijk werkende. Het hoofd verpleging werd erg kwaad en zei tegen mij; 'daar heb je je helemaal mee te bemoeien'. De verhalen doen beseffen hoe in 100 jaar de traditionele psychiatrie is vastgeroest binnen haar eigen constructies doordat ze ziekte- eenheden maakt van gedrag en belevingspatronen van mensen zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij het construct 'schizofrenie'en bij de 'manisch depressieve psychose' waar de aandacht voor de functionaliteit van de gedrag- en belevingspatronen, dat wil zeggen de betekenis ervan in het leven van de patiënt, uit de aandacht raakt. Deze laatste aspecten van het ziek zijn vindt de sociale psychiatrie juist essentieel. Ziekte kan namelijk ook opgevat worden als het onvermogen van iemand in onze samenleving te functioneren. Om dat te kunnen waarnemen en begrijpen moet de hulpverlener zich wel verplaatsen in de levenssituatie van zijn patiënt.

De reductionistische kijk op symptomen, een merkwaardig klinisch ideaal, is begonnen op initiatief van Kraepelin en deze lijn van denken is voortgezet in de DSM. De DSM berust eveneens op het idee dat door ordening van de symptomen tot zinvolle diagnoses gekomen kan worden. De achterliggende gedachte is dat de oorzaak van de gedragingen van mensen geen reactie is op meegemaakte gebeurtenissen, sociale verhoudingen, of machteloos makende sociale structuren, maar het gevolg is van afwijkingen in de hersenen. Zelfs al volgt men het stress-vulnerabiliteit model bij de diagnose schizofrenie, dan wordt de vulnerabiliteit in de biologie gezocht en niet in de levensgeschiedenis noch in de sociale positie en verhoudingen.

De DSM is niet opgesteld op grond van onderzoek bij grote groepen patiënten noch op grond van bevolkingsonderzoek. Het is samengesteld op grond van mening van een grote groep psychiaters, die in de Kraepelin traditie zijn opgeleid. Het gaat hierbij om de overtuiging op basis van een theorie, maar niet om kennis vanuit de ervaring van patiënten. De traditionele kijk heeft als keerzijde dat de effectiviteit om patiënten te helpen bij het oplossen van hun sociale problemen ernstig gehinderd wordt.

Ondanks het feit dat wetenschappelijk herhaaldelijk is aangetoond dat de constructies van de ziektebeelden geen wetenschappelijke validiteit bezitten, houdt men aan dit diagnose systeem vast. Vraagt men psychiaters waarom, dan is vaak het antwoord dat men geen goed alternatief heeft. Dit geldt met name voor de psychosen. Er is echter wel een alternatief.

De psychiatrie doet namelijk medisch gezien bij de psychose iets vreemds. Ze onderzoekt niet, zoals in de medische wereld gebruikelijk is de ontstaanswijze van een klacht, maar ze verbindt de klachten direct aan de diagnosen. De geavanceerde sociale psychiatrie neemt ook bij de psychosen de klachten als uitgangspunt.

Als men zoekt naar de sociale achtergrond van de schizofrenie als complex van gedragingen en belevingen dan vindt men niets. Gaat men echter na hoe een klacht als bijvoorbeeld stemmen horen ontstaat, dan zien we dat het begin van deze klacht samengaat met machteloos makende gebeurtenissen of dat de inhoud van wat de stemmen zeggen duidt op ervaren problemen in de levensgeschiedenis zoals traumata, onhaalbare idealen, identiteitsproblemen, belastende sociale verhoudingen et cetera. Als men de geschiedenis van de klachten volgt, dan ziet men dat hetzelfde onvermogen om het oorspronkelijke probleem te accepteren of op te lossen het ook onmogelijk maakt een omgangsvorm met de stemmen te vinden. Er ontstaat angst voor de stemmen en deze worden als almachtig ervaren. Dit leidt tot inadequate copingstrategieën zoals bijvoorbeeld sociale isolatie, controle rituelen, uitzonderlijke overtuigingen (wanen) et cetera.

Wil men in een klinische setting ook sociaal psychiatrisch werken dan moet men de ziektebeelden herleiden naar hun samen stellende symptomen en daaruit die klachten selecteren waarmee de uitzonderlijke gedragingen en belevingen zijn begonnen.

De klachten analyseert men dan op hun relatie met de levensgeschiedenis, de sociale positionering en de sociale verhoudingen waarin de patiënt leeft. Vervolgens gaat men na hoe de klachten onderling samenhangen. Zodoende krijgt de hulpverlening zicht op de achterliggende problemen en de inadequate manier van omgang met het eerste symptoom bijvoorbeeld de stemmen. Wanneer er op deze manier klachten worden geanalyseerd ontstaat pas de mogelijkheid hulp te verlenen dat wil zeggen alle sociale verpleegkundige strategieën toe te passen. Men doet dat niet voor de patiënt maar onderneemt een gezamenlijke zoektocht, waarin de patiënt vooral gestimuleerd wordt zijn eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden op te pakken. In de sociaal psychiatrische verpleegkunde moet men zich niet laten vangen door de klinisch psychiatrische constructen. Men moet zich evenmin laten vangen in individualiserende psychologische structuren wanneer daarin alle belevingen en gedragingen louter als individueel gedrag worden beschouwd.

Sociaal psychiatrische verpleegkunde erkent de kracht van de sociale invloeden en erkent ook de onmogelijkheid voor individuen daarin op eigen kracht verandering aan te brengen (zie sociale homeostase van Querido 1956). Sociaal psychiatrische verpleegkunde is een boeiend maar lastig vak, omdat men over veelzijdige kennis moet beschikken en zich niet moet laten leiden door reductionistische opvattingen van een grote groep derden.

De mens is een sociaal wezen en ontdekt zichzelf in zijn interactie met zijn omgeving.

Dat te herstellen is de opdracht van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

*'Alsje de dingen achteraf gaat verklaren, pers je er allerlei redenen uit.
Maar vervolgens drink je alleen het sap van de redenen die je het minst bitter vindt.'*
Carmen Martin Gaité 1992

INLEIDING

Deze jubileumuitgave heeft tot doel de sociale psychiatrie en vooral de sociaal psychiatisch verpleegkundigen onder de aandacht te brengen. De directe aanleiding hiertoe is - zoals professor Romme al aangaf - het twintigjarig jubileum van de beroepsvereniging. Op zichzelf is dit niet zo'n indrukwekkend gegeven. In relatie tot de andere beroepsorganisaties in de GGZ verpleegkunde echter wel. Dat geldt ook voor het feit dat binnenkort de eeuw wordt afgesloten waarin de sociaal psychiatische verpleegkunde is ontstaan. Bakker en anderen (1994) merkten al op dat over de sociale psychiatrie in zijn algemeenheid, weinig literatuur is verschenen. Reden temeer om, voor het afsluiten van dit laatste decennium van deze eeuw, een boek te wijden aan de beroepsgroep van verpleegkundigen in de sociale psychiatrie. Vanaf de jaren twintig waren verpleegkundigen werkzaam in het veld van de ambulante psychiatrie. Zij zijn met verschillende benamingen, actief geweest in de zich steeds wijzigende werkvelden en cliëntengroepen. De overtuiging dat werken vanuit het sociaal psychiatisch gedachtegoed voor hen de enige manier is om hulp te verlenen aan cliënten en hun systemen, is nauwelijks aan verandering onderhevig geweest. Dit wordt vooral duidelijk nu de fusiegolf over GGZ Nederland waait, en de invloed van de grote psychiatische ziekenhuizen her en der voelbaar is. Regelmatig is te lezen ofte horen dat sociale psychiatrie als verbijzondering van de psychiatrie een achterhaald gegeven is. Deze mening wordt niet gedeeld door verschillende sociaal psychiatisch verpleegkundigen. In dit boek vertellen zij waarom zij een andere mening zijn toegedaan. In totaal komen 41 SPV-en aan het woord. Het gros van hen is werkzaam in verschillende sectoren van de GGZ of in het onderwijs. Allen - op één na - hebben een opleiding gehad in de sociaal psychiatische verpleegkunde (de MGZ- GGZ opleiding) of een voorloper daarvan. De oudste van hen is geboren in 1921 en de jongste in 1963, de negenendertig anderen zitten hier tussenin. De 21 vrouwen en 20 mannen werken - of werkten - verspreid over heel Nederland. Alleen uit de provincie Zeeland is niemand vertegenwoordigd. Aan de hand van een vragenlijst is met allen een gesprek van gemiddeld anderhalf uur gehouden. Van elf geïnterviewden is een portret gemaakt, ieder hoofdstuk begint hiermee, halverwege komt wederom een sociaal psychiatisch verpleegkundige aan het woord en het hoofdstuk besluit met een portret. In het laatste hoofdstuk zijn vijf volledige interviews opgenomen. Van alle andere respondenten zijn delen van teksten weergegeven ter ondersteuning van de literatuur. Het eerste hoofdstuk schets de historie van de psychiatrie en de ontstaanswijze van de sociale psychiatrie. Tevens worden de relevante ontwikkelingen in de GGZ vermeld. Daarna volgt een uitvoerige uiteenzetting over de gedachten en de werkinhoud van de sociale psychiatrie. Het boek wordt afgesloten met een hoofdstuk waarin de ontwikkelingen worden beschreven van de verpleegkundigen in de GGZ in het algemeen en de sociaal psychiatisch verpleegkundigen in het bijzonder. Er wordt aandacht besteed aan de opleiding en de wetenswaardigheden die hebben geleid tot de vorming van een eigen beroepsorganisatie; de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatisch Verpleegkundigen.

INHOUD

Voorwoord

Inleiding

Door op de tekst van de inhoudsopgave te klikken gaat u rechtstreeks naar de bijbehorende pagina.

Hoofdstuk 1

Geschiedenis van het verre tot het recente verleden

Vooruitblik.....	1
<i>'Als ze het niet konden halen, dan ging ik het brengen';</i> Ed Kuijpers	1
Krankzinnigenverpleging en overheidsbemoeienis	5
Rust, reinheid en regelmaat	9
Geldgebrek impuls voor innovatie.....	11
De jaren dertig; relatieve stilte voor de storm.....	14
De Tweede Wereldoorlog en het 'herstel'.....	18
Nieuwe middelen en methoden, grote mogelijkheden	23
Emancipatie en anti-psychiatrie	32
GGz probleem of maatschappelijk probleem?	38
<i>'In de verslavingszorg mag je de hele mens met al zijn problemen begeleiden';</i>	
Agnes Nieuweweme	42
Hoge drempels en dikke muren?	45
GGz en de eerste lijn	48
<i>'Er ligt een hoop rotzooi dat opgeruimd moet worden';</i> Michiel Faber	53

Hoofdstuk 2

Sociale Psychiatrie van filosofische hoogten naar alledaagse praktijken

Vooruitblik	59
<i>'De koningin van Sheba en de kroonprins';</i> An Kreulen	59
De sociale psychiatrie en haar herkomst	63
Sociale psychiatrie als gedachtegoed	66
Samenwerken in de sociale psychiatrie	68
Maatschappij en ziekte, wie grijpt waar in?	73
De benadering van de client	78
Flexibiliteit of chaos?	81
Praktische problemen versus therapeutiseren	83
De organisatie van de sociale psychiatrie.....	87
Sociale psychiatrie in de eerste, de tweede én de derde lijn?	90
<i>'De SPV, het karretje in de supermarkt van de GGZ?';</i> Kees Onderwater.....	92
Recente ontwikkelingen in het aanbod	99
Knelpunten	105
Een kwestie van kiezen	109
<i>'Ik wil niet verder springen dan mijn polsstok lang is';</i> Marianne Nieboer	113

Hoofdstuk 3

Sociaal psychiatisch verpleegkundigen millenniumbestendig?

Vooruitblik	119
<i>'Ik heb mijn steentje bijgedragen aan de emancipatie van de verpleging en van verpleegkundigen'</i> Trudy Janssen van den Doornmalen	119
Verpleegkundigen in de kranckzinnigen verpleging	123
Psychiatisch verpleegkundigen buiten de muren via het Groene Kruis	126
Vrouwen en mannen	127
Verpleging. schaars goed. duur betaald?	130
De opleiding voor verpleegkundigen voor sociaal psychiatisch werk	132
Uitbreiding van taken en bezinning op inhoud en methoden	135
<i>'Sociale psychiatrie zit hem niet in w��r je het doet maar h��e je het doet!';</i> Martin Morsman	140
De vroege voortekenen van de beroepsorganisatie	144
De primeur voor verpleegkundigen in de GGZ: De NVSPV	149
<i>'Ik ben iemand die vooral in grote structuren denkt';</i> Hans de Vos	151
De omgevingsfactoren van de NVSPV	156
<i>'Ik zal nooit een computer uit elkaar halen zonder eerst te kijken of de stekker er wel in zit';</i> Frans van Vugt	159
NVSPV de pijler voor SPV-en in de 21 e eeuw	169
<i>'Maar ik het werk en jij de eer, mooi niet!';</i> Carla Raben	175

Literatuurlijst

Gegevens van de geïnterviewden

HOOFDSTUK 1

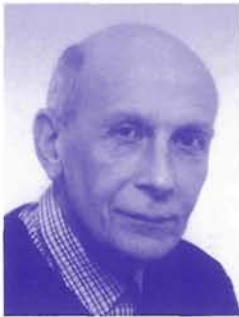
Geschiedenis; van het verre tot het recente verleden

Vooruitblik

De sociale psychiatrie is ontstaan vanuit onvrede met de wijze waarop psychiatrische patiënten werden benaderd.

Om deze onvrede op zijn merites te beoordelen is het noodzakelijk een en ander in de context van de tijd en de cultuur te plaatsen. Het ontbreken van kennis over goede behandelmethoden, gebrek aan financiële middelen en het taboe waarmee geestesziekte lange tijd was omgeven, zijn een aantal onderwerpen die aan tijd en cultuur gebonden zijn. Gebrek aan financiële middelen,

of keuzen in de zorg voor psychiatrische patiënten, lijken daarentegen niet aan tijd gebonden te zijn. De beschrijving van de ontwikkeling van de psychiatrie als instituut zal beperkt zijn. Er zijn voldoende uitvoerige naslagwerken over dit onderwerp. Als startpunt wordt het verschijnen van de eerste Nederlandse Krankzinnigenwet (1841) genomen. De zorgvernieuwingsprojecten - de voorboden van de op handen zijnde fusies van veel GGZ instellingen - worden als laatste besproken.



'Als ze het niet konden halen, dan ging ik het brengen'

Ed Kuijpers

Ed Kuijpers is geboren in 1939 en komt uit een 'goed' katholiek gezin. In navolging van zijn vader koos hij voor het beroep van verpleegkundige. Hij kan zich vooral de 'krenge van barmhartigheid' nog goed herinneren. In zijn loopbaan als verpleegkundige heeft

hij het meeste last gehad van mensen die hem wilden vertellen wat hij wel en niet moest doen. Eigenzinnig koos hij toch zijn weg. Als therapeut of verpleegkundige, what's in a name? Het belangrijkste waste geven wat mensen nodig hadden.

De verpleging en het catholicisme

Het was voor mij vanzelfsprekend om de hulpverlening in te gaan, het was als het ware voorbestemd. Mijn vader deed eind

dertiger jaren de B-opleiding, die hij niet heeft afgemaakt, en is in de oorlog in de A-verpleging gaan werken. Ik heb hem dus als het ware als voorbeeld gesteld. Zelf ben

ik in de A begonnen in het Westeinde ziekenhuis in Den Haag (1957). Dat was tegen de zin van mijn vader in, die wilde niet dat ik de verpleging in ging omdat het zo slecht betaalde. Ik had me aangemeld voor de kweekschool, maar daar ben ik nooit aangekomen. Blijkbaar moest ik toch de hulpverlening in, dat trok me erg aan. Die voor geschiedenis lijkt in de eerste plaats erg op de stappen die mijn vader heeft gezet, anderzijds was het in goed katholieke kringen ook wel gebruikelijk. Vier jaar lang volgde ik de middelbare school op een juvenaat (internaat) ter voorbereiding op het religieus broederschap en ook daarin volgde ik mijn vader, die religieus frater is geweest.

Dat wist ik aanvankelijk niet, in die tijd sprak mijn vader daar niet over. Hij probeerde me zover te krijgen dat ik pater zou worden, dat was volgens hem - maatschappelijk gezien - een stapje hoger.

Ik vond de A verschrikkelijk, veel onmogelijke mensen, de nonnen - kringen noemden wij ze - van Barmhartigheid zwaaiden daar de scepter. Na de opleiding ben ik naar Australië gegaan om daar te werken in verschillende ziekenhuizen. Ik heb daar veel geleerd, dat was leuk en leerzaam. Toen ik terugkwam ben ik de B-opleiding gaan doen in Vught (1963). Die opleiding en dat ziekenhuis stonden goed bekend, bovendien was het natuurlijk katholiek en dat was ik van huis uit dus... Ik vond het daar een stuk aangenamer dan bij de 'kringen' van Barmhartigheid want ze luisterden wel eens naar je, dat vond ik al heel bijzonder.

Dat wil niet zeggen dat er geen sprake was van hiërarchie, absoluut niet, de psychiaters waren er natuurlijk ook heilig zoals gebruikelijk in die tijd. Ze kwamen echter niet zoveel op de afdeling, dus de verpleging kon een hoop zelf regelen. De behandeling stelde

niet veel voor, het was meer een rustcentrum: rust, reinheid en regelmaat! Er was wel zoiets als arbeidstherapie maar ook dat had niet veel om het lijf. Ik vond de opleiding niet slecht, er werd veel aandacht besteed aan psychiatrische diagnostiek, we leefden toen in het tijdperk van Kraepelin. Als je een beetje Kraepeliaans kon onderscheiden dan zat je wel goed. Er zaten erg zieke mensen die bijna niet te behandelen waren.

Als verpleegkundige hoorde of zag je niets van de B-nazorg, dat was het werk van de psychiaters. Wij mochten ons alleen maar richten op wat er binnen de afdeling en het instituut gebeurde.

Eindelijk menselijke betrokkenheid

Na de B-opleiding werd ik gevraagd om mee te werken aan het opzetten van de Paazafdeling in Gouda (1965). Hoe ging dat in die tijd, de directeuren kenden elkaar waarschijnlijk en via het informele circuit werd dan gezocht naar personeel. Je moet niet vergeten dat dit beiden katholieke instellingen waren. Dat was een eigen circuit, die nonnen hadden contact met elkaar - dat was weer van een ander soort, een ander merk - en vroegen dan een directeur om personeel. Het was in die tijd niet zo makkelijk om te verkassen van onder de rivieren naar erboven, maar ik kwam uit de Randstad. Er werd niet gevraagd naar kwaliteit maar alleen of je A en B had, katholiek was en boven de rivieren wilde komen. Voldeed je daaraan dan was het beklonken. Ik heb daar vijf jaar gewerkt als hoofdverpleegkundige en meegewerkt aan het opzetten van allerlei zaken. Er was geen enkele katholieke GGz voorziening in deze regio, dus je kon pionieren. Dat was leuk maar verder was het vooral gedonder met de directie. Als voorbeeld noem ik het krijgen van fatsoenlijk bestek voor mensen, ze mochten alleen met

een lepel eten. Dat oudere patiënten die een CVA hadden gehad fysiotherapie kregen, voor al dat soort dingen moest je knokken. Toen ik op de Paaz werkte kwam ik in aanraking met een al wat oudere en heel betrokken SPV, Geesje Jonker. Dat was eigenlijk voor het eerst in mijn carrière dat ik met mensen - ook Henk Kraus psychiater van de SPD was een warm en betrokken persoon - te maken kreeg waarvan ik dacht, daar zou ik mee willen samenwerken. Bovendien gaven die mensen je ook echt advies als je ergens mee omhoog zat. Ja dat leek me wel iets.

In 1971 heb ik de B-nazorg gedaan in Driebergen 'Sparrenheide'. Je hoefde daar niet veel voor te doen, je was zo SPV. Het was de laatste mogelijkheid want daarna zou de tweejarige dagopleiding starten. Van Staveren de psychiater die daar les gaf vond ik heel erg leuk, betrokken en een echte sociaal psychiater, daar lag ook de nadruk op. De SPV-en die daar les gaven lieten je ruiken aan het werk van de praktijk. Het belangrijkste criterium om toegelaten te worden tot de opleiding was dat je niet te behoudend was. Geloof in veranderbaarheid zowel bij jezelf als bij cliënten was het voornaamste. In de praktijk merkte ik dat dit klopte, dat het inderdaad belangrijk is. Het was natuurlijk een tijd waarin alles kon en waar heel veel grenzen verlegd werden. Ik werkte bij de Provinciale Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid, en alles mocht en kon, opleidingen volgen en van alles opzetten. Mijn standplaats was Rijswijk ik werkte voor namelijk voor de regio Voorburg en Leidschendam. Naderhand zijn we gefuseerd met de Interkerkelijke stichting van Den Haag. Ik werkte voor Volwassenen en geriatrie, later alleen maar volwassenen. Ik vond het werk leuk maar ik liep ook tegen de beperkingen van de mogelijkheden op. Dan ging

je op huisbezoek, dat had je allemaal ingepland, maar dan kwam je daar en had men je niet nodig, werd je weer weggestuurd omdat zo iets dan niet goed voorbereid was door het ziekenhuis. Ook omdat je vóór het ontslag niet bij de behandeling werd betrokken.

Van verpleegkundige tot therapeut of therapeutisch verpleegkundige?

We kregen veel bijscholing via de stichting, gedragstherapie en vaardigheden om mensen echt te kunnen behandelen. Daar had ik in al die jaren toch niet zo heel veel over geleerd. Ik merkte dat ik slecht aansluiting kon vinden bij de behoeften van de cliënten. Daar kwam natuurlijk ook bij dat ik wat ongedurig was, je bent nog jong en dan wil je heel wat. Ik was altijd op zoek om meer uit mensen te halen, later leer je wel dat dit helemaal niet kan. Dat nam niet weg dat ik altijd zoekende was en ook het gevoel had dat ik niet voldoende instrumenten bezat om mensen verder te helpen. Ik wilde de psychotherapie opleiding volgen maar daarvoor was mijn vooropleiding niet voldoende. Ik ben toen MO A en B Sociale Pedagogiek gaan doen. Bij ons in de stichting werkten namelijk pedagogen die deze route hadden gevolgd en die mensen hadden heel wat in hun mars. Ik was voortdurend op zoek naar mijn plek in de stichting en naar de inhoud van het beroep. Dat had ook te maken met het feit dat ik vond dat alles zo in een keurslijf werd geperst.

Je had multidisciplinaire teams en daarin werd alles besproken. Met alles bedoel ik, dat ene gehanteerde model, de uitgestippelde weg van A naar B en daar mocht je niet van afwijken. Bovendien was het ook zo dat degene met de grootste mond het best gehoord werd. Ik had geen grote mond, had

andere ideeën en was nogal eens teleurgesteld. Ik moest vaak dingen doen waar ik niet achter stond, men probeerde mij altijd te overtuigen van het gelijk van anderen. Klachtgericht werken bijvoorbeeld dat heb ik nooit goed gekund, ik vind dat zo'n reductie van het wezen van de mens. Ik wilde meer inzichtelijk, en daarmee preventief werken. Dat wil niet zeggen dat ik een exclusieve groep cliënten had, ik kreeg ook veel mensen die een classificatie op As I of As II (volgens de DSM IV) hadden. Niet de manifest psychotische patiënten maar wel met ernstige psychiatrische stoornissen. Ik deed veel groepstherapie hier in de instelling, had mijn registratie voor groepspsychotherapie in '84 gehaald, dat vond ik fijn werk. Echt paar groepen volgens Willi, analytische groepen, van alles. Ik vind het zo raar dat mensen je, omdat je ook therapie bedrijft, geen SPV meer vinden. Mijn basis opleiding is verpleging en die achtergrond en vorming die kun je niet wegmoffelen, dat deed ik ook niet. Mijn manier van kijken naar hulpverlening en cliënten is zo essentieel bepaald door die achtergrond. Ik werkte in de groepstherapie altijd met Rob Kern samen die maatschappelijk werk, VO en de Rogeriaanse psychotherapieopleiding had gedaan. Wij konden het samen goed vinden. Bij de SPV collega's kon ik in wisselende mate aansluiting vinden. Een aantal vond het maar niets dat ik ook psycho-analytisch geschoold was en ook intergenerationeel wilde werken als dat mogelijk was, en dus ook als zodanig naar mensen keek. Een andere groep had daar wel waardering voor, zeker voor de wijze waarop ik aan de slag ging met mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

De laatste tien jaar van mijn loopbaan waren eigenlijk het meest bevredigend. Zo had ik nog wel langer door willen gaan, maar nu

ben ik met pensioen. Ik vond die korte doelgerichte cursussen zoals 'In de put uit de put' absoluut niets, daar wilde ik niet bij betrokken worden. Dat gebeurde gelukkig ook niet. Ik heb tien jaar geleden op het punt gestaan om te stoppen en iets volledig anders te gaan doen, zo ontevreden was ik. Ik kreeg gelukkig de kans om het op het werk iets anders te mogen doen. Ik voelde me toen zelf ook uitgebalanceerder. Het was zo prettig om contacten af te sluiten en dan van de cliënten te horen dat ze er beter van waren geworden. En dan bedoel ik ook fundamentele verbeteringen, daar kon ik op teren. Het meest belangrijke van de sociale psychiatrie vond ik dat je mensen hielp om zich op de plek waar ze hoorden, thuis in hun eigen omgeving, te leren handhaven. Hulpverleners in de thuissituatie en niet in een instituut met eigen regels. Als het nodig was om huisbezoeken te doen dan deed ik dat. Ik streefde er wel altijd naar, als ik de belangrijkste gegevens had verzameld in de thuissituatie, om hen naar het bureau te laten komen. Huisbezoeken kosten tijd, dan gingen mensen koffie zetten, voor mij zorgen, ik wilde ze juist motiveren om iets bij mij te komen halen. Ik denk dat mensen dat makkelijker kunnen als ze op het bureau komen. Het nakomen van afspraken bijvoorbeeld was makkelijker op het bureau dan in de thuissituatie. Ik ging er vanuit dat als ik mensen door huisbezoeken of langer-durende schriftelijke communicatie op het bureau had binnengehengeld er vijf stappen vooruit waren gezet in het hulpverleningsproces. Niet dat ik te beroerd was om hen thuis op te zoeken, als dat nodig was dan deed ik dat. Een paar maanden voor mijn pensionering nog had ik te maken met een vrouw die al jaren op de keien zat in haar huis. Ze kon er maar niet toe komen om ook maar iets in haar huis te doen. Daar ging ik naar toe, van

zo'n vrouw moet je niet verwachten dat ze naar het bureau komt. Als iemand niet eens iets in zijn eigen huis kan doen dan zal die

niet het idee hebben iets bij me te kunnen halen, dan ging ik het brengen.

Krankzinnigenverpleging en overheidsbemoeienis

Het vóórkomen van geesteszieken kan niet worden afgelezen uit aantallen patiënten die worden opgenomen. Cijfers uit midden vorige eeuw (1844) zouden de indruk kunnen schetsen dat het goed was gesteld met de geestelijke hygiëne der Nederlandse bevolking. Nog geen duizend mensen verbleven in de elf instituten die Nederland 'rijk' was (Kramer 1990). Daar komt bij dat het gedrag dat de mensen vertoonden, veelal de reden voor insluiting, in die periode nog niet overal werd gezien als ziekte. De 'dollen en dwazen' waren ingesloten, vastgeketend en leefden in erbarmelijke omstandigheden.

Kennis van zaken was mondjesmaat aanwezig en de overheidsbemoeienis strekte niet verder dan het ontwerpen van plannen en het doen van goede voorstellen. Krankzinnigenverpleging stond laag op het prioriteitenlijstje van regering, provincies en gemeenten. De gehospitaliseerden moesten het hebben van de weinige verlichte geneesheren of regenten die ons land rijk was.

Dr. J.L.C. Schroeder van der Kolk, directeur van het Willem Arntsz-huis in Utrecht en later (1842) inspecteur voor het Staatstoezicht op de Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, was zo'n verlicht geneesheer en regent. Hij bracht verbeteringen aan en vond dat het personeel op humane wijze met de verpleegden moest omgaan. Personeel overigens dat bestond uit suppoosten, oppassers, voormalig gevangenenbewaarders en soms zelfs ex-gedetineerden. In 1837 trad Schroeder van der Kolk af als rector Magnificus van de universiteit van Utrecht. Ter gelegenheid daarvan

hield hij een voordracht *Redevoering over de verwaarlozing der vereiste zorg ter leniging van het lot der krankzinnigen en ter genezing derzelve in ons vaderland* (Kramer 1990).

Het was deze redevoering die heeft geleid tot de eerste Krankzinnigenwet van 1841.

In de wet werden opnamen van patiënten geregeld: 'Opname was slechts mogelijk als de familie van de geestelijk gestoorde hierom verzocht en een verklaring van krankzinnigheid van een onafhankelijke arts kon overleggen' (Fuks-Mansfeld en Sunier 1997).

'De opnameprocedure was te omslachtig en te tijdrovend, de curatele die na drie jaar opname aangevraagd moest worden was menigeeen een doorn in het oog' (Vijsselaar 1982). Tevens werd via deze wet toezicht op de kwaliteit van inrichtingen en verpleging geregeld. Dit leidde tot sluiting van veel instituten en tekorten aan bekwaam personeel. Er kwam een voorschrift dat elke provincie verplicht was zorg te dragen voor voldoende verpleegmogelijkheden voor haar eigen geesteszieken. Het was vooral dit voorschrift dat Amsterdam er in 1916 toe bracht haar eerste voorzorgdienst in te stellen.

Daarnaast werd een onderscheid aangebracht in geneeskundige gestichten bedoeld voor herstel van de lijdens en bewaarplaatsen voor chronische krankzinnigen (Vijsselaar 1982).

Het herstel viel nogal tegen en van een goede doorstroming in de gestichten was geen sprake. Dit leidde, door overbevolking, wederom tot erbarmelijke omstandigheden

in de instituten, en lange wachtlijsten voor opname. Reden om in 1884 een tweede krankzinnigenwet op te stellen waarin met name een snellere opnameprocedure werd beschreven voor urgente gevallen die gedwongen opgenomen moesten worden (IBS). Het Staatstoezicht richtte zich ook op de verzorging van krankzinnigen buiten de inrichtingen, dit gebeurde sinds 1861 via de nazorg voor ontslagen patiënten, beschreven in een circulaire van de minister van Binnenlandse Zaken. De al eerder genoemde Schroeder van der Kolk, nu in de functie van inspecteur, had hiertoe geadviseerd.

Voor de ontslagenen uit de inrichtingen werd niets gedaan, in tegenstelling tot bijvoorbeeld ontslagen gevangenen 'waarvoor billijkerwijze zo edelmoedig wordt gezorgd'.

In verschillende plaatsen ging men over tot het instellen van een patronaat. Het Nederlands Israëlitisch Armenbestuur (NIA) opgericht in 1825 om de sociale zorg voor de talrijke joodse armlastigen efficiënter te kunnen regelen, had dit reeds geregeld want: 'volgens het NIA mocht een behoeftige ontslagen patiënt nooit aan zijn lot overgelaten worden als hij niet in zijn eerste behoeften kon voorzien' (Fuks-Mansfeld en Sunier 1997). In eerste instantie waren deze patronaten verbonden aan de intramurale instellingen. Het accent van de begeleiding lag op resocialisering: materiële ondersteuning, arbeidsbemiddeling en meehelpen zoeken naar geschikte woonruimte.

De voormalig bewoners van de gestichten moesten weer deelnemen aan het maatschappelijk leven. Zij werden hierbij geholpen door vrijwilligers, volgens Romme (1984) hadden professionele krachten hierin geen enkele taak, dat zou later komen met de oprichting van de nazorgdiensten en de consultatiebureau's. Een andere vorm van vrijwilligerswerk (mensen kregen een kleine

vergoeding) uit die tijd, was de zogenaamde 'gezinsverpleging'. Vanaf 1886 startte deze vorm van tussen voorziening in Ermelo voor 'on-maatschappelijken die geestelijk onvolwaardig en hulpbehoevend waren, benevens rustige gestichtspatiënten'. Het nijpende tekort aan plaatsen bleef echter bestaan en het particulier initiatief, zowel van joodse als confessionele huize, sprong hierop in (er kwamen in 25 jaar tijd 19 nieuwe inrichtingen bij). De uitbreiding van confessionele zijde had wel tot gevolg dat patiënten, om in het instituut van eigen gezindte geholpen te kunnen worden, ver van hun eigen woonplaats werden opgenomen. Kloosterorden, broederschappen en Gasthuizen waren er al vanaf de middeleeuwen maar zoals al werd vermeld bleek hun aantal en kwaliteit niet toereikend. In 1882 was het aantal patiënten in de inrichtingen opgelopen tot 4533 en in 1910 tot 11746 (Vijselaar 1982; Kramer 1990).

Dat had onder andere te maken met een groeiende bevolking. Die groei kon plaatsvinden dankzij een toename van de welvaart. Toename van de welvaart vond zijn oorsprong in de gevolgen van de industriële revolutie die rond 1870 plaatsvond in ons land. Hierdoor konden geneeskundige praktijken uitbreiden want de talrijke arbeid(st)ers die de productie op gang hielden, moesten zo snel mogelijk genezen worden als ze ziek werden. Dat betekende meer behoefte aan ziekenhuizen en aan goede verzorging van de opgenomen zieken. De geneeskunde deed een groot aantal nieuwe ontdekkingen en wilde bijvoorbeeld nieuwe behandelmethoden toepassen. Daarvoor had men geschaafde en min of meer gekwalificeerde hulp nodig. Bovengenoemde ontwikkelingen hadden mede tot gevolg dat op sociaal gebied ook een en ander gebeurde.

De laatste helft van de vorige eeuw stond vooral in het teken van de opkomst van de verzuiling en sociale bewegingen (vrouwen en arbeiders). Het fenomeen verzuiling was typerend voor Nederland: 'op grond van geloof of een andere vorm van levensovertuiging was de Nederlandse bevolking in groepen verdeeld: hervormden, gereformeerden, katholieken, socialisten, liberalen, communisten, enzovoort. Behoorde men tot een van die groepen, dan liet men zich niet in met een andere groep. Het hele maatschappelijke leven was via allerlei organisaties verdeeld over de verschillende zuilen. Het waren vooral de vrouwen uit de confessionele zuilen (de Reveilbeweging) die zich bekommerden om armen, zieken en prostituees' (Hogema en Van der Padt 1997). Naastenliefde speelde voor hen een belangrijke rol. Tegelijkertijd kwam de emancipatiebeweging van de burgerlijke vrouwen op gang en zij zetten zich (onder andere) in voor een erkende opleiding tot verpleegster. In enkele inrichtingen begon men zelf met het scholen van verplegend personeel. In 1880 werd de verpleging van geestelijk gestoorde min of meer tot een officieel beroep verheven. Aan het einde van de 19e eeuw werd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie werk gemaakt van de opleiding tot het B-diploma. Hoewel artsen en psychiaters behoefte hadden aan geschoold personeel voor de verpleging van krankzinnigen, vond men ook dat de scholing niet te ver moest doorschieten: 'Met geduld en ijver van leerling en meester zouden wij per slot van rekening een groot stil wetenschap kunnen inpompen, maar zij wordt nooit het eigendom der verpleegster, waarvan zij in haar verder leven de rente zal trekken, want de resultaten van zulke wijsheid geven met recht voedsel tot de vrees voor halfbakken geleerden, en aan den anderen

kant zou ik vreezen dat werkelijk hoge ontwikkeling tot schade zou zijn voor de tevredenheid met de zoo uiterst gewichtige, maar voor dezulken schijnbaar te nederige betrekking van ziekenverpleegster' (M. Eisma geciteerd in Goelabdien 1995:16). Van overheidsbemoeienis met de opleiding voor verpleegkundigen was nog geen sprake, pas op 2 mei 1921 kwam er staatstoezicht op de opleiding voor verpleegkundigen. De tot dan toe erkende diploma's werden niet meer uitgereikt, maar wel werden reeds uitgereikte diploma's op aanvraag bij de Geneeskundige Hoofdingspectie gelijk gesteld met het staatsdiploma. In 1915 publiceerde het tijdschrift van Nosokosmos (de Nederlandse Vereniging tot Bevordering der Belangen van Verpleegsters en Verplegers, 1900) een schema voor een schoolopleiding, van de hand van Zr. Meyboom. Dit werd 'met schimpscheuten ontvangen en verder genegeerd. Men vond het belachelijk. Een verpleegstersschool was voor de autoriteiten eenvoudig ondenkbaar' (Zr. Meyboom 1970).

De beroepen in de psychiatrie, op dat moment verpleegkundigen en psychiaters, profileerden zich steeds meer. Het zou echter nog lange tijd duren voordat verpleegkundigen zich op het wetenschappelijke pad zouden begeven. Vooralsnog was dit voorbehouden aan de psychiaters die werden benoemd tot hoogleraar. Gelijktijdig met deze ontwikkeling werd de afstand tussen verpleegkundige en medicus groter, er ontwikkelde zich een strenge hiërarchie met aan het hoofd de geneesheer-directeur, de afdelingsgeneesheer, hoofdverpleegsters, eerste verpleegsters, verpleegsters en tenslotte leerling-verpleegsters. Tevens werd een ordening aangebracht en kwamen er verschillende afdelingen. De indeling obser-

vatie, rust, en onrust heeft lange tijd bestaan. Hilde Willems (1933), vertelde over de hiërarchie en de gevolgen die dit kon hebben voor leerling-verpleegkundigen:

Na het behalen van de wijkaantekening (1960 ASCA in Groningen) kreeg ik veel 'vacatures' door de brievenbus. Eigenlijk had ik totaal geen zin in 'de wijk' omdat ik tijdens m'n stage erg veel wasbeurten had moeten geven - soms dertien op een vrijdag. Ik heb toen vanuit Drente gebeld met de directrice van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam. Ik belde 's maandags, en woensdag had ik een gesprek en vervolgens de lichamelijke keuring. De maandag erop begon ik als maandzuster, dat was toen in. Ik wilde graag het zwarte kruis halen maar daar was geen plaats meer, dus werd het neurologie/neurochirurgie. Als gediplomeerde (witte kruis- ooeivaar en wijkaantekening) kreeg ik al spoedig waarnemende diensten op neurochirurgie. Enkele maanden later kreeg ik ruzie met de hoofdzuster - ik had de waslijst getekend en het aantal klopte niet (2 lakens te weinig). Midden op zaal veegde ze me de kast uit en noemde me onverantwoordelijk. Ik had het die afgelopen uren enorm druk gehad - een ademstilstand en een nieuwe opname. Ik werd razend en wenste haar op de maan en ging regelrecht naar de directrice voor ontslag aan het eind van de maand, of een andere afdeling. Natuur-

lijk waren er meer botsinkjes geweest, later hoorde ik dat ze vond, dat ik te 'zelfstandig' was - te weinig vroeg. Ik denk dat mijn opleiding in Groningen daar debet aan was. De directrice vroeg of ik alsnog wilde deelnemen aan de opleiding voor het 'zwarte kruis', dat wilde ik nog steeds.

Zo ben ik als 2e jaars begonnen op paviljoen III (1960). Ik vond het daar op zich wel erg leuk. Je had een hoofdzuster (die vond ik erg sympathiek) en op alle andere afdelingen had je daaronder dan weer 1 e verpleegkundigen. Wat ik raar vond was dat ik als 2e jaars B-verpleegkundige, ook al had ik al verschillende opleidingen gedaan, nog punten moest halen voor mijn boekje. Een maand daarvoor, op neurochirurgie, tekende ik de boekjes af voor de leerlingen omdat ik de praktijkbegeleiding deed. Ik vond dat erg conservatief, dat was ik niet gewend in Groningen. Lopende patiënten die overdag naar de werkplaats en naar therapie gingen, werden aanvankelijk nog in bed gewassen. Alsof ze niet zelf naar de wasruimte konden! Tijdens onze twee jaren is er toen wel wat veranderd, we hadden een leuke progressieve groep. Mensen boeien me enorm, daarom vond ik de psychiatrie zo mooi. Je zag patiënten soms zo opknappen, zelfs mensen met hele ernstige stoornissen. Het werden weer 'gewone' mensen waar je niets aan merken kon.

Rust, reinheid en regelmaat

Wie heeft het niet meegekregen in de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige, of zoals men vroeger zei krankzinnigenverpleegster, de befaamde drie eenheid (voor uitgebreidere beschrijvingen van psychiatrisch verpleegkundigen is het boek van De Leeuw e.a. 1997 aan te bevelen). Psychiatrische ziekenhuizen hebben lange tijd het karakter van een verpleeginrichting gehad en niet van een plaats waar behandeling, en dus genezing plaatsvond. Een terugblik op die tijd, eind jaren twintig, gezien door de ogen van A. Querido: 'Waar geen therapie is, zijn ook geen patiënten. De angsten en dwangverschijnselen van de 'gewone neuroticus' (in die tijd: neuropathische persoonlijkheid) waren de aandacht van de arts niet waard; dat was malligheid waartegen je je moest verzetten. Alleen zij die gevaar voor zelfmoord opleverden (maar die het zeggen doen het niet) of door hun dwangverschijnselen zich zeer asociaal gedroegen, werden in een gesticht opgenomen en waren dan na enige tijd nauwelijks meer of niet van de lijders aan psychosen te onderscheiden. Zoals gezegd, de gestichtsopteneming had geen therapeutische doelstelling; de bewaring, hetzij in het belang van de maatschappij of dat van de patiënt stond op de voorgrond. Vandaar dat de opneming een negatieve selectie was van zware zieken, die bovendien gedurende het veelal lange verblijf aan ernstige psychische deformatie waren blootgesteld. Het is daarom fataal voor de psychiatrische ontwikkeling geweest, dat vele tientallen jaren de gestichtopsychiatrie de basis voor het psychiatrisch onderwijs is geweest' (Querido 1980:111). De 'bewaring' was wel aan verandering onderhevig geweest, de erbarmelijke omstandigheden - waarvan midden vorige eeuw sprake was -

kwamen niet meer voor. Er waren verpleegsters en verplegers om erop toe te zien dat hygiëne gegarandeerd was en dat de verpleegden zichzelf of anderen niet verwonden. Het was niet alleen de indeling die nauwelijks veranderde, ook het accent dat lange tijd is gelegd op de hygiëne, het aanpassen aan de regels en het idee dat gestichtopsychiatrie er louter was voor de ernstig zieken, bleef lange tijd bestaan. Ley Peeters (1950) die eind jaren zestig met de B-opleiding begon, weet te vertellen over het werk als 'huishoudelijke' hulp maar ook dat hij nog werd opgeleid volgens de type-leer van Kretschmer(1921):

Het was voor mij vanzelfsprekend om de verpleging in te gaan. Mijn oudere zus werkte daar ook in, en ik wilde haar voorbeeld volgen. Ik ben in Venray, het Vincent van Gogh instituut begonnen met mijn B- opleiding (1968). Ik koos voor de B omdat er bij mij in de buurt hele ploegen psychiatrische cliënten op het land hielpen gedurende de aardappeloogst en dergelijke. Het soms vreemde gedrag van die mensen fascineerde mij bijzonder. Buiten dat het af en toe komisch leek, zag ik ook de soms specifieke manier van omgaan met hen. Vooral dat laatste trok mij aan.

De opleiding vond ik niet zo best, in het leerboek van destijds werd nog gesproken over 'kranckzinnigen', kun je nagaan. We leerden toen nog onder andere volgens de ziekteleer van Kraepelin en Bleuler en de type-leer van Kretschmer. De praktijkbegeleiding liet veel te wensen over. Pas in het tweede jaar van mijn opleiding hoorde en zag ik dat mensen behandeld werden en ook met ontslag gingen. De tijd daarvoor

had ik op 'chronische' afdelingen gewerkt, waar het vooral je taak was 'schoonmaken en oppassen'. Op de crisis- en opname afdelingen werd ik pas geconfronteerd met de 'echte' psychiatrie. Misschien heb ik daarom de rest van mijn carrière steeds gezocht naar de nodige dynamiek in dit werk.

Behalve het uitvoeren van huishoudelijke taken assisteerden verpleegkundigen de arts door uitgebreid verslag bij te houden van de handel en wandel van de patiënten. 'Nooit en te nimmer was het verplegenden toegestaan een eigen mening of oordeel te geven over de patiënt, daartoe misten zij volgens de doktoren te enen male de wetenschappelijke deskundigheid. Het werd hen verboden lijders te ondervragen of met hen te spreken over krankzinnigheid' (Vijsselaar 1982). Deze opvattingen hielden lang stand volgens Riet Nouwens (1936), SPV, psychotherapeut en verpleegkundig docent op de MGZ- GGz-opleiding. Zij was leerling-verpleegkundige B in 1963, en herinnert zich het volgende:

Echte gesprekken voerde je niet met de mensen, dat werd niet op prijs gesteld. Illustratief is een voorbeeld uit mijn derde jaar van de A (1958) en dat kwam ik in de B ook nog tegen. Er was een mevrouw opgenomen met ernstige problemen, ik bedacht dat het misschien verstandig was als ze contact zocht met een maatschappelijk werkende. Dat adviseerde ik haar ook. Later bij de koffie met de collega's vertelde ik hierover. Het hoofd werd toen erg kwaad op mij en zei: 'Daar heb jij je helemaal niet mee te bemoeien'. Dat was ongeveer de attitude van waaruit ik heb leren verplegen.

Verpleegkundigen assisteerden voorts bij de beperkte behandelmethoden die er waren;

badbehandeling, elektrotherapie, malaria kuur, slaapkuur en later ook de insuline-coma-therapie, de cardiazol-shocktherapie en de electro-convulsietherapie (Kramer 1990). De geïnterviewden hebben over deze methoden niets verteld, wel zijn veel herinneringen bewaard gebleven aan het stempel dat van confessionele zijde werd gedrukt op de sfeer, en gang van zaken van de instellingen. Jopie de Koning (1935), die zich niet snel neerlegde bij bestaande regels en opvattingen:

Het was voor mij niet vanzelfsprekend om de verpleging in te gaan, mijn zusjes zaten allemaal in het onderwijs. Mijn vader had plannen voor mij, hij wilde dat ik ook voor het onderwijs zou kiezen en dan vooral iets met naaien en handwerken. Ik vertelde hem dat ik de verpleging in zou gaan, de B nog wel. Dat was helemaal een gekke toestand, de A was nog wel acceptabel maar de B, nee dat ging echt niet. Ik kan me herinneren dat mijn vader me wegbracht toen de opleiding (Voorburg in Vught 1953) begon en dat hij zei dat ik ogenblikkelijk naar huis moest komen als ik het niet redde. In eerste instantie dacht ik dat mijn vader gelijk had toen ik daar begon. Het was heel streng, je mocht bijvoorbeeld niet zonder sluier buiten lopen (het was katholiek). Je werd zo in een keurslijf gedwongen, dat vond ik niet prettig, die nonnen waren ontzettend star. Je moest eerst een godsdienstdiploma halen voordat je eindexamen voor de B mocht doen. Inhoudelijk vond ik de opleiding wel goed, ik heb er veel geleerd. Vooral veel huishoudelijk werk samen met de patiënten doen, daar bestond de arbeidstherapie uit. Met kost en inwoning verdiende ik er f 25,- per maand.

Geldgebrek impuls voor innovatie

Ondanks wetenschappelijke ontwikkelingen bleef het instituut toch vooral een bewaarplaats voor mensen met onaangepast gedrag, weggestopt in prachtige gebouwen in de bossen of ver weg tegen de duinen aan. 'Het maatschappelijk isolement van de psychiatrische inrichting - zoals die toen ontstond - was er de oorzaak van dat de zich ontwikkelende psychiatrie ver van de maatschappij kwam te staan' (Romme 1984). Soms gebeurde dit uit pure noodzaak zoals uit de geschiedschrijving van de joodse geestelijke gezondheidszorg blijkt (Fuks-Mansefeld en Sunier 1997). In 1909 werd het Apeldoornsche Bosch geopend, het Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht (CIK). Een nieuwe plek voor joodse mensen met psychiatrische stoornissen omdat het Amsterdamse verblijf gesloten moest worden. Het voldeed niet meer aan de wettelijke eisen, en in Amsterdam kon geen geschikte locatie gevonden worden. In 1921 werden de eerste Amsterdamse patiënten overgeplaatst naar Apeldoorn. Jan Kat had sinds 1914 de leiding over het ziekenhuis en gold als ontwikkelaar van een van de meest toonaangevende psychiatrische inrichtingen van Nederland naast Meerenberg, Maasoord, Duin en Bosch en Veldwijk. Men paste als een van de eerste instituten de actievare (arbeidstherapie) therapie toe. 'Kat was een voorstander van de toen zeer geavanceerde richting in de behandeling van geesteszieken, die van mening was dat niet alle geesteszieken in een inrichting 'opgesloten' hoefden te worden en dat patiënten die niet officieel krankzinnig verklaard waren in 'open afdelingen' konden worden verzorgd. Hij was van mening dat het krankzinnigengesticht uit zijn isolement gehaald moest worden en moest dienen als

middelpunt van een reeks instellingen die in nauw verband met elkaar en met de maatschappij zouden staan'(Fuks-Mansefeld en Sunier 1997). Een gedachte die pas vele jaren later op verschillende manieren verder uitgewerkt zou worden (de Bijlmer kwestie, de Riagg's en de huidige regionale GGZ-centra, zie hoofdstuk twee). De afstand die ontstond tussen de kliniek (het Apeldoornsche Bosch) en de ontslagen patiënten, die veelal uit Amsterdam afkomstig waren, vormde aanleiding om te starten met het Joodse Consultatiebureau in Amsterdam.

In de klinieken was begin jaren twintig nog nauwelijks sprake van behandeling. Het taboe dat rond mensen met psychiatrische stoornissen hing werd door de afzondering alleen maar groter. Bovendien bleven de kosten stijgen. Het waren in eerste instantie financiële overwegingen waarom besloten werd de zogenaamde buitendiensten en de verzorging diensten op te zetten. Dit was zeker in Amsterdam het geval. De gemeente werd belast met betaling van de arme psychiatrische patiënten die opgenomen waren (90 % van de patiënten kwam uit de volksklasse en van de joodse bevolking leefde meer dan de helft onder de armoedegrens). Dit was zo bepaald in de Armenwet van 1854, hierdoor werden gemeentebesturen verplicht te zorgen voor medische hulp aan hun 'on- en minvermogene ingezetenen'. Aangezien het om grote aantallen ging (Querido kwam in de jaren dertig op 3000 mensen) wilde men bezuinigen op deze post. Daarnaast werd wereldwijd steeds meer kritiek geuit op de wijze waarop mensen met psychiatrische stoornissen werden 'behandeld'. Daar moest verandering in komen en het liefst nog moest men voor-

komen dat stoornissen zouden ontstaan; de Amerikaanse gedachte van de Mental Hygiëne Movement. De Gemeentelijke Geneeskundige Dienst van Amsterdam nam in 1916 een psychiatrisch-neurologisch adviseur in dienst: F.S. Meijers. Het werd zijn taak om spreekuur te houden 'voor hen, die raad en voorlichting wensten', opname-aanvragen te beoordelen en deze het liefst niet te honoreren. De reden om hier te starten met de voorzorg, terwijl elders in het land door Pameijer in Maasoord en Kat in het Apeldoornsche Bosch, de nazorg werd aangepakt, had te maken met het feit dat Amsterdam geen eigen psychiatrisch ziekenhuis had. Om invloed uit te kunnen oefenen op het ontslag, was men afhankelijk van de medewerking van de instituten waar Amsterdamse patiënten opgenomen waren. Voor het regelen van praktische zaken moest een 'zuster voor maatschappelijk werk' worden aangesteld. Zij hielden zich voornamelijk bezig met het voorbereiden van sociale maatregelen voor patiënten, die in ziekenhuizen moesten worden opgenomen of daaruit ontslagen werden, zoals kinderverzorging, huisvesting, steunuitkering, verstrekken van medische behandeling.

De meeste aandacht ging echter uit naar het beoordelen van opnameaanvragen door de psychiater, de gemeente had daar immers belang bij. Dat deze taak niet naar tevredenheid werd uitgevoerd bleek uit het feit dat na de aanstelling van Meijers het aantal opnamen toe- in plaats van afnam. Meijers kreeg daarom begin jaren dertig ondersteuning bij zijn taak van A. Querido. Omdat de échte start van de sociale psychiatrie onlosmakelijk verbonden is met het werk en de geschriften van A. Querido (1901-1983), wordt hier regelmatig gebruik gemaakt van zijn lijvige 'fragmenten' (1980).

Querido begon in 1927 als tweede geneesheer op Endegeest en Rhijngest. Zijn eerste ervaringen waren niet al te positief: 'Het sterkst werkte hier het element van vervreemding ten opzichte van het leven buiten de poort. Dit was, zoals ik later zou ervaren, een verschijnsel dat de krankzinnigengestichten gemeen hadden. De invloed van hospitalisatie betrof niet alleen patiënten, maar ook de staf. Gedeeltelijk vloeide dit verschijnsel voort uit het feit, dat de gestichten materieel geïsoleerd waren; menige inrichting was ver buiten de bewoonde wereld gebouwd opdat de verpleegden het vooral rustig zouden hebben en de afstanden waren toen heel wat groter dan nu. Kwam men in aanraking met een geneesheer die inderdaad zijn werk in de buitengewesten had - bijvoorbeeld als gedelegeerde bij verpleegstersexamens - dan kon men soms de indruk krijgen dat zo iemand in geen maanden een woord met een ander mens gewisseld had' (Querido 1980:84,85). Naast dit hospitaliserende effect beschreef Querido de beperkingen van de psychiatrie, 'de diagnose was alles, de therapie een achter aan hinkende gedachte'. 'Na de filosofisch-ethische theorieënrouwerij van het grootste deel van de vorige eeuw, had Kraepelin op goed-Duitse manier een systematiek van de kliniek opgebouwd die het mogelijk maakte het spel van de diagnostiek ook op psychiatrisch gebied te spelen, maar welke de therapie geen stap verder bracht. Integendeel, in hokjes plaatsen en etiketten plakken had het fatale gevolg dat de prognostiek dan ook meteen vast lag en zo'n etiket kon dan meteen een vonnis van levenslang betekenen. Waar dus de almachtige Kraepelin - hoe groot was zijn invloed niet - het officiële certificaat van ongeneeslijk kon uitreiken, was de taak van de arts in de inrichting terug gebracht tot die van bewaker - een

custos van een postzegelverzameling; de objecten moesten netjes gecatalogiseerd zijn en niet beschadigd worden. Toch hadden deze artsen de kolossale arrogantie zich psychiater te noemen, zielengenezer, zich betitelend als uitvoerders van een door hen zelf hopeloos geachte taak.

Zij werden voortdurend geconfronteerd met het wereldvreemde, of liever: het van de wereld vervreemde, dat de kern was en is van de gestoordheid van hun patiënten; zij konden de uitingen van deze vervreemding, laat staan de vervreemding zelf, niet genezen, zij konden slechts rangschikken als compensatie van hun machteloosheid' (Querido 1980:86).

In deze niet mis te verstane woorden geeft Querido weer hoe in het land der blinden eenoog koning kan zijn. Op het moment dat er enig houvast is in een onzekere wereld, klampt een ieder zich daar (jarenlang) aan vast. Tot in de jaren zestig heeft de Kraepelinse systematiek gediend als leerstof voor bijvoorbeeld verpleegkundigen zoals Ley Peeters vertelde. De kans dat gedachten tot dogma verworden omdat de regels van een organisatie dan makkelijker te handhaven zijn, is ook vandaag de dag nog aan de orde. De kans was groot om 'wereldvreemd' te worden binnen de muren van een psychiatrisch ziekenhuis, vertelde Marijke Buwalda (1948) docente aan de MGZ-GGz-opleiding, terugkijkend op haar B-opleiding:

De opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige heb ik 1974 in Vogelenzang afgerond. Wat ik me van die tijd herinner is vooral verbazing. Ik vond het echt verrassend dat mensen (chronisch psychiatrische patiënten) zo beschadigd konden worden in het leven. Op de afdeling werd alleen maar mee gebabbeld met de cliënt ook al waren

de gedachten nog zo vol van wanen.

Dat betekende volgens mij dat ze dan ook gestoord bleven. Ons werd namelijk voorgesteld dat een gewoon gesprek, hen betrekken in de realiteit, angstverhogend zou werken. In de waanwereld stonden de mensen dus alleen wat volgens mij betekende dat ze ontzettend eenzaam moesten zijn. Bovendien was alles zo uitzichtloos dat zingeving volledig ontbrak.

In de instelling werd een cursus systeemtherapie gegeven door Onno van der Hart. Ik was de eerste verpleegkundige die daar aan mee deed. Andere verpleegkundigen vonden dat geen opleiding passend bij het werk. Ik wel, want ik was van mening dat het systeem invloed had op het disfunctioneren van de cliënt en ook bij de behandeling invloed op het functioneren kon uitoefenen. Om die reden wist ik al snel dat ik extramuraal wilde gaan werken. Mijn ideaal was, daar waar mogelijk, vooral opnames voorkomen. Bovendien had ik ook zo mijn eigen ideeën over de antipsychiatrie. Ik geloofde zeker in bepaalde elementen maar ik had erg veel moeite met het beschuldigen van de familie. De lijdensdruk van het systeem of subsysteem was vaak erg groot maar dat werd niet erkend. Het werd wel tégen de familie gebruikt, want er werd geëist dat het hele systeem meekwam, en als dat niet lukte was dat een indicatie om het contact te stoppen. Dat bevestigde mijn idee om extramuraal te gaan werken.

Een andere reden om dat te gaan doen was dat je in de kliniek als verpleegkundige werd geacht om maar een deel van de patiënt te zien, en nooit de patiënt als geheel. Het multidisciplinair werken was ook zo georganiseerd dat iedere discipline een eigen deel behartigde. In besprekingen kwam men te weinig tot integratie hiervan, bovendien was het zo dat het verpleegkundige deel

veelal ondergeschikt was aan de andere disciplines, en dat lieten we ook toe. Verpleegkundigen werden geacht oogkleppen op te hebben en te houden! Dat was in het belang

van ziekenhuizen functioneel. Daar zit nu voor verpleegkundigen meer beweging in, al vind ik dat dit in de klinische setting soms nog te weinig is.

De jaren dertig; relatieve stilte voor de storm

Gebrek aan financiële middelen bleek een belangrijke drijfveer om na te denken over alternatieven voor de psychiatrische inrichtingen. Sociale bewogenheid en kritiek op bestaande voorzieningen maakten de weg vrij om te werken aan alternatieven waarvan op dat moment gedacht werd dat het een enorme verbetering was. Dat was ook nodig want van optimisme over genezingsmogelijkheden van alle categorieën geesteszieken, was geen sprake meer. Querido stond in dat opzicht niet alleen in zijn kritiek op de beperkte mogelijkheden (louter de asiel-functie) van de intramurale instelling. Kerkhoven (1996) geeft weer dat in die periode gesproken werd over 'twijfel aan de noodzaak en het 'nut' om geneeslijk geachte patiënten in een inrichting op te nemen'. Er moesten behandelmogelijkheden in de maatschappij komen. Dat die er kwamen is niet alleen toe te schrijven aan de komst van de sociale psychiatrie, die daar wel een impuls toe heeft gegeven. De ontwikkelingen in de landen om ons heen en de mogelijkheid om hiervan kennis te nemen waren ook van invloed. Naast andere factoren is de tijdgeest bepalend voor het succes of falen van een initiatief. Immers de gedachte dat de maatschappij de plek was om mensen met handicaps te laten verblijven, leefde al in het midden van de vorige eeuw. De tijd was toen nog niet rijp voor het uitwerken van die gedachte. Begin jaren dertig van deze eeuw was dit wel het geval, en door het hele land werden voor- en nazorg dien-

sten opgezet vanuit de kliniek, de gemeente of de provincie. In tegenstelling tot begin jaren twintig in Amsterdam, had deze aanpak nu wel succes. Het aantal opnamen in psychiatrische inrichtingen daalde. Voor het welslagen hiervan in Amsterdam, moest Querido die onder Meijers werkzaam was, blijf geven van creativiteit en flexibiliteit. Pogingen om zijn ideeën over de benadering en behandeling van mensen met psychiatrische problemen uit te kunnen voeren stuitten voortdurend op weerstand bij zijn baas. Querido besloot om de administratie van de cliënten te bekijken. Hij vond een paar kaartenbakken met burgerlijke-standgegevens van de Amsterdamse patiënten die overal in het land waren opgenomen. Medisch gegevens en een diagnose ontbraken. Het totale bestand (verpleegden in zwakzinnigeninrichtingen inclusief) was ongeveer 3000. Querido besloot op gestichtbezoek te gaan om te bekijken hoe het stond met de patiënten uit Amsterdam. Daarnaast wilde hij onderzoeken of een aantal van hen terug kon keren naar de maatschappij. Natuurlijk vond hij niet altijd medewerking van de gestichtdirecteuren, die hun bron van inkomsten van rustige patiënten niet graag zagen verdwijnen. Na anderhalf jaar rondde Querido zijn onderzoek af: 'Bij ongeveer 10% kon ik een conclusie trekken die essentieel zou blijken voor mijn toekomstig werk: weliswaar vertoonden de patiënten gestoord, psychotisch gedrag, onder bepaalde voorwaarden moest het mogelijk

geacht worden, dat hij met die stoornis buiten het gesticht zou kunnen leven, waarbij wat later ook de mogelijkheid naar voren kwam, dat de stoornis buiten het gesticht minder duidelijk zou kunnen worden' (Querido 1980:133). Door deze werkwijze kon Querido zijn gedachten over sociale psychiatrie ten uitvoer brengen. Frappant is dat een sprong in de tijd leert dat eind jaren zestig hetzelfde gebeurde maar dan vanuit ideële motieven. Riet Nouwens (1936) die al eerder aan het woord kwam over de opleiding, vertelt hierover:

Ik herinner me dat ik met Marius Romme en later met Lex Meijer, met wie ik beiden lang heb gewerkt, katholieke ziekenhuizen in den lande afreisde om de daar, soms sinds jaar en dag opgenomen Amsterdamse patiënten 'los' te krijgen. Wij wilden bewerkstelligen dat zij ontslagen zouden worden om naar Amsterdam terug te kunnen gaan. Het was een vorm van extra-muralisering avant-la-lettre. Dit was niet omdat de ziekenhuizen leeg moesten maar omdat het onze opvatting was dat de mensen in de maatschappij hoorden te leven. In die zin waren we misschien onze tijd vooruit. We brachten ze onder in pensions, die helemaal niet toegerust waren voor de begeleiding van mensen met een lang psychiatrisch verleden.

Later heb ik me afgevraagd hoe we dat in 's hemelsnaam hebben kunnen doen. Met de huidige kennis kun je concluderen dat we daarmee mensen gruwelijk hebben belast en in feite in de steek hebben gelaten.

Nu kan ik daar nog wel eens wakker van schrikken. We beschouwden het als een van onze taken om na te gaan hoe het er met opgenomen patiënten voorstond en of er iets gedaan kon worden om hen met ontslag te laten gaan. Er moest met de behandelend artsen soms fors over gedebatteerd worden.

Het was sociaal psychiatrisch gedacht maar tegelijkertijd niet zo'n bestudeerde opvatting van waaruit we werkten. Het was vooral ingegeven door de gedachte 'het ziekenhuis is nooit goed voor mensen en ze hebben recht op vrijheid', zoiets was het. Niet dat we hen dan moesten helpen te integreren in de maatschappij, dat zoiets stapsgewijs voorbereid moet worden, daar dachten we geloof ik niet zo over. We deden in die tijd ook nog niet aan systematische netwerkbouw. De idee hen onder te brengen in pensions, dat we hen af en toe zouden zien en dat het dan wel goed zou komen, is wel heel simplistisch.

Als ik zie wat een uitgebreide rehabilitatie programma's er nu zijn, hoe intensief de voorbereidingen zijn tot zo'n stap en dat het dan soms toch niet lukt, dan ik denk ik wel eens: 'wat een dommigheid was dat toen'. We hebben er veel van geleerd. We kenden wel de sociale werkplaatsen, maar pas later ontstonden meer projecten die beter toegerust waren voor de opvang van mensen met psychiatrische problemen. In die jaren merkte ik bij mezelf een verandering in opvatting en attitude. Die werd ingegeven door de anti-psychiatrie maar ook door de samenwerking met collega's en zeker Marius Romme.

Ik kreeg een bredere opvatting over psychiatrische ziekten: 'Gek is zo gek nog niet'. We probeerden te kijken naar wat de betekenis zou zijn van bepaald gedrag. Romme had daar vaak een originele en creatieve visie op. Er gebeurde heel veel op allerlei terreinen.

Ontwikkelingen voltrokken zich zowel in, als buiten, de instituten. Buiten vond de ontwikkeling van ambulante voorzieningen plaats; het aantal consultatiebureau's en sociaal psychiatrische diensten van de GG en GD's groeide. Organisatorisch waren er de GG en GD's, gemeentelijke instellingen,

die soms een afdeling Geestelijke Volksgezondheid opzetten. Er waren provinciale afdelingen voor Geestelijke Volksgezondheid en er waren confessionele consultatiebureaus. De meeste van deze bureaus werden door de kruisverenigingen gerund. Een probleem was het ontbreken van ervaring met psychiatrische zorg bij deze verenigingen. Van binnen en buiten de kruisverenigingen werd op dit hiaat gewezen. Net als de Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken, opgericht in 1924, leenden de kruisverenigingen daarom psychiaters van nabij gelegen inrichtingen of vroegen vrijgevestigde zenuwartsen de bureaus voor enkele uren per week te leiden en de spreekuren te verzorgen. Voor de verpleegkundige ondersteuning betrof de Centrale Vereniging verpleegsters uit de inrichtingen. Men werd van meet af aan een cursus Geestelijke Volksgezondheid aangeboden.

De kruisverenigingen daarentegen rekruteerden wijkverpleegsters uit de eigen vereniging en zij hadden geen kennis van de psychiatrie. Bijscholen kon wel en gebeurde ook, maar 'de achterstand was groot' (Bakker e.a. 1994). Er ontstonden Medisch Opvoedkundige Bureaus die zich richtten op het kind en het gezin waarin het opgroeide. Via onderzoek naar sociale, lichamelijke, psychologische en psychiatrische factoren, werd door een team van psychiater, psychiatrisch geschoold maatschappelijk werker en later kinderarts en psycholoog, gezocht naar oorzaken van het gestoorde gedrag van het kind. Op basis hiervan werd geadviseerd, en zo nodig behandeld door de psychiater en de maatschappelijk werker. Het splitsen van de diensten van de Consultatiebureaus in jeugd en volwassenen, leverde subsidie op. Om lid te kunnen worden van de Vereniging van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (en

hierdoor in aanmerking te komen voor subsidie) werd geëist dat het Consultatiebureau naast een psychiater ook een psychiatrisch geschoold sociaal werker in dienst had. Het bleek in die tijd moeilijk een geschikte sociaal werker te vinden. Veelal waren dit verpleegkundigen met onder andere een B-opleiding die daarna de opleiding voor maatschappelijk werk volgden. Dat er een groot gebrek was aan deze discipline, en later ook de B-nazorg zuster, had te maken met het feit dat arbeid voor gehuwde vrouwen (wettelijk voor ambtenaressen maar veel instellingen volgden deze wet) verboden was. Het waren bijna alleen ongehuwde vrouwen die in die functies in de extramurale tak van de geestelijke gezondheidszorg werkten. Naast de consultatiebureaus ontstonden Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Vooral door de ellende van de crisisjaren groeide het aantal echtscheidingen. De protestants-christelijke kerken die het gezin als hoeksteen van de samenleving zagen (en zien) boden 'morele en maatschappelijke hulp'. Verschillende disciplines (dominees, juristen, artsen) van protestant-christelijke huize hielden spreekuur op vrijwillige basis. Van geheel andere orde was volgens Kerkhoven (1996) de poging vanuit gereformeerde hoek om, met de Valeriuskliniek als 'uitvalsbasis', theologie en psychiatrie te integreren; de opbouw van een gereformeerde psychiatrie kwam echter niet goed van de grond.

In de intramurale instellingen ontwikkelde zich ook een en ander, zoals bijvoorbeeld de 'actieve verpleging'. In professionele kringen werd dit meestal 'arbeidstherapie' genoemd. In de jaren veertig van de vorige eeuw heette dit echter 'werkverschaffing' en werd in de weinige instituten die ons land 'rijk' was breed toegepast. Enerzijds

vanwege het gunstige effect op de patiënten anderzijds omdat het de inrichtingen in staat stelde in veel eigen behoeften te voorzien, minder personeel in dienst te nemen en de verpleegprijs zo laag mogelijk te houden (Vijsselaar 1984). Querido vond de benaming arbeidstherapie onterecht omdat er in beginsel geen sprake was van therapie, althans niet zoals gebruikt door Dr. Simon in Gutersloh (Westfalen). Schaarste en gebrek (in de psychiatrie nogal eens de aanzet tot vernieuwing of verandering) aan voedsel, waarvan vooral in Duitsland na de Eerste Wereldoorlog sprake was, noopten tot creativiteit. Landbouwgrond in Gutersloh moest ontgonnen worden en hiervoor werd de gestichtsbevolking ingezet. Naast gevulde magen was een ander effect waarneembaar. De patiënten werden rustiger, het harde werken was vermoeiend en maakte dat velen dankbaar van hun welverdiende nachtrust gebruik maakten. Gestoord gedrag, symptomen van geestelijke gestoordheid, verbleekte. 'Simon kwam tot de conclusie dat zich in de loop der jaren een gemeenschap had ontwikkeld, waarvan zowel patiënten als verplegenden en artsen leden waren. Deze gemeenschap was tot een zekere vorm van samenleving gekomen, gebaseerd op het niet te miskennen feit dat een ieder afhankelijk was van de arbeid en het gedrag van ieder ander. Iedereen droeg een stuk verantwoordelijkheid voor het welzijn van het geheel.(...) Iedere patiënt, iedere gek, droeg verantwoordelijkheid, het tegendeel van datgene wat men als essentieel gebrek van de geesteszieke meende te kunnen onderscheiden. Zeer terecht sprak Simon nooit over therapie. Hij pretendeerde niet, dat hij geesteszieken genas maar stelde dat onder juiste leiding en in het juiste milieu het gedrag van de geesteszieken zodanig vervormde, dat zij konden worden tot leden van een - zij het kunstmatige - maatschappij'

(Querido 1980:103,104). Aanvankelijk werd deze benaderingswijze in Nederland met weerstand en tegenzin ontvangen, de noodzaak was ook niet zo groot omdat er geen schaarste aan voedsel heerste. In Santpoort echter stond men hier wel positief tegenover. Vooral omdat de psychiatrische patiënt niet, zoals bij de bedverpleging, als 'zieke' ontslagen werd van iedere verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn doen of laten. Door het verantwoordelijkheidsgevoel van patiënten aan te spreken werd een beroep gedaan op het gezonde deel van de mens. 'De actievare therapie betekende geen breuk met het biologisch-natuurwetenschappelijke denken, maar een poging tot integratie van psychologische, pedagogische en sociologische ideeën binnen de psychiatrie' (Kerkhoven 1996).

Het waren volgens Querido (1980) voornamelijk de 'verplegenden' die de juiste sfeer wisten te scheppen en grote inzet toonden, om dit voor elkaar te krijgen. Een van de verplegenden Ad Geluk (1948) thans SPV, die in de jaren zestig en zeventig in een intramurale instelling werkte, heeft hier een andere mening over:

Na de LTS (typografie) ben ik de B-opleiding gaan doen (1965). Ik had een ongeluk met mijn hand gehad en moest wat anders zoeken. Ik wilde wel 'mensen helpen' en kwam toen in Vrederust in Bergen op Zoom, een protestants ouderwets en hiërarchisch instituut. Daarna ben ik de arbeidstherapieopleiding (1970) gaan volgen omdat het in die tijd de enige mogelijkheid was om écht iets met de patiënten te doen. Als verpleegkundige was je eigenlijk alleen maar aan het poetsen en schoonmaken, tafel dekken en mensen wassen. Daadwerkelijk een bijdrage leveren aan het bevorderen van het welzijn van de mensen was er niet bij. Er bestonden

toen nog verschillende ploegendiensten, waarin die patiënten werkten. Achter elkaar sjokten de patiënten naar hun werk. Met die opleiding hoopte ik dat ik leuke dingen met de patiënten zou kunnen maken en op die manier een bijdrage kon leveren aan het

welzijn. Ik heb vijftien jaar gewerkt als activiteitenbegeleider op een meubelmakerij, en vond dat erg leuk. In de jaren tachtig veranderde er een heleboel in de APZ-en en kreeg het behandelaanbod een ander karakter. Deze vorm van activiteiten hield toen op te bestaan.

De Tweede Wereldoorlog en het 'herstel'

Tijdens het interbellum groeide de intra- en extramurale voorzieningen voor mensen met psychiatrische en psychosociale problemen enorm. De Tweede Wereldoorlog heeft hier brutaal een eind aan gemaakt en veroorzaakte enorme ellende en verwarring. In de eerste plaats voor de Joodse gemeenschap in Nederland die door de Duitse bezettingsmacht werd geïsoleerd en uitgesloten van allerhande activiteiten. 'Een van de eerste maatregelen die de Centraal Israëlitische Kliniek (CIK) merkbaar trof, was dat de Vereniging eind 1940 gedwongen werd de namen van alle joodse bestuurs- en personeelsleden en patiënten op te geven aan het ministerie van justitie ten behoeve van de Sicherheitspolizei. De in 1941 volgende verordening dat joden geen lid meer mochten zijn van niet-commerciële verenigingen en stichtingen, betekende dat de CIK als lid moest uittreden uit diverse organisaties, zoals de Vereniging voor Krankzinnigengestichten, de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Nederlandse Bond voor de Kinderbescherming. Slechts enkele instanties protesteerden tegen deze maatregelen, zoals de Armenraad en de Provinciale Commissie voor de nazorg in Groningen' (Fuks-Mansfeld en Sunier 1997:101).

Beschamend genoeg was dit een tendens die op verschillende terreinen plaatsvond.

Zelfs de gemeenteraad van Amsterdam, de stad met een groot aantal Joodse inwoners, werkte gelaten en laconiek mee aan de uitstoting van de joden die bij de gemeente in dienst waren (Mak 1995). In het Apeldoornsche Bosch en andere joodse verpleeginrichtingen mocht vanaf 1942 alleen nog maar joods personeel werken. Aangezien men vanaf de oprichting al moeite had gehad om joods personeel te krijgen, leverde dit grote problemen op voor de continuïteit van de zorg. Alle hoofdverpleegsters, op één na, en bijna alle leden van de technische dienst waren niet-joods.

Het grootste probleem vormde de vervanging van niet-joodse artsen, elders ontslagen joodse artsen werden aangesteld.

Dr. A. Querido die inmiddels hoofd van de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst in Amsterdam was, moest daar vertrekken en werd als arts geplaatst in het Apeldoornsche Bosch. Alsof dit alles nog niet genoeg was werden personeel en patiënten in 1943 gedeporteerd. 'Op de ochtend van 21 januari 1943 maakte het personeel voor iedere patiënt een pakket met eten en ondergoed klaar, evenals voor het personeel dat te kennen had gegeven bij de patiënten te zullen blijven. Een oudere verpleger pleegde samen met zijn vrouw zelfmoord. Om 18.00 uur reden honderd gewapende SS-ers het terrein op. Aus der Funten, Gemmeker en enige andere SS-ers traden de directeurs-

kamer binnen, waar de artsen en de door hen gewaarschuwde Inspecteur Audier aanwezig waren. De protesterende Inspecteur werd onmiddellijk onder bedreiging weggestuurd. (...) De artsen Speijer en Querido moesten vervolgens met twee officieren alle afdelingen langs.

De patiënten werden op de zalen bijeengebracht en zonder toezicht van personeel opgesloten. Het personeel moest naar het hoofdgebouw en werd daar onder bewaking gesteld. Vrachtwagens kwamen aanrijden: alle 869 patiënten en 52 personeels-leden werden naar gereedstaande treinwagons gereden waar zij weggevoerd werden naar een onbekende bestemming. De achtergebleven personeelsleden werden naar Westerbork gebracht. Directeur Lobstein, dr. Querido en 34 administratieve en technische krachten werden 10 dagen later gedeporteerd naar Westerbork. Alleen dr. Querido en onderdirecteur Fuldauer (beiden gehuwd met niet-joodse vrouwen) overleefden de oorlog. Van de patiënten en personeelsleden is niemand teruggekeerd' (Fuks-Mansfeld en Sunier 1997: 107,108,109). De joodse bevolking die de oorlog wel overleefde kampt heden ten dage nog met de vreselijke ervaringen waaronder zij in deze periode hebben geleden (Silvester de Boer gaat hier later op in).

In de tweede plaats had de oorlog gevolgen voor patiënten en personeel van de psychiatrische ziekenhuizen vanwege de evacuatie. Gebouwen werden gevorderd voor gebruik door de Duitse bezettingsmacht. 'Zo werden de inrichtingen in Heilo, Santpoort, Bennebroek, Noordwijk, Noordwijkerhout en Loosduinen met evacuatie geconfronteerd. Vooral in 1942, 1943 en 1944 hadden zwerftochten van duizenden psychiatrische patiënten en zwakzinnigen plaats van het ene gesticht naar

het andere.' Patiënten en personeel werden verspreid over het gehele land. Een deel van de patiënten overleefde de oorlog niet: van de 'Santpoortenaren' in Den Dolder overleed veertig procent van de mannelijke en vierendertig procent van de vrouwelijke patiënten (Kerkhoven 1996). De oorlog heeft haar sporen nagelaten op individueel en maatschappelijk niveau. Op veel terreinen moest in ons land hard gewerkt worden om de gevolgen van die sporen te verlichten. Pogingen om de sporen van het persoonlijk leed uit te wissen, waren gedoemd te mislukken. De materiële schade was ook aanzienlijk, de psychiatrische ziekenhuizen moesten in de eerste naoorlogse jaren bijvoorbeeld al hun energie aanwenden om orde op zaken te stellen. Veel instellingen waren beschadigd of zodanig vernield dat herstel niet meer mogelijk was. Het brede kader van de geestelijke gezondheidszorg bezon zich op de toekomst. 'Na de bevrijding werden dr. A. Querido en dr. J. Kat tot adviseurs van de Nederlandse Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) benoemd vanwege hun lange ervaring met de vooroorlogse geestelijke gezondheidszorg. Beide experts kwamen na enige maanden ieder met een eigen voorstel tot wijziging van de Krankzinnigenwet van 1884, die in 1945 nog steeds van kracht was, zij het met latere aanvullingen. Deze wet had al geruime tijd niet meer aan de eisen van de praktijk voldaan' (Fuks-Mansfeld en Surier 1997). Querido had een medische- en sociaal-organisatorische eenheid voor ogen.

Tevens was hij van mening dat niet alleen de opname en behandeling in psychiatrische inrichtingen in de Krankzinnigenwet geregeld moest worden maar ook de voor- en nazorg. Alle vormen van behandeling en zorg moesten in zijn geheel in de geestelijke gezondheidszorg geïntegreerd worden.

Een doelmatige organisatie van alle afdelingen van de geestelijke gezondheidszorg, dus met het zwaartepunt op de voor- en nazorg, maar ook een nauwere samenwerking tussen de verschillende voorzieningen. Kat zag meer in een regionale aanpak; streekconsultatiebureaus met alle vormen van voor- en nazorg en nauwere samenwerking met de psychiatrische inrichtingen in de regio. Kat had deze ideeën reeds voor de oorlog in de joodse gezondheidszorg getracht te verwezenlijken en was daarin in zekere mate geslaagd. 'De vele verschillende confessionele organisaties vreesden echter een afbrokkeling van hun autonomie en iedere vereniging poogde zijn eigen werksfeer krampachtig te verdedigen tegen integratie en reorganisatie van overheidswege.' Deze houding zou lange tijd blijven bestaan want 'als mensen afkomstig uit verschillende (sub)culturen met elkaar te maken krijgen en tot gemeenschappelijke situatiedefinities moeten zien te komen, is een discussie over de waarde en de houdbaarheid van culturele concepties onvermijdelijk' (Tennekes 1995).

De gedachten en werkwijzen van sociaal psychiaters als Pameijer en Querido werden voortgezet, de cliënt en zijn sociale omgeving werd nog belangrijker. Die omgeving werd breed opgevat en bestond uit familie, sociale leefwereld, sociale mogelijkheden en politieke kleur. Maar ook normen en waarden in de maatschappij over ziek/gezond, gestoord/niet gestoord. Medische, psychologische en sociale benaderingswijzen kwamen samen om gedrag van mensen te kunnen verklaren en te beïnvloeden. Zowel het doel als de vormgeving van de toekomstige geestelijke hulpverlening waren onderwerp van discussie binnen de 'beweging voor geestelijke

hygiëne'. Deze beweging, die zich ontpopte als de belangrijkste pleitbezorgster voor de geestelijke volksgezondheid in Nederland, bestond niet meer alleen uit sociaal psychiaters. Inrichtingspsychiaters, pedagogen, criminologen en andere werkers binnen de psychiatrie hadden zich aangesloten. De beweging constateerde na 1945 met zorg dat het geestelijk leven in Nederland door de ontwrichtende werking van de oorlogsjaren op gezin, school en arbeid ernstig te lijden had gehad. Een voorbeeld van de maatschappelijke invloed, ontstaan door de Tweede Wereldoorlog, op de geestelijke gezondheid van de samenleving, werd beschreven in het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (MGV): 'Het gezin is verbroken en uit elkaar gerukt, de school is buiten functie gesteld, de arbeid is ontrederd, de omgangsvormen zijn verruwd, de moreel is op ontstellende wijze gezakt, de misdaad heeft overal de kop op gestoken en toont zonder schroom het schaamteloze gelaat. Kortom, het geestelijk leven in ons dierbaar vaderland is ernstig ziek en het is dringend nodig middelen te beramen die de geestelijke volksgezondheid op peil brengen.' *1)

Een middel hiertoe bleek de actie 'Gezinsherstel' en iets later in de tijd het in leven roepen van het ministerie van Cultuur Recreatie en Maatschappelijk Werk. Dit ministerie kreeg de gezinsverzorging, het bureau voor levens en gezinsmoeilijkheden en de medische opvoedkundige bureaus onder zich. Gezinsherstel werd uitgebreid met 'gezinspolitiek'. Vrouwen moesten een bijdrage leveren aan het industrialisatieproces door een spaarzaam huishouden te voeren. Zij moesten zorg dragen voor een goede en gezonde verzorging van de gezinsleden.

*1) Dit citaat is ontleend aan het boek van Cornelis, M. en M. Hinderink (1989) *Vrouwen in Nederland en de Verenigde Staten: De geschiedenis vanaf 1929*, Houten, Fibula, 1989: pagina 145. Helaas is de bron niet volledig weergegeven.

Bovendien moesten zij huiselijkheid creëren om uithuizigheid van man en jeugd tegen te gaan. De vrouw kreeg opnieuw of nog steeds, de centrale rol in het gezin. Tot welke problemen dit heeft geleid vinden we terug in beschrijvingen over socialisatie van vrouwen, een aspect waar met name in de vrouwenhulpverlening veel aandacht aan wordt besteed (Hogema en Van der Padt 1997).

In tegenstelling tot decennia hiervoor zien we nu een actieve bemoeienis van de staat waar het gaat om de geestelijke hygiëne van haar bevolking. Internationaal werd, vooral door de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog, ervoor gepleit om de geestelijke gezondheidszorg te gebruiken voor het 'opvoeden' van individuen tot vredelievende burgers om een nieuwe catastrofe in de toekomst te voorkomen. In Nederland zag men hierin vooral een taak voor extramurale voorzieningen; Sociaal Psychiatrische Diensten, de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en nieuw op te richten voorzieningen

voor geestelijke hygiëne in het bedrijf, zoals beroepskeuzebureaus en bureaus voor psychotechnisch onderzoek. Hierdoor kon de ambulante sector zich snel ontwikkelen. Het 'gekkenhuis' was en bleef bij het grote publiek, vooral een plek die gemeden moest worden. Dit leidde, naast de slechte omstandigheden zoals lange werkdagen (de bonden zetten zich niet in om kortere werkdagen voor het verpleegkundig personeel te verkrijgen), slechte betaling en beperking in de bewegingsvrijheid van inwonend personeel, tot personeelstekorten. De Psychiatrische Voorlichtingsdienst voor de algemene psychiatrische ziekenhuizen (1948) met zr. F. Meyboom als drijvende kracht, kon ondanks haar vele activiteiten om de vooroordelen bij het grote publiek weg te nemen, niet voorkomen dat er ernstige tekorten ontstonden. Ben Geurdes (1950) die vanaf 1979 werkzaam is in wat tegenwoordig GGZ Friesland heet, kan zich nog goed herinneren aan welke strenge regels leerling-verpleegkundigen gebonden waren die op het terrein woonden:



Ben Geurdes

Ik woonde in de Zaanstreek en kom uit een beschermd arbeiders milieu. Ik had nog niet veel meegemaakt. Het was voor mij niet vanzelfsprekend dat ik de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige zou gaan vol-

gen. Ik was toentertijd erg aan het zoeken naar het antwoord op de vraag: wat wil ik worden. Na de middelbare school, heb ik een beroepskeuze test gedaan en daar kwam uit dat ik wel de verpleging in kon.

Ik was er echter nog niet zeker van, maar het is wel grappig gegaan. Ik werkte namelijk op het belastingkantoor en een collega vroeg of ik de A of de psychiatrie wilde doen. Ik vond psychiatrie toen wel mooi klinken en dat heb ik gedaan. Ik denk dat het mijn nieuwsgierigheid naar andere mensen is geweest waarom ik deze opleiding ben gaan volgen, hoewel ik absoluut niet wist waar psychiatrie over ging toen ik er aan begon. Uiteindelijk is het wel goed gekomen. Er begon een nieuwe wereld en ik heb ervan genoten. Ik ging de opleiding in Veldwijk Ermelo (1969) doen en moest natuurlijk intern gaan wonen, dat hoorde er toen bij. Broeders en zusters apart de nieuwe wereld in. Ik kwam in aanraking met problemen die ik eigenlijk nog nooit had meegemaakt. Die nieuwsgierigheid moet je houden in dit werk want eenvoudig is het niet. Men was erg gelovig in het ziekenhuis ik moest bijvoorbeeld gebeden opzeggen. Dat was ik helemaal niet gewend als niet gelovige zijnde. Je moest verplichte kleding dragen, grijze broek, witte jas, een gebreide stropdas en elke dag gepoetste schoenen. De hoofdzuster controleerde of dat allemaal wel goed ging. Daar was je beducht voor als zuster Hoogendorp kwam. Voor een deel gingen de hervormingen en de sociale bewegingen als de

antipsychiatrie onze instelling voorbij.

We hadden wel een personeelsrestaurant de Heerd en daar hadden we tot diep in de avond feesten met dans en weinig licht. Wel was het zo dat mannen en vrouwen nog strikt gescheiden werden. Veldwachters fietsten 's avonds rond om te controleren of we alles wel netjes gescheiden hielden. In de wereld was er een heleboel aan de hand maar Veldwijk was een afgeschermd club. We hadden een grote groep chronici waar nauwelijks iets mee gebeurde. Alle aandacht ging vooral naar de behandeling van de nieuwe patiënten. Op de chronische afdeling kwam het 'groepsverplegen' op.

Het was de tijd dat men had ontdekt dat als je gediplomeerden wilde binden aan de organisatie dan moest je ze iets bieden, anders gingen ze weg. Het kwam wat meer in opkomst om met groepen te gaan werken en daarvoor kon je dan intern een opleiding van een jaar krijgen. Eens in de twee drie weken kwam een docent ons vertellen hoe je met groepen kon werken. Spelletjes, oefeningen en iets over groeps gesprekken.

Ik vond dat wel leuk om te doen. Het werk werd hierdoor iets anders. Het was natuurlijk wel wennen voor de patiënten die moesten zelf iets bedenken en dat hadden ze nooit eerder mogen doen.'

Nieuwe middelen en methoden, grote mogelijkheden

De introductie van de psychofarmaca - begin jaren vijftig - luidde een geheel nieuw tijdperk in voor zowel patiënten als personeel. De onrust verdween (voor een groot deel) van de afdeling. De indeling van sommige afdelingen in instituten bleef tot in de jaren zeventig op de oude leest geschoeid. Somatische kuren raakten (tijdelijk) achterhaald, de Electro Convulsie Therapie bijvoorbeeld is weer terug in het arsenaal van behandelmogelijkheden. Bepaalde vormen van dwang werden afgeschaft, of misschien moeten we zeggen vervangen door anderen, vele patiënten noemen de psychofarmaca ook wel de chemische dwangbuis. In de omgang met patiënten was, zoals Ben Geurdes ook al opmerkte veel meer mogelijk. Er ontstonden verschillende therapievormen: 'socio-, gemeenschaps- of milieutherapie' en hierdoor kwam het accent meer op begeleiding in plaats van op bewaring te liggen. 'De term sociotherapie impliceerde dat men meer dan voorheen waarde hechtte aan de geesteszieke als sociaal wezen en aan diens relatie met de omgeving; de invloed van de meer psychologische en sociologisch georiënteerde stromingen binnen het vakgebied is hier evident' (Kerkhoven 1996). Verpleegkundigen hadden een belangrijke taak gekregen om bij te dragen aan het leefmilieu van patiënten. Daarmee werd vooral de onderlinge interactie bedoeld en niet de zorg voor een hygiënische omgeving in de zin van schone vloeren et cetera. Dit ging natuurlijk niet zonder slag of stoot. Zowel patiënten als personeel moesten een andere rol aannemen. Er waren wel verpleegkundigen die zich soms vergisten. John Getkate (1940) vanaf 1975 werkzaam als SPV in de Groningse AGGZ (volwassenen), was naar het oordeel van de psychiater in de

jaren zestig te praktisch ingesteld:

Het was niet zo vanzelfsprekend dat ik de verpleging in zou gaan. Een buurman van mij werkte bij het ziekenvervoer van het Rode Kruis. Die vervoerden nogal eens patiënten naar het psychiatrisch ziekenhuis, ik was negentien in die tijd. Ik had even in het jeugdwerk gezeten maar was nog erg zoekende. Hij zei toen: 'waarom ga je de verpleging niet in?' Ik heb toen een open sollicitatiebrief geschreven naar Brinkgreven (Deventer), daar kon ik toen komen voor de opleiding (1960). Psychiatrie was toen zeker verpleging, maar het sprak me meer aan dan de A omdat je meer moest praten. Toen ik begon liepen we nog in een wit jasje, maar het volgende jaar werd dat al afgezworen. We mochten ook geen huishoudelijk werk meer doen, ik heb een berisping gekregen van een psychiater omdat ik even snel de toiletten aan het dweilen was. 'Daar hebben we huisknechten voor', zei hij. Wij waren er voor de begeleiding, verpleegkundige was je niet meer zoals bij aanvang van mijn opleiding.

De exclusieve natuurwetenschappelijke benadering in de psychiatrische inrichtingen begon minder dominant te worden.

De geesteswetenschappelijke benadering kreeg op veel terreinen meer aandacht en drong steeds verder door in de intramurale instellingen. Dat gold ook voor de invloed van de sociale psychiatrie met haar aandacht voor omgevingsfactoren die invloed uitoefenen op het uitbreken, beloop, en in stand houden van zenuw- en geesteszieken. De psychologie als wetenschap won terrein evenals de behandelmethoden die psychologen meebrachten naar de verschillende

werkvelden, waaronder de intramurale psychiatrie. Het corps de clinique kreeg er een wetenschappelijk opgeleide collega bij. De eerder genoemde actievare therapie werd in de instelling uitgebouwd met andere vaktherapeuten (creatief-, psychomotorisch-, bewegings- en ergotherapeut) ook wel de ABC-therapeuten genoemd (Hutschemaekers en Neijmeijer 1998). Nu ook in de psychiatrische inrichting meer mogelijkheden tot behandeling kwamen en er dus niet alleen meer sprake was van een asielfunctie, be- raadde men zich op nieuwe ontwikkelingen. Om hier nog uitdrukkelijker gestalte aan te kunnen geven werden midden jaren zestig de eerste poliklinieken geopend. Enerzijds had dit mogelijk te maken met het imago van bewaarinrichting waar men nu wel eens van af wilde. Anderzijds was er ook duidelijk behoefte aan meer ambulante begeleiding. De grotere ontslagmogelijkheid van patiënten bracht met zich mee dat zij meer en langer ambulante begeleiding, maatschappelijke zorg of behandeling nodig hadden. Vanouds de taak van de Sociaal Psychiatrische Diensten die door personeelstekorten, en onduidelijke afspraken, soms tevergeefs werden inge-

schakeld. Aan het begin van de jaren vijftig gingen de consultatiebureaus en de voor- en nazorg diensten op in de SPD's. De verpleegkundige die meeging met deze verhuizingen kreeg tal van verschillende benamingen: voor- en nazorg zuster, de sociaal-psychiatrisch zuster, de zuster-maatschappelijk werkster en tenslotte de verpleegkundige voor sociaal-psychiatrisch werk. Zij 'hielp' de psychiater als hij zijn diagnose had gesteld en de benodigde medicatie had voorgeschreven. Tevens maakte zij een gezinsbeschrijving, bracht de voorgeschiedenis in kaart met speciale aandacht voor familiale belasting en sociale omstandigheden, regelde een uitkering of zocht naar aangepast werk. De doelgroep bestond uit mensen die ernstig gehandicapt waren door hun psychiatrische ziekte 'de grande psychiatrie'. Aad Duijn (1922) die van 1958 tot 1985 als SPV in Den Haag heeft gewerkt, vertelde hoe creatief men moest omgaan met de verzuiling om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen. Onduidelijkheid over eikaars werkwijze (intramuraal en extramuraal) werd 'opgelost' door samen op pad te gaan:



SPV- en van de jeugd- en volwassen-afdeling in Den Haag in overleg, over het probleem van de kinderen van moeders die opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis. 1961

We hadden contact met de eigen Stichting (Katholieke St. GGZ, 's Gravenhage) maar voor het merendeel van de tijd trokken wij

op met werkenden bij de Sociale Psychiatrie van de GGD. Wij hadden om de zoveel tijd vergadering, altijd op een maandag, en dan

kwamen de respectievelijke dingen aan de orde. Het kwam vaak voor dat de mensen van het MOB en het LGV in hun spreekuur te maken hadden met mensen die veel meer bij de SPD thuishoorden. Daarover was dan overleg met elkaar. Ik ben als eerste roomse SPV in 1958 begonnen in Den Haag. Op enig moment in die tijd was het zo, dat de geneeskundige diensten van de grote steden niet meer in de gelegenheid waren om uitbreiding van hun diensten te krijgen. Er werd, ik vond dat gewoon slim, uitgeweken naar de zuilen met de MOB's en de bureaus LGV. Op die manier kwam er toch uitbreiding van de SPD's omdat allen in huis waren bij de GGD's. Daar hebben we ontzettend veel moeite voor moeten doen om uitbreiding te krijgen. Het was een heel gewone zaak dat je een caseload had van 150 patiënten. Elke dag hielden we spreekuur en moesten we op huisbezoek en naar de klinieken. Soms nam je medewerkers uit de kliniek mee op huisbezoek om ze te laten zien hoe het werk er bij ons aan toe ging. Dan stonden ze wel te kijken van wat ze daar aantroffen. Ik liet ze natuurlijk ook geen kennis maken met de makkelijkste situaties. Op die manier zagen ze dan dat een opname soms sneller tot stand moest komen, of een ontslag nog even uitgesteld.

De relatieve groei die de extramurale zorg na de Tweede Wereldoorlog onderging, is onderzocht en beschreven door Van der Grinten (1987). Zijn zorgvuldig opgezette onderzoek geeft weer hoe de situatie in Nederland van 1940 tot 1952 was georganiseerd en uiteindelijk leidde tot de Riaggingvorming. Anno 1999 is dit in veel delen van Nederland al weer een onderdeel van het recente verleden. Juist daarom is een korte blik in die keuken van destijds zinvol, vooral als de geïnterviewde SPV-en over een en ander kunnen meepraten.

In 1964 werd de door het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg de eerste aanzet gegeven tot een organisatievorm van ambulante voorzieningen. Eerder al hadden Querido en Kat pogingen hiertoe ondernomen, evenals J.H. Pameyer (adviseur van de Provinciale Commissie en inspecteur voor het krankzinnigenwezen) die in Zuid-Holland tot een provinciale dienst probeerde te komen. Dit lukt niet want, zoals de zojuist aangehaalde Aad Duijn liet weten, de verzuiling speelde daar een grote rol. Er waren 5 districtsdiensten en 3 gemeentelijke diensten (Leiden, Den Haag en Rotterdam).

De GG en GD in Den Haag had ongeveer dezelfde taken als in Amsterdam. Zij het dat de jeugdpsychiatrische dienst pas na 1950 door de komst van N. Speyer van de grond kwam. Mevrouw R.J.B. (Reina) Glas (1924) kwam acht jaar nadat de JPD was gevormd in het Haagse werken. Veel huidige SPV-en zullen haar ongetwijfeld kennen daar zij nog steeds een trouw bezoeker is van de ledenvergadering van de NVSPV (in het Bulletin nummer 21 in 1987 wordt vermeld dat mevrouw Glas Koninklijk werd onderscheiden). In de al eerder genoemde periode van ernstige tekorten in de verpleging werd in de Libelle reclame gemaakt voor de verpleging. Het was een poging om jonge meisjes zover te krijgen dat zij het beroep van verpleegkundige zouden kiezen. Nadat Reina Glas dit artikel had gelezen (1942), dat nog steeds aan de binnenkant van haar kastdeur in Emmen hangt, besloot zij de verpleging in te gaan. Iets dat zelfs in die tijd bijzonder was als je Gymnasium A had gedaan. Na de verschillende opleidingen A, kraam, wijk, B, kinderaantekening en B-nazorg, die de meeste ongehuwde vrouwen in die periode volgden, kwam zij in 1958 in Den Haag terecht waar zij 28 jaar heeft gewerkt:



Mevrouw R.J.B. Glas

De stage voor de B-nazorg heb ik bij de GG en GD in Den Haag gedaan, daar ben ik later ook in dienst gekomen. Dat was in de jeugdpsychiatrie en die baan die lag al vast toen ik stage liep. Ze hadden me graag voor de zwakzinnigenzorg willen hebben (SPZ) omdat ik zelf een diep geestelijk gehandicapte broer had. In die zin was ik erg vertrouwd met die doelgroep. Dat lokte me toen niet zo, de jeugdpsychiatrie sprak me veel meer aan. In de B-nazorg werd de jeugdpsychiatrie maar heel summier behandeld. Gelukkig had ik via de kraam-, kinder- en wijkaan-tekening al een heleboel gehad. De A-opleiding vond ik trouwens ook wel belangrijk. Ik ben het er niet zo mee eens dat die voorwaarde toen is losgelaten.

Vroeger was je echt het hulpje van de psychiater en de psycholoog. Zij deden het onderzoek en wij moesten thuis kijken of de adviezen die zij gaven wel opgevolgd werden. We maakten sociale rapporten en deden begeleidingen. Ook moesten we achter de NVZB'tjes aan, 'Niet Verschenen Zonder Bericht' betekende dat. De mensen die niet op de afspraak verschenen waren moesten wij benaderen. Verder deed ik ook veel begeleidingen vanuit de Lom-scholen, dat was een belangrijk onderdeel van het werk. Daar was je erg druk mee want je had tot taak om keuringen te verrichten en daar

rapporten van op te stellen. In die sociale rapporten moest heel veel beschreven worden: de zwangerschap van de moeder, het verloop van de geboorte en de ontwikkeling van baby tot peuter. De schoolontwikkeling hoe hun gedrag was, of er nerveuze ontwikkelingen waren. Je nam ook een anamnese af bij de ouders, hoe zij opgegroeid waren, hoe hun ontwikkeling was verlopen. Wat de sociale afkomst was, of er psychiatrische stoornissen in de familie voorkwamen. We gaven een beschrijving van de omstandigheden, de inrichting en verzorging van het huis. Naar aanleiding van een rapport had je stafbesprekingen, dan werd ook besloten welke kinderen begeleiding moesten hebben. Ik bemiddelde veel om kinderen aan activiteiten te laten deelnemen zoals club- en buurthuizen.

We waren ook verantwoordelijk voor de uithuisplaatsingen. Dat was ontzettend arbeidsintensief vanwege de rapporten maar ook omdat we naar de internaten gingen om besprekingen bij te wonen. Die internaten waren in het hele land gevestigd, Harreveld en Borculo daar was je dan een hele dag mee zoet. Later kregen we de Boddaerthuizen, die voorziening werd vaak gebruikt als overgangsmaatregel voor een uithuisplaatsing. Daarnaast was je betrokken bij de gezinsvoogdij, ik had kinderen

waar ik gezinsvoogdes van was. Dat was op een andere manier intensief omdat je een band met die kinderen moest krijgen en op je vrije dag leuke dingen met hen moest ondernemen om invulling aan die taak te geven. Dan ging ik een dagje naar Blijdorp, ik had namelijk verschillende voogdij kinderen in Rotterdam. Dat hoorde ook bij het werk. Verder had ik met kampen voor bijzonder jeugdwerk te maken (dat ging uit van het ministerie wat nu VWS heet), de B.J. internaten waar jongens een vakopleiding kregen, medische kinderdagverblijven en vakantie-kolonies.

Ik werkte veel samen met de onderwijs-begeleidingsdienst, de kinderrechtter, de schoolartsendiensten. We hebben een tijd lang rapporten gemaakt voor de keuring van de imbecielen en debielen school, dat is later een aparte dienst geworden. Verder hadden we contact met ambtenaren van de leerplichtwet. Meestal gingen die eerst zelf naar de gezinnen en als ze er niet uitkwamen dan richtten ze zich tot ons. In de gezinnen had ik meestal contact met moeders, die gaf ik opvoedingsadviezen.

Later in de Riagg jaren had ik vooral contact met tienermeisjes die kwamen bij mij op het bureau, met sommige heb ik nog wel schriftelijk en telefonisch contact en een enkele zie ik nog wel eens. Ze hadden diverse problemen, waren weggelopen vonden onderdak en moesten dan weer weg. Je moest dus ook hier weer bemiddelend optreden om onderdak, uitkering of werk te zoeken. In mijn laatste jaren kreeg ik veel te maken met incestslachtoffers. Er zaten ook wel zwervertjes bij. Opsporen van biologische ouders. Het werk bestond vooral uit het regelen van praktische zaken. Zo waren er ook ouders die de boel kort en klein sloegen en dan moest je weer huisraad bij elkaar zien te krijgen. Je had ook wel therapeutische

gesprekken maar minder dan dat je nu ziet, dat deden de psychiaters en psychologen. Wij waren daar niet zo in opgeleid zoals nu. Een combinatie van beide vind ik wel goed maar om alleen maar therapeutisch te werken, nee dan moet je toch een andere opleiding volgen. Ik denk dat mensen toch behoefte hebben aan praktische hulp.

Zo heb ik een keer moeder gehad met twee kinderen die bedreigd werd door haar man, ze wilde van hem af maar wist niet hoe dat moest. Toen heb ik de school gewaarschuwd dat ik de kinderen kwam halen en heb hen naar een Blijf van Mijn Lijf huis in Haarlem gebracht. Ondertussen had ik de Sociale Dienst gebeld omdat ik wist dat die man daar was, om te vragen of ze hem daar wat konden ophouden zodat ik de kinderen en moeder veilig kon wegbrengen. De opleiding was er ook op gericht om dit soort werk te doen. Bij het eindexamen voor de B-nazorg kreeg je bijvoorbeeld een casus zoals ik net beschreef en dan moest je beschrijven wat je allemaal moest doen. Ik heb het vak 28 jaar uitgeoefend en ik heb er nooit spijt van gehad dat ik voor de jeugd heb gekozen.

De regio Zuid-Holland met Den Haag en Rotterdam als belangrijke steden, werd al eerder genoemd. De nazorg werd in Rotterdam tot 1951 geregeld door de buitendienst van Maasoord en stond onder leiding van Pameijer. Daarna werd deze taak overgenomen door de afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne van de GG en GD van Rotterdam, onder leiding van S. Speyer. In Zeeland werd de voor- en nazorg aanvankelijk geregeld door het psychiatrisch ziekenhuis in Bergen op Zoom. Vanaf 1951 werd dit voortgezet door het Groene Kruis (algemeen). Limburg en Brabant verkeerden nagenoeg in dezelfde positie, het accent lag vooral op de nazorg. In Brabant was de zorg

al vanaf 1936 in handen van psychiatrisch ziekenhuis Voorburg en na de Tweede Wereldoorlog nam het Wit-Gele Kruis (katholiek) deze taak over. De dienst was beperkt, een psychiater bemande alle spreekuren die hier voor enkele uren per week was vrijgesteld, later werden psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen aan de dienst toegevoegd. In tegenstelling tot andere provincies was in Brabant al voor de oorlog sprake van een grote groep patiënten (vooral kinderen) die in 'voorzorg' waren.

In 1969 waren er 13 B-nazorg verpleegkundigen in dienst, waarvan er zeven voor de psychiatrie werkten en zes voor de SGHB (geestelijk gehandicaptenzorg) er was echter behoefte aan 21 verpleegkundigen. Van de geïnterviewden heeft Jopie de Koning (1935) als SPV in Brabant in de ambulante GGZ gewerkt (1965-1995) waarvan de laatste jaren bij de Riagg Breda. Omdat de behoefte aan B-nazorg zusters zo groot was hoefde zij niet te solliciteren 'want ze werd gevraagd'.



Mevrouw J. de Koning met dr. Bijl tijdelijk in 't kasteel. Wat was het koud, maar de tuin... schitterend (1982)

Ik heb bij de provinciale stichting van het wit-gele kruis in Brabant heerlijk gewerkt met psychiater L. Bijl. Er was een afdeling geestelijke volksgezondheid, maar dat hield in wezen niets in. Ik heb wel eens tegen de directeur gezegd: 'het wit-gele kruis is moeder en kind, en de geestelijke volksgezondheid hebben jullie noodgedwongen binnen moeten halen omdat het bij jullie taak

hoorde. Maar wij zitten op het armenbankje en als de deur openstaat en het waait, dan waaïen we naar buiten'. Het beetje geld dat er kwam voor de GGZ werd ook nog gebruikt voor het SGHB. Moeder en kind zorg, de geestelijke hygiëne ging altijd voor alles, dat was het paradepaardje, ook het MOB en het LGV waren veel beter bedeed. Voor ons bleef er nauwelijks iets over, wij gingen toch

maar achter mensen aan die al gek waren. Toen ik begon kreeg ik een adres en een veter waar sleutels aan hingen en de mededeling: 'u krijgt een secretaresse voor 4 uur per week en die woont daar...' Ik moest zelf contact opnemen met de psychiater om af te spreken wanneer we spreekuur zouden doen. Het kantoor was een hokje van een paar meter, er waren planken op een paar stenen gelegd, er stond een stoel en een bureau en dat was het. Het district was erg uitgestrekt en ik moest alles alleen doen. Ik had gelukkig zelf een auto anders had ik dat nooit gered. Dhr. Leijten, hoofd van de afdeling GGZ, klaagde altijd over het feit dat er onkostenvergoeding voor de auto betaald moest worden. Ik heb toen een keer een dag gebruik gemaakt van het openbaar vervoer om aan te tonen dat ik die auto gewoon nodig had voor het werk, ik had zegge en schrijven 2 patiënten gezien die dag. Dat heb ik hem toen ook laten weten en toen hield hij erover op. We verdienden niet veel, ik heb me op een gegeven moment actief ingezet om een betere beloning te krijgen. Ik geloof dat ik in die tijd 365 gulden per maand verdiende. Men vond dat niet nodig omdat we toch allemaal alleenstaande vrouwen waren, maar we hebben het wel voor elkaar gekregen.

In Overijssel was ook sprake van een aanbod gebaseerd op kerkelijke grondslag, de provinciale kruisverenigingen speelden een belangrijke rol bij het aanbieden van extra-murale zorg. Het katholieke Wit-Gele Kruis organiseerde spreekuren in de consultatiebureau's en de protestantse inrichtingen deden dit via de buitendienst. In 1951 werd de Centrale Dienst voor de Geestelijke Volksgezondheid in Overijssel opgericht onder leiding van psychiater J. Ferguson. Het Groene Kruis (algemeen), Wit-Gele kruis

(katholiek) en het Oranje-Groene Kruis (protestant) namen onder andere deel aan deze dienst. Elke dienst leverde een verpleegster, dr. Ferguson werd zenuwarts spreekuurhouder behalve voor het Wit-Gele Kruis, zij hadden hun eigen psychiater die spreekuur hield. De nadruk lag sterk op nazorg.

'Naarmate de diensten grotere bekendheid kregen nam het aantal consulten toe. Men ging, voor zover de bezetting dit toeliet, differentiëren naar zorgvraag, doelgroep en gezindte. Dit laatste was in sommige gevallen nogal lastig. De verzuiling in ons land betekende dat, hoe ernstig een patiënt er ook aan toe was, hij of zij alleen opgenomen kon worden in een inrichting van hetzelfde geloof. Voor de verzorging diensten betekende dat een nog grotere druk op de vaak slecht bezette diensten. Hoe belangrijk men het werk ook vond, ideologisch maar vooral economisch, de bezetting bleef lange tijd een groot probleem. De SPV-en moesten hun werk klaren met een gering aantal uren en enorm veel cliënten, 300 was gangbaar' (Bakker e.a. 1994). Nel Boersma (1936) heeft van 1968 tot 1996 in Almelo gewerkt als SPV en zij kan zich de gevolgen van de verzuiling nog wel herinneren:

In het begin was het werk heel erg breed, niet zoals nu dat alles gescheiden is. Je had een gedeelte jeugd, zwakzinnigenzorg, begeleiding, acute psychiatrie, opname beoordelingen en de bejaarden. Verder was het natuurlijk ook nog opgedeeld omdat de Kruisverenigingen van verschillende gezindten waren. Je werd dus aangenomen door zo'n kruisvereniging en uitgeleend aan de Stichting. Dat betekende dat je een bepaalde categorie mensen kreeg die bij die kruisvereniging hoorde. Dat hebben we snel doorbroken, want dat was niet erg efficiënt. We werkten bijvoorbeeld met zijn drieën in

een bepaalde regio. We hadden een groot werkgebied, Hardenberg, Dedemsvaart en nog meer. Het kwam dan wel eens voor dat we met zijn drieën in een straat stonden. We hebben dat toen zelf opgesplitst in werkgebieden. Daar vroegen we geen toestemming voor, dat deden we gewoon. De directeur vond het wel goed, die was zelf ook bezig met ontzuiling dus dat kwam hem wel goed uit. Het was gewoon pragmatischer, we hadden veel minder reistijd. We deden alles met de auto, die moest je wel zelf aanschaffen. Je kreeg wel een hele ruime auto- en telefoonvergoeding, dat was toen allemaal een stuk beter. Je had natuurlijk geen eigen kamer en je moest veel vanuit je eigen huis regelen. Administratie nam je ook mee naar huis om dat daar te doen.

In Gelderland waren de drie levensbeschouwelijke stromingen actief, men was echter al vroeg (1938) gestart met samenwerking via de Provinciale Gelderse Commissie. Begin jaren veertig werden op tal van plekken spreekuren gehouden voor volwassenen en kinderen, zij het niet zo frequent (1x per 2 weken of per maand). De artsen deden de spreekuren naast andere taken. De drie districtsverpleegsters moesten de hele provincie bedienen in verband met de verschillende gezindten van hun klanten. In 1969 bleek dat de dienst was uitgegroeid tot 16 B-nazorg verpleegkundigen, maar met een caseload variërend van 70 tot 250 wenste men dit aantal uit te breiden tot 36. In Groningen, Friesland en Drente speelde de verzuiling nagenoeg geen rol van betekenis. In Groningen bestond er tot 1940 een buitendienst van de psychiatrische inrichting Licht en Kracht in Assen. Hierna werd door Gedeputeerde Staten de Provinciale Groninger Commissie van Samenwerking inzake de Voor- en Nazorg voor Geestelijk Hulpbeho-

venden ingesteld. Spoedig was er sprake van een overheidsdienst, medewerkers waren ambtenaren, er was een eigen psychiatrische staf en werkzaamheden werden naar leeftijdsgroep verdeeld (jeugd en volwassenen). Het werk van de Psychiatrische Diensten veranderde in de loop der jaren sterk van nazorg (275 inschrijvingen per jaar) naar voorzorg (1230 in 1952). Friesland kende reeds een voor- en nazorgdienst (Franeker) waarbij het accent vooral op de nazorg lag. In 1953, na langdurige discussies tussen de Psychiatrische Inrichting Franeker, het Friesche Patronaat en het provinciaal bestuur, kwam een provinciale sociaal psychiatrische dienst tot stand: Stichting Het Friesche patronaat, Sociaal Psychiatrische Dienst voor Friesland. Nazorg werd in Drente verleend door verschillende buitendiensten van psychiatrische ziekenhuizen. Vanaf 1947 ontstond een aparte provinciale voor- en nazorgdienst met een beperkt aantal uren en nadat er uitbreiding kwam werd het accent ook meer gelegd op voorzorg. In 1969 waren zeven verpleegkundigen in dienst die in het bezit waren van het B-nazorg diploma en voor de hoeveelheid werk die men had was twaalf eigenlijk noodzakelijk (de gemiddelde caseload bedroeg 210). De provincie Utrecht beschikte over een goed verzorgde buitendienst van de Willem Arntsz Stichting. De verantwoordelijke psychiater voor de buitendienst was tevens aangesteld als ambtenaar van de GG en GD. In die hoedanigheid onderhield hij contacten met de verschillende inrichtingen en de voor- en nazorgbureaus. Deze constructie leidde ertoe dat, in tegenstelling tot de eerder genoemde provincies, het accent in de provincie Utrecht bleef liggen op de nazorg. Daarnaast hield men toezicht op psychiatrische patiënten in gezinsverpleging en op geestelijk onvolwaardige veroor-

deelden. Later volgden de voor- en nazorg diensten van de protestantse en rooms-katholieke gezindten. In 1969 waren 16 verpleegkundigen B-nazorg in dienst met een gemiddelde caseload van 200-400 cliënten, desondanks wenste men slechts een uitbreiding van zeven SPV-en.

Noord-Holland, min of meer de bakermat van de sociale psychiatrie was opgedeeld in drie gebieden; Amsterdam, Haarlem en de rest van Noord-Holland. Voor dit laatste gebied werd in 1939 de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid opgericht. Na de oorlog fuseerde men met de medische Opvoedkundige Bureaus en de bureaus voor school en beroepskeuze. Het aantal werknemers van de Stichting groeide in de jaren na de oorlog gestaag. Het aantal spreekuren hield hiermee gelijke tred. In 1949 vond de eerste reorganisatie plaats. Doel was om effectiever te werken, hiervoor werd een acute dienst ingesteld. Men had hiermee voor ogen dat er preventiever gewerkt kon worden, hoe eerder men werd ingeschakeld, des te erger kon men in sommige gevallen voorkomen. Volgens Van der Grinten (1987) bleek de praktijk weerbarstiger dan de psychiaters wenselijk achtten. De diensten werden òf gepasseerd door potentiële verwijzers, òf pas dan ingeschakeld als men geen raad meer wist met de patiënten. Na het geven van voorlichting over de diensten verwees men meer, en eerder door. Daarna namen de activiteiten op het gebied van de voorzorg toe zoals ook in de meeste andere provincies gebeurde. 'De afdeling Geestes- en Zenuwzieken had zich al voor de oorlog, onder leiding van A. Querido, een machtige en gezaghebbende positie in Amsterdam verworven. De voorbereiding van het ontslag uit de inrichting, de opname controle, de acute psychiatrie, de psychiatrische keurin-

gen, de sociaal-psychiatrische advisering, de spreekuren en huisbezoeken hadden te zamen met de nazorg van oud-leerlingen van het Buitengewoon Lager Onderwijs door de opzet en de uitgebreide staf van psychiaters en psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen en maatschappelijk werkers een professioneel niveau bereikt, waar andere diensten in het land niet aan konden tippen' (Van der Grinten 1987:31). Naast de GG en GD was de nazorgdienst van de Valeriuskliniek actief in Amsterdam evenals het Joods consultatiebureau en de Hervormde Stichting onder leiding van S.J.P. Dercksen. Begin 1953 werkten in totaal 21 psychiaters vast bij de Consultatiebureaus, 37 psychiaters voor enkele dagen per maand en 64 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en/of maatschappelijk werkenden in volledig dienstverband waarvan 21 in Noord-Holland en 17 in Zuid-Holland (Van der Grinten 1987). In 1969 werkten in Noord-Holland 69½ verpleegkundigen B-nazorg met een gemiddelde caseload van 70 tot 400 patiënten. Zoals al is gezegd werd de overheidsbemoeienis met betrekking tot de GGz na de Tweede Wereldoorlog groter. In de jaren tachtig leidde dit uiteindelijk tot een grootscheepse reorganisatie; de Riaggvorming. Niet alleen de overheid wilde haar stem laten horen als het ging om de inhoud en structuur van het hulpverleningsaanbod in de GGz, in de jaren zestig en zeventig stonden grote delen van de wereld in het teken van protest, vernieuwing en de opkomst van sociale bewegingen zoals we die ook zagen aan het einde van de vorige eeuw. Emancipatie van groepen mensen (vrouwen, homo's, studenten, psychiatrische patiënten) was voor velen een belangrijke drijfveer om de barricaden op te gaan. Deze maatschappelijke bewegingen zijn niet onopgemerkt gebleven en hebben tot behoorlijk wat veranderingen geleid.

Emancipatie en anti-psichiatrie

In de stroom van bewegingen die zo kenmerkend was voor de jaren zestig en zeventig, moet de beweging van de anti-psichiatrie worden geplaatst. Psychiatrische patiënten hadden weinig tot niets in te brengen over hun behandeling of het klimaat en de regels op verblijfsafdelingen. In die zin is de anti-psichiatrie als beweging, te scharen onder emancipatiebewegingen: 'Groepen mensen die tot een minderheid behoren (vrouwen vormen hierop een uitzondering), geen macht bezitten, een marginale positie innemen en worden gediscrimineerd kunnen zich verenigen en met elkaar streven naar gelijkberechtiging. Emancipatiebewegingen ontstaan door gevoelens van onbehagen en komen voort uit de 'ervaring van ondergeschiktheid' (Verwey-Jonker 1983). Het tijdperk van de anti-psichiatrie heeft veel mensen kunnen verleiden om zich kritisch uit te laten over de gevolgen van de gangbare aanpak van psychiatrische problemen: 'De psychiatrie is een keizer die naakt in zijn nieuwe kleren staat. Zeventig jaar lang heeft hij ervoor gewerkt en er naar gestreefd om keizer te worden, een volwaardig lid van de familie der andere medische specialismen. En nu staat hij daar, schitterend in zijn mooie kleren. Maar hij heeft geen kleren aan; en, erger nog, niemand heeft hem dit verteld. Een keizer zeggen dat hij geen kleren aan heeft is nooit als de beste manier voorgestaan om vrienden te maken. Maar het alternatief is net zo pijnlijk, want dan moet je meedoen aan het algemene waan-idee, ieder van ons moet zijn eigen weg uit dit dilemma kiezen.' (Fuller Torrey 1974:5). Wie anders dan de patiënten zelf konden laten horen dat zij wel degelijk zagen dat de keizer geen kleren droeg, of soms een enkel slipje of hemd aan had. Maar ook dat er kei-

zers waren met prachtige gewaden en dat degenen die dat zagen en hardop zeiden, geen last hadden van waanideeën. En als dat wel het geval was, dat dit dan misschien 'zo gek nog niet was'. In 1964 werd daarom Pandora opgericht om het grote publiek te doordringen van de boodschap dat geestesziekte niet ongeneeslijk, niet gevaarlijk en niet schandelijk was. Pandora organiseerde daartoe excursies voor middelbare scholieren naar psychiatrische inrichtingen en bracht affiches, brochures en een voorlichtingsfilm uit. Later, in 1970, startte men met voorlichtingscampagne door ex-psihiatrische patiënten, in feite de eerste keer dat patiënten dit zelf ter hand namen (Kerkhoven 1996). De 'naakte keizer' werd het onderwerp van een publiek debat. Zowel van binnenuit (medewerkers, patiënten en hun familie) als vanuit de samenleving kwam de zorg voor psychiatrische patiënten ter discussie te staan. Die zorg, zoals blijkt uit de beschrijvingen, was sinds de jaren vijftig echter voortdurend aan veranderingen onderhevig. De verschijning van het boek *Asylums* van Goffman (1961) was de eerste aanzet tot een kritische beweging die later zou uitgroeien tot de 'antipsychiatrie'. De onmondigheid, de afhankelijkheid en het hospitaliserende effect door het belang dat werd gehecht aan regels, gebrek aan inspraak in de behandeling alsmede de rechtspositie van psychiatrische patiënten, waren onderwerpen waarover geschreven en gesproken werd. Dit gaf een nieuwe impuls aan het verder doorvoeren van nieuwe vormen van hulpverlening. De instellingen democratiseerden en er kwamen andere behandelvormen. Door de kritiek op de huisvesting in vaak sterk verouderde paviljoens werden oude ziekenhuiscomplexen gesloopt om

plaats te maken voor kleinere paviljoens en nieuwe woonvormen. Een proces dat anno 1999 nog steeds gaande is (Schouten 1999). De inmiddels actieve patiëntenbeweging (Cliëntenbond, Anòksis en familieorganisaties zoals Ypsilon) oefenden vanaf het midden van de jaren zeventig met succes druk uit om verbeteringen in de (rechts)positie van de psychiatrische patiënt te bewerkstelligen. Marlieke de Jonge een bekend geworden voorvechtster van cliëntenbelangen kreeg in september 1999 de ereprijs van het NFGV vanwege haar verdiensten op het gebied van 'integratie van het patiëntenperspectief in de zorg'.

De anti-psychiatrie heeft voor vernieuwingen gezorgd maar er mede toe bijgedragen dat er soms beslissingen werden genomen die

te weinig doordacht waren. Hoewel dit niet tot misstanden leidde zoals in de Verenigde Staten, waar psychiatrische patiënten onder het mom van 'bevrijding' aan hun lot werden overgelaten, vinden sommige hulpverleners dat er niet altijd even zorgvuldig is gehandeld. Extramuralisering en transmuralisering is al vanaf de jaren twintig van deze eeuw een beleidsdoel van onder andere financiers van de GGz, en nog is het proces niet voltooid. Riet Nouwens (1936) vertelde eerder hoe zij met psychiaters langs de ziekenhuizen ging. Fred Annyas (1953) die al vanaf 1983 in de verslavingszorg werkt, verteld over zijn kijk op deze periode en welke invloed dit heeft gehad op opleidingen, en de wijze waarop tegen werkers in de psychiatrie werd aangekeken:



FredAnnyas

Je had ook een beweging die het negatief labelde als je in de hulpverlening zat. Na de anti-psychiatrie heb je een hele tijd een stroming gehad waarbij het not done was om in

de verpleging te werken. Dat zou je alleen maar doen uit eigen behoefte. Je moest je bewust worden van het feit dat je alleen maar uit was op persoonlijk gewin en niet

om mensen te helpen, want je was bezig om hen afhankelijk van je te maken. Ik heb die vreselijke discussies allemaal mee gemaakt. Ik kan me bijvoorbeeld nog herinneren dat ik eindexamen deed voor de A-opleiding (1978) en in het lokaal naast ons hadden ze sensitivity-training. Ik dacht toen al: 'Dat kan volgens mij niet gezond zijn voor de mens'. Tijdens deze opleiding werd ons verteld dat, als we een goede verpleegkundige wilde worden, we de B-opleiding moesten doen. Dat heb ik dan ook gedaan (1981) omdat ik verder wilde komen. Ik vond de inhoud van die opleiding (APZ Vogelenzang in Bennebroek) maar matig. Dat kun je de mensen uit die tijd (begin jaren tachtig) ook niet kwalijk nemen, die hele antipsychiatrie was net achter de rug. Zowel docenten als verpleegkundigen hadden allemaal een klap van die malle molen meegekregen. Ik was veel zake-lijker, ik was gewend om in een ABC-schema te denken en te handelen vanuit het ziekenhuis. De extremen lagen vroeger veel verder uit elkaar dan tegenwoordig, het was veel meer zwart-wit dan je nu ziet. Ik werd bijvoorbeeld niet serieus genomen omdat ik uit de A kwam, ik moest wel alleen weekenddienst doen als leerling. Ik had tenslotte een diploma dus men was afgedekt.

Niet alleen de GGz kon groeien vanwege de economisch riantere positie waarin ook Nederland eindelijk verkeerde na de wederopbouw. De groei van de dienstensector nam explosieve vormen aan. De groei betekende ook dat er meer greep moest komen op de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Organisaties moesten meer samenwerken en het aanbod van hulp moest per regio/provincie gelijk en vooral toegankelijk zijn. Dat betekende dat algemene, confessionele en particuliere instellingen moesten gaan samenwerken. Verschil-

lende nota's verschenen waarin deze organisatiestructuur werd uitgewerkt om uiteindelijk aangenomen te worden. In de 'Structuurnota Gezondheidszorg 1974' werd het Riagg model beschreven en dit werd uiteindelijk, bijna een decennium later, ingevoerd. Alle voorzieningen die in de jaren na de 2e Wereld Oorlog waren ontstaan, werden samengevoegd. Een betere coördinatie van de hulp aan cliënten moest hierdoor mogelijk worden zonder gehinderd te worden door schotten en muren tussen de verschillende voorzieningen. 'Reeds nu is een oplossing in zicht, welke thans op een specifiek veld aan het proefdraaien toe is, maar welke mogelijk algemene toepassing zou kunnen vinden. Ik denk aan de Riagg's, de regionale instellingen voor de ambulante geestelijke volksgezondheid. In deze instellingen zijn de drie functionele zones in één organisatie vertegenwoordigd, zij beoefenen de voorzorg, de verschillende therapievormen en de nazorg. Zij zijn in zoverre nog incompleet dat het intramurale deel van de zorg daarin niet is opgenomen, maar het principe is duidelijk en tevens de consequentie: men brengt de werkers van drie echelons in één organisatie bijeen, en hiermee zijn de meeste hinderpalen van de communicatie opgelost: de werkers zijn meer aan de gemeenschap van de instelling gebonden dan aan de differentiatie van de echelons' (Querido 1977).

Het beeld dat Querido voor ogen had bij de nieuwe organisatie van de GGz kwam dicht bij het ideaal zoals hij en Kat dat al eerder hadden geschetst. Echter ideaal en werkelijkheid zijn veel vaker ver van elkaar verwijderd dan dat ze elkaar naderen. De voor- en nazorg werd in de periode van toenemende welvaart steeds verder naar de achtergrond gedrongen. De behoefte aan een grotere

toegankelijkheid van de GGz voor mensen die therapie wilden om individuele psychosociale problemen op te lossen, nam steeds grotere vormen aan. Er kwamen therapieën voor individuen, echtparen, groepen en netwerken. Het begrip ziekte werd vervolgens gerelativeerd: Mensen vertoonden soms gedrag dat als ziek werd bestempeld! Verder was een belangrijk keerpunt dat er aandacht kwam voor mensen met levensproblemen en niet alleen voor mensen met psychiatrische symptomen. De medische discipline was niet meer automatisch de hoogste autoriteit, andere disciplines zoals verpleegkundigen, sociotherapeuten, psychotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers werden ook belangrijk. Dit bracht met zich mee dat er meer aandacht kwam voor specifieke doelgroepen; vrouwen, seksueel misbruikten en mishandelden, mensen met ernstige identiteitsproblemen en oorlogstrauma's. Uit onderzoek kwam naar voren dat bijvoorbeeld 74% van de joodse patiënten aan het zogenaamde 'concentratiekamp-syndroom' leed. 'Niet gezien is veel gemist', *2) dat bleek voor veel mensen die verschillende trauma's hadden meegemaakt. Door de nieuwe ordening kregen vooruit-

strevende instellingen te maken met bureaucratie. De instellingen van de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg (JGG) pasten eigenlijk niet in de sinds 1982 wettelijk voorgeschreven Riagg-vorm. Zij werkten namelijk landelijk en niet regionaal en richtten hun werkzaamheden voornamelijk op de joodse bevolkingsgroep. Niettemin erkende de overheid in 1983 de ambulante zorginstellingen van de JGG en tegenwoordig is deze instelling bekend onder de naam Sinai-centrum. Vóór de erkenning werkten medewerkers zowel klinisch als ambulant, geen schotten en muren dus. Door strenge subsidieregels kon dit niet meer, iets dat de medewerkers enorm betreurden (Fuks-Mansfeld en Sunier 1997). Silvester de Boer (1944) deed de A en de B in de jaren zestig, de stafopleiding en de opleiding voor maatschappelijk werk eind jaren zeventig, en tenslotte begin jaren tachtig de V.O. De MGZ-opleiding zat er voor hem niet in omdat het een dagopleiding was en hij een gezin moest onderhouden. Vanwege zijn werkzaamheden als SPV en zijn genoten opleidingen heeft hij erkenning gekregen om als SPV te mogen werken:



Silvester de Boer

*2) De titel van een studiemiddag van de NVSPV over ADHD problematiek, november 1998.

Ik heb eerst (1974-1975) in de Sinai kliniek in Amersfoort gewerkt, nu werk ik al bijna 25 jaar ambulant bij het Sinai-centrum.

Ik ben zelf katholiek, je hoeft dus niet Joods te zijn om hier te kunnen werken. Wel moet je kennis nemen van de historie van het Jodendom en natuurlijk van de holocaust en de effecten hiervan op de mensen. Enerzijds zijn we een gewone GGZ-instelling maar anderzijds is ons hulpaanbod toch specifiek voor de Joodse doelgroep met de geschiedenis van de holocaust en een andere cultuur. In die zin zijn we meer dan een gewone Riagg. Je kunt je hier dus niet alleen maar op het hier en nu richten omdat het verleden vaak de reden is dat mensen hier komen. Die holocaust is geen verleden tijd maar onvoltooid verleden tijd. Dat zul je als werker hier moeten accepteren en je moet actief uitdragen dat je kennis hebt van die geschiedenis. Dat moeten cliënten voelen. Je hoeft het dus niet zelf meegemaakt te hebben om er met slachtoffers over te kunnen praten, dat wordt niet gevraagd. Cliënten tasten goed af hoe dat bij je zit, hoe je daar tegenover staat, want ze willen hun verhaal bij je kwijt. Ik denk dat het bij deze groep mensen langer duurt voor men je in vertrouwen neemt.

Naast het hebben van veel geduld kun je hier alleen werken als je het niet erg vindt dat regels niet streng toegepast worden. Daarmee bedoel ik dat de financier eist dat mensen zo kort mogelijk in zorg zijn om op die manier zoveel mogelijk mensen te kunnen helpen. De cliëntengroep die hier komt verdraagt dat echter niet, mensen kunnen heel moeilijk loslaten, dat is een van de grote problemen. Dat betekent dat je langdurig een contact met iemand moet aangaan. Bij de groep mensen waar ik voor werk (ouderen) is dan ook geen sprake van échte psychiatrie maar veel meer van neuro-

tische, psychosociale en natuurlijk psychogeriatrische problemen en ernstige traumata. Sociale problemen zie je hier veel. Het komt regelmatig voor dat we met cliënten te maken krijgen die vrij geïsoleerd leven. Dat heeft alles te maken met een blijvend gevoel van wantrouwen naar anderen. De angst voor antisemitisme is nog erg levendig. Als hulpverlener moet je goed oog hebben voor de mogelijkheden die iemand nog heeft en van daaruit verder werken. We hebben hier een aantal groepen in huis waar cliënten aan kunnen deelnemen en dat heeft vooral een sociale functie. Door met lotgenoten in contact te komen wordt het isolement voor een klein deel opgeheven. Verder moet je mensen meer vaardigheden aanleren om aansluiting te kunnen vinden, of blijven houden met de maatschappij. Je moet natuurlijk ook rekening houden met de handicaps, die te maken hebben met de holocaust. Sommigen zijn als kind ondergebracht in een pleeggezin, vaak christelijke gezinnen, van weinigen zijn de ouders of andere familieleden teruggekeerd uit de kampen. Daar hebben zich toen vreselijke drama's afgespeeld. Identiteitsproblemen, gezinsproblemen je kunt het niet noemen of het is aan de orde. Bij de groep dementerende ouderen zie je dat angst en onzekerheid een grote rol spelen. Zij willen dolgraag in een joods verpleeghuis want daar worden ze niet geconfronteerd met herinneringen aan de oorlog. Kerst viering bijvoorbeeld herinnert veel mensen aan de onderduiktijd van de oorlog, waar dat gebruikelijk was. Op het moment dat dit in het verpleeghuis gebeurt kun je wel indenken wat mensen weer beleven. Of als ze bijvoorbeeld vastgebonden worden, of in een gesloten douchecel. Kom je in een joods verpleeghuis dan wordt er rekening gehouden met al die kleine dingen, rammele sleutelbossen, klossende klompen

of stampende laarzen, dat is allemaal uit den boze omdat dat soort zaken aan een concentratiekamp doen denken. Sinai ambulant werkt landelijk, maar de grootste groep joodse mensen woont in Amsterdam en Amstelveen. We hebben ook kantoren in andere plaatsen van Nederland, Amsterdam en Den Haag zijn de grootste. Momenteel worden hier niet alleen Joodse mensen behandeld maar ook andere slachtoffers met oorlogstrauma's zoals mensen uit het voormalig Nederlands-Indië. Het aantal Indische slachtoffers dat we kunnen helpen is beperkt, daar bestaan wachtlijsten voor omdat de joodse mensen voor gaan. We zijn vrij actief naar de cliënten, misschien wat soft in ogen van anderen. We schenken veel aandacht aan onze mensen, in de zin dat we ze vrij lang in zorg houden. Mensen mogen altijd bellen en wij zijn zelf ook vrij actief om contact op te nemen. Daardoor is het erg druk, ik heb een caseload van ongeveer 100 mensen. Ik kan dan ook niet om de drie weken een afspraak maken. Cliënten kunnen me bellen als het nodig is, dan kom ik direct en de contacten zijn dan ook niet intensief. Het is veel belangrijker dat ze me op het moment dat het nodig is kunnen spreken dan dat ze me op vaste tijdstippen een uur kunnen spreken en het misschien helemaal niet nodig hebben op dat moment.

Deze instelling, die in ruim een eeuw tijd een schat aan ervaring opbouwde en een voortrekkersrol heeft vervuld in vernieuwing van de GGz, viel niet ten prooi aan structuur 'fanaten'. In het vuur van de strijd om verbetering wordt het kind soms met het badwater weggegooid. Een fenomeen dat ook makkelijk kan plaatsvinden omdat kritiek op de organisatie en werkwijze van de GGz voortdurend aan discussie onderhevig is. Het taboe waarmee psychiatrie is omgeven lijkt nog lang niet opgeheven. Voortdurend moet de GGz zich verantwoorden en dat geldt ook voor mensen die in de WAO terechtkomen in verband met psychische klachten, want wat niet zichtbaar is blijft aan discussie onderhevig. Wat wel zichtbaar werd, was dat de toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGz steeds beter werd. Enerzijds was dat de bedoeling maar aan de andere kant bracht dit een kostenstijging met zich mee die gestopt moest worden. De economische situatie is er na de Tweede Wereldoorlog alleen maar beter op geworden, de eerste levensbehoeften van mensen worden vervuld. Met het geestelijk welzijn van mensen gaat het stukken minder; bij één op de vijf mensen is sprake van een psychische stoornis en bij één op de vijftig mensen is de psychische problematiek zeer ernstig (Schnabel 1998).

GGz probleem of maatschappelijk probleem?

Eerder werd al gesproken over de opkomst van emancipatiebewegingen en de vrouwen die hierin een belangrijke maar vreemde plaats innemen (geen minderheid echter marginaal, gediscrimineerd en zonder macht). De Industriële Revolutie (de teloor-gang van een agrarische samenleving), de ordening van de arbeid, de toenemende welvaart en de al eerder beschreven verzui-ling, waren er debet aan dat vrouwen een marginale positie hadden in de moderne Nederlandse samenleving. De vrouwen-beweging en de vrouwenhulpverlening hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het stoppen van individualisering van vrouwenproblemen door deze voortdurend vanuit de maatschappelijke context te bena-deren. Omdat hiervoor weinig gehoor werd gevonden in reguliere instellingen, en onaf-hankelijkheid van groot belang werd geacht, vormde zich een apart (autonoom) circuit. Zo kon ook lange tijd ontkend wor-den dat zaken die in dat circuit besproken en behandeld werden, ook op het terrein van de reguliere hulpverlening lagen. Sterker nog, misstanden die aan het licht kwamen werden naar het land der fabelen verwezen. 'Niettemin blijft het tragisch, dat mede door toedoen van Freud zelf de wer-kelijkheid van het seksuele misbruik niet alleen betwijfeld, maar uiteindelijk zelfs geheel ontkend en genegeerd werd. In de GGz en meer in het bijzonder in de psycho-therapie is seksualiteit eigenlijk alleen nog maar aan de orde als probleem van onbe-vredigdheid ('het lukt niet goed') of van identiteitsonzekerheid ('homo- of hetero-seksueel'; voldoende mannelijk of voldoende vrouwelijk') (Schnabel 1995:213). Nel Boersma (1936) SPV en pionierster in de VHV, zorgde er als 'reguliere' voor dat in de

Almelose AGGZ, vrouwenproblemen gezien, dus niet gemist werden. Bovendien komt naar voren dat vrouwenhulpverlening voor-al paste binnen het sociaal psychiatrisch gedachtegoed:

Ik had geen speciale scholing gehad in het groepswerk. Ik las er ontzettend veel over en in mijn bijscholing in 1973 heb ik me er wel speciaal in verdiept. Ik deed die groepen met verschillende disciplines. Ik vond dat groepsbegeleiding ook door SPV-en gedaan moest worden. We kijken op een andere manier naar mensen, naar groepen, naar hulpverleningsprocessen. We houden meer rekening met zaken die bijvoorbeeld ook buiten een bepaalde therapie vallen. Als je iemand vanuit een bepaalde methodiek wil behandelen en het past net niet, dan wordt van alles geprobeerd om de mensen daar toch in te laten passen. Wij hebben geleerd anders te kijken. Als je niet rechtsom kunt dan ga je linksom. De SPV ziet de mens in zijn totaliteit en niet maar een deeltje, bij-voorbeeld het zieke. Dat komt natuurlijk door onze achtergrond, door onze opleiding. Ik vind dat het verpleegkundige aspect belangrijk is voor ons beroep, dat moeten we vasthouden. Je kunt kritisch zijn ten aan-zien van diagnoses, en klachten vaak veel beter plaatsen. Soms worden klachten afge-daan als psychisch en dan blijkt dat er wel degelijks iets somatisch is.

Mijn werk was erg sociaal psychiatrisch maar ook therapeutisch. Sommige mensen bege-leidde ik twintig jaar, anderen weer heel kort. Ik zocht altijd naar mogelijkheden bij cliënten die ze konden gebruiken, maar ook bij mezelf. De overstap van groepsbehande-ling naar de vrouwenhulpverlening was eigenlijk niet zo groot. Door het groepswerk

waar natuurlijk ook veel chronische vrouwen zaten, lag dat voor de hand. Ik had er altijd al een hekel aan dat deze vrouwen het etiket 'zeur' kregen. In die groepen hoorde je dan wat er achter die façade zat, vaak waren ze gekleineerd en kort gehouden in hun leven. Na verloop van tijd lukte het om de kracht weer boven te halen. Helaas blokkeerde dat dan weer doordat er ook mannen in die groepen zaten die oude mechanismen opriepen. Toen was het eigenlijk vanzelfsprekend om de vrouwen bij elkaar te zetten. In het begin was ik de enige die dit werk deed. Ik kreeg ook steeds meer incestslachtoffers, op een gegeven moment kreeg ik ook veel aanmeldingen van de mannelijke collega's. Via literatuur heb ik me eerst goed in de materie verdiept. Later heb ik cursussen vrouwenhulpverlening in Utrecht en Nijmegen gevolgd. Op een gegeven moment werd er een aandachtsfunctionaris VHV aangesteld, met haar kon ik zaken door spreken. Verder kreeg ik steun van collega's. Als het er zwaar aan toe was gegaan tijdens een gesprek dan kon ik me bij hen altijd ontladen. Later kwamen er meer collega's die ook met deze groep gingen werken.

We hebben toen een groep opgezet voor hulpverleners die bezig waren met trauma-verwerking. We bespraken casuïstiek, onze eigen knelpunten en gevoelens. De directeur had hier toestemming voor gegeven. Ik heb zelf heel veel geleerd van die vrouwen, vooral om gelijke tred met hen te houden, in te gaan op signalen en vooral niet door te duwen. Wel moest je een lange adem hebben maar omdat het genoeg opleverde - ze konden blijven deelnemen aan de maatschappij - was dat geen probleem. We hadden bijvoorbeeld analfabeten in de groep, die hielpen we met leren lezen. Anderen stimuleerden we om naar het volwassenonderwijs te gaan. We besteedden

heel veel aandacht aan de verdiensten van de mensen. Als ze een enorme prestatie hadden geleverd dan stonden we daar uitgebreid bij stil. Een flap-over werd opgehangen en bewonderd en er werden veel complimenten gegeven. Die mensen hadden zo weinig positieve aandacht in hun leven gehad.

Op het moment dat gerenommeerde, want behorend tot de 'gevestigden', psychiaters en psychologen (Nicolai en Boon bijvoorbeeld) zich gingen bezighouden met deze problematiek konden de geluiden niet langer worden ontkend. Regulieren en autonomen vonden elkaar en hebben enorm veel projecten opgezet. In de vrouwenhulpverlening werd de nadruk gelegd op het streven naar autonomie. Autonomie staat op politiek niveau tegenover gebrek aan zelfbeslissingsrecht, privacy en mondigheid. In psychoanalytische zin staat het tegenover gebrek aan separatie en individuatie. In het feminisme, maar ook in andere sociaal-wetenschappelijke theorieën die kritisch staan tegenover de waarheidspretenties van westerse filosofische tradities, staat autonomie tegenover verbondenheid, relationele verbindingen, individu-in-context, zorgen om en zorgen voor. Gebrek aan evenwicht tussen zorg geven en zorg ontvangen vormt voor veel vrouwen de kern van hun probleem gezien vanuit de sociale context (Nicolai 1998). John Getkate (1940) die sinds 1975 in het Groningse ambulante GGz veld werkt, geeft zijn mening over autonomie in het werk als SPV:

Het mooie van het vak vind ik om mensen te zien groeien, dat kan me enorm ontroeren. Een jonge, nerveuze, dwangmatige vrouw die al heel lang in de psychiatrie bekend was, werd vanuit Drachten overgedragen

aan ons. Met behulp van haar familie was ze na een hele lijdensweg, uiteindelijk weg gegaan bij haar echtgenoot. Deze man domineerde haar enorm, hield haar afhankelijk en tiranniseerde haar in feite. Ze ging scheiden en ik begeleidde haar in dat proces. Ze was uiteindelijk zo mondig geworden dat ze de rechter vroeg om haar tienjarige dochter te horen. Die vrouw was veel sterker dan ze zelf ooit had gedacht. Dat vind ik nu zo mooi van het vak. Ik vind datje als hulpverlener er altijd op gericht moet zijn in de begeleiding om jezelf overbodig te maken. Je moet cliënten steeds meer autonomie geven zodat ze zonder je kunnen. Als we niet meer nodig zijn moeten we bij wijze van spreken maar gewoon iets anders gaan zoeken.

Volgens de omschrijving die Nicolai (1998) geeft van vrouwenhulpverlening, kan Getkate zich vrouwenhulpverlener noemen: 'een probleemoplossend en relationeel proces waarbij de autonomie van de hulpvraagster gewaarborgd wordt in een reflexief proces. Bij elke stap in het hulpverleningsproces is de autonomie van de hulpvraagster geen uitkomst, geen vooraf gegeven persoonlijke capaciteit, maar die autonomie ontwikkelt

zich al doende in en door het gesprek of de reeks gesprekken. De eigen deskundigheid en eigen mogelijkheden van de hulpvraagster worden maximaal inzetbaar en serieus genomen'. Vrouwenhulpverlening drong in de loop der jaren alle echelons van de GGZ binnen. Er werd aandacht gevraagd voor sociale en maatschappelijke problemen zoals vrouwenhandel, gedwongen prostitutie, vluchtelingen met oorlogstrauma's en verkrachtingen. Hulpverleners moesten binnen een bepaalde tijd en op een bepaalde wijze, en in de jaren tachtig leek de hulp aan mensen die verbaal begaafd en gemotiveerd waren, de norm te worden. Grote groepen vrouwen die enorme littekens hadden opgelopen door geweld, verkrachting of misbruik behoorden duidelijk niet tot die categorie. Het waren vooral die vrouwen die terecht kwamen in psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen sociale psychiatrie van de Riagg's met verschillende klachten en diagnoses, waar zij het etiket 'onbehandelbaar' kregen. Annemieke Kollé (1958) werkt sinds 1986 in de ambulante psychiatrie en tot vorig jaar in een crisiscentrum. Zij geeft vrouwen de mogelijkheid om op geheel eigen wijze hun traumatische ervaringen te verwerken:



Annemieke Kollé

Ik ben van mening dat je je goed moet voelen in je werk. Vrouwenhulpverlening en het werken met beeldende middelen maken dat ik dat gevoel heb. Het merendeel van mijn cliënten is vrouw, ik werk graag met vrouwen. Ik vind het zinvol dat vrouwen zich bewust worden waarom hun leven zo gelopen. Samen met hen te onderzoeken of die bewustwording helpt om andere keuzes te kunnen maken. Er is niet veel voor nodig om dit proces op gang te brengen, zeker in een groep niet. Vrouwen nemen vaak een marginale positie in en dat maakt hen kwetsbaarder voor psychiatrische klachten zoals depressies. In die zin is vrouwenhulpverlening vergelijkbaar met werken vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Een aantal jaren geleden ben ik begonnen met het werken met beeldende middelen onder andere bij incest- en rouwverwerking. Het gaat om het maken van tekeningen en beelden als middel. Vooral met vrouwen die verbaal erg goed zijn maar minder in staat zijn om te kunnen voelen, vrouwen die verbaal juist minder begaafd zijn en jong getraumatiseerde vrouwen - voordat de taal goed ontwikkeld was. Door middel van beelden wordt er een proces op gang gebracht. Tekeningen kunnen ook op een andere manier gebruikt worden, bijvoorbeeld bij borderline problematiek. Ik gebruik de tekeningen dan als een manier voor de cliënt om controle over zichzelf krijgen, iedere dag op een vast moment een tekening maken. Meestal laat ik ze de eerste tekening op de Riagg maken om te kijken hoe ze hierop reageren. Het gaat om hele simpele dingen zoals vragen welke kleuren of vormen bij hun gevoel passen. Op die manier raak ik vaak aan de praat met mensen, op een andere manier lukt dat soms niet. Ik doe dat zowel individueel als in groepsverband. In de autonomiegroep laten we mensen beel-

den maken passend bij de groepsthema's, ze maken tekeningen of beelden over hun problemen en gevoelens. Cliënten zijn enthousiast, alhoewel ze in aanvang een drempel over moeten, het is niet wat ze verwachten. Veel vrouwen vinden het leuk om iets te doen, iets in handen te hebben, het gemaakte werk is vaak een eye-opener. Er zijn veel verschillende manieren om met mensen aan de slag te gaan. Als iemand niets met tekenen heeft dan proberen we het met collages of met klei. Ik heb eens een cliënte gehad die kwam met allerlei hele kleine poppetjes (zijzelf) die in jampotjes zaten. Het is zo verrassend om te zien waar mensen mee aan komen. De bedoeling is dat vrouwen beter in contact komen met hun gevoel, dat ze keuzes kunnen maken en dat uiteindelijk hun welbevinden toeneemt. De methode moet natuurlijk een meerwaarde hebben, het is absoluut geen doel op zich om via deze weg te komen tot verwerking. De mensen die moeilijk uit hun woorden kunnen komen of met woorden alleen maar rationaliseren, voor hen is het een middel meer niet.

Een aantal jaren geleden was het nog wel legitiem om op deze manier te werken, mocht ik ook cursussen volgen om me in deze wijze van werken verder te bekwamen. Ik kreeg toestemming om supervisie te volgen bij Tine Druif, een fenomeen op dit vakgebied. De laatste paar jaren is het klimaat in onze instelling veranderd, er wordt vooral medisch gedacht.

Een ander maatschappelijk probleem waar SPV-en zich volgens Agnes Nieuweweme voor in zouden moeten zetten, is mensen met een dubbele diagnose: verslaafd, psychiatrische problemen en gedetineerd. In het nu volgende portret wordt aandacht besteed aan dit onderwerp.



'In de verslavingszorg mag je de hele mens met al zijn problemen begeleiden'

Agnes Nieweweme

Agnes is geboren in 1960 en wilde in eerste instantie medicijnen gaan studeren. Omdat zij werd uitgeloot startte zij een opleiding in de verpleging. Het beviel haar zo goed dat zij niet eens meer probeerde om naar de universiteit te gaan. Om zich verder te bekwamen in de begeleiding van mensen met psychiatrische problemen ging zij de MGZ- opleiding doen. Zij stelde zich voor dat ze via deze opleiding de nodige instrumenten zou krijgen.

Dat klopte wel maar zij vond dat de opleiding haar een eenzijdig beeld van de praktijk voorspiegelde. Het werkterrein van de verslaving en de reclassering bleek een gebied waar SPV-en zeer goed aan de slag kunnen vooral omdat er vaak sprake is van duo-problematiek.

Verslavingszorg het verdomhoekje van de GGz

Ik ben begonnen met de HBO-V in Nijmegen (1978). Mijn eerste keuze was eigenlijk om medicijnen te gaan studeren, maar omdat ik werd uitgeloot ben ik terechtgekomen bij mijn tweede keuze. Ik vond het zo leuk dat ik niet meer meedeed met de tweede loting. Ik heb veel ervaring opgedaan in de verpleging. Ik heb eigenlijk overal gezeten, mijn kinderaantekening gehaald, op een Paaz en in de geriatrie gewerkt. Omdat ik meer in de

begeleiding wilde, heb ik de MGZ-opleiding gevolgd in Nijmegen (1991) en ben daarna in de verslavingszorg gaan werken. Ik vond die opleiding erg leuk, en heb dat met veel plezier gedaan. Er werd meer op de begeleiding ingegaan, en met name op de verschillende therapie mogelijkheden. Achteraf was het natuurlijk summier maar het was een belangrijke aanzet om meer te kunnen in begeleidingscontacten. Je kreeg heel veel aangeboden waar je dan zelf mee verder kon. De supervisie vond ik erg leerzaam. Ik liep stage bij de Riagg in Arnhem, daar kon ik de theorie van directieve- en systeemtherapie in praktijk brengen. Over verslavingszorg heb ik niets gehad in de opleiding, daar hadden ze blijkbaar geen kaas van gegeten. Verslavingszorg zat in die periode nog in het verdomhoekje, daar werd niet over gesproken. Raar eigenlijk want daar ligt ontzettend veel werk voor SPV-en. Het waren toen ook gescheiden circuits, terwijl je nu steeds meer ziet dat de terreinen dichterbij elkaar komen. Hoewel het behandel aanbod voor cliënten met zowel psychiatrische- als verslavingsproblematiek nog erg summier is. Ik vond de SPV- opleiding toen erg therapie gericht. Dat sloot niet aan bij sommige werkterreinen zoals verslaving en reclassering. Het was vooral gericht op het werk op een Riagg, alsof dat nastrevens-

waardig was. Weinig vanuit de eigen beroepsgroep maar meer naar 'therapeutje' spelen. Ik vond het wel leerzaam en leuk omdat het stof bood die je later zou kunnen gebruiken. De realiteit is echter niet alleen daarop gericht maar ook op andersoortig werk. Ik heb er zeker veel aan gehad in mijn werk met verslaafden. Ik heb de indruk dat de opleiding achterloopt en niet inspeelt op de praktijk, alhoewel ik niet weet hoe de opleiding daar momenteel mee omgaat. Ik vind het daarom ook erg positief dat dit initiatief, voor het boek, genomen werd. Dat is ook de reden dat ik reageerde op de oproep, ik was erg benieuwd of ik iets zou horen omdat ik vind dat ik in een speciaal werkveld zit.

Dubbele diagnose daar kan de SPV wel wat mee

Begin jaren negentig was het moeilijk om een baan als SPV in de buurt van Nijmegen te krijgen. Toen er bij het CAD in Arnhem een vacature kwam heb ik die aangenomen. Ik wist er natuurlijk niet zoveel van en had geen ervaring met deze cliëntengroep. Ik werkte bij een methadonhulppost, de cliënten kregen methadon verstrekt. Ik deed de intakes en begeleidingen. Het ging vooral om verslaafden met psychiatrische problematiek. Ik assisteerde bij de methadonverstrekking en daar signaleerde ik of er sprake was van psychiatrische problemen en dan zocht ik contact met hen. Dat was niet zo moeilijk omdat ik natuurlijk ervaring had in de psychiatrie. Bovendien was het een voordeel dat ik wist hoe het psychiatrische circuit werkte want er waren ook wel mensen bij die op de poli psychiatrie - of de Riaggkwamen voor behandeling. Soms liep dat stuk, lieten ze hun psychofarmaca staan en juist doordat ik SPV was, konden we dan samen proberen die cliënt weer op te sporen.

De andere disciplines waren maatschappelijk werkenden en die hebben weinig kaas gegeten van medicatie en psychiatrie. Maar goed, het blijft natuurlijk een moeilijke groep met complexe problemen. Ik was hier als eerste SPV aangenomen omdat men meer psychiatrische problematiek signaleerde en moeilijk vat kon krijgen op deze cliëntenpopulatie.

Reclassering en verslaving, binnen en buitenwerk

Ik ben na anderhalf jaar, vanwege persoonlijke omstandigheden, naar het CAD in Limburg gegaan. Daar was de brede groep van verslaafden, drugs, alcohol en gokverslaving. Ook daar deed ik intakes en begeleidingen bij mensen die meestal psychiatrische problemen hadden, maar niet altijd. Het wordt gestimuleerd om meer SPV-en aan te nemen en daarom krijgen B-verpleegkundigen de gelegenheid om de SPV-opleiding te gaan volgen. Na een tijdje werd een project gestart voor drugsverslaafden met overlastproblemen en van daaruit kwam ik terecht bij de verslavingsreclassering. In eerste aanzet heb ik dit project opgezet maar ben later overgestapt naar de buitenreclassering. Dit bestond uit het maken van voorlichtings- en andere rapportages naar justitie en het uitzetten en eventueel zelf uitvoeren van begeleidingen. Bij de buitenreclassering werkten naast mij nog andere SPV-en.

De laatste twee jaar werk ik als reclasseringswerkster in de gevangenis, penitentiair reclasseringswerk (PRW). Het verschil met de buitenreclassering is in dit geval dat het begeleidingstraject geldt voor de duur van de detentie. Terwijl de buitenreclassering ook actief is in periode voor of na detentie, mocht dat nodig zijn. Tot voor mijn zwangerschap werkte ik in de gevangenis met verslaafden op een speciale begeleidingsaf-

deling. Met twaalf gedetineerden stippelde ik een traject uit hoe ze behandeld zouden kunnen worden als ze uit de gevangenis zouden komen, klinisch of ambulant. Ik werkte zowel individueel als in groepsverband. We praten over het verslavingsgedrag, hoe dat eruit ziet, waar het vandaan komt, wat ze ermee, of liever ertegen, willen doen als ze weer terugkeren in de maatschappij. Bij deze groep verslaafden speelt ook nogal eens de dubbele problematiek. Dat geldt sowieso voor de reclassering. Daarom vind ik dat het een uitstekend werkterrein is voor de SPV. Er is zoveel complexe problematiek en er zijn zo weinig mogelijkheden voor de groep cliënten met dubbele diagnoses. Tijdens de detentie heeft de cliënt zowel begeleiding van binnen- als buitenreclassering. Gedurende deze periode is afstemming hiertussen dus erg belangrijk.

Op indicatie heb ik contact met de familie, hoewel dat moeilijk is met verslaafden. Zij willen dat vaak niet omdat er zoveel is gebeurd. Bij het Riagg werd dat standaard gedaan maar hier niet omdat de cliënten hun familieleden vaak afschermen. Het komt echter wel voor dat ik partner gesprekken voer. Er zit veel problematiek bij familie want die zijn nogal eens teleurgesteld en belazerd. Soms willen ze de relatie redden maar vaak ook schoon schip maken en verder aan de slag. Het is wel vergelijkbaar met chronisch psychiatrische patiënten, verslaving is in de meeste gevallen ook chronisch. Ik begeleid mensen die al 25 jaar in het circuit zitten, die zijn écht alles kwijt.

De stoornis is niet dominant

Wat ik geen gelukkige ontwikkeling vind, is dat de differentiatie steeds verder doorgevoerd wordt. Je ziet tegenwoordig dat je alleen nog maar kleine stukjes mag behan-

delen of begeleiden. Hoe moet het dan als iemand verschillende soorten problemen heeft, dan moet ie van het ene naar het andere. Wat dat betreft vind ik de verslavingszorg heel prettig want daar kun je nog breed werken. Je hebt hier niet alleen de angststoornissen of gedragsproblemen maar je mag hier de hele mens met al zijn problemen begeleiden, dat vind ik ook het leukst. Daarnaast is het ook zo dat die mens naast de verslaving ook hele andere dingen heeft. Dat is in principe natuurlijk zo met alle problemen en in dat opzicht maakt het in feite niet uit waar je werkt. Daarom vind ik ook dat die sterke nadruk die in de opleiding wordt gelegd op het Riagg werk, alsof dat de enige werkplek voor SPV-en is, losgelaten moet worden. De stoornis is niet dominant maar vooral de rest er omheen, dat is in ieder geval het gebied waar wij SPV-en ons op richten en mee te maken hebben. Wat niet betekent dat we niets van de stoornis moeten weten, of moeten doen of die er niet is. Die stoornis veroorzaakt vaak de handicap, het gedrag et cetera. Maar er is meer dan dat en dat geldt voor elk gebied waar je in werkt. Dat maakt het werk juist zo leuk om te kijken naar wat iemand ondanks zijn handicap nog kan, om dat aan te boren en te versterken. Je gaat vaak met kleine dingen aan de slag. Je gaat niet via een therapie zaken helemaal omvormen, zo werkt het niet. Je bent heel basaal bezig om te kijken hoe je iemand een andere richting op kan sturen als die waar hij nu in vast zit. Samen onderzoekje hoe hij/zij daar zelf beter mee om kan gaan, maar je gaat geen diepgravende therapie gebruiken. Je maakt gebruik van bepaalde technieken om mensen zelf beter naar hun situatie te laten kijken om er beter mee te leren omgaan zodat ze een makkelijker leven kunnen leiden.

Vereniging en opleiding meer op huisbezoek

Van de beroepsorganisatie verwacht ik vooral een breed beeld van de SPV praktijk. Dat zou naar voren moeten komen in ons tijdschrift Sociale Psychiatrie en in de studiemiddagen. Verder denk ik ook dat het contact met de opleidingen beter zou moeten zijn. Zo verbaas ik me er over dat er geen contacten zijn met voormalig studenten om te horen wat er leeft of nodig is in het veld. Ik kan me ook voorstellen dat de beroepsorganisatie contacten onderhoudt met de opleidingen om elkaar over en weer te informeren en bij te blijven. Wat ik niet snap is de ontwikkeling dat de SPV het VO niveau zou

moeten hebben. Ik heb er absoluut geen zicht op, of idee van wat dat nu zou toevoegen aan de kennis en vaardigheden die ik nu heb. Waar ik nu werk levert het volgen van de VO bijvoorbeeld geen salarisverhoging op, of het zou betekenen dat ik in het management zou moeten gaan werken. Het gekke is dat verdieping van het vak vaak geen waardering met zich meebrengt. Ik denk dat daar eerst wat mee moet gebeuren. Ik heb zelf geen VO dus ik kan het niet baseren op eigen ervaring, ik mis het niet maar weet ook niet wat ik mis. Je ziet wel in advertenties dat het meestal vereist is om een VO te hebben.

Hoge drempels en dikke muren?

Werken met vrouwen en dan ook nog met andere middelen dan gesprekken voeren, wordt als tamelijk elitair beschouwd. Het zou niet het échte werk zijn, geen grande psychiatrie en ook geen sociale psychiatrie. Na een periode waarin - volgens veel van de geïnterviewden - de hulpverlening vooral uitging naar mensen met psychosociale en neurotische problemen, ging de ambulante psychiatrie in de jaren negentig een andere koers varen. Mede onder druk van fusieperiodes, stringente richtlijnen - in beleidsstukken wordt vermeld dat hulp verleend door gespecialiseerde GGz instellingen, onder andere Riagg's, zich moeten beperken tot psychiatrische hulp - maar ook door kritische geluiden van vakgenoten en familieleden, richten Riagg's zich nu vooral op mensen die gehandicapt zijn vanwege ernstige psychiatrische stoornissen. Er is een breed aanbod zowel gericht op de cliënten als hun familie. Verder werkt men mee aan een samenhangend voorzieningen systeem,

gericht op revalidering, en soms rehabilitatie, uitgaande van de gezonde elementen, vraaggericht, preventief en innovatief (MGV 54 1999 7/8). Probleem hierbij is echter dat een discussie over domeinafbakening, kern-taken en echelonnering -of indeling in compartimenten (RVZ 1998)- zich opnieuw voordoet. Samenhang in de zorg is een streven van veel instellingen maar in de praktijk komt dit soms moeilijk van de grond. Barrières blijven bestaan of worden opnieuw opgeroepen, want toegang van het ene compartiment naar het andere moet zoveel en zo lang mogelijk verhinderd worden. Gespecialiseerde hulp is immers duurder dan basiszorg. Verder spelen cultuurverschillen in de verschillende arbeidsorganisaties een belangrijke rol in de samenwerking.

De discussie die thans gevoerd wordt heeft zich in het verleden ook afgespeeld. Hoe verbazend actueel blijkt een citaat van Querido uit 1977: 'Hier naderen wij naar

mijn gevoel het kernprobleem, alleen zou ik liever het woord communicatie dan coördinatie gebruiken. Zoals gezegd heeft iedere zonde van preventieve activiteit een eigen denkwereld, die in het extreme geval de vak-idiotie kan naderen. De praktijk bewijst, hoe moeizaam communicatie tussen de verschillende zones is, d.w.z. in concreto tussen de verschillende organisaties en personen, die in verschillende zones werkzaam zijn. Een sterk staaltje is de isolatie van het derde echelon. Hier vindt men- of behoort men te vinden- de mensen voor wie de stand der wetenschap in eerste en tweede echelon tekort is geschoten; zij doen zich voor als zeer chronische of onherstelbare zieken. Toen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die de verpleging van deze mensen zou financieren, werd opgezet, was het de bedoeling dat niemand in dit derde echelon zou worden binnen geleid vóór dat bewezen was, dat aard en omvang van het functieverlies zodanig was, dat met de huidige stand van wetenschap een verder herstel in eerste of tweede echelon niet verwacht kon worden. De werkers in het derde echelon zouden nauwkeurig op de hoogte dienen te worden gebracht omtrent de afwijkingen, de mogelijkheid van onderhoudstherapie en revalidatie, met uitzicht op de mogelijkheid van terugkeer in de maatschappij op langere termijn. Hiervan is in de praktijk niets terechtgekomen; de eis, dat niemand in de tertiaire preventie zou komen voordat was vastgesteld, dat primaire en secundaire preventie hun grens bereikt hadden, is nooit vervuld. Bovendien, omdat dit stimulerend contact van meet af aan ontbroken heeft schieten de voorzieningen en de benadering die de tertiaire preventie nodig heeft tekort, de inrichtingen hebben alleen een opbergfunctie, die het functieverlies van de patiënt noch kan beschermen noch behou-

den, laat staan herstellen of verminderen. Evenzeer ontbreekt een bevredigende communicatie tussen eerste en tweede echelon. De huisarts heeft dikwijls belangrijke gegevens omtrent de patiënt en zijn gezinsverhoudingen welke de ziekenhuisstaf niet bereiken; het werk en de conclusie van de ziekenhuisstaf bereiken de huisarts niet of laat. De verwijzing, in het algemeen gesproken een van de belangrijkste elementen in het gehele systeem, heeft onvoldoende feedback. En dan is er nog de scheiding, die als een Berlijnse muur tussen de extra- en intramurale activiteiten loopt, en het hoogst merkwaardige feit dat ieder van de drie zones een eigen financieringsstelsel heeft, beide schijnbaar onoverkomelijke hinderpalen voor een optimale communicatie' (Querido 1977:18). De problematiek verwoord in het rapport Ingelijfd en ingelijnd, *GGZ in de 21e eeuw* (RVZ 1998) vertoont een aantal overeenkomsten met de tekst van Querido. Gebrekkige samenwerking, betere toewijzing van zorg, betere communicatie, de asielfunctie maar ook de behandelfunctie van de klinieken en wederom verschillende compartimenten en verschillende financieringsbronnen. Over de taak van de huisarts komen we zo nog te spreken.

In veel gevallen zijn Riagg's opgegaan in grote geïntegreerde voorzieningen voor GGZ zorg of MFE's, samenwerking en integratie zijn sleutelbegrippen. Of de samenwerking en de integratie écht beter verlopen wordt door sommige werkers in de GGZ betwijfeld. Annemieke Kolle (1958) is niet erg optimistisch over de huidige ontwikkelingen:

In de begintijd van mijn loopbaan als SPV had ik veel te maken met mensen met ernstige psychosociale problemen. Langzamerhand zag ik dat de groep cliënten met echte

psychiatrische problemen - volgens de DSM - de doelgroep werd. Wat mij altijd heeft aan-
gesproken in het SPV werk, is dat je op zoek
gaat naar mogelijkheden van mensen op
ieder gebied van hun leven, en dat je als SPV
uit een breed scala van mogelijkheden kunt
kiezen om te kijken wat werkzaam is in die
specifieke situatie, pragmatisch en zelfstan-
dig. De laatste jaren is daar verandering in
gekomen. Ik zie in het werk een ommezwaai
van het therapeutisch denken naar het me-
disch denken. Er worden veel meer medicijnen
voorgeschreven. In het sociale psychiatrisch
team werken we alleen met psychiaters
samen, er zijn geen andere disciplines in het
team. In feite is de hele MFE vorming, wat mij
betreft terug naar de kliniek, kleine klinieken.
Een goede ontwikkeling vind ik de behandel-
protocollen. Hierdoor wordt de behandeling
transparanter. Ik denk hierbij bijvoorbeeld
aan het behandelprotocol bij persoonlijk-
heidsproblemen - borderline. Deze groep is
jarenlang van het kastje naar de muur gestuurd
en werd gezien als onbehandelbaar. Los van
de diagnose vind ik het belangrijk om oog
te houden voor de hele mens met al zijn
mogelijkheden en onmogelijkheden.

Wat is de reden dat het anders moet in
de geestelijke gezondheidszorg en in de
psychiatrie? Enerzijds moet de toegang tot
gespecialiseerde GGz hulp verminderen
want het gebruik hiervan stijgt en zal in de
toekomst ook fors blijven toenemen (op de
totale kosten van de gezondheidszorg komt
7 à 8% voor rekening van de GGz). Ander-
zijds moeten de dikke muren en hoge drem-
pels verdwijnen om de patiënt in staat te
stellen zijn normale leven weer op te kun-
nen pakken, volgens de RVZ dé inzet van de
GGz. Een voorwaarde om hieraan te voldoen
is bijvoorbeeld dat de zorg altijd vanuit het
'patiënten perspectief moet worden ver-

leend'. In de nota *Naar een meer vraagge-
richte zorg van de RVZ* (1998) stelt men dat
onder vraaggerichte zorg verstaan moet
worden: 'Een gezamenlijke inspanning van
patiënt en hulpverleners die erin resulteert
dat de patiënt hulp ontvangt die tegemoet
komt aan zijn wensen en verwachtingen en
die tevens voldoet aan professionele stan-
daarden.' Zorginstellingen willen en moeten
een integraal GGz aanbod ontwikkelen
waarbij de kerntaken zullen bestaan uit:
Zorg op Maat, zorgcoördinatie en continuï-
teit van zorg. Deze zorg of hulpverlening
moet transparant, eenduidig en volgens
meetbare standaarden zijn samengesteld.
Kortom er moet sprake zijn van vraagge-
richte of behoefte gestuurde- en diagnose
gestuurde zorg. De huidige praktijk van de
hulpverlening kenmerkt zich onder andere
door de ontwikkeling van zorgprogramma's.
De reden hiervoor is de groeiende behoefte
om meer vraaggerichte zorg te verlenen,
dit in tegenstelling tot hulpverlening die
uitgaat van het aanbod van de instelling.
Een vraaggerichte zorg gaat ook uit van
instellingsoverstijgende hulp, dit betekent
dat de afgesproken hulp niet gebonden is
aan een instelling. Via een zorgprogramma
kan deze continuïteit van hulp beter gega-
randeerd worden (Van Yperen e.a.1998).
Het denken over zorgprogramma's in de
GGZ is in gang gezet door het verschijnen
van de nota *Functionele programma's voor de
GGZ* (NVAGG 1991). Functies in de GGZ die
hier genoemd worden zijn: preventie,
behandeling, begeleiding, verzorging/ver-
pleging, verblijf en dienstverlening. Deze
indeling in functies moet transparantie voor
de cliënt, de verwijzer en de financier bevo-
deren. Het product van de zorgaanbieder is
goed beschreven, het is duidelijk wat er
geboden wordt, door en voor wie. Welke
zorg uiteindelijk verleend zal worden is de

uitkomst van een afstemmingsproces tussen zorgvrager en zorgaanbieder. De zorgvrager lijkt in het geheel een grote stem te hebben maar in werkelijkheid heeft deze zich te voegen naar het advies dat de zorgaanbieder hem of haar geeft. Bovendien wordt de keus

beperkt, in één regio kunnen wel verschillende voorzieningen zijn, maar die worden geleverd door dezelfde instelling. Indien een cliënt of cliëntsysteem vervelende ervaringen heeft met deze instelling, zijn er nauwelijks alternatieven voor handen.

GGZ en de eerste lijn

Sinds jaar en dag is de huisarts poortwachter tot GGZ voorzieningen. De patiënt met klachten van psychische aard komt met zijn of haar hulpvraag eerst bij de huisarts, en die besluit wat er met die hulpvraag gaat gebeuren (dat geldt ook voor vragen op medisch gebied). Al in 1984 sprak men via de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid de verwachting en hoop uit op verbetering van de samenwerking tussen eerstelijns en de GGZ. Naast het bevorderen van afstemming en continuïteit van zorg werd als doel van samenwerking ook genoemd het bevorderen van deskundigheid van de eerstelijns op het gebied van psychosociale problematiek. Wanneer dit gerealiseerd zou zijn, zou de huisarts beter kunnen functioneren als bewaker van de toegangspoort tot de GGZ, en zou de eerstelijns een deel van de behandeling van 'lichte psychosociale problematiek' van de Riagg over kunnen nemen (substitutie). De vooronderstelling die achter het benadrukken van deskundigheidsbevordering schuil ging is dat een deskundige eerstelijns minder zal verwijzen naar de (A)GGZ (De Ridder en Visser 1987). Die afstemming tussen zorgvrager en zorgaanbieder had en heeft zijn - financiële - grenzen.

Uit hetzelfde rapport bleek dat de invloed van deskundigheidsbevordering op de competentie van de eerstelijns weinig veranderingen in het verwijs gedrag teweeg had gebracht bij de huisartsen. Eerder was er

sprake van het 'omgekeerde' (niet-beoogde) effect, de eerstelijns ging méér verwijzen omdat meer problemen onderkend werden en de (A)GGZ beter bekend werd. Riagg's hadden de expliciete taak om een brug te slaan tussen eerstelijns en (intramurale) GGZ. En volgens De Ridder en Visser (1987) namen zij die taak serieus: 'De Riagg blijkt dus de enige instelling (binnen de GGZ, maar ook in vergelijking met het AMW) die de verantwoordelijkheid op zich neemt initiatieven voor samenwerking te ontplooiën. De anderen laten het initiatief aan elkaar over of vinden samenwerking simpelweg niet van voldoende belang.' Ondanks de inspanningen van de kant van de Riagg's leverden de huisartsen forse kritiek op de organisatie van de Riagg: weinig inzichtelijke structuur en lange wachttijden. De huisartsen die Riagg medewerkers bij naam kennen hebben minder kritiek.

Jacques Poortvliet (1929) inmiddels gepensioneerd, heeft twintig jaar in de ambulante psychiatrie gewerkt in Utrecht (1969-1989) huisartsen belden hem, in de SPD-tijd wel makkelijk op als ze met een probleem zaten:

Het verpleegkundige deel kwam me door mijn A en B opleiding vaak goed te pas in het signaleren van symptomen bij mensen. Ik heb het ook altijd betreurd dat de verplichte A-opleiding werd geschrapt omdat ik merkte dat ik er zoveel profijt van heb gehad.

Ik weet nog goed dat een huisarts uit mijn rayon me belde om te vragen om bij een bepaalde man te gaan kijken omdat hij zo in de war was. Ik heb toen een huisbezoek afgelegd en ik zag dat hij inderdaad in de war was maar het ook benauwd had. Ik voelde zijn pols en die was erg onregelmatig waardoor ik dieper inging op de somatische aspecten. Het bleek dat deze man een ernstig gedecompenseerd hart had waardoor hij in de war raakte. Dat er nu meer mensen met een HBO-V opleiding komen is alleen maar gunstig als ze veel werkervaring hebben in de algemene gezondheidszorg en de GGZ. Het sociale aspect kwam vooral tot uitdrukking in praktische zaken. Maar ook in het nagaan waardoor problemen ontstonden. Als dat te maken had met het arbeidsproces betekende dit dat je ook, met toestemming van de cliënt, op het werk ging kijken en met de baas ging praten. Aan het eind van mijn werkperiode gebeurde dat eigenlijk niet meer zo. Evenals het vaste overleg met de sociale werkplaats, dat liep ook langzaam af.

Het onderzoek van de Ridder en Visser werd vorig jaar herhaald door Kerssens, De Vries en Verhaak (1998). Hieruit bleek dat verwijzingen van huisartsen naar de GGZ waren toegenomen. 'De vraag om ambulante zorg

is van 1980 tot 1992 verdrievoudigd maar het beschikbare hulpverleneraanbod is niet meegegroeid. Het gebrek aan capaciteit en de lange wachttijden bij de AGGZ instelling waren veelvuldig aanleiding tot opmerkingen.' Ook hier luidde weer de conclusie dat een hogere inzet op deskundigheidsbevordering van de eerste lijn geen afname maar een toename liet zien van het aantal verwijzingen. 'In regio's waar sprake is van intensieve samenwerking vreest men wel eens slachtoffer te worden van het eigen succes, doordat kwalitatief goede verwijzingen op grotere schaal dan voorheen op de GGZ afkomen.' De ontwikkelingen in de zorgvraag waardoor een groter beroep op GGZ-instellingen wordt gedaan, hebben vooral te maken met de groei van het aantal ouderen, verslaafden, vluchtelingen, dak- en thuislozen, minderheidsgroepen, arbeidsongeschikten en werklozen (De Leeuw e.a. 1998, Wolf 1995). Over de wachtlijsten, die dit tot gevolg heeft, hoort Thea Reymers (1929) hoewel gepensioneerd nog wel eens wat. Zij had al een zeer gevarieerde werkkring achter de rug, toen zij besloot om in 1962 als SPV in de ambulante psychiatrie te gaan werken. Haar werkplek vond zij eerst in Den Haag en later in Dordrecht. Na een kwart eeuw was zij natuurlijk een bekende persoon voor de verwijzers:



Thea Reymers geeft haar studenten aanwijzingen (uiterst links staand)

'Ik ben allround SPV geweest, we hadden cliënten uit de zwakzinnigenzorg, geriatrie, volwassenen, jeugd en verslavingszorg. Het was heel boeiend en enerverend omdat je zelf initiatieven kon nemen, je had een enorme vrijheid. Je moest natuurlijk wel laten zien dat je die vrijheid ook waard was, dat was eigenlijk bijzonder aan die tijd. Toen ik begon had je natuurlijk geen eigen kantoor, je werkte in feite gewoon vanuit je huis. Je deed erg veel per telefoon. Huisartsen wisten je zo te vinden als ze met een nood-situatie zaten, dan vroegen ze of ik even mee wilde, en dat deed je dan. Bij mijn afscheid hoorde ik bijvoorbeeld van huisartsen dat ze me zouden missen omdat ze altijd wisten bij wie ze terechtkonden. De tijd is natuurlijk veranderd, zaken werden zo rond mijn afscheid in 1989 anders geregeld. Mijn laatste afdeling was psycho-geriatrie en ik heb dat ook weer met veel plezier gedaan. Ik hoor van voormalige collegae wel dat het vak nu minder boeiend is omdat het zoveel bureaucratischer is geworden. Je moet ook niet vergeten dat er enorm veel energie gaat zitten in al die organisatorische veranderingen iedere keer. Dat kost een hoop van mensen. Daarnaast is de werkdruk ook erg hoog. Ik geef onder andere nog geheugentrainingen en verzorg bijscholingen voor vrijwilligers. Laatst vroeg iemand me of ik bij de Riagg had gewerkt, toen ik bevestigend antwoordde zei die persoon: 'Oh wat erg!' De klacht van die persoon was dat ze eindelijk besloot om hulp in te roepen omdat ze er aan toe was en er toen niet terecht kon vanwege een wachtlijst. In de psychiatrie is urgentie natuurlijk moeilijk aantoonbaar, alleen als er sprake is van een crisis kan er direct hulp worden verleend maar als het urgent is moeten mensen wachten. Ik vind dat dit niet kan, zeker niet bij mensen die een ernstige depressie hebben.'

De geijkte klachten van huisartsen over de ondoorzichtigheid van de AGGZ instelling en het ontbreken van vaste contactpersonen zijn niet opgelost. De doorstroom en uitstroom van bijvoorbeeld SPV-en is niet groot, ze zijn tamelijk honkvast (Van Hoof e.a. 1995) maar worden niet meer gezien als contactpersoon, zoals in de tijd van mevrouw Reymers. Van het consultatie-aanbod met een 'psychiater van dienst' die bereikbaar is voor overleg, wordt nauwelijks gebruik gemaakt door huisartsen of andere verwijzers. Over de poortwachterfunctie, patiënten motiveren om hulp te zoeken bij de ambulante GGz, zijn zowel de huisarts als de GGz tevreden. 'De huisarts is gevraagd een oordeel te geven, door middel van een rapportcijfer, over eigen deskundigheid om: als poortwachter bij psychische problemen te fungeren, patiënten met psychische problemen zelf te behandelen. Gemiddeld geven huisartsen zichzelf een voldoende of een ruim voldoende om de genoemde taken op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg uit te kunnen voeren. Tevens merken sommigen op dat de last van een eventueel poortwachterschap de draagkracht van de huisarts in de huidige werksituatie te boven gaat.' (Kerssens e.a. 1998). Het gaat dan vooral om de taak van de poortwachter om die mensen die niet naar de gespecialiseerde GGz kunnen, zelf te begeleiden, te behandelen of door te verwijzen naar andere werkers in de eerste lijn. De media schrijft regelmatig, dat door de vele werkzaamheden die de huisarts al heeft, deze functie niet naar tevredenheid uitgevoerd wordt. Van de ondersteuning die de gespecialiseerde GGz aanbiedt, maakt de huisarts weinig gebruik. Als de huisarts niet naar de GGz komt zal deze naar de huisarts moeten komen. In een aantal rapporten en publicaties wordt de SPV genoemd als intermediair van gespe-

cialiseerde AGGz naar de eerste lijn, maar ook als ondersteuner van de huisarts. Een aantal SPV-en heeft de wens uitgesproken in zo'n functie terecht te komen, en in sommige projecten gebeurt dit al via detachering bij huisartspraktijken (Almelo, Amsterdam en Rosmalen). Ad Geluk (1948) die deelneemt aan de werkgroep vrijgevestigde SPV-en (een initiatief van F. van Vugt) heeft in het verleden al eens geïnformeerd naar de mogelijkheid om bij een huisartsenpraktijk te gaan werken:

Momenteel is de SPV vooral werkzaam in een organisatie waar multidisciplinair wordt gewerkt en veel tijd opgaat aan overhead. De Riagg is en blijft een tweede lijn instelling - een gespecialiseerde vorm van hulp - en dat betekent dat er drempels liggen waardoor mensen minder makkelijk binnen komen. Dat heeft natuurlijk ook een preventieve werking voor mensen die voor het eerst klachten ontwikkelen, die kunnen terecht bij een minder gespecialiseerde vorm van hulp omdat de problemen ook minder complex zijn. Ik heb interesse in de werkgroep 'vrijgevestigde spv-en' die momenteel actief is om te kijken op welke wijze onze beroepsgroep ook in een ander verband zou kunnen opereren. Ik denk dat vrij gevestigden of spv-en in de eerste lijn veel meer tijd overhouden voor de cliënten. Bovendien denk ik dat je dichterbij de klant beter kunt aansluiten bij de vragen die men heeft. De beleidsvisie van Borst spreekt in die zin ook over een versterking van de eerste lijn. Een aantal jaren geleden heb ik wel eens een huisarts gebeld met de vraag of die er niet voor zou voelen, maar die zag er geen brood in. Nu dicteert Borst het in feite en zullen huisartsen er niet meer onderuit komen. Ik denk zelf dat spv-en in de eerste lijn heel veel kunnen doen maar men moet er rijp voor gemaakt wor-

den. Het voordeel van in de eerste lijn zitten is vooral dat je in een veel vroeger stadium bij de cliënten kunt komen, voordat een klant uiteindelijk eens bij een Riagg terecht komt heeft men al zoveel andere hulpverleners gehad. De problematiek is daardoor ook verhevigd en juist door in de eerste lijn te zitten kun je preventief werken. Echter ook met nazorg kun je een hoop schakels overslaan en effectiever werken als dit gebeurt door een SPV in de eerste lijn. Waarvoor zou je al die drempels aanleggen als integratie in de samenleving het hoofddoel is? Die mensen zouden gebaat zijn bij hulp uit de eerste lijn omdat er meer tijd voor zorg is vanwege de lagere kosten. Ik denk echt dat de cliënt hier beter van zal worden omdat hij of zij dan hulp krijgt wanneer het nodig is. Iedere schakel die gepasseerd moet worden naar een meer gespecialiseerde vorm van hulp kost mijns inziens meer geld, dat zou je kunnen besparen. Ik ben wel van mening dat je als SPV in de eerste lijn moet waarborgen dat je multidisciplinair kunt werken. In een gezondheidscentrum zitten verschillende disciplines waarmee je kunt overleggen. Om het contact met de beroepsgroep en de kennis goed op peil te houden is supervisie en intervisie met collegae onontbeerlijk. Die tendens om te beweren dat het multidisciplinair werken op zijn retour zou zijn, zegt mij niet zo veel. Ik zie het als een golfbeweging, het ene moment hebben medici alles te vertellen en het andere moment denken spv-en dat ze helemaal zonder artsen kunnen, de waarheid zal ergens in het midden liggen. Ik ben echter wel van mening dat je niet zonder elkaar kunt, je hebt elkaar nodig. Dat is goed voor je cliënt, je vakgebied en je collega's.

Die collega's zijn van allerlei komaf en werken in de meest verschillende organisaties en

projecten. De wens van SPV-en om meer in de eerste lijn te zitten, dichterbij de hulpvragers en zo de preventieve kant van het vak meer aandacht te kunnen geven, lijkt een wens om terug te keren tot de oorspronkelijke uitvoering van de sociaal psychiatrische taak. In de behoefte om de bedompte kamertjes (of ivoren torentjes?) van ambulante instellingen te verlaten staan SPV-en niet alleen. Ook de psychiatrisch verpleegkundigen geven duidelijk te kennen de muren van de kliniek over te willen om (vooral chronische) cliënten in wooneenheden of woningen in de maatschappij van psychiatrische zorg te voorzien. PIT, SPITS, TIZ of transmurale zorgprogramma's schieten als paddestoelen uit de grond. Een verheugend feit noemt Wolf (1993) het feit dat de GGz zijn verantwoordelijkheid voor deze groep weer neemt. In tegenstelling tot wat Van der Gaag hier beweert, hebben ambulante instellingen ruim de helft van de chronisch psychiatrische patiënten (40.000) in zorg. Bijna al het GGZ geld gaat naar de APZ'en en er wordt relatief onder besteed bij ambulante zorg.

De ambulante zorg besteed op haar beurt het geld vooral aan psychotherapie en slechts in geringe mate aan ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie. Het Training in Community Living (TCL) programma in Den Haag, voorziet in hulp aan bovengenoemde doelgroep. Om concrete doelen met en voor patiënten te kunnen verwezenlijken zijn behandeling, begeleiding, rehabilitatie, dienstverlening en zorg geïntegreerd' (Van der Gaag 1998). De cliënt wordt begeleid door een B-verpleegkundige en een casemanager (SPV van het mobiel klinisch behandelteam) draagt zorg voor de continuïteit. Over deze arbeidsdeling lijken SPV-en en psychiatrisch verpleegkundigen, volgens Wolf, minder tevreden. Een

probleem bij dit project is de hoge caseload van de SPV-en waardoor het casemanagement volgens het makelaarsmodel (de mini-male variant van Henselmans zonder de begeleidings-, rehabilitatie- en behandel-functie Henselmans 1993) wordt uitgevoerd. De psychiatrisch verpleegkundige heeft een kleine caseload maar door de zware en ernstige problematiek is werken aan rehabilitatie misschien wel te hoog gegrepen. Wolf pleit voor een taakverdeling tussen beide disciplines ingegeven door specifieke kenmerken van de cliënt en niet door opleiding of discipline.

Een laatste categorie behorend tot de doelgroep van de GGz zijn tenslotte de dak- en thuislozen. Mensen die om verschillende redenen niet in staat zijn om een (t)huis te hebben. Een groeiende groep in onze samenleving (prognoses worden geraamd op 53.000 in 2001) met complexe problemen van psychische, sociale en somatische aard. Verslaving, illegaliteit en een psychiatrisch verleden zijn risicofactoren om in het circuit van thuislozen terecht te komen. Vooral de groep jongeren groeit, Nederland telt naar schatting tussen de 6 en 7.000 zwerfjongeren of thuislozen in de leeftijd van 14 tot 25 jaar (Glas 1998). Voor deze groep mensen die vooral een gevaar voor zichzelf kunnen zijn (verwaarlozing) maar ook voor anderen (overlast), is bemoeienis van de geestelijke gezondheidszorg gewenst. De actieve bemoeiering voort gekomen uit de bemoeizorg gedachte zijn steeds vaker te vinden in grote steden in de vorm van projecten (Van Weeghei en Wennink 1993). Ook de GG en GD's nemen deze taak wederom of nog steeds op zich en soms zijn er samenwerkingsprojecten vallend onder de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz).



'Er ligt een hoop rotzooi dat opgeruimd moet worden'

Michiel Faber

Michiel Faber is in 1957 geboren en verpleging was niet zijn eerste keuze. Na enige teleurstellende ervaringen lag het dan ook voor de hand om iets totaal anders te gaan doen. Na een uitstap in een heel andere branche kwam hij toch weer terug in de GGz. Hij ziet de zaken nu anders.

Van nihilisme tot Romme

Ik ben de hulpverlening in gegaan omdat ik niet kon zwemmen. Ik wilde naar de sport-academie maar zakte voor het onderdeel zwemmen (het enige diploma overigens waarvoor ik tot nu toe gezakt ben). Uit de nihiliteitstheorie blijkt dat het vaak aan hele kleine dingen ligt waarom iets gebeurt, causaliteit is soms erg ver te zoeken. Die afwijzing kwam erg laat zodat ik me niet meer kon inschrijven voor iets anders. Ik had een aantal vriendinnen op de middelbare school en die vertelden me dat er een mogelijkheid bestond een oriënterend jaar in de gezondheidszorg te doen, het zogenaamde 'sociaal diaconaal jaar'. Daar heb ik me toen voor opgegeven (1975). Het werd vanuit de kerk georganiseerd, je werkte voor het minimum jeugdloon en een groot deel van het salaris moest je besteden aan een nader te bepalen doel (amnesty international was ons doel). Ik kwam via dat jaar in aanraking met de psychiatrie (Warnsveld) en dat vond ik

hartstikke leuk. Omdat mijn ervaring in de psychiatrie goed was bevallen, besloot ik om de B-opleiding te gaan doen (Vogelenzang 1976). Kwalitatief vond ik die opleiding niet op zo'n hoog peil staan. Ik had natuurlijk geen vergelijkingsmateriaal maar wat ik met de theorie in de praktijk kon was niet veel. Bovendien appelleerde het niet erg aan mijn intellectuele vermogens.

Na drie jaar had ik er zo schoon genoeg van dat ik ontslag nam en ging reizen. Aan het meer van Tiberias besloot ik om wat anders te gaan doen. Ik wilde niet meer met arts-assistenten werken die mij gingen vertellen wat ik als verpleegkundige moest doen, ik had daar geen zin in.

Daarna heb ik 3/4 jaar in een laboratorium gewerkt. Ik vond het prettig om iets exacts te doen na al die 'menswetenschappen', bovendien was ik goed in rekenen, scheikunde en natuurkunde. Onderwijl besloot ik om naar MGZ opleiding te gaan in Amsterdam (1980). Die opleiding vond ik veel weg hebben van een dure speeltuin. Je moest zoveel opgeven om die opleiding te kunnen volgen en als je dat afzet tegen wat er geboden werd, dan voelde ik me zwaar bekocht. Er werden geen eisen gesteld, iedereen haalde het diploma en in die zin stelde het dus niets voor. Alleen als je knal psychotisch

was dan moest je weg van de opleiding, dat gebeurde ook wel. Cock Bolier en Ton van Hal dat waren mensen die iets te bieden hadden op de opleiding, de anderen zeiden me niets. Ik liep stage in Haarlem bij Nel Dellebeeke, daar had ik het goed. Ze was al wat ouder en kon relativeren. Ze vertelde me waar ik goed in was, dat had nog nooit iemand gedaan. Af en toe keken we uit het raam over de Zijlweg en dan overzag je de hele stad en dan zeiden we tegen elkaar: 'daar borrelt alle gekte en verwarring en daar moeten wij iets mee doen'. Daar genoten we van, dat was erg leuk. Er werkte een psychiater (een systeemanalyticus) waar ik vaak mee samenwerkte, van hem heb ik veel geleerd. In die zin was de stage een erg belangrijk onderdeel van de opleiding, zo niet het belangrijkste deel. Je kunt op de opleiding niet leren hoe het is om je eigen klanten te hebben. Je kunt nog zoveel oefenen, maar op het moment dat je eigen eerste klant voor je zit, wordt het echt. Wat ik slecht vond was dat de theorie niet aansloot bij de praktijk, het verschil was te groot. Het doen van onderzoek, systematisch leren werken, daar gaat het om in de praktijk, maar dat heb ik zelf moeten leren dat heb ik niet meegekregen van de opleiding (ik vind wel dat er tegenwoordig methodisch beter wordt gewerkt). Mensen als Querido en Romme daar had ik nog nooit van gehoord, en ik was nog wel sociaal psychiatrisch verpleegkundige! Ik vond dat schokkend.

Van toeval tot treffer

Na de opleiding had ik geen baan en ging ik voor het eerst van mijn leven naar het arbeidsbureau om me in te schrijven, ik had absoluut geen zin meer om in de intramurale psychiatrie te werken. Toen bleek dat er werk zat was. Ik kon al snel aan de slag in Beverwijk,

in eerste instantie voor ziektevervanging en later in vaste dienst. In 1988 ben ik de VO-SPV gaan doen en dat was de eerste opleiding waarvan ik het gevoel had dat ik er iets leerde. Daarvoor zeker niet. Dat klinkt misschien een beetje pretentieus maar dat was gewoon zo. Ik werk nog steeds in Beverwijk, wel met een stop tussentijds. Ik heb een tijdje (1992-1995) een heel ander vak uitgeoefend, natuursteen restaurateur, en dat was een grote wending in mijn leven. Dat heeft me toen ontzettend goed gedaan zowel fysiek als psychisch, ik had het leven zelf in de hand, kon het sturen zoals ik wilde.

Voor die tijd waren het allemaal maar toevalligheden waarom ik het vak ben gaan doen. Op het moment dat ik in aanraking kwam met dat andere werk, had ik voor het eerst het gevoel: 'fijn dat je warm van iets kunt worden', dat je zelf kiest omdat je iets leuk vindt. Ik vond het ook fantastisch dat ik mijn angst had overwonnen om mijn vaste baan op te geven en een onzekere toekomst tegemoet durfde gaan. Ik had zo ongelooflijk de schijt aan al die lui die me waarschuwden voor wat er allemaal mis kon gaan.

Ik had natuurlijk ook de mazzel dat mijn partner niet tegenwerkte, we zijn beiden financieel onafhankelijk maar je moet dat soort dingen wel in overleg doen. Het werk was ontzettend zwaar en hartstikke vies maar ongelooflijk interessant. Waar ik van tevoren helemaal niet bij stilgestaan had, was dat ik de kennis van mijn werk als hulpverlener goed kon gebruiken. Ik kon mijn paradoxale benaderingen volop toepassen op lastige klanten, dat bleek zakelijk gezien van grote waarde. In mijn werk gebruikte ik dat nog niet zo maar toen ik daar los van was, wel. Ik kan me nog herinneren dat we dat in de opleiding kregen, ik snapte de theorie wel maar in de praktijk kon ik daar

helemaal niet mee uit de voeten. Dat was natuurlijk wel de voorwaarde om het toe te passen. Daar dachten collegae, vooral in de B overigens, heel anders over die pasten dat lukraak toe. Ik denk dat je toch meer ruimte en vrijheid in jezelf moet hebben om dat te kunnen. Ik heb bij mezelf uitgevogeld hoe dat werkt. Alles wat ik doe moet ik kunnen uitleggen maar ook zelf beleven. Ik kan niet iets doen zonder dat ik daar iets bij voel, bij een paradoxale benadering voelde ik alleen maar verwarring. Later werd dat anders, kon ik er meer woorden aan geven en werkte het ook. Mijn opdrachtgever had dat spoedig in de gaten en maakte daar ook gebruik van om potentiële klanten goed in te schatten. Verder heb ik de collega's goed leren omgaan met 'zeikerds'.

Ik kreeg een blessure aan mijn hand en moest stoppen met het restaureren van natuursteen. Gelukkig kon ik weer terug naar mijn oude werkplek. Voor mij is het sociale in het werk erg belangrijk. Moeite doen om mensen die niet gemotiveerd zijn toch te kunnen bereiken, al moet je daar de hele dag in steken, dat dondert niet.

Die instelling mis ik bij veel collegae. Men zegt zich zorgen om iemand te maken omdat die hartstikke gek is en velen last van hem hebben en bezorgd zijn. Toch moet je hen dan zeggen dat ze er zelf op af moeten in plaats van af te wachten tot hij komt; erger nog als het te laat is en hij met een IBS in een deplorabele toestand wordt opgenomen. Een van de oorzaken hiervan is dat we verleerd hebben om outreachend te werken, dat gebeurt bijna niet meer. Betrokkenheid en zorg zijn lange tijd weg geweest bij SPV-en. Nu is de bureaucratische structuur daar ook wel debet aan, het invullen van lijsten het halen van je productie, het lijkt allemaal een doel op zich te zijn geworden.

Als beroepsgroep pikken we dat en sommigen dragen het zelfs uit, als er al iets uitgedragen wordt. Op het punt van visievorming en management vind ik dat er nog het een en ander moet gebeuren. Sinds kort hebben we een SPV overleg maar dat staat in de kinderschoenen. Als beroepsgroep moeten we vooral afleren om te zeuren over van alles en nog wat. Er wordt zoveel gezeikt over onnozele dingen, we blijven hangen in het afzetten tegen, dat vind ik erg. Aan de andere kant is ook het zo dat het een tijd lang uit geweest is om idealen te hebben. Het hebben van een visie of een ideologie was nu niet bepaald iets dat hartelijk werd toegejuicht. In dat opzicht heeft de sociale psychiatrie denk ik ook te lijden gehad van de tijdgeest waarbinnen dat niet paste. Ik heb me er zelf ook schuldig aan gemaakt om me niet bezig te houden met het vormen van een visie over het vak en het uitdragen daarvan. Bij collega's kon ik dat niet halen, we zijn daar eigenlijk niet in gevormd, niet in opgeleid om over dat soort dingen na te denken. Ik merk dat dit langzamerhand wel komt. Een interview zoals dit helpt om stil te staan bij je beroepsgroep en je vakgebied. Bij ons zitten SPV-en nauwelijks in het management, een plek waar toch de ideeën worden gevormd. Ik zit nu in de positie dat ik wel wat moet bedenken als coördinator van het project Vangnet en Advies. Niet dat ik voor die tijd niet meedacht over het neerzetten van voorzieningen, jaren geleden heb ik een depot-poli opgezet samen met een psychiater. We deden dat zonder hiervoor een plan op papier te zetten, dat vond ik zo triviaal. Je moest doen, en niet eindeloos in een kamer zitten dingen bedenken en uitschrijven op papier, zeker als het allemaal zo klaar was als een klontje. Ik moest schroom overwinnen om mee te doen als er gesproken werd over visievorming. Ik had

de neiging om het veel groter te maken dan het was en te denken dat het daarom niet iets voor mij was. Ik heb op de VO geleerd dat je het toch moet verwoorden omdat de instelling anders kan doen of het er niet is, pas als het op papier staat dan bestaat het en moet men er over nadenken. Dat is dus de enige manier om er iets door te krijgen in een organisatie. Dat belang zie ik, ook de tactiek die je moet toepassen om als SPV mee te kunnen praten over het beleid. Aanvankelijk had ik dat niet maar op een gegeven moment zag ik in dat zoiets gewoon te leren is. In de voetballerij heet dat: 'niets dom voor het hok, je houdt balbezit en je wacht tot ze happen en dan ga je er langs'. Je hebt een idee en dat je laat eens vallen en als men dan niet hapt moet je weer terug.

Met Querido en Romme sterk staan in de sociale psychiatrie

De autonomie wordt, door de huidige organisatie van de GGZ en alle fusies, in mijn beleving eerder kleiner dan groter het keurslijf wordt steeds strakker. Het nemen van een besluit om je echt in te spannen voor iemand ook al kost zoiets je een hele dag, dat zal steeds moeilijker worden. Er wordt alleen maar op korte termijn gekeken, terwijl het op de lange termijn voor de cliënt en de maatschappij veel meer oplevert. Ik denk dat de SPV in de opleiding toegerust moet worden om dat sociale aspect van het werk uit te blijven dragen, en training moet krijgen hoe dit op een werkplek in beleid omgezet kan worden. Dat is misschien saai want je hebt het dan gewoon over het implementeren van beleid in organisaties en wat daar allemaal bij komt kijken, vooral de tegenwerking die je dan tegen komt, maar ik denk wel dat het moet gebeuren. SPV-en moet geleerd worden hoe ze tactisch kunnen opereren naast het vele werk dat ze op curatief

gebied moeten doen. Ik weet niet of je van stage begeleiders kunt eisen dat ze SPV-en in opleiding daar ook op moeten voorbereiden. Ik zou niet weten hoe dat praktisch ingevuld zou moeten worden. Op zijn minst moet het vermeld worden op een opleiding en moet daar ook in de vorm van scholing aandacht aan worden besteed.

Ik ben pas sinds een jaar lid van de beroepsorganisatie. Zo kort is er bij mij iets aan de gang waarbij ik denk dat ik steun van anderen nodig heb. Dat heeft te maken met het feit dat ik een keuze heb gemaakt. Ik wil dit werk blijven doen maar dan wel op een andere manier. Ik besef steeds meer dat het belangrijk is om je te verenigen en iets voor elkaar te betekenen. Daar is een beroepsorganisatie een belangrijk onderdeel van. Net zoals we nu met elkaar in beraad zijn op de Riagg. Het bewustzijnsproces bij SPV-en groeit naar mijn idee en de beroepsvereniging zit in de lift. Verder vind ik de studiemiddagen sterk verbeterd, je merkt dat er onderwerpen aan de orde komen die leven in de praktijk. De positionering in het veld is ook iets waar de organisatie zich mee bezig moet houden en ik merk dat dit het geval is. Dat sterkt me in het idee dat de beroepsorganisatie zinvol bezig is. Zeker nu met de ambulantisering moet de vereniging van zich laten horen. Ik denk dat er zeker een toekomst blijft voor de SPV, dat hoop ik althans. Dan moeten we wel bij onze taak blijven, waarborgen dat we die uitvoeren en minder - zoals een tijd geleden het geval was - alles in de kamertjes op het bureau laten plaats vinden, dan lukt het wel. De verbinding die er met de vermaatschappelijking is die moet vooral blijven omdat de SPV daar een belangrijke rol in kan spelen. Als ik kijk naar de taak die ik nu heb in het project dan hebben we veel te bieden. Er ligt een hoop rotzooi dat opge-

ruimd moet worden, terechte shit omdat men constateert dat de GGz op het kantoor zit en zegt wat er moet gebeuren maar zelf niets doet. Als er toegezegd wordt dat er iemand langs komt, dan moet men ook gáán. Verder moet het werk in een goed

theoretisch kader worden gezet. Iedereen moet Querido en Romme lezen, dat moet verplichte literatuur worden om erachter te komen wat sociale psychiatrie is en wat een apart vak het is.

HOOFDSTUK 2

Sociale psychiatrie van filosofische hoogten naar alledaagse praktijken

Vooruitblik

Een toename van de vraag naar opname van psychiatrische patiënten en de daarmee gepaard gaande hogere kosten dwong gemeenten om te zoeken naar alternatieven. Omdat ook de mening veranderde over de noodzaak tot hospitalisatie van mensen met psychische problemen, ontstonden nieuwe zorgsoorten in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. De ambulante psychiatrie werd een goed alternatief vooral doordat deze organisatievorm werd ondersteund met kennis ontwikkeld vanuit de sociale psychiatrie. In de afgelopen eeuw is de organisatie van de GGz regelmatig veranderd. De rol en betekenis van de sociale psychiatrie stond bij deze veranderingen nauwelijks ter discussie. Sinds de jaren negentig is dit niet meer zo, en doet zich zelfs de vraag voor of sociale psychiatrie nog wel bestaansrecht heeft. Omdat iedereen 'het' doet is een verbijzondering niet meer nodig. Sociaal psychiatisch verpleegkundigen - de grootste beroepsgroep in zowel de ambulante als de

sociale psychiatrie - vormden samen met de sociaal psychiaters een hecht en onafscheidelijk koppel op beide terreinen. In de praktijk is een ontwikkeling gaande waardoor beide disciplines meer op elkaar aangewezen zijn, dan de afgelopen tien jaar het geval is geweest. Multi-disciplinair werken is in sommige instellingen op zijn retour, zeker bij afdelingen sociale psychiatrie van ambulante afdelingen. Op beleids- en bestuurlijk niveau hebben beide disciplines elkaar uit het oog verloren. Is hier sprake van een definitieve scheiding of is er tijdelijk behoefte aan een Lat-relatie? In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het sociaal psychiatisch gedachtegoed zoals dat aan het begin van deze eeuw is ontstaan. De grondleggers van die sociale psychiatrie worden aangehaald. De geïnterviewde sociaal psychiatisch verpleegkundigen vertellen hoe zij dit gedachtegoed gestalte gaven en geven in de ambulante GGz.



'De koningin van Sheba en de kroonprins'; An Kreulen

De SPV-en van de jeugd en volwassenenafdeling uit Den Haag in 1961

Mevrouw Kreulen werd in 1921 geboren. Omdat haar moeder vaak ziek was leek een toekomst in de verpleging haast vanzelfsprekend. Ondanks haar vooropleiding (Mulo niet afgemaakt) is het haar gelukt via de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige, de algemene verpleegkunde te doen. Zij heeft de traditionele weg van vele B- nazorgzusters gevolgd; na de basis verpleegkundige opleidingen B en A, de kraam, de wijk en de B-nazorg. Zij is vervolgens bij de GG en GD in Den Haag gaan werken 1953-1981 om er niet eerder weg te gaan dan met haar pensionering. Zij heeft als hoofd Maatschappelijk Werk van de Jeugd Psychiatrische Dienst gewerkt en vond het bijzonder dat dit kon met haar vooropleiding. Sociale psychiatrie was vooral aansluiten bij de beleevingswereld van de patiënt.

Voor een dubbeltje per uur

Het was vanzelfsprekend voor mij om de verpleging in te gaan. Ik had thuis altijd een zieke moeder die ik verzorgde. Hierdoor rolde ik in feite in het werk. Ik heb ook mazzel gehad, dat realiseer ik me goed. Nu kan zoiets niet meer omdat je veel meer vooropleiding nodig hebt. Ik heb op de Mulo gezeten maar geen diploma gehaald vanwege de ziekte van mijn moeder. Door dat ik vrijstelling kreeg kon ik de B- opleiding doen, dat deed ik in Santpoort. Het was oorlog en we werden al snel geëvacueerd naar Vught, daar heb ik het grootste deel van mijn opleiding gevolgd en mijn diploma behaald.

Na de repatriëring heb ik nog driejaar in Santpoort gewerkt. Ik koos voor de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige omdat ik voor de A-opleiding niet werd toegelaten zonder MULO. Na het behalen van mijn B-diploma kon dat wel, en dat deed ik in

Beverwijk. Daarna heb ik achter elkaar de kraam, de wijk en de B-nazorg gedaan. Die laatste opleiding vond ik flut, het was maar een halfjaartje het stelde niet veel voor. Ik liep stage bij de GGD in Amsterdam, de eerste drie maanden verdiende ik een dubbeltje per uur. Je moest 48 uur werken. Op zaterdag was het betaaldag en dan ging ik bij de kassier f 4.80 halen. Na die drie maanden kreeg je vol salaris. Ik moest nog drie maanden stage lopen bij Sunier in Amsterdam, toen ik in de krant een advertentie zag. Bij de GGD in Den Haag had men een SPV nodig. Ik solliciteerde en had een gesprek met dr. Speijer, ik kon direct beginnen. Ik vertelde dat ik nog drie maanden moest in Amsterdam maar volgens Speijer zou Sunier dat geen probleem vinden. Ik dacht eerst dat ik uitverkoren was maar het bleek dat ze vijf SPV-en nodig hadden! Ze zaten om je te springen, kom daar nu maar eens mee. Als je dan hoort wat voor sollicitatiecommissies ze wel niet hebben. Ik wist niet dat ze ons zo hard nodig hadden, dat ze zonder ons geen bureau konden opzetten. Ik vond het natuurlijk allang prachtig dat ik kon komen. Na een jaar kreeg ik een vaste aanstelling zonder beoordeeling.

Ik ben in Den Haag gekomen en er nooit meer weggegaan. Achteraf denk ik dat het niet goed is om zo lang op een plek te blijven zitten, dan treedt er toch een soort luiheid en gemakzucht op. Het is goed om eens te wisselen. Ach, als je eenmaal gesetteld bent dan stap je niet zo makkelijk meer op. Inmiddels, professor Speijer, heeft zich enorm voor ons ingezet, dat was een sociaal voelend mens en hij vond dat we veel te weinig verdienden. Hij heeft er toen voor gezorgd dat we uit die verplegings sfeer kwamen en heeft ons sociaal ambtenaar

gemaakt. Dat was voor ons voordeliger want dan kon je verder groeien in je vak met bevorderingen. Daar heb ik het aan te danken dat ik nu een behoorlijk pensioen heb.

Door een veiligheidsspeld gefrustreerd voor het leven

Ik heb eerst een jaar bij de rusthuizen gewerkt. Dat was heel boeiend. Ik kreeg een margarinekistje en daar zaten de dossiers in van de rusthuizen. Ik moest daar voor controle naartoe, dat was niets voor mij. Ik vond het vreselijk om ergens binnen te komen en de deksels van de pannen te halen om te kijken of alles wel goed was. Je moest op alles controleren. In dat kistje zaten ook dossiers van kinderen, kinder- en bejaardenzorg dat viel samen. Voor de kinderezorg moest ik de MOB's controleren. Daar heb ik me altijd over verbaasd, en dat stuitte me ook wel tegen de borst: er waren zaken bij dat de ouders wel drie vier keer waren bezocht door de psychiatrisch sociaal werksters (PSW'sters), maar die kinderen hadden ze nooit gezien. Ik had het idee dat deze beroepsgroep nog nooit een psychiatrisch ziekenhuis van binnen had bekeken. Desondanks noemden ze zich psychiatrisch sociaal werksters. Het allerergste vond ik nog dat alles altijd op die ouders werd geschoven. Je kreeg toen een tijdje die antipsychiatrie beweging. Psychiaters waren niet goed en men keek ook een beetje scheef naar ons. Psychologen maakten hun entree in de psychiatrie, zo ook bij ons.

Ik zou die periode als volgt willen karakteriseren: als er een veiligheidsspeld verkeerd had gezeten en je werd geprikt dan was je - bij wijze van spreken - gefrustreerd voor de rest van je leven. Wat ik momenteel zo boeiend vind is, dat er weer wordt teruggaan naar de psychiatrie. In Den Haag hebben we het grote Pamassia gekregen. Ik ging weg toen de Riagg kwam, en nu zijn ze weer

terug bij af! Ik vind het niet te geloven hoe ze het allemaal verbrokkeld hebben.

Met ervaring kom je een eind

Aanvankelijk wist ik niets over jeugdpsychiatrie daar er in de B-opleiding en B-nazorg geen aandacht aan was besteed. Wat ik belangrijk heb gevonden en waar ik veel aan heb gehad is dat ik in de A-opleiding, kraam en wijk veel geleerd heb over kinderziekten en jeugdzaken. Ik begrijp dan ook niet goed dat je SPV kunt worden zonder A-opleiding. De afdeling jeugd was net opgericht en er zat totaal geen structuur in. Ik vroeg me werkelijk af wat ik daar nu moest. Er kwamen aanmeldingen van de schoolartsen van de jeugdgezondheidszorg, en ik ging op huisbezoek bij de gezinnen. Daar maakte ik een rapport van om aan de psychiater en de psycholoog voor te leggen. We kregen op een gegeven moment ook de controle over de internaten in het hele land waar wij kinderen geplaatst hadden, en bezochten zoveel mogelijk de daar geplande stafvergaderingen. Ten slotte verliet ik als Hoofd Maatschappelijk Werk de JPD. Een functie die ik vanuit mijn ervaring heb opgebouwd. Ik ben mij ervan bewust dat er nu voor deze functie meer vooropleiding wordt vereist, doch de nodige ervaring heeft mij ook ver gebracht. De afdeling die ik verliet bestond uit zes psychiaters, acht psychologen, vier maatschappelijk werksters en vier SPV-en.

Coaching, de krenten uit de pap?

Ik heb veel stagiaires gehad van de Cuserstraat van zuster van den Doornmalen, en van de Sociale Academie voor Maatschappelijk werk. Daar was ik altijd wel voorstander van om die ook op te leiden. Ik moest al het werk, besprekingen en evaluaties plannen en regelen. Ik maakte roosters voor de psychologen en psychiaters want wij deden

ook de toelating voor scholen voor buitengewoon lager onderwijs. Dat is later afgestoten. Twee keer in de week had ik met mijn groep bespreking van de cliënten. Ik verdeelde het werk, zelf deed ik geen huisbezoeken meer, maar deed wel mee met de spreekuren. Het begeleiden van de stagiaires en de cliënten vond ik het leukst, kennis overbrengen aan die jongeren. Natuurlijk kon je ze ook wel eens achter het behang plakken. Vooral de mensen die binnenkwamen met een air of ze de hele wereld bezaten. Dat waren nogal eens de aankomend maatschappelijk werksters. Als ik met ze gesproken had en ze niet wilde hebben stuurde ik ze naar het maatschappelijk werk voor een gesprek. Die kwamen dan naar me toe en zeiden: 'die neem je toch zeker niet?' Dan hield ik me van de domme en zei: 'als jullie ze niet willen dan neem ik ze niet!' Je had natuurlijk ook die beoordelingen, die moesten ze van mij altijd zelf schrijven: 'Ga jezelf maar even beoordelen'. Dat deden ze dan altijd veel erger dan ik het gedaan zou hebben. Dan zei ik: 'je bent wel een beetje streng voor jezelf, hoor'. Ik heb ook wel eens iemand gehad die kwam met van die kikker schoenen, ze zag er echt niet uit. Ze had een kort truitje aan, als ze bukte was ze helemaal bloot. Ze kwam om te solliciteren en toen had ik gezegd, dat de kleding een beetje aangepast moest zijn omdat we in de gezinnen kwamen. Ze was nog maar een paar uur in dienst of ik werd al gebeld door de psychiater van de afdeling die vroeg of ik dat tolereerde dat iemand er zo bijliep. Ik zei toen dat hij het maar aan mij moest overlaten. Ik ben toen naar haar toegegaan en heb gevraagd hoe dat nu kon terwijl ik het uitdrukkelijk met haar besproken had. Ze zei toen dat ze vond dat ze zelf wel mocht bepalen wat ze droeg. Ik zei: 'ja hoor dat mag je ook, maar ik mag bepalen

of het wel of niet geschikt is voor het werk, dat mag ik'. Daarna heeft ze het ook gedaan en hebben we een fantastische collega aan haar gehad.

Psychosociaal of sociaal psychiatisch?

Op de jeugdafdeling had je natuurlijk geen échte psychiatrie. Het waren vooral veel sociale problemen en later natuurlijk ook verslavingsproblemen. Toch had je je psychiatische achtergrond nodig in dit werk. Dat merkte ik in al die jaren wel, zeker omdat ik met SPV-en en maatschappelijk werksters te maken had. Je gaat er anders door denken en anders door kijken, psychische problemen werden vaak over het hoofd gezien, dat merkte ik tijdens de consultatie die ik gaf. Ter illustratie, zo had ik eens een collega die een patiënt inbracht, een fobische vrouw waar ze al jaren mee bezig was. Ze had een reuze oplossing gevonden, die mevrouw hoefde haar kamer niet meer uit want ze had alles zo geregeld dat die vrouw daar kon plassen en alles doen. Ik heb haar heel omslachtig uit moeten leggen dat ze bezig was om een toestand in stand te houden in plaats van het te veranderen. Daar had ze helemaal geen kijk op omdat ze dat niet meekregen in de opleiding.

Een ander voorbeeld, een van de collega's had een vrouw in begeleiding die dacht dat ze koningin van Sheba was. Ze had een zoon van elf die helemaal in de vernieling raakte door dat waanidee van die moeder. De psychologen en de maatschappelijk werksters vonden dat het jongetje uit huis geplaatst moest worden. Dat werd die moeder verteld maar daar wilde ze niet aan meewerken. Ik ben toen naar haar toegegaan en ik zei: 'ik moet nu toch eens met u praten. U bent de koningin en uw zoon is de kroonprins en die moet een opleiding buitenshuis hebben want dat kan zo niet langer. Hij moet verder

gevormd en voorbereid worden op zijn taak, dat ziet u toch ook wel?' Zo heb ik die jongen uit huis kunnen krijgen. De psychologen vonden dat ik die vrouw had moeten vertellen dat ze ziek was en daarom niet voor haar zoon kon zorgen. Ik vond dat ik beter met haar mee kon denken omdat die jongen uit huis moest en dat zou anders niet gelukt zijn. Die vrouw was niet van haar waan af te brengen, medicijnen hielpen niet bij haar.

Het had geen enkele zin om haar op die andere manier te benaderen. Dat was nog de invloed van de antipsychiatrie datje iedereen altijd de waarheid moest zeggen. Dat was niet altijd goed en voor sommige mensen zelfs slecht. De ideologie werd zo een dogma, daar heb ik niet aan mee-gedaan hoor.

De sociale psychiatrie en haar herkomst

Geestelijke gezondheidsproblemen komen al eeuwen lang voor. De interpretatie van het ontstaan hiervan en de benadering van mensen met 'gestoord' gedrag, wisselen in de tijd en per cultuur. Tot en met de 18e eeuw stond de religie hierin centraal; zij die bezeten waren (van de duivel) werden geholpen door uitbanning of verbranding. Na deze periode brak de moral-treatment benadering aan. Mensen die beroofd waren van hun zinnen hadden teveel last van psychologische en sociale stress. Een slecht geleide opvoeding werd gezien als oorzaak, een warme sympathieke omgeving was de remedie. Deze benadering maakte, aan het einde van de vorige eeuw, plaats voor een medisch technologische benadering naar analogie van de somatische gezondheidszorg. De mens als individu stond niet meer centraal maar de ziekte. Er kwam een classificatie (Kraepelin) voor de stoornis of ziekte en onder andere werd er bedverpleging voorgeschreven. Dit moment wordt veelal aangewezen als de start van de moderne psychiatrie. De sociale psychiatrie ontwikkelde zich in deze eeuw uit de algemene psychiatrie en werd mogelijk door de komst van sociale voorzieningen en de ontwikkeling van de sociale wetenschappen, die de

wetenschappelijke basis verschaften voor deze vorm van psychiatrie. De sociale psychiatrie ontwikkelde zich parallel aan de welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg waarvan zij een belangrijk onderdeel is (Trimbos 1980). Sociale psychiatrie wordt wel de jonge loot aan de stam van de psychiatrie genoemd. De boom die stam en loot verbindt is echter ook nog niet zo oud.

Het moment waarop men in Nederland van een start van sociale psychiatrie kan spreken, en de persoon die het startsein hiertoe gaf, wordt gelegd in 1916 met de benoeming van F. S. Meijers door de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst in Amsterdam. Bij nadere bestudering van de literatuur is het echter de vraag of dit klopt. De benoeming van Meijers in Amsterdam is zeker het startpunt geweest voor het ontstaan van de ambulante psychiatrie. Hij kreeg namelijk tot taak opnameaanvragen te beoordelen, en deze het liefst niet te honoreren, in verband met de hoge kosten voor de gemeente Amsterdam. Via spreekuren ontving Meijers patiënten die last hadden van psychische klachten. De komst van de sociale psychiatrie als gedachtegoed is terug te voeren naar het verschijnen van het boek *A Mind That*

Found Itself (1908) van ervaringsdeskundige Clifford W. Beers, Amerika. Het was de periode dat in de westerse samenleving werd gezocht naar een manier om mensen met een psychiatrische stoornis zo goed mogelijk te behandelen, in een juiste setting met gekwalificeerd personeel. Daarnaast werd onderzocht hoe stoornissen te voorkomen waren. Het laatst genoemde onderdeel is bekend geworden als campagne onder de naam Mental Hygiëne Movement en stond onder aanvoering van Adolf Meyer (Kramer 1990; Offerhaus 1993; Bakker e.a.1994). De Nederlandse psychiater K.H. Bouman had ideeën hierover meegenomen uit Amerika. Dit mondde al snel uit in een groeiend aantal buitendiensten van psychiatrische ziekenhuizen die nazorg boden aan ontslagen patiënten via de 'buitendiensten'. De Joodse inrichting het Apeldoornsche Bosch had de primeur in 1920. J.H. Pameijer (directeur van Maasoord te Poortugaal) begon in 1926 met de nazorg na een werkbezoek in Duitsland. De nadruk kwam te liggen op vroegtijdig ontslag en zo mogelijk terugkeer in het eigen gezin. Pameijer benadrukte vooral het belang van het huisbezoek door de psychiater want, 'pas als men kennis had genomen van de omstandigheden waaronder patiënten leven kon men een sociale prognose stellen'. Meijers daarentegen ging volgens Querido (1970) af op de papieren aanvragen: 'Als ze niets mankeerden zou er geen opname gevraagd zijn', en vond het afleggen van een huisbezoek overbodig. In 1931 kwam A. Querido in dienst bij de Amsterdamse GG en GD en moest werken onder Meijers. De samenwerking vlotte niet echt: Toen ik, naar aanleiding van een aanvraag tot opname voor een schizofreen, die zelf niet meegeko- men was, schuchter vroeg of ik soms huis- bezoek zou gaan maken, keek hij mij wat smalend aan en zei 'denk je soms dat hij

daar beter van wordt?' (Querido 1980:128). De wijze waarop Pameijer invulling gaf aan de nazorgdiensten werd vanaf de jaren der- tig, de periode van beperkte economische middelen, hèt voorbeeld voor andere steden. Naast de directe zorg voor de patiënten, de arbeidsbemiddeling en initiatieven voor het creëren van geschikte arbeidsplaatsen werd de aandacht ook gericht op andere sociale omstandigheden. Sociaal psychiaters in de ambulante psychiatrie dienden zich om dit soort zaken te bekommeren. De psychiaters kregen ondersteuning in hun werk van psychiatrisch verpleegkundigen die beperkte extra scholing hadden gekregen gericht op het ambulante werk vanuit de sociaal psychiatrische gedachte.

Querido liet zich inspireren, net als H. K. Bouwman (hoogleraar psychiatrie in Amsterdam) onder wiens leiding de Neder- landse delegatie stond, door een bezoek aan het Mental Hygiëne congres in Washington D.C. (mei 1930). Het was, zoals hij schreef, een 'keerpunt'. Mental Hygiëne was gericht op 'bevorderen, behouden, beschermen en versterken van de gezondheid van de geest', 'De jeugd is de sleutel die toegang geeft tot de gezonde geest. Abnormaal gedrag, gestoorde relaties, maatschappelijke bot- singen kunnen voorkomen worden als zij maar in hun oorzaken vroeg genoeg worden onderkend. Dit was alles scheefgroei, die gecorrigeerd kon worden door tijdige leiding en voorlichting, in alle toonaarden, met aan- gewende ervaring uit zeer veel verschillende gebieden. (...) Ik had als het ware op dit posi- tivisme zitten wachten en hoorde ademloos gedachten formuleren die ik herkende als ongevormde vermoedens in mijzelf, en welke aansloten bij de reeds gevormde overtuiging betreffende de diepte-psychologie' (Querido 1980: 114en 115).

Inspiratie, opgedaan in Amerika, en onvrede over de gestichtspsielatrie leidde ertoe dat Querido buiten de muren bleef kijken wat daar zoal gebeurde. Hij was betrokken bij de oprichting (1928) van het Amsterdamse Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen, het latere MOB, en later ook bij dat van Leiden (1930). In die periode zou Querido ook steeds meer tot het besef komen dat levensgeschiedenissen van mensen, en maatschappelijke relaties en verhoudingen, een belangrijk onderdeel vormden om tot een goede diagnostiek te kunnen komen.

Dat was nog niet alles, ook over acute psychiatrie of de 'psychiatrische eerste hulp', ontwikkelde Querido gedachten waar nog steeds naar gehandeld wordt. '... de situatie waarin hulp gevraagd werd nooit te beoordelen was op grond van het contact met één element uit die situatie, namelijk de kandidaat-patiënt, maar dat dit alleen kon door het geval als geheel, met alle betrokkenen, als het ware in situ te overzien. Vandaar de regel die ik eerst mijzelf, later ook mijn medewerkers, oplegde, dat in al deze gevallen terstond een psychiater moest gaan naar de plaats waar de verstoring was geschied en daar zijn beslissing diende te nemen' (Querido 1980: 147). Enerzijds was hij van mening dat er een 'praeventieve zijde' aan het werk zat door de geestelijke hygiëne te laten doordringen bij opvoeders van normale en abnormale jeugd, artsenjuristen, enzo-voort. Anderzijds moest ook het publiek bereikt worden; door te laten zien hoe met een zieke persoon kon worden omgegaan en aan te geven hoe dat bereikt kon worden door mensen in de directe omgeving van de persoon in kwestie.

De 'psychiatrie d'urgence heeft een taak te vervullen, welke het individu dienend, boven het individuele uitgaat'. In Amsterdam werd in 1935 120 à 150 keer per jaar eerste hulp

gevraagd aan de psychiater van de GGD.

'Hulp wordt gevraagd voor een individu, wiens evenwicht met de buitenwereld verstoord is in zoodanige mate, dat het de aandacht van de wijdere omgeving, van 'het publiek' getrokken heeft. De taak van hem, die hier moet helpen, is, na te gaan, in hoeverre dit verstoorde evenwicht hersteld kan worden, of hier een taak voor den medicus is, en welke middelen moeten worden aangewend. Pogingen om langs theoretische lijnen scheiding en ordening in de gevallen te verkrijgen, voeren tot niets; bij dit bij uitstek praktische werk zijn alleen praktische criteria bruikbaar.' Querido 1935: 125. Dit brengt ons van het verleden weer naar het heden want deze laatste uitspraak van Querido, lijkt te verduidelijken waarom P. Schnabel in zijn voorwoord in het boek van Van de Beek (1991) zegt: 'Sociale psychiatrie is een praktijk, die tot nu toe meer gebaseerd is geweest op ervaring dan systematiek.' Aad Duijn (1922) heeft 27 jaar van 1958 tot 1985 gewerkt bij de Haagse Katholieke Stichting geestelijke gezondheidszorg. In het gesprek dat met haar werd gehouden bleek hoe heilzaam het kon zijn dat zij zo'n praktische blik had:

Er was bij de tak van het bureau Levens en Gezins Vragen een aanmelding gekomen van een gezin omdat er een heel moeilijk kind zou zijn. Er werd uithuisplaatsing voor dat kind aangevraagd. Wij hadden stafvergadering en daar kwamen dit soort zaken aan de orde en werd het werk verdeeld. Omdat het een uithuisplaatsing betrof zou ik die familie gaan bezoeken. Ik kwam daar en de desbetreffende moeder was niet aanwezig. Oma was er echter wel, die woonde daar in huis, en ze liet me binnen. Ze vertelde me van alles en nog wat over 'dien Joost', het jongetje dat zo moeilijk was. Het waren allemaal aardige verhalen over het knulletje. In

de woonkamer stond een prachtige vaas met zonnebloemen op de grond. Ik vroeg me af hoe dat nu toch kon bij zo'n ontzettend druk kind dat eigenlijk niet te handhaven was. Moeder kwam thuis met 'dien Joost', ze had hem opgehaald van school. Moeder was erg druk en trok maar aan het kind zijn jas en zijn broek. Hij werd helemaal nerveus van zijn drukke moeder. Ik ben natuurlijk met dit verhaal teruggegaan naar de staf en heb gezegd dat ik het niet eens kon zijn met een uithuisplaatsing.

Niet alleen het feit dat sociale psychiatrie uitgaat van ervaringen en praktische criteria, maakt dat aangekeken wordt tegen deze loot van de psychiatrische stam als weinig systematisch. Het ontbreken van een bloeiend wetenschappelijk leger van onderzoekers is hier waarschijnlijk ook debet aan.

In Nederland is sociale psychiatrie het onderdeel dat zich bezighoudt met de zorg voor patiënten die niet opgenomen zijn (ambulante psychiatrie) en de wijze waarop dit gebeurt, hoe mensen worden benaderd en hun klachten worden gezien in de context van hun sociale leven, is gebaseerd op het

sociaal psychiatrisch gedachtegoed.

In Amerika is sociale psychiatrie veel meer het onderzoeksgebied dat invloeden en onderliggende betrokkenheid onderzoekt van sociale structuren, processen, groepen etcetera, op psychische stoornissen en bepaalde vormen van afwijkend gedrag. Het heeft dus betrekking op het ontstaan, de voorwaarden, het verloop, de hulpverlening, de persistentie of het verdwijnen en de preventie van psychische stoornissen. Ze maakt gebruik van de methodologie van diverse wetenschappen, met name van de sociologie, maar ook van de psychologie, economie, antropologie, andragogie, kortom een multi-disciplinair onderzoeksgebied (Trimbos 1980). Nu wil dit niet zeggen dat er in Nederland geen sprake is van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de sociale psychiatrie. Henselmans 1993; Polstra 1997; Wolf met verschillende publicaties, zijn voorbeelden van mensen die zich recentelijk verdienstelijk hebben gemaakt op dit terrein. Toch heeft de praktische zorg die vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed gegeven wordt altijd meer in de schijnwerpers gestaan dan wetenschappelijk onderzoek.

Sociale psychiatrie als gedachtegoed

Een van de bijzondere kenmerken van sociale psychiatrie is dat het zich niet in een definitie laat vastleggen (Romme e.a. 1981 en Offerhaus 1993). Volgens Offerhaus is sociale psychiatrie een ideologie en heeft als nadeel 'dat er geen duidelijke grenzen zijn waarbinnen men dit kan definiëren, geen duidelijkheid bestaat over wat het is en wie men is en dat een duidelijke en helder omschreven identiteit ontbreekt'. Tevens zegt hij dat het in ideologieën gaat om het heil van de mensheid, de wereld. In de Mental Health

Movement, en dus de sociale psychiatrie, gaat het om het heil van de psychiatrische mensheid en mensen die nog geen stoornissen hebben (de preventieve taak). De auteur geeft in zijn boek aan dat het uitdragen van een ideologie weerstanden kan oproepen bij anderen. De weerstand wordt vooral gevormd doordat aanhangers van de ideologie eigenlijk zeggen: 'wij zijn ethisch gezien beter, wij zorgen beter en laten de mensen thuis en in hun waardigheid'. Dit komt onder andere door de eigenwijzigheid en de hoog-

hartigheid die besloten ligt in de benaming. Hij doelt dan op de dichotomie sociaal versus a-sociaal. Het is een van de mogelijke verklaringen waarom intramuraal en ambulant werkenden tegenover elkaar lijken te staan in plaats van naast elkaar in de hulpverlening aan de cliënt. Hoewel het aanhangen van een ideologie tegenwoordig minder respect ontmoet dan in de jaren zeventig, een periode waarin veel sociale bewegingen ontstonden, is de tijd er nog niet rijp voor om de ideologie los te laten, aldus Offerhaus.

Er is nog niet genoeg bereikt door aanhangers van de sociale psychiatrie, een mening waar velen zich in zullen vinden. Sterker nog, er zijn hulpverleners die juist vanwege de huidige maatschappelijke situatie aanleiding zien om sociale psychiatrie te versterken. Grace Herrmann (1957) SPV bij de crisisdienst van GGZ Den Bosch, student aan de Masters-opleiding, is een van die hulpverleners:

Ik merk steeds meer hoe belangrijk het is om samen te werken met aanpalende organisaties. Of het overheidsbeleid nu zo bepalend is in dezen, vraag ik me echt af. Je kijkt toch altijd naar ontwikkelingen die gaande zijn in je eigen regio? Iedere plek heeft weer andere problemen en je moetje niet te sterk laten leiden door nota's die door, of voor, de regering geschreven worden. Anderzijds zie je ook een soort na-aap gedrag van organisaties, als er iets wordt ontwikkeld door de ene instelling dan moet de ander dat ook onmiddellijk doen. Er wordt dan niet altijd zorgvuldig gekeken naar de gevolgen op lange termijn. Ik vind dat onze eigen beroepsgroep zich dat moet aantrekken, we moeten elkaar sterker prikkelen om actiever te worden en duidelijker te maken waar we voor staan. Ik zie bijvoorbeeld bij vacatures regelmatig het woord (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige tussen haakjes, daar komt

bijna niemand tegen in opstand. Hebben we het sociale van ons werk dan niet meer hoog in het vaandel, geven we dat geen inhoud meer?

Ik denk namelijk zelf dat er meer spv-en zouden moeten komen omdat maatschappelijke en psychische problemen vaak samen gaan, waardoor er een legitimatie is om meer spv-en in te zetten. Ik denk dan ook dat de opleiding meer aandacht zal moeten besteden aan sociologische en politieke processen. Daar hebben we in ons werk namelijk veel meer mee te maken dan bijvoorbeeld met therapeutische methoden. Dat is ook wel nodig maar politiek en sociaal bewustzijn is eigenlijk nog belangrijker. Neem nu mijn eigen werkplek, mogelijk zal het hulpaanbod voor cliënten gaan veranderen. Intern is namelijk een discussie gaande of we nog mensen met een persoonlijkheidstoornis of psycho-sociale problemen mogen behandelen. De reden daarvan is dat er geen sprake is van As I problematiek. De DSM IV wordt niet alleen als classificatie gebruikt maar ook als poortmodel. Bij de voormalige Riagg zag je dat dit een grote groep cliënten betrof die voornamelijk door SPV-en behandeld werd. In de crisisdienst komen we deze groep cliënten veel tegen, die kunnen we dan kortdurend behandelen tot aan de volgende crisis en dan doen we weer een stukje.

De gedachte vanuit de kliniek is vooral dat je iets behandelt en dat het dan opgelost moet zijn, een gedachte die voorkomt uit het medisch model. Dat werkt natuurlijk niet bij deze groep cliënten en gelukkig zie ik die denkwijze wel een beetje veranderen.

Als beroepsgroep hebben we het afgelopen jaar moeten knokken om zelfstandig te mogen blijven. De gedachte dat niet-academici ook kunnen behandelen, werd met name vanuit de kliniek niet altijd geaccepteerd.

Samenwerken in de sociale psychiatrie

Versterking of misschien eerst wel verduidelijking van sociale psychiatrie om te voorkomen dat het verdwijnt. Hoewel er niet zoiets als 'de sociale psychiatrie' is, zijn hulpverleners toch regelmatig op zoek naar beschrijvingen en verduidelijking hiervan.

Tegenwoordig moet alles transparant zijn, en wat niet aan dit predikaat voldoet wordt tussen haakjes gezet tot het mogelijk een zachte dood zal sterven. Het zijn niet alleen sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die vinden dat sociale psychiatrie nog steeds bedreven wordt, en dat er redenen genoeg zijn om er voor te zorgen dat dit in de toekomst zo zal blijven. Zoals uit de andere hoofdstukken zal blijken zijn psychiaters en SPV-en een hecht koppel geweest. Zij vormden de kerndisciplines in de praktische uitvoering van het werk vanaf de extramuralisering in de jaren twintig. Riet Nouwens (1936) werkte als SPV in Paviljoen III in Amsterdam (1965) om de nazorg te regelen:

Wij probeerden de zorg na ontslag op poten te zetten. Dat was eigenlijk wat de nazorg inhield, niet zozeer mensen thuis begeleiden. Daarnaast deden we op verzoek milieuonderzoek, regelden tehuisplaatsingen van kinderen waarvan de moeder was opgenomen, bemiddelden bij plaatsing in verpleeghuizen, verzorgden hygiënische maatregelen, overlegden bij huisvestingsproblemen, problemen met de werkgever en natuurlijk bij financiële moeilijkheden. Juist in die periode werd de Algemene Bijstandswet ingevoerd.

We mochten aanzitten aan het ochtendrapport en moesten van tijd tot tijd verslag uitbrengen van onze bevindingen bij de mensen thuis. De psychiaters gingen niet zelf op huisbezoek, dat lieten ze aan ons over. Wat ik erg leuk vond in die tijd - onze functie

was organisatorisch ondergebracht bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde dat onder leiding stond van professor Querido - was dat Querido ons altijd bij verschillende vraagstukken betrok. Ik kan me herinneren dat hij het probleem inbracht van het wel of niet aborteren van een 13-jarig meisje dat was verkracht. Hij wilde dat wij daarover meedachten met hem. Ook kan ik me herinneren dat ik betrokken raakte bij een promotieonderzoek van een psychiater naar de invloed van psychotische moeders op hun kinderen. Het lijkt erop dat de psychiaters van toen wel sociaal geïnteresseerd waren. Bij de SPD van de toenmalige Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid, waar ik in 1965 ging werken, was het wel vanzelfsprekend om met de psychiater samen op huisbezoek te gaan, beleid te ontwikkelen en dat gezamenlijk uit te voeren.

Die verbondenheid in het samenwerken, gebeurde dus ook op andere terreinen dan alleen de praktische uitvoering van het werk. Hiervan is op dit moment geen sprake meer.

Zoals al werd gezegd zijn het niet alleen SPV-en die vinden dat sociale psychiatrie nog steeds de basis voor het handelen vormt. De sectie Sociale Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) nam in 1996 het initiatief om 'zich te bezinnen op het begrip 'sociale psychiatrie in de jaren negentig'. De thema's van studiedagen van de sectie toonden, dat men op zoek was naar het specifieke, de 'identiteit' van de sociale psychiatrie. Deze zoektocht en vragen waren ingegeven door de teneur dat vele werkers in de GGZ beweren aan sociale psychiatrie 'te doen'. Om duidelijk-

heid te krijgen over het begrip sociale psychiatrie werd aan het Trimbos instituut gevraagd te onderzoeken welke kenmerken nu volgens sleutelfiguren bepalend zijn voor dit concept. Kok en Donkers (1996) toegen aan het werk en vonden vijf kenmerken als meest onderscheidend voor sociale psychiatrie naar voren komen. De kenmerken worden hier, in volgorde van belangrijkheid genoemd, en worden verder in de tekst uitgewerkt. Het voorkomen dat bepaalde groepen patiënten in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten. De aandacht die zij heeft voor de sociale en epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet. Het gaat altijd om de cliënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context. Het aanbod is flexibel.



Marlies van Bommel

En gericht op praktische problemen van het cliëntsysteem. Deze beschrijving moet ook duidelijkheid scheppen in de verwarring dat ambulante hulp per definitie sociaal psychiatrische hulp is en intramurale hulp dit per definitie niet is. Als hulpverleners zich bedienen van deze kenmerken kan men spreken van sociaal psychiatrische hulpverlening, waar dan ook gegeven! Omdat de tendens bestaat om het specifieke niet meer te benadrukken, en door de transmuralisering iedereen sociaal psychiatrische hulp zou verlenen is de verwarring compleet. Marlies van Bommel (1960) SPV, werkzaam in de langdurige zorg bij een Riagg, en docente verpleegkunde aan de MGZ opleiding in Nijmegen herkent deze teneur:

Ik vind het een slechte ontwikkeling dat het sociale, als het om sociaal psychiatrische verpleegkunde gaat, steeds vaker tussen haakjes staat want dit is juist de kern van ons beroep. Ik zou het sociale juist extra willen benadrukken en meer naar voren willen halen. Systeemgericht denken en werken dient het curriculum van de MGZ-opleiding te bepalen. Studenten ervaren grote verschillen tussen intramuraal en extramuraal werken. De zorgvragen lijken misschien wel hetzelfde maar het maakt nogal wat uit of je die zorg-

vragen in de kliniek moet beantwoorden of bij mensen thuis.

In de thuissituatie is in de eerste plaats sprake van het afleggen van een huisbezoek, daar komt het aan op kennis en gebruikmaking van systeemgericht en preventief werken, crisisinterventie en niet in de laatste plaats je maatschappelijke geëngageerdheid.

Het is zo belangrijk dat je weet wat er maatschappelijk speelt, problematiek rond asielzoekers om maar iets te noemen. De beïnvloedende factoren (zoals je die ook ziet bij

Neuman) waar iemand nu mee te maken krijgt, en daarom moet je continu denken vanuit het systeem. Hoe is de wederzijdse beïnvloeding tussen de aangemelde cliënt en het netwerk. Als je het hebt over psychisch welbevinden van mensen dan zijn sociale contacten en het bezitten van een netwerk cruciale punten. SPV-en moeten daar oog voor hebben. Ik maak regelmatig mee, als in de praktijk suïcidaliteit ingeschat moet worden, dat niet wordt nagegaan of er een netwerk is. Er wordt alleen gekeken hoe suïcidaal iemand is en waaruit dit mogelijk voorkomt, dat vind ik ook wel belangrijk, maar het systeem waar iemand misschien op kan terug vallen of juist niet, dat vind ik het meest wezenlijke van ons werk. Ik wil binnen het onderwijs en de praktijk aandacht besteden aan de 'S' en de 'V' van SPV-hulpverlening. Om te beginnen moet dit in het intakeprotocol naar voren komen. Natuurlijk geldt dit dan ook voor de SPV-diagnose en de verdere behandeling door SPV-en. Die twee elementen dienen goed herkenbaar aanwezig te zijn; met de 'P' zit het wel goed, die wordt veelal wel gezien. De studenten krijgen op de opleiding veel van het sociale (systeemleer) en de verpleegkunde, maar als ze op stage zijn geweest dan merk je hoe belangrijk de DSM is in de instellingen. Enerzijds is het dus zo dat mensen snel socialiseren op de werkplek. Anderzijds vind ik dat het sociale van ons werk meer nadruk en aandacht moet krijgen in de opleiding. We zouden daar als opleidingsinstellingen denk ik ook uitspraken over moeten doen, in hoeverre vinden we dat aangesloten moet worden bij de praktijk? Kortom moeten we initiërend of volgend zijn? Ik weet niet of we daar iets gezamenlijks over zouden kunnen afspreken en daar modules

voor zouden moeten opzetten. Misschien dat het helpt om het sociale aspect van ons beroep beter neer te zetten zodat studenten of nieuwe SPV-en zich meer zouden verzetten als de werkwijze in een bepaalde instelling niet past in het kader van het sociaal psychiatrie.

Vervlakking of het niet meer kunnen, willen, mogen uitdrukken wat nu zo specifiek is aan je vakgebied is een tendens die door SPV-en wordt signaleerd. Voor anderen is het een aanleiding om te beweren dat de beroepsgroep van SPV-en 'dus' kan verdwijnen. Alle verpleegkundigen in de GGZ zouden het sociale aspect in hun werk moeten betrekken, waardoor er geen enkele reden meer zou zijn om hiervoor een aparte groep verpleegkundigen te hebben. Welke functie, taken of activiteiten SPV-en uitvoeren - in welke setting dan ook - het zal altijd gebaseerd zijn op de uitgangspunten van de sociale psychiatrie. Dat is iets anders dan het sociale aspect bij de hulpverlening te betrekken. Van Hoof e.a. (1995) betwijfelen dit, naar aanleiding van hun onderzoek naar het beroep SPV, als zij in neutrale bewoordingen zeggen '... binnen het werkveld van de SPV'en zijn ontwikkelingen gaande die de beroepsgroep tot een herbezinning nopen op de eigen positie in dat veld (...) het besef komt naar voren dat de toekomst van de beroepsgroep afhankelijk zal zijn van enerzijds de functies die de toekomstige (extramurale) geestelijke gezondheidszorg zal gaan vervullen en anderzijds de taken en activiteiten waarvoor SPV'en ingezet kunnen worden'. Marijke Buwalda (1948) docente aan de MGZ opleiding in Utrecht verwoordde haar mening over dit onderwerp als volgt:



Marijke Buwalda

De tijdgeest maakt dat er verschil is tussen het werk van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen en hoort dat ook te doen. Verder is er ook een verschil in niveau waardoor ik vind dat beide disciplines niet inwisselbaar zijn. Ik ben een groot voorstander van transmuraal werken. Het sociale zou niet alleen beperkt moeten blijven tot de ambulante psychiatrie maar ook intramuraal ingevoerd moeten worden omdat naar mijn mening iedere werker in de psychiatrie sociaal zou moeten denken en werken. Fusies kunnen vraag en aanbod beter op elkaar afstemmen en bij regionale ontwikkelingen is alle ruimte en plaats voor verpleegkundigen om zorgpakketten aan te bieden. Maar ook in het signaleren van lacunes in de zorg en het bewerkstelligen van zorginnovaties, het ontwikkelen van specialismen, ik zie dus ongelooflijk veel kansen. Het wrange is natuurlijk wel dat verpleegkundigen die de SPV opleiding gaan volgen vooral worden opgeleid om met de doelgroep chronisch psychiatrische patiënten te gaan werken, vaak was dat nu juist de reden om de kliniek te gaan verlaten. In de kliniek heeft men daar al zoveel ervaring mee. Wat me wel opvalt is dat we als verpleegkundigen nog steeds niet ons eigen domein mogen benoemen, dat doen anderen voor ons!

Om te voorkomen dat dit zou gebeuren heeft de beroepsgroep het signaal dat uitging van het onderzoek van Van Hoof e.a. (1995) opgepakt, en is men naarstig op zoek naar de eigenheid van het beroep om mede te kunnen bepalen waarvoor men ingezet wil worden. Sociaal psychiaters kennen de discussie over de identiteit ook, en in die zin is er sprake van een gedeeld probleem. Samen optrekken om dit probleem, op zijn minst, te bespreken gebeurt helaas niet. Men ziet elkaar alleen nog maar op de werkvloer. In bestuurlijke of academische zin is er geen sprake van samenwerking, en dat is te betreuren. Is men teveel gericht op de eigen problemen, verdragen academici en niet-academici elkaar niet meer? Wie zal het zeggen. SPV-en die hier aan het woord komen zijn allen van mening dat samenwerking op het gebied van sociale psychiatrie noodzakelijk is. Het is te hopen dat hier serieus werk van gemaakt wordt. Een jubileum of nieuw millennium als impuls voor goede voornemens? Dat dit hard nodig is steekt Frans Verberk (1952), die sinds drie jaar inspecteur voor de gezondheidszorg is, niet onder stoelen of banken:

Als je het hebt over sociale psychiatrie dan zie ik twee disciplines, de psychiaters en de SPV-en. De psychiaters hebben het in mijn

optiek laten afweten. Zowel in de praktijk als op wetenschappelijk gebied, A.W.M. Mooij (1988) beschrijft dat goed in *De psychische realiteit. Overpsychiatrie als wetenschap*.

De pendelbeweging van het hermeneutische naar het biologische principe. Hij beschrijft dat die pendelbeweging eigenlijk altijd heeft bestaan in de psychiatrie, dat die dus ook weer terug zal gaan. Ik vond die beschrijving duidelijk om begrip te krijgen voor de beweging die de psychiaters op dit moment maken. Neem Gersons, in mijn ogen een heel goed sociaal psychiater, die gaat in het AMC werken. Toen ik hem daarnaar vroeg zei hij: 'het moet van binnenuit komen'.

Ik zie dat nog niet erg van binnenuit komen, ik vrees dat hij zich hieraan vertilt.

Op de universiteiten zie je dat Giel in Groningen is weggegaan, alhoewel ik niet zoveel werk van hem in de directe dagelijkse praktijk heb gezien. Naast het case-register in het noorden van het land heeft hij zich volgens mij vooral beziggehouden met studies van andere culturen. Op dit moment heb ik niet de indruk, dat er vanuit Groningen activiteiten zijn op het terrein van de sociale psychiatrie. In Maastricht heeft Romme zich gespecialiseerd in 'stemmen horen'. Op zichzelf heel belangrijk, maar naar mijn idee ligt dit toch meer op het terrein van de klinische psychiatrie. Over het werk van Baars en Nordhoorn - sociaal netwerk en sociale steun - heb ik de laatste tijd weinig gehoord. Het-

zelfde geldt voor Rotterdam waar we, na het overlijden van Trimbos, niets meer van vernemen. In Utrecht is Gersons benoemd en weer vertrokken. Schene volgde hem op maar werd hoogleraar ambulante GGz bij het AMC. Hoewel ik na zijn publicatie *Burden on the family* hoge verwachtingen had, begeeft hij zich volgens mij steeds meer in de richting van de klinische psychiatrie en de organisatie daarvan. Misschien ben ik onvoldoende op de hoogte, maar ik heb sterk de indruk dat er op wetenschappelijk niveau weinig gebeurt door de psychiaters van de sectie sociale psychiatrie.

Ik ben van mening, dat de SPV-en zich zouden moeten inspannen om een leerstoel sociale psychiatrie te ontwikkelen. Als je de verpleegkunde ziet als een centrale discipline in coördinerende zin, bezig met gevolgen van pathologie, dan is zij bij uitstek de discipline die zich leent voor ontwikkeling van sociale psychiatrie als zodanig. In die zin baal ik er van als ik leuke stukjes lees, en kijk naar de auteur dat ik iedere keer moet constateren dat ze niet door SPV-en geschreven zijn.

Als je kijkt naar het smaakmakende Psychose Preventie Project, dat is al weer een tijd geleden (1989), uitgevoerd door spv-en. Wie promoveert er op? Vlaminck een psychiater. 'Bescheiden harde werkers' noemde Judith Wolf de SPV maar ik denk veel meer dat onze discipline niet goed toegerust is om zo te denken en vervolgens te schrijven.

Maatschappij en ziekte, wie grijpt waar in?

De sociale psychiatrie is een gedachtegoed of een benaderingswijze van waaruit gekeken wordt naar ziekte. Volgens Romme e.a. (1981) is het een 'theoretische verklaring van problemen in de geestelijke gezondheid, waarbij de nadruk wordt gelegd op de relatie tussen de 'sociale situatie' en het ontstaan en voortbestaan van dergelijke problemen.' Die theoretische verklaring draagt bij aan de oplossing van geestelijke gezondheidsproblemen door het te beschrijven. In het praktische werkveld geeft het inzicht in de wijze waarop maatschappelijke verhoudingen invloed hebben op het ontstaan of verergeren van klachten. Vanuit deze optiek is het ziektebeeld op zichzelf niet het uitgangspunt, maar de wisselwerking van de cliënt met zijn ziekte en de omgeving, en de invloed van de omgeving op de persoon met zijn handicaps. Om de betekenis hiervan te ondersteunen is een passage van de hand van Fuks-Mansveld en Sunier (1997: 44) toegevoegd: 'Het was opmerkelijk dat in het Apeldoonsche Bosch het merendeel van de patiënten uit debielen, imbecielen en idioten of lijders aan schizofrenie of dementia paralytica bestond. Deze ziekten kwamen in het Apeldoonsche Bosch veel vaker voor dan in andere inrichtingen. Voor de Tweede Wereldoorlog waren er verhoudingsgewijs bijna twee maal zoveel joodse geesteszieken dan niet-joodse in Nederland. In 1932 werden zeven op de duizend

joden verzorgd in psychiatrische inrichtingen, terwijl dit bij niet-joden drie per duizend was. Hiervoor moeten complexe psychische en sociale redenen geweest zijn, die echter thans niet meer te achterhalen zijn. Terwijl voor de Tweede Wereldoorlog, de oorzaak van psychische ziekten meestal in erfelijke factoren gezocht werd, hebben verschillende onderzoekers na de Tweede Wereldoorlog aangetoond, dat armoede en sociale moeilijkheden een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en instandhouden van de meest voorkomende geestesziekten. Tegenwoordig zou dan ook de verklaring voor het veelvuldig voorkomen van geesteszieken bij de Nederlandse joden eerder in de slechte economische en sociale omstandigheden, met name van de Amsterdamse joden, gezocht worden, dan in erfelijke verschijnselen.' Voor de hulpverlening is het van belang om interventies te plegen die de omgeving kunnen beïnvloeden en gegeven de handicaps van de cliënt, te bekijken hoe hij zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij. En vervolgens via preventie voorkomen dat deze processen voortduren, zich herhalen of verergeren. Hilde Willems (1933) is werkzaam geweest bij het Overijssels Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (later Riagg Almelo), zij vertelde over haar sociaal psychiatrische werk:



*Hilde Willems met geriater
W. Schaling tijdens het afscheid van
een collega op de Riagg Almelo*

In 1969 begon ik bij het OCGG in Almelo. Na ongeveer een halfjaar kreeg ik een eigen rayon en werd ik districtsverpleegster voor de ambulante GGZ vanuit het Groene Kruis. Er waren veel persoonlijke contacten met het eerste echelon de huisarts, de wijkverpleegster en gezinsverzorgsters de sociale diensten. Later ook met het maatschappelijk werk. Als SPV in een rayon kon je zelf je werk regelen en werkte je allround voor alle leeftijden van 0 tot 100 jaar en had je veel verantwoordelijkheid. In die tijd bestond mijn caseload uit 160 tot 180 mensen, ik kende ze allemaal. Sommigen had ik jarenlang in zorg om opnamen te voorkomen! Sommige mensen bezocht ik één keer per jaar. Anderen één keer per maand. Soms in heel moeilijke situaties ging ik met een huisarts wisselend om en om elke dag langs.

Het werk was niet zo gepland maar meer hap snap, je moest altijd rekening houden met onverwachte zaken. Ik zei wel eens dat we net de brandweer waren, we blusten kleine brandjes zo snel mogelijk. Er waren een aantal vaste punten, als de uitverkoop kwam wist ik precies bij welke vrouwen ik langs moest

gaan want dan werden ze weer manisch. Dat gold ook voor de donderdag voor kerst dan moest ik bij diezelfde vrouwen langs want dan werden ze depressief. Ook had ik zo in het voor- en najaar mijn vaste klantjes. In die tijd was het gewoon om tijdens een huisbezoek het medicijnflesje te pakken, de tabletten te tellen en naar de datum op het flesje te kijken. Later, na wat scholingen en cursussen mocht dat niet meer. Ook ging ik toen wel eens heel 'gepland' koffie drinken bij een erg onrustige patiënt en deed een paar druppeltjes in de koffie om de situatie een paar dagen te rekken als er geen plaats was in de kliniek. De druppeltjes kreeg ik dan van de psychiater.

Ik regelde opnames (vrijwillig en gedwongen), begeleidde bij ontslag uit de kliniek en regelde werk. Met veel personeelschefs had ik een goed contact. Zij signaleerden ook, als het op het werk minder goed ging. Ik werd dan gebeld en gevraagd om langs te komen want 'Jan floot niet meer tijdens het werk!' Ik heb nog heel goede herinneringen aan de samenwerking met de psychiaters van de PAAZ en van de kliniek 'Franciscushof.

Ze waren altijd bereid me te helpen.
Ik kijk met veel plezier terug, het was een boeiende tijd.

Van sociale psychiatrie is gezegd dat het een visie, een filosofie is. Voor het werk in de praktijk betekent dit niet dat ziekteverschijnselen er niet toe doen. Waar het vooral om gaat is te analyseren wat de omstandigheden zijn in de directe leefwereld van de personen waarin deze ziekteverschijnselen naar voren komen. Romme e.a. (1981) benoemen het spanningsveld dat ontstaat bij mensen in hun strijd om een goede verhouding te vinden (maar vooral ook te krijgen) tussen de meest belangrijke aspecten van het leven; 'vrijheid-

veiligheid'. Gezinnen met kinderen, voor velen de directe leefwereld, het primaire netwerk, bieden niet alleen veiligheid en bescherming. Juist in die belangrijke plek kan de strijd om een evenwicht te vinden tussen vrijheid en veiligheid soms heftige vormen aannemen. Kinderen kunnen allerlei gedragsproblemen laten zien als bijvoorbeeld hun individuele behoefte aan veiligheid niet overeenkomt met de ideeën van hun ouders. Ouders die op hun beurt worden beïnvloed door omstandigheden in de directe leefwereld, zoals tendensen, waarden en normen die gangbaar zijn in de maatschappij. Fokje Talsma (1937) heeft in de loop der jaren aardig wat tendensen de revue zien passeren:



Fokje Talsma aan het werk

Ik ben in mei 1970 als enige SPV op de jeugdafdeling in Friesland begonnen. Verder waren er een psychiater, een arts en een psycholoog. In aanvang deden we eigenlijk alleen maar zwakzinnigenzorg, dat was niet zo moeilijk als je het vergelijkt met wat we nu moeten doen. Ik regelde opnamen in zwakzinnigeninrichtingen en ging op bezoek bij mensen die hun kinderen thuis verzorgden. We werkten voor de hele provincie en ik tufte die helemaal door met mijn autootje. Na twee jaar kreeg ik er een collega bij en er kwam een

kinder- en jeugdpsychiater. In de loop van de tijd dat ik op de jeugdafdeling werkte, kregen we aanmeldingen van gezinnen die kinderen hadden met gedragsproblemen. We spraken dan over de aanpak daarvan. Soms vonden we dat ze getest moesten worden en dan verwezen we hen naar de psycholoog. De problemen waren vroeger veel minder ingewikkeld dan tegenwoordig. We richtten ons voornamelijk op de ouders, de kinderen zagen we veel minder uitgebreid dan nu. Tegenwoordig worden kinderen tijdens het

spelen in de spelkamer geobserveerd. De problemen zijn complexer omdat je bijvoorbeeld met veel meer mensen te maken hebt. Ouders zijn nu vaker gescheiden en hertrouwd. Het aantal mensen waar je mee te maken hebt is groter en de relaties met elkaar zijn veel ingewikkelder. We hebben de periode van de anti-autoritaire opvoeding gehad. Dat vond ik lastig, die vrijheid, blijheid opvatting. Ik ben misschien van de oude stempel, ik vind dat kinderen een bepaalde vrijheid nodig hebben maar ook grenzen. Daar heb je dan mee te maken in de begeleiding van gezinnen. Je ziet nu dat ouders minder leiding geven meer naast de kinderen staan. Ik ben wel een voorstander van de uitgangspunten van Gordon, veel uitleggen en overleggen. Echter ook duidelijk onderscheid in de rollen, sommige ouders gaan ervan uit dat ze op hetzelfde niveau staan als hun kinderen. Dat kan niet dat is niet goed voor kinderen. Dan groeien situaties scheef voor beide partijen. Dat wil niet zeggen dat ouders 'schuldig' zijn maar ze moeten hun verantwoordelijkheid als ouders nemen.

Waaruit die verantwoordelijkheid bestaat wisselt in de tijd en per cultuur. Dat zijn belangrijke aspecten die deel uit maken van de sociale situatie waarin we leven. Een belangrijk kenmerk van sociale psychiatrie is 'de cliënt in zijn maatschappelijke context'.

de netwerkbenadering. Hieronder wordt verstaan dat de sociale psychiatrie niet het individu als uitgangspunt neemt maar de cliënt altijd bekijkt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context. Dus, de complexe behoeften en problemen van de cliënt en zijn omgeving. 'Dit kan zijn de directe familie, het sociale netwerk en/of het professionele netwerk. Er wordt uitgegaan van een actieve houding van de hulpverleners (bemoeizorg) naar allerlei risicogroepen en dat zijn mensen met een scala aan psychiatrische stoornissen (psychosen, angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen) in de thuissituatie' (Kok e.a. 1996). We zijn namelijk wezenlijk verbonden met die sociale situatie. Als er hoge eisen worden gesteld aan mensen waardoor het evenwicht tussen de biologische, psychologische en sociale aspecten wordt verstoord, ontstaan er in de regel klachten. Afhankelijk van de persoon en de ernst van de verstoring kunnen de klachten tijdelijk zijn, maar zij kunnen ook ontaarden in stoornissen. De toe te passen interventie zal gekozen moeten worden na grondige analyse van de aard van de verstoring van het evenwicht. Beide aspecten moeten leiden tot aanknopingspunten voor het handelen en niet alleen de stoornis. John Getkate (1940) die al vanaf 1975 in de ambulante psychiatrie werkt als SPV, is het niet eens met de eenzijdige benadering van tegenwoordig:



John Getkate

Gisteren had ik een discussie met een van mijn collega's die groepen begeleidt voor mensen die last hebben van arbeidsgerelateerde problemen (het zijn vooral mannen die deelnemen). Er komt geld in het kader van de afschaffing van de ziektewet. Werkgevers hebben er belang bij dat werknemers sneller aan het werk gaan. Dat geld is er dus voor die doelgroep. In principe ben ik het er mee oneens, ik zei tegen mijn collega dat zo'n maatregel me tegen de borst stuit. Het gaat hier namelijk helemaal niet om het belang van de cliënt maar van de werkgever. Bovendien werkje hierdoor mee aan een tweedeling in de zorg. Ik zei dat we als werknemers van de Stichting (GGZ Groningen) zouden moeten protesteren tegen de hoge werkdruk en de stress die dit veroorzaakt. Nederland is het land met de hoogste arbeidsproductie van de wereld, of op één na, daar moeten vragen over gesteld worden. Vroeger deden we dat ook, als we signaleerden dat er vanuit een bepaald bedrijf veel aanmeldingen kwamen, dan namen we contact op met de bedrijfsarts of de directeur van die instelling. Dan vroegen we of er iets aan de hand was omdat we zoveel aanmeldingen kregen. Dat is primaire preventie en vanuit de GGZ vind ik dat we de verantwoordelijkheid hebben om ziekmakende verhoudingen in de samenleving aan de kaak te stellen. Die moeten namelijk in orde zijn zodat je minder uitval hebt.

Bovengenoemde gedachtegang komt overeen met wat ook wel de 'consequenties voor het handelen' wordt genoemd door Romme e.a. (1981). In de studie van Kok en Donkers (1996) heet dit aandacht voor determinanten, 'de sociaal-culturele context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet'. Het werd door verschillende hulpverleners als een der belangrijkste kenmer-

ken van sociale psychiatrie aangemerkt. De situatie van waaruit problemen zich voordoen bij mensen, is de aangewezen situatie om een oplossing te bieden, van daaruit wordt een strategie gekozen. Allereerst moet een ordening worden aangebracht waarbij de systeemtheorie de beste mogelijkheden biedt. Deze theorie biedt de mogelijkheid om van laag tot laag te kijken op welk niveau iets aan de hand is, en welke interventie daar het best bij past. Wel wordt geconstateerd dat: 'op het niveau van de organisatie van groepen de methodiekontwikkeling het meest is achtergebleven, althans in de geestelijke gezondheidszorg. Wij zien hier het gebruik van methoden als netwerkbouw, structurerende begeleiding, consultatie, sociale actie, organisatie van voorzieningen etc.' (Romme e.a.1981: 26). Ook Trimbos (1980) merkt op dat dit onderdeel weinig ontwikkeld is 'streven naar maatschappijverandering onttrekt zich meestal aan de mogelijkheden, competentie en belangstelling van de psychiater'. In het voorbeeld dat Getkate aandraagt wordt een groot probleem aangekaart waar de dagbladen regelmatig over berichten. Veel mensen komen in de WAO vanwege psychische klachten. Schnabel (1998) merkt op dat er veel aandacht is voor de betekenis van overmatige belasting in de arbeidssituatie, de toename hiervan en het feit dat er niets aan gedaan wordt. Voorkomen is beter dan genezen zou je zeggen. Het ter discussie stellen van de gevolgen van arbeidsduur verkorting (in kortere tijd, met minder mensen, meer produceren) riekt bijna naar sociale actie maar zoals eerder werd gezegd, past dit niet in het tijdbeeld van de jaren negentig.

Dat wil niet zeggen dat alles bij het oude is gebleven, er is het een en ander veranderd en ontwikkeld. De methodiekontwikkeling

met betrekking tot andere onderdelen is wel degelijk onder de loep genomen, denk aan bemoeizorg, zorgcoördinatie, vrouwenhulpverlening. Vooral de benadering en begeleiding van cliënten, en hun systemen, met schizofrenie heeft de laatste jaren een enorme ontwikkeling doorgemaakt. In het al eerder geciteerde werk van Romme werd reeds

gesproken over de 'multisituationele' aanpak van schizofrenie. De aanpak van gebrekkige sociale vaardigheden maar dan wel in 'het reële leven' en niet in een intramurale setting, werd wezenlijker geacht dan louter het aanpakken van symptomen. De vele projecten die onze GGZ thans rijk is, zijn bijna allen gericht op deze doelgroep en aanpak.

De benadering van de cliënt

De vraag die zich opdringt, is of de huidige aanpak werkelijk wezenlijk zoveel anders is, dan bijvoorbeeld in de jaren zestig. Ook toen werd het belang ingezien van wonen, werken, netwerken en continue zorg. De lijnen van instellingen naar instellingen leken korter maar vooral van hulpverlener naar cliënt zoals Agaath van Nooijen Kooij (1928), die van 1961 tot 1988 in de ambulante psychiatrie heeft gewerkt in Maastricht, verwoordt:

Vroeger had je natuurlijk een hele andere werkwijze, dan moest je dag en nacht bereikbaar zijn voor de cliënten. Soms nam een collega een cliënt in huis als het niet meer ging en het niet verantwoord was als ze thuis bleven. Het ging dan altijd om chronisch psychiatrische patiënten met wie je als hulpverlener een heel lang contact had.

Die benadering, dat meelopen met de cliënt, die nabijheid, dat is een benaderingswijze van een lang vervlogen tijd. Ik vind het echter een goede benaderingswijze omdat het een menselijke benadering is, vanuit deskundigheid maar ook vanuit een menselijke bewogenheid. Zo was het en zo zie ik sociale psychiatrie nog steeds. Ik vond het grote nadeel van al die organisatorische veranderingen, nazorg, SPD, Riagg et cetera, dat de betrokkenheid tot de cliënt veroordeeld werd. Dat vond ik erg vervelend, je zou geen afstand

hebben, en dat stond hoog in het vaandel. Ook dat je dat te horen kreeg van psychiaters die net twee jaar klaar waren, dat vond ik erg moeilijk. Het had alles met de tijdgeest te maken waarvan een instelling dan een representant is.

Agaath van Nooijen Kooij is van mening dat de benaderingswijze 'van toen' tot het verleden behoort. Het is de vraag of dit werkelijk zo is. De sterke kanten van het vak en zelfs het 'eigene' van het vak zit hem nog steeds in de benaderingswijze, zo blijkt uit het onderzoek dat Van Hoof en Wolf (1995) onder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen verrichtten: 'de vanzelfsprekende, alledaagse omgang met cliënten, het oog voor de omstandigheden en voor de consequenties van die omstandigheden voor de cliënt, en de praktische vaardigheden om op basis van dat directe contact de belangen van die cliënt te behartigen en te verdedigen!'

Ik zou daar het systeem aan toe willen voegen. De actieve bemoeienis van patiënten en familieorganisaties begint haar vruchten af te werpen - helaas is het lange tijd niet vanzelfsprekend geweest om hen in de begeleiding of behandeling te betrekken - zij vormen een niet meer weg te denken onderdeel van het cliëntsysteem. Dat neemt niet weg dat die vanzelfsprekendheid van

benaderen van cliënten kwetsbaar is. De tijdgeest laat zien dat Offerhaus (1993) het gelijk aan zijn kant heeft als hij spreekt over de kwetsbaarheid van het vak sociale psychiatrie. Volgens de auteur zijn er kwantitatief weinig professionals werkzaam op dit gebied. Die speciale manier van omgaan met mensen is zomaar, via een bezuiniging, weg te vagen. De vele SPV-en die hier aan het woord komen spreken hun bezorgdheid hierover uit. Omdat juist de manier van

omgaan met problemen en mensen zo bepalend is in dit vak, is continuïteit in de samenwerking broodnodig. Arie Jaap de Kok (1957) is werkzaam bij de Gliagg in Dordrecht. Spiritualiteit en religie spelen een grote rol in het leven van veel mensen. De benadering van vooral die cliënten spreekt hem erg aan, maar ook het garanderen van continuïteit in samenwerking met kerken en dominees:



Arie Jaap de Kok

Hoewel ik gericht was op de context van de cliënten, had ik daar niet voldoende kennis over om te weten hoe ik dat moest aanpakken. In die zin denk ik dat B-verpleegkundigen die transmuraal gaan werken een eind kunnen komen. Maar ik zeg altijd maar zo, 'ik kan mijn eigen huis aardig verven, maar dat maakt me nog geen schilder.' Dat is een eigen professie en zo zie ik het SPV vak ook. Er was in die tijd een cliënt bij ons (APZ 'de grote Rivieren') die we naar de ambulante sector wilden verwijzen. Die cliënt was van christelijke huize en wilde graag door hulpverleners van zijn eigen geloof geholpen worden. Ik heb hem toen telefonisch verwezen naar de Gliagg en kreeg tijdens dat gesprek de vraag voorgelegd of ik daar niet wilde komen werken. Ze hadden toen net de volledige Riagg erkenning gekregen.

Een week later had ik een baan ook al was ik daar helemaal niet op uit. Ik kon de SPV opleiding gaan volgen en ik kreeg een vaste aanstelling. Ik ben zelf ook van christelijke huize dus dat leek me wel aantrekkelijk om voor deze instelling te gaan werken.

Onze instelling is natuurlijk bijzonder in de zin dat we een Christelijke Riagg zijn. We hebben geen regionale, maar landelijke taak. Een ander verschil is dat de Riagg's uitgaan van de autonomie van de mens, wij gaan uit van de afhankelijkheidsrelatie met de Schepper. Verder heb ik een belangrijke consultatieve taak naar collega's in het land die aanlopen tegen vragen die gesteld worden vanuit het christelijk geloof. In dat opzicht is onze instelling expert op dat gebied. In opleidingen wordt (erg) weinig aandacht besteed aan religie en spiritualiteit. Ik heb

daar een scriptie over geschreven gekoppeld aan het Neuman System Model. Zowel op de opleiding als aan het aantal consulten dat stijgt, merk ik dat er belangstelling is voor spiritualiteit. Maatschappelijk gezien is het steeds meer een aandachtspunt.

De Gliagg kent de Bijbel als grondslag voor haar werkzaamheden. Daarom wordt van de medewerkers gevraagd dat ze van harte achter deze doelstelling en grondslag staan. Je moet kennis hebben van de verschillende zuilen en kerken en op de hoogte zijn van de uitwerking die dat kan hebben op mensen. Dat is makkelijker en vanzelfsprekender als je zelf ook lid bent van een kerk. De mensen die solliciteren naar vacatures bij onze instelling hebben diverse christelijke achtergronden. Ik ben bijvoorbeeld aangesloten bij de Hervormde Kerk, ik vind het daardoor makkelijker om in te voegen in een systeem. En daar gaat het toch om in het werk, dat je goed kunt invoegen bij het systeem dat om hulp vraagt. Mensen komen vaak met zingevingvragen en bijbelse vragen. Als ik op huisbezoek ga, vragen mensen mij soms om een stukje uit de bijbel met hen te lezen, of met hen te bidden. Dat moet je dan wel kunnen. Neem nu iemand met een depressie, daar kan de lijn met het geloofsleven behoorlijk dicht zitten. Schuldgevoel speelt bij depressie een belangrijke rol en het is essentieel om te weten of dit schuldgevoel ook werkelijk daardoor komt of vanuit een zondebesef. We werken veel samen met de kerken. Als cliënten een vraag hebben die duidelijk op het terrein van een geestelijke ligt, dan verwijs ik door. Ik ben hulpverlener en geen dominee of pastor. Ik ga dan, samen met de cliënt, na welke mogelijkheden er zijn en of de cliënt zelf in staat is om dat contact te leggen of dat ik daar een bemiddelende rol in moet hebben. In overleg met de cliënt houden we dan wel contact. Ik moet mijn

terrein in die zin goed afbakenen, het SPV vak is waar ik voor ingehuurd ben en de dominee doet zijn gebied. Gezien de pluraliteit van onze samenleving, verdient het aanbeveling om zaken op het gebied van spiritualiteit serieus te nemen, maar ook alert te zijn op afbakening.

Kennis en methodiek worden veelal mondeling, en via het aanschouwen van de praktische uitvoering van het werk, overgedragen. Jonge aanwas zorgt voor nieuwe kennis en zienswijzen, kennis van de ambacht van het oorspronkelijke gedachtegoed en de werkwijze, blijft echter onontbeerlijk. 'Dat is wat ik bedoel met het sterk culturele van het vak. De kennis is vastgelegd in de gedachten van een betrekkelijk klein aantal mensen. Dat maakt het vak niet alleen kwetsbaar, het geeft het ook iets vluchtigs; het geeft een indruk van iets wat zou kunnen verdwijnen, vervagen of zich oplossen in het niets' (Offerhaus 1993:269). John Getkate (1940) die al eerder aan het woord was, maakt zich zorgen over de gebrekkige mogelijkheden die er tegenwoordig zijn om de ambacht van het vak over te brengen op nieuwe medewerkers:

In de 24 jaar dat ik werkzaam ben als SPV in de extramurale GGZ, heb ik veel stagiaires begeleid. Ik was een tijdje coördinator van alle stagiaires, de verzoeken van de academie kwamen bij mij binnen. In die tijd deed ik veel huisbezoeken en tijdens de rit spraken we onder andere over de essentie van het werk, hoe ik vond dat het werk gedaan moest worden. Ik heb veel studenten maar ook nieuwe medewerkers gecoached en dat vond ik een erg belangrijke en boeiende kant van ons werk. In onze Riagg had een nieuwe collega recht op een jaar mentorschap, pas na twee jaar ervaring mocht hij of zij deel-

nemen aan de crisisdienst. Tenzij iemand aangaf dat al eerder te kunnen en de club SPV-en dat ook verantwoord vond. Van die afspraken is niet veel meer over omdat ze te duur zijn, tegenwoordig gaat het veel meer om de productie en minder om de kwaliteit ervan. We hebben nu minder in de melk te

brokkelen dan in de Riagg tijd toen we nog een behoorlijk grote club waren. Ook in het SPV-beraad dat ik heb gestart op de afdeling Volwassenen, en Marianne Nieboer op de jeugdafdeling, vonden we het van groot belang om aandacht te besteden aan de inhoud van ons werk.

Flexibiliteit of chaos

De kritiek van veel huisartsen op Riagg's - de organisaties die zich met de ambulante tak van de psychiatrie bezighouden en waar gewerkt wordt vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed - is vooral gericht op de ogenschijnlijke chaos die zij constateren bij het doorverwijzen. Hoeveel moeite de werkers zich ook getroosten om de wegen toegankelijker of overzichtelijker te maken, onderzoeken hiernaar laten nooit andere geluiden horen dan dat de huisartsen hun weg niet weten te vinden (Ridder e.a. 1987; Kerssens e.a. 1998). Het kan zijn dat wat huisartsen chaotisch noemen, eerder een grote mate van beweeglijkheid, flexibiliteit en ruimte is die de werkers nodig hebben voor creativiteit. Op die manier kunnen zij eigen en nieuwe benaderingen vinden, als antwoord op de complexe problemen van cliënten. De veelheid aan mogelijkheden maakt het soms onoverzichtelijk. Dat is echter nodig omdat zich steeds weer nieuwe vragen voordoen waarvoor een hulpaanbod gecreëerd moet worden. Kok e.a. (1996) vonden gelijkluidende meningen (één van de vijf hoofdkenmerken) bij hun respondenten waar het ging om de mate van flexibiliteit van het aanbod en de hulpverleners in de sociale psychiatrie. 'Men is van mening dat werkers binnen de sociale psychiatrie niet alleen beschikken over geduld, maar zij zijn ook praktisch ingesteld; zij zijn creatief; zij heb-

ben aandacht voor verschillende kanten van een probleem en nemen verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de behandelrelatie. Hulpverleners werkzaam binnen de sociale psychiatrie voldoen aan een scala van specifieke professionele eisen' (Kok e.a. 1996:6). Er worden veel ongelijksoortige vragen gesteld in de sociale psychiatrie, dat is gangbaar. Als er geen standaard vragen zijn kunnen er ook moeilijk standaard oplossingen worden bedacht. Dit vergt de nodige kwaliteiten van de hulpverlener die in zo'n instelling wil werken. Een probleem in de huidige geestelijke gezondheidszorg is echter dat alles zoveel mogelijk gestandaardiseerd moet worden omdat het zo overzichtelijk, transparant en controleerbaar is. Dat gaat ten koste van bijvoorbeeld de vrijheid die men ervaart in het werken: de vrijheid die men krijgt om zelf inhoud te geven aan het vak dat men uitoefent, voor veel SPV-en dé reden om het vak te kiezen. Dat wil niet zeggen dat men maar aan kan rommelen. Werkers in de sociale psychiatrie moeten goed op de hoogte zijn van de verschillende modellen en theorieën die gehanteerd worden om patiënten te kunnen benaderen en te helpen.

Frans Verberk (1952) niet meer werkzaam als uitvoerend hulpverlener, kan zich de dagelijkse praktijk van zijn SPV-periode nog goed herinneren:

Ik vind dat de SPV dicht bij de mensen en de verwijzers (huisartsen) moet staan en dat betekent dat je je werk vooral buiten de deur moet uitvoeren. Daarbij moet je uitgaan van de circulaire causaliteit, zoals Querido zei: 'bij een crisis altijd ter plekke gaan kijken want dan zie je alle krachten'. Dat leeft voor mij heel erg. Bij een crisis kijk je altijd wat er allemaal gebeurt om de geïdentificeerde patiënt heen. Je krijgt als het ware op een dienblaadje gepresenteerd dat de patiënt wordt uitgestoten, die vertoont tenslotte het vreemde gedrag. Daar moet je dan iets mee. Dat heb ik altijd aan den lijve ervaren door in de thuis-situatie te zitten en te zien wat daar allemaal gebeurde. Daar ook alles op in te zetten om zoveel mogelijk de omgeving te ondersteunen of te corrigeren om de gedachten te veranderen in: 'jullie kunnen met elkaar dit probleem opvangen'. Het mooie daarvan vond ik ook dat als het lukte, mensen vele malen meer tevreden waren dan met een opname.

Ik denk dan altijd aan de muizengattheorie van Querido waar Gersons zo mooi over geschreven heeft, dat een systeem altijd weer zoekt naar de oplossing die de vorige keer ook werkzaam was. Daar word je in de ambulante setting erg mee geconfronteerd, men biedt je als het ware de oplossing aan die de vorige keer is gekozen, namelijk opname. De kunst is natuurlijk om daar uit te blijven. In de geschiedenis van de sociale psychiatrie herken ik duidelijk de theoretische onderbouwing van ons sociaal psychiatrisch werken met de komst van de systeem theorie in de jaren vijftig. Daar gaat mijn belangstelling naar uit omdat ik er veel aan heb gehad om te kunnen begrijpen waarom ik bepaalde dingen zag, wat ik zag en hoe dat te verklaren was.

Belangrijke benaderingswijzen die gebruikt worden in de sociale psychiatrie komen, zoals Verberk ook aangaf, voort uit de crisistheorie, de systeemtheorie maar ook de preventietheorie, het stress kwetsbaarheid-model, het biologisch model en eigenlijk is de lijst dan nog lang niet af. De kunst is om die benadering te kiezen die in een bepaalde situatie de beste lijkt, en dat is vooral de vrijheid die gevoeld wordt door veel SPV-en. Je kennis, ervaring en eigen creativiteit gebruiken om samen met de cliënt te zoeken naar een antwoord op een geopperd probleem. De gedachten die Offerhaus over dit onderwerp aan het papier heeft toevertrouwd zijn zo veelzeggend dat alleen een citaat hier op zijn plaats is: 'Ik vermoed dat veel oudere sociaal-psychiatrisch werkenden dat bedoelen wanneer ze zeggen dat ze vooral pragmatisch werken. Dat ze zich vooral laten leiden door de situatie waarbij ze zijn geroepen en door tijd en dag. Zij laten zich in zo'n situatie niet leiden door één denkmodel, want er is in de sociale psychiatrie niet één model dat de werkelijkheid dekt. Ze hebben hun eigen gedachten over de psychiatrie niet rond een denkwijze georganiseerd, maar beschikken over verschillende modellen. Ze kiezen telkens het model dat het best past bij de situatie en laten zich daardoor leiden. Niet de leer gebied maar de werkelijkheid' (Offerhaus 1993:28). 'Voor praktisch werk moeten praktische criteria gelden' zei Querido. Dicht bij de mensen staan betekent ook dat je tijdens je huisbezoek aansluit bij de cliënten, hen aanspreekt in begrijpelijke taal en zo gewoon mogelijk doet. Dat betekent niet dat je professionaliteit verhuuld moet worden maar dat je die niet inzet om een afstand te creëren die een effectieve, menselijke hulpverlening in de weg zou kunnen staan. Afstand maakt ingaan op de emotionele kant van de problemen moeilijk, zo niet onmogelijk.

Praktische problemen versus therapeutiseren

Werkers in de sociale psychiatrie maar vooral SPV-en worden met name gezien als regelaars, als werkers die orde in de chaos scheppen door in te grijpen. De aandacht of focus voor praktische problemen is ook een van de onderscheidende kenmerken van sociale psychiatrie (Koke.a. 1996). Niet alleen de draagkracht van het sociale systeem wordt beoordeeld maar er is ook oog voor de materiële omstandigheden van cliënten. Het aanpakken van praktische zaken is een taak waarvan wordt gezegd dat dit het eigenlijke werk is van de SPV. Met andere zaken zouden zij zich niet moeten bezighouden. De afgelopen jaren is erg veel kritiek geuit over het feit dat sociale psychiatrie naar de achtergrond was verdwenen. SPV-en, werkend vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed - gingen teveel 'op de therapeutische toer'. Andere cliëntengroepen - dan de oorspronkelijke doelgroep - werden 'behandeld' in plaats van begeleid en hierdoor werden problemen teveel 'geïndividualiseerd en gepseudologiseerd' (Hoof e.a. 1995). Vooral de tendens om het sociaal psychiatrisch gedachtegoed los te laten en louter de klachten te behandelen en niet meer te kijken naar de context waarin de klachten zich aandienen, lijkt op zijn retour, en de verschillende SPV-en die hier aan het woord komen bevestigen deze teneur. Dit wil echter niet zeggen dat in de begeleiding volgens het sociaal psychiatrisch gedachtegoed niet ook behandeld wordt. Eerder al werd vermeld van welke methodieken SPV-en zich bedienen en deze methodieken worden ingezet in de hulpverlening, aan de verschillende cliëntengroepen die SPV-en krijgen toebedeeld. Ria Varkevisser (1939) werkt vanaf 1970 in Utrecht als SPV. Zij heeft zich onder andere intensief beziggehouden

met vrouwenhulpverlening. Sinds enkele jaren werkt zij op de ouderenafdeling:

Ik heb de overstap van de volwassenzorg naar de afdeling ouderen gemaakt om een aantal redenen. In de eerste plaats was mijn moeder dement aan het worden. Ik merkte persoonlijk hoe belangrijk het werk op een ouderenafdeling is. De wereld staat plotseling op zijn kop als zoiets gebeurt. Ik volgde op dat moment een opleiding voor haptonomie. Daar werd veel stil gestaan bij het stellen van grenzen. Ik realiseerde me dat ik ook een grens moest trekken en niet langer op de volwassenzorg wilde blijven werken. Ik maakte de overstap en merkte al snel dat de wijze van werken me erg aansprak. De populatie is erg gemêleerd en bestaat uit: mensen met een depressie, rouwverwerkingproblemen, eenzaamheid, dementereiden en veelal ook uit chronisch psychiatrische cliënten die thuis wonen en daar begeleid moeten worden. Je werkt veel met het netwerk, als dat er is, anders moet je het opzetten. Je moet veel voorzieningen inschakelen, dingen regelen, samenwerken met een heleboel verschillende instanties, soms bemoeizorg. Je moet enorm inventief te werk gaan. Dat waren we een beetje kwijt geraakt op de volwassen afdeling doordat het crisiscentrum de acute psychiatrie van ons overnam, en de polikliniek en het maatschappelijk werk in opkomst kwamen. Nu het crisiscentrum is opgegaan in de Riagg zien we deze cliënten voor een groot deel weer terug.

Het werken met ouderen was mij niet vreemd want beginjaren '70 deden we 'het erbij'. Nu is het een zelfstandige afdeling en ik vond het boeiend om deze te zien opbloeien en uitbreiden. We maakten ons nieuwe metho-

dieken eigen en er kwamen veel nieuwe medewerkers bij, ieder met hun eigen inbreng. Zo heb ik twee bloeiperioden meegeemaakt.

Per 1 januari 2000 zullen we samengaan met de RSU en de Rümke groep. Toen ik in de jaren 70 begon was de SPD ook een onderdeel van de Willem Arntsz Stichting. Hoewel het een heel andere organisatie wordt, zijn er ook overeenkomsten. Zo ben ik begonnen en zo eindig ik na bijna dertig jaar. De kring is gesloten.

De flexibele inzet en alle andere belangrijke aspecten die zo kenmerkend zijn voor sociale psychiatrie, waren volgens Ria Varkevisser geen gemeengoed meer op de volwassen afdeling van de Riagg West Utrecht. Begin jaren negentig werd daarom een sociaal-netwerkteam opgezet waarover Y. Licher (SPV) in 1993 sprak tijdens een studiemiddag van de NVSPV (Plektrum, april 1993). Die tendens om het sociaal psychiatrisch gedachtegoed los te laten, heeft zich afgespeeld op de meeste Riagg's of centra voor geestelijke gezondheidszorg. Terecht werd kritiek geuit over het feit dat problemen steeds meer geïndividualiseerd werden, de biologische psychiatrie steeds dominanter werd en een minder aantrekkelijke cliëntenpopulatie, want psychiatrisch en vaak chronisch, veronachtzaamd werd.

Marjon Arends (1950) docent op de VO- SPV te Utrecht vind dat dit wat genuanceerder is. Zij schreef samen met Kees Onderwater in Psy 8-99 over het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Hier wordt een ander aspect belicht:

Ik had vooral mensen met ernstige psychiatrische stoornissen en we deden ons best om therapeutische vaardigheden om te zetten voor de moeilijke problematiek.

Ik vind ook dat Onno van der Hart wat dat betreft de eer moet krijgen die hem toekomt voor zijn directieve therapie. Want de methode was erg dicht bij de praktijk van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige: het zichtbaar maken, een structuur vinden, een gespreksvorm en een behandeling vinden voor mensen met psychiatrische stoornissen. Dat was niet het beeld dat men had van het Derksencentrum, maar zo was het wel dege-lijk. Het was daar de uitdaging om allerlei therapievormen te ontwikkelen voor mensen met psychiatrische stoornissen. Neem nu de systeemtherapie, het sociale deel van het sociaal psychiatrische zat daar in. Het systeem waarin mensen problemen ontwikkelden werd altijd meegenomen. De technieken waarin ik me vooral heb geschoold gaan om de weerstand van mensen heen.

Als je bijvoorbeeld de uitgangspunten van psychotherapie neemt, naar de kwetsbaarheid toe gaan, die leren verhelpen en de pijn herstellen, de knoop te behandelen zodat die verdwijnt, is anders dan bijvoorbeeld de systeemtherapie. Die is helemaal niet zo druk bezig met de pijn van het individu maar veel meer met het gezonde te verbreden en niet te pathologiseren en dat is het uitgangspunt van het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Dat hebben we ook geleerd, dat je mensen die psychiatrische stoornissen hebben en sociaal zwak zijn, niet moet confronteren met hun pijn. In die zin vind ik het werken met metaforen vanuit de directieve therapie heel goed. Als je op het gezonde stuk gaat zitten van mensen dan gebeurt er automatisch ook iets met het kwetsbare stuk, dat heb ik gemerkt in mijn werk met mensen met een borderline stoornis. Dat vind ik het mooie van mijn carrière dat ik zoveel deskundigheid heb kunnen inzetten voor mensen met een psychiatri-

sche stoornis, dat wil ik ook vooral doorgeven als docent.

Het is een van de essentiële onderdelen van het werken in de ambulante sociale psychiatrie om cliënten zoveel mogelijk in staat te stellen het heft weer in eigen handen te nemen. Daar waar dat niet kan, het over te nemen en de cliënt te helpen om daarin te berusten. Echter ook om alert te blijven op welk punt en op welk moment de cliënt in staat is nieuwe vaardigheden te leren of tot nieuwe inzichten kan komen en hem of haar én de omgeving daarbij te helpen. Die vaardigheden moeten volgens Trimbos (1980) gericht zijn op het 'verhogen van de weerbaarheid van de cliënt, waardoor meer bevredigende interacties met vrienden, familie, en arbeid mogelijk zijn, ook ondanks het persisteren van psychische handicaps, en waardoor deze meer 'immuun' wordt voor schadelijke invloeden'. Dat die omgeving, en daarmee wordt niet

alleen het primaire netwerk bedoeld, van belang is werd al eerder aangegeven.

De benadering die kenmerkend is voor de sociale psychiatrie, zou dus ook altijd uit moeten gaan van de relaties die cliënten hebben met anderen.

Juist voor die anderen, en daardoor ook weer in het belang van de cliënt, kan het nodig zijn om permanente bescherming te bieden als een cliënt niet in staat blijkt om in de thuissituatie met

belangrijke anderen om te gaan. Ley Peeters (1950) is werkzaam op Behandelcentrum Nieuw Spraeland, waar hij als SPV werkt met SGLVG- cliënten (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt), hun hulpverleningsnetwerken en hun families. Ook hij is van mening dat cliënten en hun omgeving onrecht wordt aangedaan als niet tijdig wordt onderkend dat sommige van deze mensen continu aangewezen zijn op een beschutte beschermde plek:



Ley Peeters

De theorie over de sociale context die in de MGZ opleiding werd aangereikt vond ik in eerste instantie niet van toepassing op mijn doelgroep. Inmiddels, met de nodige ervaring achter de rug, zie ik in dat die theorie wel klopte maar dat ik die zelf geschikt moest maken voor mijn werk, ik moest zelf

de nuances leren zien en aanbrengen.

De (sociale) omstandigheden van verstandelijk gehandicapt roepen natuurlijk net als bij iedereen, ook bij hen psychische problemen op.

Als je naar de ontwikkelingen in de zorg kijkt, wat goed is voor velen, betekent grote

(psychische) nood voor een restgroep. Aanvankelijk begon het met uitplaatsing uit de psychiatrische instellingen. Ook voor verstandelijk gehandicapten kwamen eigen voorzieningen. Daarbij zag je dat de hulpverlening rond deze groep bestond uit groepsleiding, pedagogen en psychologen. Waren er gedragsproblemen dan werd er een of andere vorm van gedragstherapie op gezet.

In de jaren zeventig begon men met de decentralisatie vanuit de grote zwakzinnigen instituten. Alle verstandelijk gehandicapten moesten geïntegreerd worden in de woonwijken en zo zelfstandig mogelijk gaan wonen (de 'normalisatie' gedachte). De 'restgroep' waar ik eerder over sprak, kon zich niet handhaven, hun gedragsproblemen konden niet gehanteerd worden in de wijk. In de jaren tachtig werd meer en meer duidelijk dat mensen met een lagere ontwikkeling, minder coping vaardigheden bezitten en vatbaarder of kwetsbaarder zijn voor psychische problemen. Vanaf die tijd, mede onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek op dit terrein, werd het gemis van psychiaters in de verstandelijk gehandicaptenzorg meer en meer duidelijk.

Vanuit de maatschappij zie je dat 'onze mensen' in het huidige maatschappelijk bestel op sociaal gebied vaak hartstikke vastlopen. Ze worden enorm overvraagd. Er wordt gezegd dat ook verstandelijk gehandicapten recht hebben op hun privacy en eigen leven. Dat is natuurlijk zo, maar je moet niet vergeten dat ze jarenlang vaak in grote groepen hebben geleefd.

Door hen uit te plaatsen naar steeds zelfstandigere woonvormen, neemt ook bij velen vereenzaming toe en een heel aantal reageert met depressies. Aan de hand van de hoogte van het I.Q. wordt te vaak vastge-

steld of mensen uit de bescherming van de instituten moeten, er wordt echter niet gekeken of mensen dat sociaal of emotioneel wel aankunnen. Kortom men kijkt vaak te weinig naar de individuele behoefte van deze mensen. Vaak wordt ons om hulp gevraagd als bewoners seksueel deviant gedrag vertonen, zo wordt dat dan genoemd. Deze mensen zijn soms sociaal en emotioneel niet verder ontwikkeld dan een kind van drie. Vanuit hun behoefte aanduiding komen ze vaak niet verder dan 'zich identificeren met de belangrijke anderen' en 'ikke, ikke, ikke'.

Als er dan niemand is die (externe) sturing geeft, als er zich bij hen situaties voordoen waarin heel basale gevoelens, ook op seksueel vlak loskomen, dan gaat het mis. Vanuit identificatie en lust kan men dan komen tot bepaald gedrag wat door de maatschappij niet getolereerd wordt. Dat kan natuurlijk ook niet anders als er maar een enkel uurtje per dag begeleiding aanwezig is. De praktische zaken, de was, het schoonhouden van het huis, boodschappen doen et cetera, dat loopt als een trein. Maar (sociale) vaardigheden als 'respect voor elkaar' en 'rekening houden met elkaar', dat soort zaken blijven achter omdat de morele ontwikkeling, tot op dat niveau niet altijd heeft plaatsgevonden.

Als pionier heeft hij zich met enkele collegae SPV-en, gestimuleerd door de directie, ervoor ingezet dat het sociaal psychiatrisch werk in deze setting van de grond is gekomen. Het kent dan ook alle voorzieningen, van eenvoudig tot zeer intensief en complex, ambulant en (poli) klinisch, die nodig zijn om een volwaardig aanbod van sociaal psychiatrische hulp te garanderen voor cliënt en familie. Dat dit dringend noodzakelijk is blijkt wel uit het feit dat naar schatting

30 a 50% van de 130.000 verstandelijk gehandicapten kampt met meestal onge-

handelde psychische stoornissen (Schnabel 1998).

De organisatie van de sociale psychiatrie

Sociale psychiatrie lijkt weer helemaal 'in'. Zoals al werd vermeld beweren velen 'eraan te doen' en anders legt de overheid instellingen van verschillende echelons op, om in ieder geval samenwerking te zoeken zodat er een 'beetje' aan gedaan wordt. Transmutalisering lijkt het toverwoord voor de organisatie van de moderne geestelijke gezondheidszorg. Cliënten zouden er wel bij moeten varen, immers hun veel gehoorde klacht over de enorme afstand tot, en slechte samenwerking tussen de instellingen wordt gehoord (RVZ januari 1998).

Zo lijkt het althans, nota's, visies, rapporten staan vol met termen als vraaggerichte zorg, het al eerder gehoorde woord transparantie, lage drempels en noem maar op. Met stevige hand regeert men vanuit Den Haag door de subsidiepot alleen te openen als voldaan wordt aan de eisen, gesteld in de vele visies over de organisatie van de GGz. Megainstellingen zijn het gevolg en de keuze van de cliënt wordt in feite steeds beperkter. Grace Herrmann (1957) liet zich al eerder kritisch uit over de fusiegolf en de consequenties hiervan:



GraceHerrmann

Het werk van de spv in de crisisdienst komt er vooral op neer datje goed moet kunnen taxeren wat er aan de hand is, een inschatting moet kunnen maken om vervolgens een plan te trekken. Daarnaast moetje goed overzicht hebben en dat heb je vanwege je verpleegkundige achtergrond. Je komt veel somatiek, psychiatrie en ernstige sociale problemen tegen en dat zijn natuurlijk de gebieden waar wij goed in thuis zijn. Gelukkig dat we hier nog spv-en in de crisis-

dienst hebben en niet alleen artsen en psychiaters. Ik kan me voorstellen dat daar waar dat wel het geval is, de neiging bestaat om vooral vanuit het ziektemodel naar problemen te kijken en vanuit die visie te interveniëren ook al is het een systeemgerichte psychiater. Overal in het land zijn nu fusies gaande en het uiteindelijke doel zou moeten zijn dat de klanten er beter van worden. Wij zijn nu een jaar gefuseerd met het voormalig Reinier van Arkel en het RIBW

en wat je ziet is dat de drempels alleen maar hoger zijn geworden en de bereikbaarheid slechter. Er is geen concurrentie meer, vroeger kon men van de ene instelling naar de andere als men niet tevreden was, nu is het allemaal dezelfde organisatie. Bovendien is het ook ongelooflijk massaal.

Het flexibel georganiseerde aanbod - ook een kernaspect van sociale psychiatrie - met zijn outreachende werk, langdurige hulp met een wisselende intensiteit, crisisinterventie, psycho-educatie, rehabilitatie programma's, aandacht voor de inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid van cliënten zelf, komt door de fusies op de tocht te staan. Grace Herrmann ziet een samenhang tussen een flexibel georganiseerd hulpaanbod en het cluster 'bedreigd door regelgeving' uit het onderzoek van Kok en Donker (1996). Onder dit cluster vallen uitspraken als 'het voorkomen van een overdaad aan klinische zorg' en 'sociale psychiatrie valt steeds meer samen met overige psychiatrische zorg en dit impliceert dat sociale psychiatrie zich daarvan niet (langer) meer duidelijk onderscheidt'. Deze laatste uitspraak was in feite de aanleiding om het onderzoek uit te voeren, in de uitwerking kreeg het verder weinig prioriteit. Het kreeg een lage waardering van de respondenten, het wordt wel gezien als kenmerk van sociale psychiatrie maar niet als hoofdkenmerk. Het is de vraag welke kant het op zal gaan met de sociale psychiatrie. Tot voor kort werd de ambulante tak

van de hulpverlening - de Riagg - gezien als instelling van waaruit sociaal psychiatrische hulp werd verleend. Zij zijn echter vaak gefuseerd met andere instellingen, vooral intramurale psychiatrische instellingen. Zoals uit de beschrijving van het hoofdstuk al naar voren kwam wordt in de laatste instellingen nauwelijks gewerkt vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. De vrees is dan ook niet ongegrond dat sociale psychiatrie zich straks niet meer kan onderscheiden van overige zorg. Het budget van intramurale instellingen is vele malen groter dan van de andere fusiepartners, en degene met het meeste geld, heeft vaak het meest te zeggen. 'Geestelijke gezondheidszorg is in aantallen patiënten (niet in kosten!) gezien vooral ambulante extramurale gezondheidszorg: 80% van de oude en nieuwe inschrijvingen, de semi-murale zorg (deeltijdbehandeling, beschermd wonen) is goed voor 5% van de inschrijvingen, de intramurale zorg (psychiatrische ziekenhuizen, psychogeriatrisch verpleeghuis) dus voor 15%. Bij de kosten liggen de verhoudingen vrijwel precies omgekeerd: voor de 80% extramuraal behandelden is één nachtste van het jaarlijkse budget beschikbaar', (Schnabel 1998:9). Tine Bronk (1929) heeft van 1965 tot 1989 bij de GGD afdeling Geestelijke Volksgezondheid in Utrecht gewerkt, waarvan de laatste 5 jaren in het ouderenteam van de Riagg. Mevrouw Bronk heeft de ontwikkelingen zien gaan en zien komen, velen werden ingegeven door financiële prikkels:



*Tine Bronk in overleg op haar
toenmalige werkplek*

Wij regelden onderling veel omdat we zoveel contacten hadden met medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen, herstellingsoorden, kleine particuliere verpleeghuizen, pensions en gemeentelijke instellingen. Door een goede samenwerking hadden we nogal wat krediet opgebouwd, omgekeerd natuurlijk ook. Dat gebeurde als je lang bij de GGD werkzaam was en eigen ideeën kansen kregen.

Door veranderingen in de gezondheidszorg werd het studenten sanatorium in Laren overbodig en ingrijpend verbouwd wat in 66-67 resulteerde in een voor de Provincie Utrecht en 't Gooi eerste erkende psycho-geriatrische verpleeghuis betaald door de AWBZ. Met een paar honderd mensen op de wachtlijst was dat natuurlijk nog maar weinig. Geleidelijk aan werden er meer verpleeghuizen gebouwd. Particuliere instellingen bleven echter ook nog een tijd bestaan. Je kreeg de opkomst van bejaardenhuizen waar mensen in trokken als ze 65 jaar waren. Men was dan maar vast binnen voor de oude dag, vaak met fietsen in de box en een auto voor de deur. De eerste

jaren was er weinig verloop, de wachtlijsten werden langer. De keuring voor opname was pittig. De verzorgingshuizen konden geestelijke problemen moeilijk aan - vaak ook terecht-in die tijd, en werd de afdeling geestelijke gezondheid van de GGD ingeschakeld.

Nu zie je dat de verzorgingshuizen vol zitten met groepen demente bejaarden en schieten de particuliere instellingen weer uit de grond. Alles hangt samen met geld, idealistisch als er geld is en als er ingekrompen moet worden dan draaien ze alles weer terug. Het lijkt wel een kringloop, de wijsheid van vandaag is de dwaasheid van morgen.

De laatste uitspraak van mevrouw Bronk geeft stof tot nadenken. In het vuur van de strijd worden beslissingen genomen waar mogelijk op korte termijn alweer op terug gekomen moet worden. Of Offerhaus (1993), die ook al vele woelige waters heeft bevaren in de psychiatrie, zich hier zorgen over maakt is niet gezegd. Wel laat hij een duidelijk signaal horen: 'Een verder

uitgroeien van de organisatie kan alleen maar leiden tot een totale institutionalisering van de ambulante hulp, juist het tegengestelde van hetgeen we beogen en juist dat wat we onze grootste tegenvoeters, de inrichtingen, verwijten (...) het risico bestaat dat de sociale psychiatrie een soort grote polikliniek, een soort ambulante klinische psychiatrie wordt. Daarbij zou een aantal essentiële aspecten verloren gaan. (...) Een organisatorische indeling om de hulp aan mensen met psychiatrische stoornissen kwalitatief zo goed mogelijk te laten verlopen hoeft niet verder te gaan dan een centrum voor zorg in de gemeenschap. Het

is zinloos om daarna nog verder met de organisatie bezig te zijn (doelgroepen, fase van hulpverlening, stoornis volgens de DSM). Als men dan, zoals in Amerika, steeds verder die kant opgaat door wetten steeds gedetailleerder te maken, ontstaat er een karikatuur van wat de sociale psychiatrie eigenlijk beoogt. Je komt er niet dichterbij het doel, de mensen die hulp nodig hebben, maar raakt er juist verder van af. Door bureaucratisering en legalisering wordt er een barrière opgeworpen. In Nederland zijn de klachten daarover al sinds het totstandkomen van de Riagg's te horen' (Offerhaus 1993:18).

Sociale psychiatrie in de eerste, de tweede én de derde lijn?

Die barrière wordt welbewust opgeworpen omdat GGZ instellingen alleen via verwijzing bereikt kunnen worden. Enkelvoudige en psycho-sociale problemen moeten in de eerste lijn behandeld worden. Veel medewerkers in de sociale psychiatrie en zeker de SPV-en die hier aan het woord komen vinden dit niet terecht. Psychiatrische hulpverlening zou naar hun mening ook deel uit moeten maken van de eerste lijn hulp, waarmee ze beter bereikbaar en beter is afgestemd op de noden en wensen van haar clientèle. Dit zou de transmurale samenwerking 'tussen maatschappelijke voorzieningen, sociale psychiatrie en klinische psychiatrie' ten goede komen, één van de tien hoogst geprioriteerde kenmerken uit het onderzoek van (Kok e.a.1996) naar Sociale Psychiatrie. In Amsterdam werd en wordt op bepaalde plekken wijkgericht gewerkt.

De wijze waarop men al voor de Riagg vorming (1974) de hulp in Zuid- Oost wilde organiseren werd door Mijs (1987) de 'Bijlmerkwestie' genoemd. Welzijn en

geestelijke gezondheidszorg moesten geïntegreerd worden in gedecentraliseerde wijkteams die nauw samen moesten werken met gezondheidscentra. 'De Bijlmer was in die dagen een ware broedplaats van vernieuwingsinitiatieven', aldus Mijs. Marijke Buwalda en ook Kees Onderwater hebben beiden gewerkt in organisaties die volgens deze leest waren geschoeid. Hoewel aanvankelijk enthousiast had ook deze organisatievorm zo zijn mindere kanten. Bovendien komt ook hier naar voren dat de wijsheid van vandaag, de waan van morgen kan worden! Marijke Buwalda (1948) die al eerder werd geciteerd in de hoedanigheid als docente van de MGZ opleiding, vertelt hier over haar ervaringen bij de Riagg Amsterdam Zuid-Oost (1980-1986):

Omdat ik ook andere facetten van het beroep aan bod wilde laten komen wilde ik weg bij de GGD waar ik werkte in het team speciaal onderwijs. Dat kon volop toen ik de overstap maakte naar het wijkteam van de

Riagg Z/O in Amsterdam. We werkten voor alle leeftijdscategorieën, maar je zag wel dat als niet krachtig genoeg werd neergezet dat je er voor elke doelgroep was, dan kwamen sommigen mondjes maat binnen. Ouderen zag je bijvoorbeeld nauwelijks omdat de focus van de werkers op jongere volwassenen lag en dat bepaalde ook de vraag.

Hoe minder krachtig je iets neerzet des te makkelijker wordt er gedacht dat zoiets dan ook niet in huis is.

Ik heb heel veel gehad aan de samenwerking met andere disciplines zoals de psychotherapeuten, we consulteerden elkaar wederzijds, dat was heel vanzelfsprekend in ons team. De wijze waarop wij met elkaar werkten in het wijkteam, zo vond ik dat het moest in de GGZ. Dat kwam overeen met mijn ideeën die ik had toen ik de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige deed. Doordat ik meer ervaring had gekregen en mijn gedachten ook mee gegaan waren in de tijd, merkte ik echter ook dat er beperkingen zaten aan deze vorm van samenwerken: alleen de middenmoot kwam binnen.

Het uitgangspunt dat iedereen alles moet kunnen en niet alleen maar een deeltje doet, zoals mijn kritiek was op de intramurale GGZ, had als consequentie dat er geen differentiatie was.

Dat betekende dat de groep chronisch psychiatrische patiënten er maar zo'n beetje bij bungelde, daar werd geen goed aanbod voor ontwikkeld. Ook hierbij gold weer dat de tijdgeest hier debet aan was: niet alleen een kleine specifieke groep bedienen maar toegankelijk zijn voor iedereen met psychiatrische klachten. Daarbij kwam dat er vanuit de overheid een substitutiebeleid werd afgedwongen maar voor de consequenties hiervan geen beleid werd ontwikkeld. Enerzijds moesten mensen uit de klinieken terug naar de maatschappij, een mooie

gedachte natuurlijk. Maar de patiënten die daar woonden hadden natuurlijk niet alleen behoefte aan een substituuut waar ze met hun psychiatrische problemen terecht konden. Er moest ook het een en ander komen voor wonen en werken, dagbesteding, contacten, laagdrempeligheid van voorzieningen. Dat werd echter niet gedaan, en maar afgeven op de Riagg's dat er niet voldoende werd gedaan voor de groep chronici. Het lag echter niet alleen op het terrein van de Riagg maar ook bij aanpalende voorzieningen maar dat zie je wel vaker dat de overheid voorop wil lopen maar dan in feite achterloopt bij de realiteit.

De uitspraken van Marijke Buwalda geven enigszins weer van welke handicaps men last heeft in de gezondheidszorg in het algemeen en in de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder. Schnabel (1998) zegt niet veel anders, hij voegt er echter aan toe dat 'juist in de GGZ men kan zeggen dat het aanbod een bestaande behoefte mede de kans heeft gegeven vraag te worden'.

Tevens geeft hij aan dat er sprake is van een wisselwerking tussen vragen die in de samenleving leven en de politiek die hier ondersteuning aan geeft. De beleidsbrief van minister Borst (1998) geeft aan dat de visie is gericht op hoofdlijnen en op de langere termijn, want: 'de toenemende en veranderende hulpvraag in de GGZ heeft bij ongewijzigd beleid gevolgen die voor individu en samenleving ongewenst zijn'. Onder andere worden de knelpunten in de crisisopvang genoemd en de signalen over de beperkte bijdrage die de GGZ kan leveren aan overlastbestrijding en de voorkoming van verloedering en verkommering van mensen. Hiermee zijn we aangekomen bij het laatstgenoemde en volgens de respondenten van het onderzoek (Kok e.a. 1996)

tevens meest kenmerkende onderdeel van sociale psychiatrie: 'Voorkomen van marginalisering en uitstoting. Sociale psychiatrie dient de maatschappelijke uitstoting en marginalisering van bepaalde groepen tegen te gaan (daklozen, chronische patiënten en verslaafden). Zij dient het geweten van de psychiatrie en de maatschappij te zijn, zij onderscheidt zich door een kritische houding ten aanzien van andere vormen van psychiatrie.' Ook beschouwt men het tot taak van de sociale psychiatrie de maatschappij 'bewust' te maken van de maatschappelijke invloed op problemen. Het is de vraag op welke wijze momenteel aandacht wordt besteed aan dit laatste en meest belangrijk geachte kenmerk van de sociale psychiatrie. Het lijkt er op dat

er tegenwoordig geen acht wordt geslagen op de bewering van Offerhaus dat een verder gaande bemoeienis met de organisatie van de sociale psychiatrie achterwege moet blijven. Met het doel tot een betere hulpverlening voor cliënten te komen, gehoor te geven aan de eisen van het regeringsbeleid, mee te gaan in regionale tendensen van GGZ organisaties, schieten de zorgvernieuwingsprojecten als paddestoelen uit de grond. Of ze werkelijk sociale psychiatrie met al zijn belangrijke kenmerken als uitgangspunt hebben is de vraag. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige pur sang komt uitvoerig aan het woord voordat wordt overgegaan tot de 'recente' ontwikkelingen.



'De SPV, het karretje in de supermarkt van de GGZ?'

Kees Onderwater

Kees Onderwater is in 1949 geboren en was, zoals dat voor de meeste heren gold, niet voorbestemd om de verpleging in te gaan. De dienstplicht hielp hem een keuze te maken. Alras bleek dat gangbare paden niet vanzelfsprekend bewandeld werden. Het zoeken naar een eigen weg waarin vooral gewoon doen centraal stond. Dicht bij de mensen om te zien en te horen wat er speelt, dicht bij zichzelf om niet te 'dol' te doen. Voor alles staat dat het om de inhoud moet gaan!

Van het bankwezen naar actievoerder

Het was voor mij niet vanzelfsprekend om in de hulpverlening te gaan werken. Ik heb eerst bij de Amro-bank gewerkt, ik vond het niets. Ik moest in militaire dienst en dacht: 'na de dienst ben ik niet meer thuis voor de Amro-bank'. In dienst zat ik bij de luchtmacht en kwam in aanraking met allemaal leraren en dergelijke die me hielpen mijn keuze te bepalen. Ik wilde het maatschappelijk werk in maar dat kon niet vanwege mijn vooropleiding, toen besloot ik om de verpleging in

te gaan. Ik was verbaasd, na mijn ervaring met de maatschappelijk werk opleiding, dat ik zo gemakkelijk werd aangenomen op St. Joris in Delft (1971). Ik vond het een beperkte opleiding met veel praktijk. Veel pathologie en erg medisch gericht, weinig gespreksvoering, veel observeren. Op de opleiding kreeg je de indruk dat je veel verschillende taken had, in de praktijk kwam het neer op brood smeren, gangen dweilen en oppasser zijn. Ik vond het meer weg hebben van een veredelde huishoudelijk werker. St. Joris was een klassieke inrichting met echte regenten, er was bijvoorbeeld nog een rentmeester. De bewoners hadden gestichtkleding aan, sliepen op grote zalen en werden 's nachts uit bed gehaald om te plassen. Ze kregen sigaretten uitgereikt, daar stonden ze voor in de rij, het was absurd. De gekkenkrant had St. Joris als speerpunt, zo van daar gaan we eens wat aan doen. Ik deed daar ook aan mee samen met mensen uit Amsterdam die erg actief waren. Het werd snel duidelijk dat het in Delft vast zat, een aantal mensen werd zelfs ontslagen. Omdat ik in de dienstcommissie zat (een soort O.R. voor ambtenaren) konden ze mij niet ontslaan. Uit solidariteit met diegenen die ontslag hadden gekregen, ben ik na anderhalf jaar vertrokken uit Delft en heb mijn opleiding vervolgd in de Willem Arntsz Hoeve. Den Dolder was in die tijd een heel vreemde organisatie. Aan de ene kant was er revolutie en aan de andere kant ging het door op de manier zoals ik die kende in St. Joris. De cultuur en de gebouwen (grote zalen) waren niet anders, het was nog steeds hele klassieke psychiatrie iets van de vorige eeuw, maar daar was wel meer mogelijk. Ze hadden iets meegekregen van Karel Muller die aan de andere kant van het terrein zat waar Dennendal gevestigd was. In het zusterhuis, waar ik een tijdje heb

gewoond, en waar ook medewerkers van Dennendal woonden, was er bijna elke avond een actievergadering. We waren druk bezig met innovaties, minder medicatie en mensen door psychoses heen helpen door bij ze te zijn en ze vast te houden. Er was een aardige directeur, Poslavsky die werkte niet tegen, maar van verandering in het instituut was geen sprake.

Laat ik maar niet te dol doen

Omdat ik SPV wilde worden - vanwege het zelfstandig werken en de eigen verantwoordelijkheid - en twee jaar praktijk ervaring moest hebben, ben ik de A-opleiding gaan doen in het Wilhelmina Gasthuis / Binnen Gasthuis in Amsterdam (1975). De opleiding werd verzorgd door de Anna Reijnvaanschool, ik vond het, na mijn ervaringen in Delft en Den Dolder, een school van superniveau! De SPV opleiding ben ik gestart in 1978 in Amsterdam, het was een interessante en heerlijke tijd. Ik maakte kennis met vakken als sociologie en filosofie, dat interesseerde me. Mijn scriptie heb ik geschreven over politiserende hulpverlening.

We waren vooral bezig met dat soort zaken om te kijken wat je daar in je werk mee kon. Anderzijds vond ik het gênant hoe weinig structuur er in die opleiding zat en hoe weinig concrete eisen er werden gesteld. Niet aan persoonlijke geschiktheid maar ook niet aan theoretische kennis. Het had waarschijnlijk te maken met m'n ervaringen op de Anna Reijnvaanschool. Daar werd elke handeling afgetekend en elk theoretisch blok met een tentamen afgesloten. Mijn stage was in Haarlem bij de GGD, daar heb ik Nel Dellebeeke leren kennen, zij was mijn stage begeleidster. Dat vond ik wel een heel apart figuur, zij en broeder Dirx dat waren fenomenen. Ik had een eigen caseload bestaande uit mensen die GGZ-problemen

hadden en mensen die problemen veroorzaakten in het kader van de OGGz, want dat is bij de GGD natuurlijk altijd aan de orde. De opleiding voldeed wel aan mijn verwachtingen omdat ik vond dat een opleiding voor dit werk niet alleen uit studeren en contacturen moest bestaan. Daarom ben ik tegen de nieuwe, vaak erg korte, varianten van de opleiding omdat ik van mening ben dat je ook de tijd moet hebben om eens andere dingen uit te zoeken. Als je twee jaar de tijd hebt - dat kon toen nog met een studiebeurs - en geen werkne-mer bent zoals in de verpleging, dan heb je die mogelijkheid. Je kon je verdiepen in dingen zonder dat je constant het gevoel had dat ze op je nek zaten omdat je vragen moest beantwoorden voor een tentamen. Een tentamen is een goed toetsingsinstrument maar dat moet wat mij betreft niet de leidraad worden van zo'n opleiding.

Het moest ook aansluiten bij je persoonlijke ontwikkeling. In het werk heb ik het altijd heel belangrijk gevonden om niet teveel van mezelf af te raken. Met een hoop kapsones kom je er niet. Ik heb in die tijd veel contact gehad met mensen die de psychiatrie wilden vernieuwen, zoals Egbert van de Poel, die nadachten over de reorganisatie van de Amsterdamse GGz. Ik merkte dat mijn waarde vooral zat in mijn gevoel en de relatie met de praktijk, iedere keer als ik voor mijn gevoel te ver doorschoot naar wetenschappelijke modellen en theorieën, dan merkte ik dat ik los kwam van mijn sterke kanten. Dat is mijn basis geweest: 'niet lullen over van alles want het gaat toch over waar we mee bezig zijn'. De pretenties waren niet hoog gesteld bij de GGD, cliënten werden aangemeld en wij moesten daar iets mee, hoewel dat op het eerste gezicht niet mogelijk leek. We pakten het pragmatisch aan, huizen ontruimen en mensen begeleiden

die ernstig vervuild waren. Vanuit de opleiding had ik niets meegekregen van dit soort werk. De docenten die de praktijk inbrachten hadden een andere praktijk voor ogen. Er werd veel aan methodieken en theorieën aangedragen uit de Gestalt. Mijn stage bij de GGD was een persoonlijke keuze vanuit het idee: 'laat ik maar niet te dol doen'. Als je naar het Dercksen centrum ging kwam je bij Onno van der Hart waar ze bezig waren met het ontwikkelen van al die ingewikkelde gezinstherapeutische behandelingen. Ik wist wel dat dat niets voor mij was. Dat ging veel te ver af van mezelf. Bij de collega's die daar stage liepen heerste wel zoiets van 'wij zijn met het echte werk bezig'. Dat waren dan de mensen die wel bij Onno van der Hart wilden werken, die waren écht bezig en wij waren maar wat aan het 'klungelen'.

Geen gesodemieten en gezwam

Nadat ik verschillende ervaringen had opgedaan in de verpleging ben ik in 1981 bij de GGD begonnen. Ik kwam uit Zuid-Amerika en had geen dubbeltje meer over, we moesten opgehaald worden uit Brussel omdat we geen geld voor de trein hadden. Ik had niets meer, zelfs geen huis, en toen ik hoorde van een vacature bij de GGD heb ik Jitse Verhoef direct gebeld. Hij was hoofd van de afdeling, en na een gesprek wilde hij me wel hebben. Ik denk dat iedereen bij de Amsterdamse GGD ervaring op zou moeten doen. Er werkten zoveel mensen die later in het veld sleutelposities hebben gekregen. Er waren altijd een stuk of acht psychiaters in opleiding, ieder half jaar kwamen er weer nieuwe. Wij waren als SPV-en heel centraal in de begeleiding van die assistenten. Ik vond het leerzaam om al die mensen te kennen omdat ze veel te melden hadden. Maar dat niet alleen, het was wederzijds, zij

moesten ook iets van ons. Men vond dat de assistenten het vak sociale psychiatrie van ons moesten leren. De senioren bemoeiden zich alleen wat betreft de crisisinterventie met de assistenten. Voor het ambulante begeleidingswerk waren zij aan ons gekoppeld.

Je leerde wederzijds en door de wisseling kwam je telkens in contact met weer nieuwe mensen, dat vond ik heerlijk. Ook later behield dat zijn waarde omdat je elkaar met wederzijds respect bleef benaderen.

De afdeling acute psychiatrie van de GGD was een hele platte organisatie. Er waren 5 senioren, 10 assistenten en 8 SPV-en die werkten veel met elkaar samen, het ochtendrapport elke dag, iedere week een vergadering met Jitse (Verhoef) over wat wij als SPV-en aan het doen waren. Wij trokken alle contacten na van de crisisdiensten, we deden veel werk voor de burgemeester. Klachten die bij de burgemeester binnen kwamen daar gingen we achteraan, het werk was heel afwisselend. We bekeken alle ontslagbrieven van de psychiatrische ziekenhuisopnamen. We waren toen al druk bezig met coördinatie van zorg. Als iemand ontslagen was uit Santpoort en in de brief stond dat die persoon was aangemeld bij Singel 50, zo heette dat toen nog, dan controleerden wij of iemand daar ook was aangekomen. De nazorg contacten checkten we en als er niets geregeld was dan deden wij datje had een soort vangnet functie. Het was eigenlijk toen al het vangnet van Amsterdam, heel nuttig want daar leerde je creatief te worden en te relativiseren. In deze periode startte ik met de kaderopleiding in Leusden (1983) en daar zaten mensen als Dorry Schopman en Harm Siemens. Zij gingen op die therapeutische toer verder, de Gestalt. Met een groep

mensen waarmee ik in de groep zat Gerda de Lange, Hans de Vos, Willy Spijkerman, zijn we toen flink van leer getrokken. We hebben duidelijk gemaakt dat we gewoon verpleegkundigen wilden zijn en niet dat gesodemierter met Gestalt, ik zeg het nu wat gechargeerd. We hebben de zaak daar zodanig gedwarsboomd dat een van de docenten, daar heb ik nu nog steeds spijt van, ermee gekapt is. Die bracht iets van creativiteit in, iets dat ik nu overigens hoog heb staan. Toen dacht ik, en meer mensen met mij, 'wat is dit voor gezwam'? Het was toen snel afgelopen en ik denk dat we behoorlijk wat invloed hebben uitgeoefend, dat de opleiding weer wat terug gebracht werd naar de kern van het vak.

De GGZ in de eerste lijn

Ik veranderde van werkplek in 1984, ik ging naar de Riagg-oost en daar hadden ze een hele nieuwe organisatie opgebouwd met buurtteams. Dat was precies wat ik wilde. Ik vond dat een SPV gewoon in de buurt moest werken en contact hebben met de huisarts, bouw- en woningtoezicht, de politie, sociale dienst en ook met de afdeling groenvoorziening en de meteropnemer. Met betrekking tot de privacy van mensen was dat, in het licht van hoe we nu met privacy omgaan, natuurlijk volstrekt onverantwoord. We bespraken alles wat men tegenkwam in de buurt (in dit geval de Indische buurt). Ik was er heilig van overtuigd dat dit goed was, het werkte ook, één keer in de maand zaten we om de tafel. Nu is men daar op teruggekomen, het was organisatorisch wat ingewikkeld, we werkten met een matrix model. Er zaten psychotherapeuten in van de OEP, SP en LGV daarnaast waren er dwarsverbanden om de specialisaties op peil te houden. Dat botste wel want

de teams hadden een hoofd en de buurt-teams hadden ook weer een hoofd en de eenheden die er dwars door heen gingen idem. Het was dus onduidelijk wie het voor het zeggen had. Pas in 1995 is het afgeschaft.

Ik vond het een sublieme manier van werken, de eerste lijns-GGz was het eigenlijk.

De huisartsen liepen makkelijk bij ons binnen en wij bij hen. Als je met een huisartsen-praktijk contact hebt, wat we hier (C/OW) nu ook weer doen, dan is er altijd een lijntje. Met een huisarts kun je dan beter overleggen of iemand naar de 2e lijn moet, en zo niet, wat er dan nodig is om iemand in de 1e lijn te houden.

Genezen is een dokters denkwijze

De caseloads van hulpverleners zijn zo groot dat er prioriteit wordt gegeven aan korte vaak oppervlakkige contacten. Van genezen is sprake bij ziekte. In de psychiatrie is meer sprake van groei naar een ander evenwicht, je leert met het leven en de problemen om te gaan, maar het is toch geen ziekte die geneest of zo? Mensen leren zich bewust te worden in welke positie ze verkeren en hoe ze daar zelf iets aan kunnen doen, is toch eigenlijk het werk dat we doen? Dat vond ik echt het allerbeste van de MGZ- opleiding datje daar op leerde focussen. Het blijft een thema maar het wordt nooit erkend omdat het subjectief is, en daarmee kunnen veel mensen niet leven. Alles moet objectief, wetenschappelijk en rationeel zijn. Mensen zijn volgens mij absoluut niet zo te generaliseren, voor iedereen is het toch net weer even anders. De grootste 'gek' (bij wijze van spreken) kan op een vrolijke manier door het leven gaan als die weet hoe hij met zijn gekte moet omgaan. Maar dat wil nog niet

zeggen dat hij is genezen. Genezen is een dokters denkwijze. Ik heb wel eens de indruk dat SPV-en zich alleen maar in hun element voelen als ze met de dokter over de DSM IV mogen praten. Maar die diagnose is toch een niet eens zo belangrijk detail in een langer traject? Het is net zo onbelangrijk als een verpleegkundige diagnose, het is allemaal natte vinger werk. Op zijn hoogst een methodisch hulpmiddel. Ik hoor nu constant van mensen in de COMPRO *3) groepen, dat hun diagnose tijdens hun patiënten carrière al vijf keer is veranderd. Als je het sociale bij je werk betreft dan zijn er heel veel andere dingen waar je aan kunt werken, het is een soort gemakzucht. Diagnose, pilletje, psycho-educatie, signaleringsplan et cetera. Als protocol zit het prima in elkaar hoor, maar de mensen komen er dik aan tekort. De vraag van de mensen blijft liggen, die vragen niet om een diagnose, wat moeten ze ermee. Ik vind dat psychose protocol van Ypsilon ook kortzichtig, altijd beginnen met x mg haldol bij een psychose. Dan denk ik, 'ja hallo', dat werkt niet zo bij iedereen. Ervaringsverhalen van mensen worden niet serieus genomen bij dit scenario. Mensen krijgen niet de tijd om hun verhaal te vertellen over hun eigen psychose en hun beleving daarbij, en waar het allemaal mee te maken zou kunnen hebben. Dat wordt niet gedaan omdat de dokter zegt dat het gevaarlijk is om erover te praten want dan schiet hij weer in de psychose. En, wat dan nog, denk ik dan, misschien is het wel heel goed dat hij erin schiet want wie weet kom je er beter uit omdat je het ervaren hebt en je daardoor misschien sterker voelt.

Preventie in de buurt en voor de voordeur

Ik vind dat ik de afgelopen twaalf jaar een

*3) Patiënten, familieleden, hulpverleners en andere betrokkenen praten met elkaar over ervaringen met psychosen vanuit ieders persoonlijke beleving

ik kon mijn eigen programma maken. Toen ik hier in 1987 kwam werken was er geen aandachtsgebied sociale psychiatrie binnen preventie. Ik ben speciaal aangenomen om dat in Centrum Oud West te ontwikkelen. Zij wisten bij God niet hoe dat moest en ze vonden het wel leuk om iemand te hebben die daar vanuit een pragmatische invalshoek mee aan de slag ging. Dat is waarschijnlijk ook de reden dat ze me hebben aangenomen. In het sollicitatiegesprek, ik wist in eerste instantie absoluut niet hoe ik dat nu aan moest pakken. Ik had drie projecten in mijn hoofd. Toen men vroeg wat ik wilde gaan doen dacht ik, hupakee. De preventiefunctie in een instelling is een vrij riant positie. Je hebt ruimte om dingen te ontwikkelen, een preventieafdeling is bij uitstek een ontwikkelafdeling. Als je een idee hebt, dat wordt nu trouwens wel wat minder, kun je dat uitvoeren. Ik heb in 1992 een nota geschreven (Discussienota sociale psychiatrie en preventie) om het een kader te geven, in de zin van een bepaalde ideologie en een visie.

Dat maakte niet dat mijn werk anders werd maar als ik een vakantieproject voor psychiatrische patiënten opzette, dan moest dat in dat kader passen. Het was een raamwerk waarin de integratie van mensen met psychiatrische problemen in de buurt centraal stond. Arbeid, dagbesteding en wonen waren de belangrijkste speerpunten. Er was minder sturing vanuit het instituut op preventieprogramma's dan nu het geval is. Een integratieproject zoals het IEP (Integratie Ex Psychiatrische patiënten) is nu alleen nog maar in Westerpark. Wat mij betreft zou dat in alle stadsdelen mogen worden opgezet. De Raad van Bestuur van de fusieorganisatie is er nog niet helemaal uit maar heeft wel besloten dat er geld komt om dit project in alle stadsdelen op te zetten. Tegenvoor-

dig kiest men voor een groot programma rondom depressie, er is meer sprake van sturing van bovenaf. Ik ben niet bang dat preventie door de fusie zal verdwijnen, hoewel ik denk dat dit sterk samenhangt met de inhoudelijke kracht van preventieafdelingen. Als preventie al niet veel voorstelde waardoor men niet kan zien wat het te bieden heeft, dikke kans dat het dan niet wordt opgenomen in het geheel van een nieuwe organisatie. Het alternatief is dan vaak het aanstellen van een paar stafmedewerkers voor preventie. Als kwaliteit een wezenlijk onderdeel vormt van de preventie praktijk en je vanuit de inhoud blijft werken omdat daar je kracht ligt, dan gaat het nooit mis. Onze kracht ligt voor de voordeur, als je dat kunt aantonen met inhoud, dan kunnen ze er niet onderuit en dat doen ze dan ook niet. Je moet als afdeling wel in de lijn zitten anders ben je de klos omdat je je niet meer kunt profileren in managementteams. Dan kun je bijna geen beleid ontwikkelen, dat moetje als afdeling doen en niet met een paar stafmedewerkers. Het is een leuke baan. Landelijk zitten er aardig wat SPV-en maar het merendeel van de preventiemedewerkers zijn gedragswetenschappers. Op het moment dat er iets ontwikkeld moet worden rondom sociale psychiatrie, dan zie je dat men SPV-en aanneemt. Er wordt niet veel aandacht aan deze richting van het beroep besteed in de MGZ-opleiding. Ik ben wel eens gevraagd om een paar lessen te geven maar dat had dan geen vervolg. Dan kun je dat ook niet op- of uitbouwen. Dat is net als met beleid, in beleidsnota's krijgt preventie altijd heel veel aandacht. Al tien jaar schrijft het ministerie dat er veel meer dit, en veel meer dat aan preventie moet worden gedaan, ondertussen is de waan van alle dag zo groot dat er niets van komt.

Inhoud en netwerken als strategie

Ik ben actief geweest in het bestuur van de beroepsvereniging van 1983 tot 1989, verder zit ik al jaren in de redactie van Sociale Psychiatrie. In mijn bestuursperiode hebben we ons sterk op de inhoud gericht. Ik organiseerde de studiedagen, waarbij ik veel gebruik maakte van wat hier ontwikkeld werd zoals de SPV in de eerste lijn.

We hebben ook wel eens een filmfestival gehad (november 1986). In Harderwijk waren vijf zalen ingericht waar films over de psychiatrie bekeken konden worden.

De NVSPV was toen nog niet goed ingebed in de structuur van de GGz. Dat leidde in allerlei overlegstructuren tot minder resultaat. Ik vind het wel een slimme keus van het huidige bestuur om op de goede plekken te gaan zitten, dat is nu aan de orde. Je moet je stem laten horen vanuit de inhoud. Het zou niet goed zijn als we het net zo doen als de psychotherapeuten en de psychologen, die zitten wel op de goede plekken maar het gaat altijd over secundaire zaken, niet over de inhoud. Ik zou het zonde vinden als dat zou gebeuren, je moet posities innemen om de inhoud te kunnen beïnvloeden, niet om je secundaire arbeidsvoorwaarden te regelen, dat moet een vakbond maar doen. We hebben een periode gehad waar veel aandacht is geweest voor de positie van de SPV. Nu breekt de tijd aan om ook contacten te leggen met Hogescholen en universiteiten. Je zou een leerstoel kunnen gaan financieren, studiedagen organiseren waar je mensen uitnodigt die gespecialiseerd zijn in een bepaald gebied van de sociale psychiatrie. De wijze waarop de studiedagen nu georganiseerd worden lijkt wat te hooi en te gras, niet vanuit het curriculum. Ik denk dat er een hoop van het bestuur uit zou kunnen gaan, maar natuurlijk geldt ook hier dat er

prioriteiten gesteld moeten worden. Wat mij betreft moet die uitgaan naar de inhoud van de sociale psychiatrie. Ik vind ook dat er veel te weinig wordt gedaan met preventie, en ik kan me voorstellen dat andere collega's dat ook zo beleven op specifieke terreinen. Als je iets inhoudelijk, maar natuurlijk ook strategisch, goed neerzet en je draagt dat uit naar de leden dan denk ik dat dit een uitstraling zal hebben. Ik denk dat er nog veel te halen en veel te ontwikkelen valt voor onze beroepsgroep.

Bereikbaarheid en continuïteit

Ik geloof heilig in de eerste lijns SPV. Dan pas kun je echt zien wat zich voordoet in een buurt, hoe het is om in bepaalde omgeving te wonen en welke problemen dit kan veroorzaken voor mensen zoals in een isolement raken. Als je er midden in zit krijg je ideeën aangereikt door mensen uit de buurt zelf. Volgens mij zou er in de opleiding een vleugje opbouwwerk moeten zitten. Mensen aan de hand mee nemen, hen gidsen, zodat ze dingen kunnen bezoeken, bekijken, ontdekken, bewust worden. Helaas is het Kwartiermaken (Doortje Kal en anderen waaronder Kees Onderwater, 1995) helemaal niet aan de orde. Alles is gericht op productie en verpleegkundigen doen daar aan mee in plaats van te vechten voor wat ze werkelijk belangrijk vinden. Querido zei in 1930 al 'een psychose is een ingewikkelde reactie op een moeilijk sociaal probleem'. Zonder er eigenlijk nog over te moeten nadenken, hoor je dat stuk te betrekken in het werken aan een oplossing. Querido deed dat door voor geld, woningen en werk te zorgen. Ik denk dat dit in de praktijk zo nu en dan ook wel gebeurt, maar het vindt onvoldoende plaats vanuit een bewuste keuze. Als je de nadruk in je werk wilt leggen

op dat stuk dan moet je die zaken aan elkaar verbinden om ermee aan de slag te kunnen. Dat kan tegenwoordig niet meer als je een caseload van zestig tot soms tachtig cliënten hebt. Als je naar de ontwikkelingen kijkt, bijvoorbeeld verwoord in *Beroepen in beweging* (Hutschemaekers en Neijmeijer 1998), dan worden sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen op het medische stuk ingezet en de Sociaal Pedagogisch Hulpverleners meer op de sociaal/ maatschappelijke aspecten.

SPV-en en SPH-ers hebben beiden 'sociaal' in het beroep, ik vind het ingewikkeld. Als je mensen langdurig begeleidt wat je toch ziet binnen onze beroepsgroep, dan moet je dat niet weer overdragen aan een SPH'er, dan moet je het zelf doen. Je moet je daar ook op profileren en dat kan niet als je teveel cliënten hebt, dat gaat gewoon niet. Ook

niet als je het medisch/ psychiatrische in plaats van het sociale als uitgangspunt neemt.

Uitsmijter

Ik ben ervan overtuigd wanneer je iets te melden hebt, je inhoudelijk goed positie-neert, dat je dan toekomst hebt. Je hoeft je niet af te zetten tegen anderen, of zelfs tegen anderen aan te schoppen. Dat doe je alleen als niet duidelijk is wat je inhoudelijk te bieden hebt. Ik zie het als lopen in een grote supermarkt. Je kunt de helft uit je winkelwagen gooien omdat je het eigenlijk wel kunt ontberen, maar een aantal dingen heb je echt nodig. Soms neem je iets dat gewoon lekker is. Als wij als SPV dingen inhoudelijk aanbieden die écht nodig zijn en anderen bieden dat niet aan, dan selecteert het zich vanzelf wel.

Recente ontwikkelingen in het aanbod

Het beleid van de regering is al enkele jaren gericht op extramuralisering, in feite is dit een tendens die al dateert uit de jaren twintig van deze eeuw. De komst van de buitendiensten, de voor- en nazorgdiensten hadden immers allen tot doel om mensen in de eigen leefomgeving continue en veel omvattende zorg te bieden. Opname in psychiatrische ziekenhuizen moet nog steeds zoveel mogelijk worden voorkomen en anders in ieder geval bekort. Naar het oordeel van velen is met de komst van de Riagg de hulp aan de meest kwetsbaren op een laag pitje gezet. Momenteel wordt door die instelling, vaak samen met een APZ of RIBW, geprobeerd het vuur onder de sociaal-psychiatrische functie wat op te stoken.

Er worden programma's opgezet om de zogenaamde 'draaideurpopulatie', dit zijn mensen die vaak maar kort in een APZ worden opgenomen en zich in de samenleving moeilijk kunnen handhaven, begeleiding of zorg te geven. Dak- en thuisloosheid komt steeds vaker voor bij deze groep die te maken heeft met complexe problemen. Psychiatrische stoornissen en verslaving zijn hiervan het meest zichtbaar zijn voor de samenleving. Van verschillende kanten ziet men de noodzaak in om passende voorzieningen te ontwikkelen (Wolf 1995). Of hiermee de kritiek die regelmatig te horen is zal verminderen is de vraag. De geestelijke gezondheidszorg weet zich volgens Schnabel (1995) namelijk niet verze-

kerd van een vanzelfsprekende maatschappelijke en politieke steun. 'Er heerst weinig minder dan een georganiseerd wantrouwen, dat enerzijds overheid en financiers aanleiding geeft van jaar op jaar hogere eisen te stellen aan de efficiency en effectiviteit van de hulp, en anderzijds voedsel geeft aan de hoop dat meer zelf- en mantelzorg professionele vormen van hulp grotendeels overbodig zouden maken'. Meestal worden wantrouwen en hoop uitgesproken in de vorm van rapporten en notities die overigens aan de lopende band verschijnen. Op zijn minst valt er te lezen dat de kwaliteit van de hulpverlening verbeterd moet worden. Daarnaast worden allerlei andere punten genoemd waaruit blijkt dat het slecht is gesteld met de wijze waarop de huidige zorg is ingericht (niet effectief en niet efficiënt). Vervolgens wordt als klap op de vuurpijl aangegeven dat het allemaal beter moet met minder middelen.

Ruim driekwart van het GGz budget wordt besteed aan de intramurale en semi-murale instellingen. Een kwart is nodig voor de zorg van chronische patiënten en ruim de helft ervan wordt besteed aan behandeling. Het beleid van de overheid is erop gericht om de 'asielfunctie' zoveel mogelijk te beperken en de cliënten in kwestie in de samenleving te laten integreren. Desondanks noemt Schnabel (1998) alleen de curatieve functie van de extramurale zorg (23% van het budget) terwijl de behoefte aan begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten en hun familieleden steeds groter wordt. Van de 60.000 chronische patiënten ontvangen 40.000 mensen ambulante zorg! (Scheneen Henselmans 1999). Dit vraagt volgens Van de Beek (1991) om een versterking en uitbreiding van de sociale psychiatrie als benaderingswijze en als

praktijkveld. 'De sociale psychiatrie krijgt een spilfunctie ten aanzien van een grote groep psychiatrische patiënten, en zou meerdere taken op het gebied van zorgverlening, coördinatie en behandeling moeten vervullen.' Veel extramurale GGz instellingen hebben sociale psychiatrie als speerpunt van beleid en zorg aangemerkt, en veelal komt dit neer op zorg voor chronisch psychiatrische patiënten en overlast- en bemoeizorgprojecten voor de minimaal 15.000 zorgwekkende zorgmijders. Het begrip bemoeizorg is geïntroduceerd door Henrie Henselmans' (proefschrift Bemoeizorg, ongevraagde hulp voor psychotische patiënten, 1993). Een moment om even bij stil te staan, in de eerste plaats natuurlijk vanwege het feit dat een sociaal psychiatrisch verpleegkundige promoveert en in de tweede plaats dat het een proefschrift betreft dat wetenschap en sociaal psychiatrische zorg combineert. In het onderzoek brengt Henselmans systematisch, en theoretisch onderbouwt, verslag uit van zijn activiteiten als projectleider van een casemanagement- project. Vernieuwend aan dit onderzoek was vooral het motiveren van cliënten die niet bereid waren enige vorm van (vooral ook medicamenteuze) begeleiding te ontvangen. Dit leidde -en leidt- vaak tot grote wanhoop bij de familie en de wat wijdere omgeving van de veelal schizofrene cliënt. In het project werd er van uitgegaan dat een groot gedeelte van de doelgroep niet zelf verantwoordelijk gesteld kon worden voor het onderhouden van contact met de psychiatrische hulpverlening. Veel patiënten vragen zelf niet om hulp, in tegendeel aangeboden hulp wordt vaak afgewezen. In Riagg land was dat een totaal nieuw geluid, mensen moesten gemotiveerd zijn en om hulp vragen. De hulpvragen van familieleden werden vaak genegeerd onder

het mom van privacy.

Thea Reymers (1929) heeft vooral in Den Haag en Dordrecht in de ambulante psychiatrie gewerkt. Zij is alweer enkele jaren met pensioen maar nog steeds actief op verschillende terreinen zoals het geven van trainingen en lessen. Zij is blij met de bemoeizorg.

Ik kan me nog goed herinneren dat de anti-psychiatrie zijn entree maakte. Ik heb me in die periode er sterk voor gemaakt dat chronische patiënten niet verstoken bleven van hulp waarvan ik vond dat ze die echt nodig hadden. Van een oud inspecteur die ernstig ziek was kreeg ik een tijdje geleden een brief waarin hij dat beschreef. Dat ik me altijd sterk maakte voor de mensen die door nieuwe ontwikkelingen tussen wal en schip dreigde te raken. Ik vind het bijvoorbeeld zo vreselijk als ik op het Centraal Station in Rotterdam kom en ik zie daar al die zwervers hangen, waarvan er een aantal bij is die lopen te hallucineren. Daar wordt dan niets voor gedaan, althans niet genoeg. Ik lees gelukkig ook wel dat er een kentering gaande is en dat er bemoeizorg is ontwikkeld om die mensen te bereiken die geen hulp willen.

Henselmans (1993) heeft onderzoek gedaan naar de effecten van een casemanagement-project in Rotterdam. Er namen 42 patiënten

deel aan het project voor een periode van 2 à 3 jaar. De patiënten lijdten vaker aan schizofrenie, zijn meer alleenstaand en hebben minder inkomsten uit arbeid dan reguliere psychiatrische patiënten. Hun dagelijks functioneren wordt gekenmerkt door grote tekorten. Bij de helft van de patiënten is sprake van onvoldoende functioneren wat betreft de zelfverzorging in hygiënisch opzicht en van grote tekorten in het voeren van de huishouding. In het project werd veel aandacht besteed aan praktische en materiële hulp. Daarnaast werd er onder andere gewerkt met de Goal Attainment Scale, voor ieder probleem wordt een doel geformuleerd en de mate van realisering van dat doel wordt opgenomen in een vijfpuntsschaal. Leonoor Hermanides-Willenborg (1950) is ruim vijfjaar als manager verbonden geweest aan het Project Zorgcoördinatie en Revalidatie van de Stichting GGZ Amsterdam C/OW/N en de RIBW PC Hooft. Sinds begin 1999 is het project geïntegreerd in de 'nieuwe' afdeling Transmurale zorg. Leonoor is bij deze afdeling nog werkzaam als staffunctionaris en daarnaast is Verpleegkundig Opleider van het Mentrum, voorheen Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam en de Riagg Amsterdam Centrum Oud-West. Zij vertelt uitvoerig over haar ervaringen bij het project:



Leonoor Hermanides-Willenborg

Bij ons in de Riagg startte in 1991 een werkgroep 'zorgcoördinatie' waar ik lid van werd. In 1993 lag er een projectplan en kwam er een vacature voor projectmanager, ik solliciteerde en kreeg de baan. Het project bood intensieve psychiatrische thuiszorg en revalidatie aan ongeveer 100 chronisch psychiatrische patiënten met ernstige psychische en sociale handicaps. Het eerste belangrijke doel was deze patiënten te revalideren en maatschappelijk te reïntegreren, een tweede doel was het verminderen van opnames of de duur daarvan te verkorten. Er was nog geen gebouw maar ik kon me alvast bezighouden met het aannemen van personeel. Het waren op één arbeidstherapeute na, allemaal verpleegkundigen uit Santpoort en die hadden natuurlijk geen ervaring met ambulant werken. Dat hele project is heel goed gelopen, het leuke is vooral dat het goed is gegaan met de patiënten. De zorg, de gestructureerde aandacht die ze krijgen, en de methodiek sluiten aan op de behoeften van de cliënten, het werkt echt. Landelijk heeft het ook erkenning gekregen, we worden nog regelmatig gevraagd om iets te vertellen over het project en de methodiek (GAS). Dat is ook de reden dat ik aan de Transmurale Zorg verbonden blijf. De methodiek en de zorgprogramma's uit het project worden

integraal overgenomen en geïmplementeerd in de afdeling Transmurale Zorg.

De medewerkers voeren de GAS-methodiek uit en ik heb hen vooral gemotiveerd en gestimuleerd om met deze methode te gaan werken.

Die methodiek heeft Jack Dekker een keer uit zijn archief tevoorschijn gehaald en aan mij voorgelegd. We hadden namelijk niets en ik wilde iets concreets. Een oud evaluatie-instrument hebben we toen in een nieuw jasje gestoken en daarnaast hebben we een samenwerkingsmodel (Working Apart Together) opgezet van functiedifferentiatie tussen verschillende verpleegkundige disciplines. Dat heeft enorm goed uitgepakt. Ik kan me herinneren dat er één keer gesteggel is geweest over de invulling van een zorgplan. In principe wordt het zorgplan samen met de cliënt opgesteld. Vervolgens bespreken de revalidatiewerker en de zorgcoördinator, de bovenste in de hiërarchie, het plan. In de praktijk komt de revalidatiewerker het meest bij de cliënten, die geeft door middel van training 'on the spot' uitvoering aan het plan. Als ze er samen niet uit zouden komen mochten ze bij mij komen, dat is maar een keer gebeurd. Dat vind ik heel bijzonder. Je dwingt elkaar tot samenwerking en tot reflectie op het eigen handelen, want je moet steeds laten

zien wat je doet, en hoe je het doet, en naar welk doel. Ik was deze manier van werken gewend bij de crisisdienst. Dat je altijd een open communicatie moet hebben, goed moet samenwerken, veel van elkaar kunt leren en ook andere functies kunt hebben die dus ook anders betaald worden. Dat werkte in het project ook, de mensen die zijn vertrokken hebben allemaal een betere functie gekregen. Dat is natuurlijk hartstikke leuk.

Dat wil niet zeggen dat het makkelijk is om zo'n project uit te voeren. Je hebt met zoveel verschillende mensen te maken. Neem nu de psychiaters, die mogelijk het idee kunnen hebben dat ze met machtsverlies te maken krijgen door de werkwijze. De SPV (in veel gevallen de zorgcoördinator) is de spil, de regisseur van het instellings-overstijgend zorgplan. De psychiater wordt natuurlijk wel betrokken bij de medisch psychiatrische behandeling en geconsulteerd bij het uitzetten van een strategie. In de sociale psychiatrie, bij de groep mensen met complexe problemen, is de hele maatschappelijke ondersteuning vooral het terrein van de SPV en de revalidatiewerker. De psychiatrische behandeling neemt in tijd een veel minder groot aandeel in het geheel, niet dat die daardoor minder belangrijk is maar het is additioneel. Dat heb ik allemaal wel moeten bevechten hoor. De psychiater is veel beter ingedekt omdat er meer mensen frequenter bij de cliënten aan huis komen.

Ik heb het hier over de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid. Voor de zorg zijn de andere disciplines verantwoordelijk. Omdat alles zo goed in de GAS is vastgelegd is alles ook duidelijker en makkelijker te regelen. Deze methodiek biedt de verpleegkundigen ondersteuning in het soms onvoorspelbare hulpverleningsproces, bovendien is zij gelijk een handelingsonder-

steunend systeem. Zo hebben we ook de beschikking over een bed in het crisiscentrum en de zorgcoördinator kan in overleg met de behandelend psychiater iemand opnemen. In principe zijn de medewerkers vrij in een bepaalde gebondenheid. Agenda's zijn altijd open, iedereen weet altijd waar iemand te vinden is. Afspraak is ook dat indien je geconsulteerd wordt dan ga je er op af. De trappen van verantwoordelijkheden en taken zijn inzichtelijk en worden bewandeld. Als een revalidatiewerker de zorgcoördinator nodig heeft dan is die altijd bereikbaar en komt. Als de zorgcoördinator een psychiater of mij nodig heeft, dan komen we. Dat werkt erg prettig en is heel duidelijk. Als de verantwoordelijkheden goed geregeld zijn en je hebt een zekere persoonlijke marge, dan heb je geen problemen.

Een tevreden manager en tevreden klanten. Het project is begeleid en onderzocht, en in tegenstelling tot bijvoorbeeld het project van Henselmans, bleek er zowel een forse daling van het aantal opnamedagen als een daling in het aantal gedwongen opnamen (70%). Wat dit onderdeel betreft kan het bovengenoemde project de toets van zorgvernieuwing 'of cliënten beter af zijn met het aanbod', doorstaan. Het feitelijke doel van zorgvernieuwing is een hulpverlening die beter is afgestemd op de individuele behoeften, problemen en mogelijkheden van cliënten en die samen met cliënten wordt ingevuld en uitgestippeld, en is gericht op hun maatschappelijke reïntegratie en emancipatie. Alle andere activiteiten zijn hiervan afgeleid, zijn gericht op het scheppen van noodzakelijke voorwaarden om dit doel te bereiken (Wolf 1991). Het komt steeds vaker voor dat projecten worden opgezet en worden getoetst op hun effectiviteit, veelal een

voorwaarde van een subsidiegever of zorg-verzekeraar. De laatstgenoemden gaan een steeds grotere rol spelen in het regionale zorgaanbod omdat zij bepalen of een bepaalde vorm van zorg wel of niet gefinancierd wordt (Wolf 1991; Boeije e.a. 1997, Raben 1999).

Het project van Henselmans kreeg onder andere navolging in Nijmegen (1995) en hierover verscheen het *Handboek Bemoeizorg* (Hendrix eindred. 1998). Eén van de doelen was wederom, 'cliënten te (ver)leiden tot trouw aan meer structurele zorgprogramma's.' Volgens de auteurs botste die benadering nog steeds met de dagelijkse praktijk en de cultuur van de ambulante GGz. De eigen autonomie en eigen verantwoordelijkheid van cliënt en hulpverlener staan nog steeds hoog in het vaandel en hierbij past geen bemoeizuchtige aanpak. Dat neemt niet weg dat aandacht voor mensen met chronische psychiatrische problemen in de GGz een steeds grotere plaats inneemt. Schene en Henselmans (1999) zeggen zelfs dat rehabilitatie een van de belangrijke aandachtsgebieden in (en bewegingen rond) de GGz van de jaren negentig is. Om tot rehabilitatie te komen is het 'binnenhalen' van de cliënt een eerste vereiste. Eerder vermelde cijfers geven aan dat het minimaal om 15.000 mensen gaat. In verschillende grote steden worden 'overlastprojecten' of 'vangnet en advies' functies opgezet. Hendrix e.a. (1998) vragen zich af of dit in het belang van de zorgwekkende zorgmijders is of in het belang van de 'gezonde' burgers die om disciplinerende vragen. Zij wijzen in dit verband op het gevaar van individualisering van problemen dat weer kan leiden tot onaangepast gedrag. De auteurs stellen dan ook dat gerichte voorlichting gegeven moet worden over

sociaal-psychiatrische patiënten in het algemeen en bemoeizorgcliënten in het bijzonder om vooroordelen en beeldvorming tegen te gaan. Preventieve activiteiten gericht op het voorkomen van individualisering van de problemen van cliënten door de maatschappij, de omgeving en de hulpverlening kunnen eveneens waardevol zijn. In veel situaties en door veel groeperingen in de samenleving, de hulpverlening niet uitgezonderd, worden problemen van cliënten vaak te zeer geïndividualiseerd. Ook de directe omgeving, de maatschappij of de hulpverleners zelf beïnvloeden ontstaan en beloop van de problemen. Door in die gevallen alleen maar de cliënt in zorg te nemen is sprake van 'blaming the victim'. Zo zou je zelfs kunnen zeggen dat de opkomst van bemoeizorg een onderkenning betekent van eerder falen van de GGz om deze doelgroep te bereiken. Volgens Schnabel (1995) neemt dat niet weg dat er aanleiding is voor 'een discussie over de vraag of de sociale-controlefunctie van de psychiatrie niet wat al te zeer overschaduwd is geraakt door de wens tot behandelen van acute patiënten en de noodzaak van het bieden van een veilig verblijf aan chronische patiënten. De sociale-controlefunctie is de oorspronkelijke functie van de psychiatrie en het niet of onvoldoende waarnemen van deze functie tast ook nog de maatschappelijke legitimiteit van de psychiatrie aan. De samenleving verwacht van de psychiatrie niet alleen behandeling, maar ook bescherming van en tegen patiënten.' Dit is zeker het geval als het gaat om bemoeizorgcliënten want die willen geen professionele hulp omdat ze geen of weinig ziektebesef tonen of niet in staat zijn de gevolgen van hun ziekte in te zien. Dus moet er voor bemoeizorgcliënten gezorgd worden. Onder zorgen wordt verstaan: 'het bieden van hulp op die

gebieden waarop de cliënt niet zelfstandig kan functioneren en de hulpverlener de doelen vaststelt. Er moet voor hen gezorgd worden, soms tegen hun wil of achter hun rug om. Bij zorgen ligt het initiatief en de uitvoering van de activiteiten bij de hulpver-

lener. Bemoeizorg probeert uiteindelijk naar begeleiding (een gezamenlijk zoekproces van cliënt en hulpverlener met betrekking tot doelen en werkwijze) toe te werken' (Hendrix 1998).

Knelpunten

De complexiteit van problemen vergt dat nauw moet worden samengewerkt met andere disciplines en aanpalende instellingen. Zoals de sociale psychiatrie een spilfunctie in de GGz heeft, is de bemoeizorg de spin in het web van de sociale psychiatrie. Eerste contacten worden gelegd om zorg op gang te brengen, die vervolgens goed moet worden afgestemd zodat continuïteit gegarandeerd is. Polstra (1997) heeft hierover uitvoerig gepubliceerd. Belangentegenstelling en verschillen in doelstelling spelen een grote rol in de praktische uitwerking van zorgcoördinatie. Hulpverleners voelen zich vaak alleen verantwoordelijk voor hun deel van de problematiek. En de problemen van de bemoeizorgcliënten spelen op bijna alle levensgebieden: wonen, dagbesteding, financiën, gezondheid en relaties. De complexe problemen vereisen een geïntegreerde inzet van de deskundigheden en taken van meerdere hulpverleners, disciplines en instellingen. De huisarts, maatschappelijk werk, gespecialiseerde gezinszorg, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingszorg of de sociale dienst. Van samenwerking of continuïteit van zorg is mondjes maat sprake, de instellingsgrenzen worden nauwlettend in de gaten gehouden waardoor cliënten worden doorgeschoven van het ene naar het andere loket. Ook in Nijmegen bleek het een hele klus om hulp-

verleners zover te krijgen dat ze zich gezamenlijk verantwoordelijk gingen voelen voor de cliënt. Het soms tijdelijk maar vaker langdurig overnemen of delen van de verantwoordelijkheid is hard nodig. Ondersteuning van de directe omgeving is bij deze vorm van hulpverlening lange tijd achterwege gebleven. Ben Geurdes (1950) weet als geen ander hoe hard dit nodig is. Het was zelfs een reden voor hem om het vak van sociaal psychiatrisch verpleegkundige te gaan uitoefenen. Helaas bleek de realiteit voor hem anders te zijn, pas na een studie Andragogie had hij voldoende handvatten om hiermee in de praktijk aan de slag te kunnen:

Ik heb eerst als SPV op de afdeling Volwassenen in Leeuwarden gewerkt en toen ik de Voortgezette Opleiding had gedaan wilde ik verder leren. Ik ben toen naar de universiteit gegaan om Andragogie te studeren. Vanuit die studie ben ik opnieuw terechtgekomen bij de vraag hoe het nu zit met de familie van psychiatrische patiënten. Wat doen we daar als Riagg mee, dat had ik niet meegekregen op de MGZ opleiding (1976) en ook niet op de VO (1980). Althans ik heb dat niet zo meegekregen, misschien is het toen wel aangeboden, dat weet ik niet meer. Ik heb niet de ervaring dat die opleidingen werkten vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed en je dat meegaven als

student. Maar goed, toen ik dus vanuit mijn studie weer op dat spoor was gezet en ging kijken hoe het zat met de familie bij de Riagg, kwam ik erachter dat het gewoon prut was.

Het was de periode dat Ypsilon opkwam (eind jaren tachtig) en daar heb ik toen contact mee opgenomen waarna we zijn gestart met de Ypsilon groepen. Het was wel heel erg zwaar hoor die groep, ik deed wel iets waar ik achter stond, maar het was een al shit dat ik over me heen kreeg. Ik bedoel hiermee die enorme lading nare, vervelende en vaak onthutsende ervaringen van familieleden met de hulpverlening. Ik heb me toen wel eens afgevraagd, waar doe ik dit toch allemaal voor. Is dit nu wat ik leuk vind? Ik vond het wel belangrijk genoeg om het te blijven doen. Het was niet alleen shit van de familie, maar ook van de hulpverleners. Die zagen alleen die ene cliënt die het zo moeilijk had en de familie ja, dan werd er geschermd met privacy en zo. Ik denk dat ik op het moment dat ik op deze manier als SPV bezig was met hulpverlening en met de familie, ik dicht bij het doel zat dat ik voor ogen had toen ik in de kliniek werkte.

De transmuralisering lukt hier goed vind ik. Ik werk nu op een afdeling en op een manier zoals ik gedacht had dat ik zou werken toen ik begon aan de SPV opleiding. We werken volgens het model Kasperspad in Dordrecht. Als een cliënt die bij ons in begeleiding is, opgenomen moet worden, gebeurt dat in Heerenveen. De ambulante casemanager blijft echter verantwoordelijk. De afdeling begeleidt de cliënt op basis van het gezamenlijke plan van cliënt, afdeling en case-manager. Je moet dan wel erg aan elkaar wennen, zo hebben de werkers in de kliniek de neiging om wat beschermender, voorkomender en behulpzamer te zijn dan de ambulante werkers. Die zijn toch meer

geneigd om - voor zover mogelijk - meer verantwoordelijkheid bij de cliënt te laten. We zijn druk bezig in Friesland met allerlei dingen, ik vind het niet meer zo ouderwets als toen ik hier begon. Ik vind dat de fusie hier veel heeft opgeleverd. Onze instelling heeft het zorgplanprotocol dat ontwikkeld is door Marjan van Ooijen van het Trimbosinstituut, uitgekozen om mee te gaan werken. We hebben dat plan en nu moeten we dat gaan toepassen. Om ons behulpzaam te zijn hierbij heb ik het Trimbosinstituut toen gevraagd om een training voor ons te bedenken. Afgelopen week hadden we de tweede bijeenkomst en uiteraard moesten we een rollenspel doen. Wat een ramp om dat zorgprotocol in te oefenen, als je er niet uitkomt kies je er zo snel voor om de baas te zijn en het beter te weten. Ook de cliënten vinden het moeilijk dat ze nu ineens moeten vertellen wat ze zelf willen, want dat is hen nooit gevraagd.

Ik vind dat SPV-en, net als andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, zich periodiek moeten bijscholen. Op het hele vakgebied moet je blijven met de ontwikkelingen. In mijn eigen team heb ik vastgelegd (ik ben teamleider), dat er eens in de zes weken een scholingsdag is. Dan moet ik natuurlijk wel vreselijk hard nadenken over een programma maar dat komt dan allemaal wel. Ik zie daadwerkelijk dat mensen er mee bezig blijven, dat er zaken blijven hangen. Ik vind het doodzonde dat wij als we de opleiding achter de rug hebben niet verplicht worden om ons vak bij te houden. Dat gebeurt natuurlijk wel vanuit een persoonlijke motivatie, maar mensen die dat niet hebben hoeven ook niets. Je moet scherp blijven en weten wat er over de grenzen van je eigen werkveld gebeurt want je blik verkokert binnen je eigen vakgebied. Ik denk dat bijscholing

vooral gericht moet zijn op sociale psychiatrie. Ik vind dat er ook buiten de eigen grenzen gekeken moet worden. Ik ga in mei naar Amerika voor een studiereis. In een viertal instellingen ga ik kijken en meelopen hoe daar met rehabilitatie wordt gewerkt. Ik ga bijvoorbeeld naar een instelling waar ze een werkbare variant op het Boston model hebben bedacht.

De aandacht die Geurdes besteedt aan de deskundigheidsbevordering van zijn team mag bijna zeldzaam genoemd worden. Wolf (1995) heeft verschillende zorgvernieuwingsprogramma's onderzocht en kwam tot de conclusie dat juist dit onderdeel, vanwege het nog moeten regelen van allerlei andere zaken en de hoge werkdruk, de laatste plaats innam op de lijst van prioriteiten. 'In

geen van de zorgvernieuwingsprogramma's is medewerkers tijdens de experimentele periode een intensief trainingsprogramma aangeboden, soms komt men hier pas mee aan het eind van een programma.' In het ambulante veld wordt over het algemeen vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed gewerkt. De verpleegkundigen die werkzaam zijn in de programma's komen veelal uit het intramurale veld en zijn meestal niet geschoold en getraind in de sociaal psychiatrische werkwijze. Zelfs als scholing wel heeft plaatsgevonden is de nodige ervaring vereist om ook als zodanig te kunnen werken. Joost Bonants (1954) heeft (bijna) altijd gewerkt in de sociale psychiatrie en is sinds 1988 als docent verbonden aan de MGZ opleiding in Breda:



Joost Bonants

Ik heb altijd idealistische ideeën gehad, zo vond ik dat psychiatrie niet altijd in een instelling thuis hoorde. Veel meer mensen moesten mijns inziens naar buiten, terug de maatschappij in waarde mensen hoorden. Daar lag mijn belangstelling vooral, ook al toen ik de B-opleiding deed. Ik verdiepte me in wat er buiten de muren van de instelling gebeurde, de Riagg vorming was toen volop in gang. Ik informeerde naar de vereisten om in die Riagg's te kunnen werken, en

direct na de B besloot ik de SPV-opleiding te gaan volgen (1979). Ik vond het boeiend, die tijd van de vrije gedachte in het onderwijs. De studenten bepaalden soms het programma en de docent was in feite volgend. Achteraf denk ik dat het een belangrijk aspect is geweest in de verwerking van alle dingen die toen op je afkwamen. Het was een praattijd en je werd op die manier gestuurd naar het ambulante denken en werken. Dat vond ik erg positief en volgens

mij had je dat ook nodig om het SPV werk te kunnen doen. Het sociale kwam veel aan bod in de opleiding, de naweeën van de antipsychiatrie waren nog voelbaar, maatschappijkritische boeken werden verslonden. Hetzelfde gold in feite voor het persoonsvormende onderdeel in de opleiding.

In de praktijk heb ik geleerd hoe ik met cliënten aan de slag moest. Ik ben in 1981 begonnen op een Riagg in Limburg waar heel breed gewerkt werd. Dat betekende dat je intakes deed, begeleidingen en behandelingen van ernstig psychiatrische patiënten maar ook echtpaar relatie gesprekken. In 1985 ben ik in het sociale psychiatrieteam volwassenzorg van de Riagg Breda gaan werken. Ik kon mijn therapeutische kennis en vaardigheden die ik in Limburg had geleerd benutten voor de mensen die ik begeleidde in de sociale psychiatrie. Daar heb ik veel aan gehad, ik kreeg altijd erg moeilijke echtparen waar alles al mee geprobeerd was, ik vond dat een uitdaging. Mijn verpleegkundige achtergrond werkte hierbij in mijn voordeel, het maakt dat we niet vastzitten aan een bepaalde richting of methode. Ik had vooral veel mensen met complexe chronische problemen dat vond ik ook de boeiendste groep. Het aangaan van de relatie was het meest essentiële, als je dat goed kon dan had je goodwill. Daarbij kwam ook de samenwerking met de familie en het outreachende werk. De hulp vond vooral op kantoor plaats en dat was niet mijn idee van hulp verlenen. Het moest in de maatschappij plaatsvinden en niet op aparte kamertjes. Als mensen zich moeten handhaven in de maatschappij, en dat was eigenlijk de voornaamste doelstelling, dan moet je er mijns inziens op uit. Het sociale aspect in je begeleidingen inbrengen en inpassen vergt

de nodige ervaring.

Sinds 1988 werk ik op de Hogeschool, tien jaar lang heb ik dat gecombineerd met mijn werk op de Riagg, en ik besteed veel aandacht aan het bovengenoemde punt. Dat wil nog niet zeggen dat beginnend spv-en ook al in staat zijn om het te kunnen uitvoeren. Dat zijn verschillende stappen, daar moeten ze dan ook juist in begeleid worden zodat ze zich niet terug trekken op hun kamertje en gaan therapeutiseren. Dat is erg belangrijk in de begeleiding want de neiging bestaat toch dat ze zich sneller met het therapeutische werk gaan identificeren dan met het sociale aspect van het werk. Dat heeft alles te maken met de cultuur in een instelling. Het werk van de psychotherapeuten wordt als erg belangrijk gezien en het is dan ook logisch dat nieuwkomers het idee krijgen dat zij dat ook moeten doen. Het instellings denken wordt dan gauw het algemene denken, terwijl dat niet hoeft. Ik heb goede hoop dat met de nieuwe ontwikkelingen en de fusies dat gevaar een beetje terug gedrongen zal worden. De uitsplitsing tussen sociale psychiatrie en psychotherapie gaat volgens mij alleen maar verder door. De sociaal psychiatrische poot wordt alleen maar meer versterkt, ik denk dan bijvoorbeeld aan het Kasperspad in Dordrecht, waar nu juist de verpleegkundige visie sterker naar voren is gehaald. Dat sluit niet uit dat je gebruik moet maken van psychotherapeutische elementen, want dat moet naar mijn mening ook! Het moet alleen meer in elkaar vloeien zodat je van elkaar gebruik kunt maken. SPV-en zouden in hun werk met cliënten meer gesteund moeten worden door die andere disciplines want dat is zeer waardevol voor cliënten. Ook in de rehabilitatie wat momenteel erg actueel is en waar verpleegkundigen een belangrijke rol in vervullen. Ik besteed daar

in het onderwijs dan ook veel aandacht aan, want ik ben erg blij met deze ontwikkelingen.

Het motiveren van en onderhandelen met cliënten zijn belangrijke elementen die in de sociale psychiatrie een steeds grotere plaats innemen. Die omslag moet gemaakt worden door verpleegkundigen die uit intramurale instellingen komen want anders verwordt de institutionalisering tot reïstitutionalisering (Beijers e.a. 1992). Uit het onderzoek dat Wolf (1991) verrichtte naar de zorgvernieuwingprogramma's kwam naar voren dat sommige casemanagers dit werk naast hun reguliere werkzaamheden binnen de instelling deden.

Projectleiders bleken hier weinig invloed op uit te kunnen oefenen en ook niet op de selectie en aanstelling van medewerkers. De instellingsmanagers bepaalden dit, zelfs als projectleiders hun twijfels uitten over geschiktheid van personen voor het uitvoeren van casemanagementtaken. Binnen één programma heeft een casemanager zich na verloop van ruim een jaar moeten terugtrekken omdat hij of zij uitsluitend in

een intramurale setting had gewerkt. De eisen die het ambulante werk aan hem stelde waren te hoog. Wolf stelt dat om te kunnen werken als casemanager het niet zozeer om nieuwe eisen gaat als wel om eigenschappen die iemand moet hebben om het werk met cliënten goed te kunnen doen. Genoemd worden een tolerante houding, veel geduld en begrip, de kunst om steeds opnieuw te beginnen, en het goed kunnen motiveren van cliënten. Waarmen naar eigen zeggen mee moet leren omgaan is de langdurige betrokkenheid bij cliënten en de intensiteit van het contact. Het kost moeite om het juiste evenwicht tussen afstand en nabijheid te vinden. Het is de vraag of mensen die gaan werken in de hulpverlening niet reeds beschikken over die eigenschappen. Juiste timing en flexibiliteit om het ene moment vaardigheid zus of zo in te brengen, is vooral een kwestie van kennis over verschillende methodieken en ervaring om te weten wanneer en in welke situatie die toegepast moeten worden.

Een kwestie van kiezen

In het onderzoek naar zorgvernieuwingprogramma's (Wolf 1991) wordt het aspect van samenwerking en netwerkontwikkeling genoemd dat nieuw is voor veel casemanagers. Het betrekken van familieleden bij de begeleiding, de participatie van het sociale steunsysteem in de begeleiding, het organiseren van en leiding geven aan zorgconferenties waarbij alle betrokkenen bij een individuele cliënt om de tafel komen, en het intensievere overleg met andere instellingen. Hoewel dit onderdeel voor veel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

vanzelfsprekend zou moeten zijn, worstelen ook zij met dit probleem. De omslag die gemaakt moet worden werd al eerder beschreven in hetgeen Ben Geurdes vertelde. De prominente plaats die familie zou moeten innemen bij de netwerk gesprekken is lange tijd uit het oog verloren. De Riagg cultuur van de jaren tachtig kleefte nog aan veel SPV-en die daar hun professionele socialisatie hebben doorgemaakt. In het algemeen kan gezegd worden dat in de gezondheidszorg de status van zorg laag is, veel professionele eer is er niet te halen

(Schnabel 1995). Behandeling krijgt een dominantere plaats en heeft ook meer status. Riagg's zijn lange tijd vooral instellingen geweest waarin behandeling centraal stond en zorg nauwelijks aandacht kreeg. Ook in de opleiding van SPV-en stond behandeling van individuele cliënten centraal en het leren werken met de familie als onderdeel van de hulpverlening paste daar nauwelijks in. De voorwaarden die aan cliënten worden gesteld met psychosociale problemen; gemotiveerd zijn, ziekte besef, reflectief vermogen, gelden niet voor de groep mensen met complexe problemen. Outreachend betekent soms dat actief gezocht moet worden naar groepen zwerende mensen met ernstige psychiatrische problemen. Dat betekent soms dat een hele dag besteed moet worden aan zoeken, als de familie laat weten dat de zorgwek-

kende zorgmijder is signaleerd. Een probleem van andere orde - dat al eerder genoemd is - heeft te maken met keuzen die instellingen maken om consequenties te verbinden aan het werken met cliënten die chronische en complexe hulpvragen hebben. Caseloads zijn vaak te groot waardoor doelstellingen niet gehaald kunnen worden. De kwaliteit van de hulpverlening laat nogal eens te wensen over, productienormen dwingen tot een polikliniek-achtig contact. Een hele dag op pad gaan om een cliënt op te sporen lukt niet met de aantallen cliënten die veel hulpverleners hebben. Dat geldt ook voor zaken als het geven van voorlichting en het ontwikkelen van nieuwe programma's. In Rotterdam-Zuid waar Ad Geluk (1948) werkt, is het volgens hem goed geregeld:



Ad Geluk in overleg met de wijkagenten

Ik ben hier in 1987 komen werken voor de chronisch psychiatrische patiënten, ik had daar veel ervaring mee in de klinische setting. Naast de hulpverlening ben ik contactpersoon voor de politie en geef ik voorlichting, psycho-educatie en begeleid ik familiegroepen. Enerzijds is deze vorm van

hulp goed opgezet hier in de organisatie, anderzijds moeten we moeite blijven doen om de hulp optimaal vorm te kunnen geven. Nu is er een hele afdeling 'Garroeda', waar alle vormen van hulp voor de chronische psychiatrische patiënt in zit. We hebben een dagactiviteitencentrum,

arbeidsrehabilitatie, begeleiding en behandeling.

In deze Riagg heerste de Feijenoord cultuur; 'niet lullen maar werken'. Het is geen beroerde cultuur om in te werken hoor.

De andere kant is dat het doen van onderzoek, tijd vrij maken om te publiceren zaken die ook inherent zijn aan ons vak, niet kunnen.

In sommige projecten maar ook in GGz instellingen in het algemeen blijkt ook dat andere zaken niet goed geregeld zijn. Het vaststellen van de medische eindverantwoordelijkheid binnen een casemanagementprogramma, in plaats van

medische en verpleegkundige verantwoordelijkheid, is voor veel werkers een doorn in het oog. Want als het wel geregeld is blijft die medische verantwoordelijkheid niet beperkt tot medische zaken maar strekt zich ook uit tot de zorg (Wolf 1991; De Leeuw, Onderwater en Van der Padt 1999). Rob Zuidhoek (1960) sinds kort SPVen werkzaam bij GGz Zuid-Holland-Noord kan zich hier vreselijk over opwinden. Telkens weer opnieuw wordt dit onderwerp ter sprake gebracht echter zonder resultaat. Hij heeft uiteindelijk zijn pijlen gericht op de beroepsvereniging in de hoop dat via die weg helderheid verschaft kan worden:



RobZuidhoek

We moeten nu duidelijk zien te krijgen welke plek we gaan innemen in de nieuwe organisatie. Er is bijvoorbeeld zoveel onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Ik stel het nu wat scherp maar, iemand mag zich bij wijze van spreken suïcideren als hij maar veertien dagen van tevoren door een psychiater is gezien. Het onderwerp is afschuwelijk maar in de wandelgangen hoor je dit soort cynisch bedoelde opmerkingen. Dit komt doordat de belangrijkste vraag vanuit de organisatie, na een suïcide, soms sterk ingegeven lijkt door het zich 'ingedekt' weten naar de inspectie toe. In plaats van 'is

er sprake geweest van zorgvuldig handelen?', is de belangrijkste vraag dan, 'is de cliënt recent door een psychiater gezien?'

Als zelfstandig hulpverlener word je hierdoor min of meer gediskwalificeerd.

In de praktijk neem je als SPV zelfstandig veel beslissingen: schakel je de psychiater wel of niet in, duid je gedrag of uitspraken van cliënten wel of niet als suïcidaliteit en aan welke problematiek/stoornis koppel je dit? In principe is het zo dat je altijd overleg pleegt met de psychiater als er volgens jou als SPV een opname moet plaatsvinden of als er sprake is van suïcidaliteit, er medica-

menteus iets moet gebeuren of als er sprake is van twijfel over de toe te passen interventie. Als je veel ervaring hebt en de psychiater erkent jouw deskundigheid, dan is het in de praktijk meestal zo dat de psychiater jouw advies volgt of akkoord verklaart. Zelf pleeg ik tijdens de acute dienst regelmatig een telefoontje met de dienstdoende psychiater, uitsluitend om formeel ingedekt te zijn, en niet omdat er sprake is van twijfel of behoefte aan advies. Als het fout gaat dan beroept men zich op de regels, die overigens niet altijd geformaliseerd zijn, en ben je ineens niet meer die ervaren en deskundige collega. Ik vind dat soort dingen moeilijk en lastig. Er moet meer duidelijkheid komen over verantwoordelijkheden en wat er wordt verstaan onder 'zorgvuldig handelen'. Het handelen en reageren van hulpverleners en organisaties zou minder ingegeven moeten zijn door de gedachte je te moeten indekken. De duidelijkheid waar dit om vraagt moeten we zelf scheppen in samenspraak met onze collega disciplines in de GGz. Ik denk dat we op dit moment gebaat zouden zijn bij richtlijnen en protocollen die zijn toegespitst op onze eigen beroepsgroep. Het wordt dan duidelijk volgens welke standaard jij een bepaalde inschatting, met een daaraan gekoppelde keuze maakt. Ik verwacht hierin initiatief en ondersteuning van de vereniging. Nu denk ik niet dat protocollen alles kunnen oplossen, het kan een hulp-

middel zijn in het werk. Bovendien maakt het inzichtelijk wat men van jouw als beroepskracht kan en mag verwachten.

De vraag die aan het begin van deze paragraaf werd gesteld was of extramuralisering nu werkelijk zo nieuw is. Wolf (1991) stelde zich deze vraag daar waar het ging om zorgvernieuwingsprojecten. De conclusie moet zijn dat er geen sprake is van vernieuwing. Inhoudelijk is het aanbod niet wezenlijk vernieuwd. De omgang van hulpverleners met cliënten is niet veranderd en een fundamentele verschuiving in de machtsbalans tussen de actoren in het GGz-domein en het maatschappelijk domein heeft ook niet plaats gevonden. 'Hoewel er thans historische kansen zijn om circuits te ontwikkelen waarin eerstelijnsdisciplines, algemene maatschappelijke voorzieningen en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg een samenhangend aanbod voor cliënten aanbieden, lijkt de slinger van de geschiedenis door te slaan in de richting van circuits waarin de GGz alle functies, dus ook die nu nog door het maatschappelijk domein worden vervuld, onder beheer heeft en uitvoert. Daarmee dreigt het streven naar de vermaatschappelijking van de psychiatrie uiteindelijk te leiden tot een ongewenste psychiatrisering van de maatschappij' (Wolf 1991:280).



'Ik wil niet verder springen dan mijn polsstok lang is.'

Marianne Nieboer

Marianne Nieboer is in 1944 geboren en hoewel het voor haar niet vanzelfsprekend was om in de verpleging haar werkkring te vinden, heeft zij zowel de A, de B, als de Z gedaan. De jeugdpsychiatrie heeft altijd haar belangstelling gehad en vanaf 1975 is zij werkzaam in deze sector. Hoewel in de GGz Jeugd veel therapeutischer wordt gewerkt dan in andere sectoren, merkt Marianne hoe belangrijk het is om een verpleegkundige achtergrond te hebben. In Groningen heeft zij reeds drie grote fusies meegemaakt. Naast haar curatieve werkzaamheden heeft Marianne zich altijd ingezet voor de positie van verpleegkundigen. Zij ziet de huidige ontwikkelingen met enige zorg tegemoet, vooral omdat zij merkt dat verpleegkundigen minder inspraak hebben.

Kijken met een verpleegkundige blik

Het was voor mij helemaal niet vanzelfsprekend om in de hulpverlening te gaan. Ik kom uit een middelgroot gezin van 4 kinderen en van het platteland. De rolverdeling was toen natuurlijk heel anders dan nu. De mogelijkheden voor meisjes waren in het deel waar ik opgroeide niet zo groot. Ik heb eerst, samen met een schoolvriendin de Z-opleiding gedaan in het Hendrik van Boeijenoord in Assen (1966). Dat was een tamelijk vooruitstrevende instelling. Wij

werden opgeleid tot groepsleidsters en niet tot zuster. Er was een open communicatie en er werd weinig gebruik gemaakt van hiërarchie. Van daaruit heb ik mijn B (1968) en daarna de A gehaald (1972). Het viel me erg tegen toen ik in de B kwam want daar was alles minder open en veel meer rigide. De chronische patiënten die niet buiten de instelling (Licht en Kracht) werkten liepen bijvoorbeeld in overals en niet in hun gewone kleding. Daar ben ik natuurlijk tegenin gegaan, en dat is toen ook veranderd.

Alle facetten van de opleidingen die ik volgde zijn me van dienst geweest in mijn werk, ik heb er veel van kunnen gebruiken. Ik werk in het jeugdcircuit van de GGz en dan is het erg belangrijk om te weten in welke ontwikkelingsfase een kind zit. Als je een intake doet moet je bijvoorbeeld een beoordeling geven over de verstandelijke vermogens van een kind. Als je namelijk met een geretardeerd kind van doen hebt, dan heeft dat consequenties voor de aanpak. En dat geldt ook voor de ouders, zijn ze gezond of hebben ze enige vorm van pathologie. Je moet een scherpe blik hebben voor ziekten. Dus de combinatie van mijn opleidingen komt me dagelijks van pas. Ik ben nog steeds verpleegkundige en dat merk ik vooral als ik in discussie ben met een

psycholoog of maatschappelijk werker. Zij komen dan onder andere met opmerkingen als; 'ik kijk alleen waar mensen goed in zijn, wat positief is'. Ik zeg dan dat ik dat ook doe maar daarnaast let ik buitengewoon op eventuele pathologie. Daar zit vaak het verschil, ook in verwachtingspatronen. Als je niet oppast dan ontaart zo'n discussie vaak in, 'ja maar dat vind ik zo betuttelend'. Dat vind ik zulke doodoeners, want met betutteling heeft het niets te maken. Mensen komen niet voor niets naar een instelling voor GGZ hulp. Ik vind datje als hulpverlener voordat je aan hulp geven begint, de taak hebt om uit te vlooien wat gemaakt heeft dat mensen nu komen. In het ziekenhuis worden mensen tegenwoordig door een scan gehaald, dat kan in ons werk niet op die manier. Maar je moet wel weten wat er aan de hand is. Bij psychiaters hoef ik zulke discussies nooit te voeren, ons achterland is onderling vergelijkbaar.

Vraaggerichte zorg?

Ik werk nu al 24 jaar in de ambulante jeugd-psychiatrie en in de loop der jaren heb ik wel het een en ander zien veranderen. Je bent zo afhankelijk van een aantal factoren in ons werk, wat dient zich aan, welke aandacht heeft de media aan bepaalde onderwerpen besteed (krant, tv.). Dit soort dingen brengt een stroom op gang, zaken die maatschappelijk in de aandacht komen en gaan vervolgens de verwachtingspatronen van mensen bepalen. Tegenwoordig is het zo dat al snel bemerkt wordt dat er iets aan de hand is, dan moet er hulp komen maar daar alleen is men vandaag de dag niet tevreden mee. Eigenlijk geven mensen nu ook zelf aan wat voor soort hulp ze willen hebben. Daar is natuurlijk niets mis mee als maar in de gaten gehouden wordt dat 'de vlag de lading blijft dekken'. De teneur van

tegenwoordig is toch dat de cliënt zelf het beste kan bepalen wat goed voor hem is. Als dit uitsluitend het geval zou zijn ben ik het daarmee niet eens. Ik vind wel dat de cliënt serieus genomen en gehoord moet worden maar zodra de cliënt mij om hulp vraagt dan is dat vanwege mijn deskundigheid. Dat moet dus meewegen in de bepaling van wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Als mijn deskundigheid er niet toe doet dan zou die cliënt mij toch niet om hulp hoeven vragen? Als je dan alles van verschillende kanten bekeken hebt dan ga je na wat de mogelijkheden zijn, en daarover treed je in overleg met de cliënt.

De maatschappelijke context

Wat ik al jaren een zorgelijke ontwikkeling vind en wat nu pas draagvlak krijgt, is de verschuiving van het waarden en normen patroon, spijbelen en kleine vergripen komen op steeds jongere leeftijd voor. Opvoeding is zo opgerekt dat veel kinderen uit de bocht vliegen. Kinderen worden nauwelijks meer aangesproken op hun gedrag, noch op straat noch op school of andere gelegenheden. Doe je dit wel dan word je beticht van bemoeizucht en ben je ouderwets, in het ergste geval word je afgetuigd. De impact die dit gegeven echter heeft op de houding van jongeren en de ontwikkeling van jongeren naar volwassenheid, is enorm. Ik zie dat terug in de aanmeldingen op het spreekuur. Opvoeden moet vandaag de dag vooral 'leuk' zijn. Als het niet meer leuk is dan komen ouders, bij wijze van spreken, ons vragen het weer leuk te maken. Het eerste dat ik ouders altijd vraag, is wie hen heeft wijsgemaakt dat opvoeden leuk zou moeten zijn. Opvoeden kan leuk zijn maar in veel gevallen is het dat niet, het is moeilijk en vergt veel van ouders. Kinderen mopperen,

huilen en schelden, dat hoort er nu eenmaal bij. Ouders realiseren zich dat vaak niet, denken dan dat ze het niet goed doen. Ze worden ook zo onzeker gemaakt over hun taak als opvoeders. Ze komen al binnen met de opmerking dat het wel aan hen zal liggen. Natuurlijk is je eerste taak om dat soort zaken te onderzoeken en dan duidelijk te maken of er iets aan de hand is en wat er dan aan de hand is. Ik wil met dit alles niet de indruk wekken dat vroeger alles zo ideaal was. Integendeel, maar de vanzelfsprekendheid waarmee men vroeger over kleine problemen, vragen en onzekerheden bij ouders, burens of zussen terechtkon, is verdwenen. Dat gebeurt niet meer, mensen stapelen al die vragen en onzekerheden op en als er dan iets heel naars gebeurt knalt er iets uit elkaar waardoor ze uiteindelijk bij ons terechtkomen. Een ander groot probleem is het enorm toegenomen aantal echtscheidingen en de gevolgen hiervan voor de kinderen. In de aanmeldingsstroom is deze groep bij ons ook ruim vertegenwoordigd. Daarnaast de kinderen die in aanleg ontwikkelingsstoornissen hebben en het hard te verduren hebben in onze maatschappij.

De eisen die heden ten dage aan kinderen worden gesteld wat betreft zelfstandigheid en sociale redzaamheid zijn zo groot. Kinderen die dat in aanleg al niet in zich hebben en daarbij nog een emotionele stoornis, die lopen kapot op de intolerantie die heerst. In hoe we omgaan met elkaar in de samenleving, wat we wel of niet accepteren, of en hoe we elkaar helpen, zetelt de aanpak. Niet in het geven van cursussen op individueel niveau. Daarmee individualiseer je het probleem maar.

Sociale psychiatrie houdt in dat je problemen moet proberen te voorkomen, dat je maatschappelijke tendensen signaleert die

de gezondheid van mensen bedreigen. Dat vind ik belangrijk in mijn werk.

Beknibbelen op het onderwijs

Ik denk dat jonge SPV-en die opgegroeid zijn met tendensen in de maatschappij die ik net beschreven heb, anders in het werk staan. We hebben hier in het Noorden altijd geprobeerd om dat stuk binnen de opleiding MGZ-GGZ te bewaken. Je moet natuurlijk niet vergeten dat er een ontwikkeling heeft plaats gevonden binnen de opleidingen. Wij hadden de luxe, alhoewel dit maar korte tijd heeft bestaan, van een tweejarige dagopleiding en zelfs een studiebeurs (je). Voor mij, ik heb alleen maar in-service opleidingen gedaan, was dat natuurlijk een luxe. Ik heb de opleiding (72-74) gevolgd in Groningen en ik had alle tijd om mezelf te ontwikkelen. Dat kreeg toen aandacht, daar werd veel tijd aan besteed door middel van trainingen en supervisie. Dat is heel anders dan de manier waarop de opleiding nu in elkaar steekt. Eerst ging de studiebeurs eraf, de overheid ging zich ermee bemoeien en moeilijk doen. Tegen heug en meug proberen de instituten de kwaliteit van de opleiding te bewaken. Maar laten we elkaar niets wijs maken, dat kan natuurlijk niet. Contactarme uren betekent dat je je door de boeken heen moet worstelen. Het belangrijke is dat je in gesprek komt met de ander en met jezelf over de inhoud van die boeken en welk gedrag daar het meest adequaat bij is. Zoals dat vandaag de dag in elkaar steekt kan dat niet. De hele onderwijswereld is cursorisch ingesteld, het liefst als het zo door gaat thuis achter de computer. Het meest leer je echter in de interactie, dat is mijn mening omdat ik nu eenmaal een mens ben. Ik denk dus dat SPV-en van tegenwoordig minder baggage meekrijgen omdat het stelsel zo in elkaar zit,

niet omdat men dat zo wil doen. Dat geldt trouwens voor alle disciplines hoor, niet alleen voor SPV-en. Ik zie het ook bij psychologen en psychiaters.

Als beroepsgroep vind ik ons uniek. Ik moet daar wel bij aantekenen dat de generatie die ik vertegenwoordig, de wind enorm heeft mee gehad. Er kwam uitbreiding van vacatures, er ontstond een nieuwe opleiding die breder was dan ooit tevoren, de zeventiger jaren stonden helemaal in het teken van vernieuwing. In die zin zat alles ons mee, het was gewoon een ideale situatie. Nu is eigenlijk het tegendeel aan de hand, ik heb het idee dat we de kous op de kop krijgen. Alles werd opnieuw in beweging gebracht maar nu in een tijd van schaarste en met heel andere idealen dan in de zeventiger jaren. Door overheidsbeslissingen is het onmogelijk om de huidige opleiding in stand te houden. De hele verschuiving in het onderwijs laat zien dat we daar niet goed inpassen. Maatschappelijk gezien heeft onze beroepsgroep wel een duidelijke functie, daar ligt het niet aan. Tien jaar geleden heeft de beroepsorganisatie via het COOSPV al geanticipeerd op de wijzigingen in het onderwijsstelsel. Er lag een voorstel voor een nieuwe opleiding dat werd gesteund door de andere beroepsgroepen in het CONO. Het is moeilijk te achterhalen wat er precies is gebeurd en wie daarvoor verantwoordelijk is, maar de opleiding is er niet gekomen. Sterker zelfs, het geld dat gereserveerd was voor de opleiding is naar de opleiding voor Verpleegkundig Specialist gegaan. Die opleiding gaat nu het veld in en krijgt het predikaat 'goedgekeurd door het CONO' en met instemming van de NVSPV, dat is natuurlijk een mooi visitekaartje. Dat het curriculum door het CONO is goedgekeurd, daar verdienen we een pluim voor.

Eén stap vooruit, en twee stappen terug?

Met de fusie die leidde tot de grote organisatie waar ik nu werk was het de bedoeling dat de psychiatrie een stap vooruit zou zetten via de zogenaamde transmutualisering. Voor ambulant werkenden betekent het in mijn beleving niet één stap maar twintig stappen achteruit. Als ik vroeger signaleerde dat een ontwikkeling niet goed ging, liep ik naar mijn baas om te vragen of hij wel precies wist hoe de dingen in elkaar staken. Als hij dat niet wist dan vroeg hij of ik wilde vertellen hoe het zat. Korte lijnen dus. Dat is er nu niet meer bij. Alles gaat nu via de hiërarchische lijnen en de communicatie loopt het liefst in de vorm van: 'alles zwart op wit'.

De inhoud van ons werk is hetzelfde gebleven (tot nu toe), buiten de eerder geschetste maatschappelijke ontwikkelingen waar je mee te maken hebt, maar we moeten door de nieuwe organisatiestructuur als het ware nu naar onze eigen baan solliciteren! Vervolgens lijkt het of we niet meer meetellen als het gaat om inspraak en beleidsvorming. Ik ben verpleegkundige maar geen 'gewone'. Dat laatste element wil men graag vergeten, niet vanwege mijn inhoudelijke werk, daar maakt men graag gebruik van, maar met betrekking tot de financiële inschaling (FWG 3.0). Het ligt in mijn lijn van verwachtingen dat deze inschaling uitgedrukt wordt met nog een zekere mate van groeimogelijkheid in financieel opzicht. Het lijkt er echter op dat dit beleidsmatig geen draagvlak heeft of krijgt en misschien ook geen prioriteit.

De SPV is niet verwisselbaar voor de Verpleegkundig Specialist! Tot op heden is niet duidelijk wat de specialistische opleiding toe te voegen heeft vergeleken met de beide vervolgoopleidingen die er al zijn (SPV

en Masters). Tenzij men vindt dat de SPV-opleiding overbodig is geworden maar dan zou over dat punt een adequate discussie gevoerd moeten worden en dat is niet het geval. Het beroep SPV, zoals het gestalte heeft gekregen, zou mijns inziens behouden moeten blijven omdat ik ervan overtuigd ben dat al die functies die nu ontwikkeld worden binnen het kader van de transmuralisering al in het beroep van de SPV zijn vertegenwoordigd. Maar het enige

doel van de functieindeling lijkt nu dat het ogenschijnlijk de beheersbaarheid in de hand zal werken. Creativiteit en flexibiliteit, zaken waar het in ons vak om draait, lijken daarentegen van steeds minder belang. Hapklare brokken is wat men wil, maar zo steekt het leven niet in elkaar. Maar ach, ik wil niet verder springen dan mijn polsstok lang is. Ik probeer mijn invloed en kennis zoveel mogelijk in te zetten. Wat er mee gedaan wordt is niet meer aan mij.

HOOFDSTUK 3

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen; millenniumbestendig?

Vooruitblik

De aanspreektitel van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen is de afgelopen eeuw menig keer veranderd: voor- en nazorg zuster, de sociaal-psychiatrische zuster, de zuster- maatschappelijk werkster, en de verpleegkundige voor sociaal-psychiatrisch werk. Het werkveld is ook aan verandering onderhevig geweest. Zo werden de oppassers in de dolhuizen successievelijk vervangen door kranckzinnigenverpleegsters en verplaatste de zorg zich van de inrichting naar de maatschappij. Het accent op de nazorg veranderde naar voorzorg en daarvoor was een speciale opleiding noodzakelijk. Wijkverpleegkundigen kregen hiervoor een aparte aantekening op het diploma, B-nazorgzusters echter niet. Zorg maakte plaats voor sociaal-psychiatrische begeleiding, de maatschappelijk werkenden bleken ongeschikt vanwege de beperkte

psychiatrische kennis. De Riagg-vorming was in aantocht en de beloning van de inmiddels SPV-en stak schril af - zeker gezien de hoge werkdruk en de hoeveelheid taken - met de vergelijkbare discipline; de maatschappelijkwerkenden. De noodzaak om te komen tot een beroepsorganisatie werd vooral in die periode duidelijk. Die kwam er dan ook in 1979. Sindsdien hebben wederom verschillende veranderingen plaatsgevonden in het werkveld. In 1997 vroeg men zich zelfs af, of in het werkveld van de psychiatrie nog wel plaats was voor de SPV. Sociaal was immers overbodig geworden. 'Psychiatrie is van zichzelf sociaal, zeker met de huidige extramuralisering', wordt thans beweerd. De beroepsgroep komt wederom aan het woord over deze en andere zaken.



'Ik heb mijn steentje bijgedragen aan de emancipatie van de verpleging en van de verpleegkundigen'

Trudy Janssen van den Doornmalen

Trudy Janssen van den Doornmalen is in 1925 geboren en heeft zoals zoveel vrouwen in haar leeftijdsgroep gekozen voor een van de weinige beroepen die toen openstond

voor vrouwen: de verpleging.

Dat zij zonder partner bleef, was een flinke prijs die ze moest betalen voor haar carrière. Hoewel het haar soms kan aangrijpen, vindt

ze het wel de moeite waard geweest. Na de sociaal psychiatrische opleiding voor verpleegkundigen B (1956) is zij op de afdeling jeugdpsychiatrie van de GG en GD gaan werken. Na twee jaar koos zij voor de dr. F.S. Meijersvereniging en heeft zich toen vier jaar verdiept in de zorg voor jeugdige delinquenten. Daarna stapte ze over op het onderwijs aan verpleegkundigen en heeft meegewerkt aan de oprichting van de MGZ-opleiding in Amsterdam en is hoofd van de opleiding voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen geweest. Vanuit die hoedanigheid komt Trudy in dit hoofdstuk als eerste aan het woord. Van 1978 tot 1990 is zij verbonden geweest aan het NZI, afdeling kwaliteit van zorg.

Verpleegster of maatschappelijk werkster?

In 1949 ben ik leerlingverpleegster geworden. Eerder had ik geprobeerd de opleiding voor maatschappelijke werk te volgen. Ik was assistente op de afdeling maatschappelijk werk van een groot bedrijf, zo kwam ik met dit beroep in aanraking. In die tijd bestond er nog geen beursstelsel en de kosten van de opleiding en het levensonderhoud voor een aantal jaren, waren voor mij te machtig. In 1952 heb ik eindexamen voor de A-opleiding gedaan en direct een kraamaantekening. Ik had na de oorlog willen starten, maar bij het ziekenhuis, waar ik mijn oog op had laten vallen, moest je geld meebrengen, en zoals ik al zei, had ik dat niet. Tot 1949 was het daar zo, dat je 300 gulden voor de opleiding moest betalen en een verpleegsters-uitzet mee moest nemen, japonnen, tafel- en werkschorten, sluiers - door de weekse en zondagse - zwarte kousen, zwarte schoenen en een gedekt vest. Textiel was in die periode nog op de bon. Je kreeg dan naast de opleiding kost en

inwoning. In 1949 verviel de entree-som en kreeg je als eerstejaars vijftien gulden per maand, en elk jaar tien gulden meer. Voor mij was dat een behoorlijke aderlating omdat ik in mijn kantoorbaan veel meer verdiende. Mijn motivatie om de B-opleiding te gaan doen (1955) kwam voort uit nieuwsgierigheid. In de A-opleiding werd af en toe gewezen op ziektebeelden, die psychisch-somatisch werden genoemd. Op de kinderafdeling werd wel eens gefluisterd over kindermishandeling en op de kraamafdeling werd je geconfronteerd met heftige beelden die te maken hadden met afwijzing van de huwelijkspartner of afkeer van het verwachte kind. Ook kwam je in aanraking met benarde maatschappelijke omstandigheden, die grote invloed hadden op de patiënten. Je hoorde en zag veel; er ging een niet vermoede wereld voor me open. In de B-opleiding, werd die wereld nog groter. Ik heb daar veel geleerd, ook persoonlijk. De wijkaantekening deed ik daarna en vervolgens de opleiding voor verplegenden B, een semi-officieel diploma van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie.

Ik heb gewerkt bij de afdeling Jeugdpsychiatrie van de G.G. en G.D. in Amsterdam en daarna bij de reclassering, de afdeling voor jeugdige delinquenten van de Dr. F. S. Meijersvereniging, ook te Amsterdam. Ik werkte wederom met maatschappelijk werkenden. Het MOB was ondergebracht in hetzelfde gebouw. Daar werkten psychiatrisch maatschappelijk werksters; die hadden dus ook het woord psychiatrisch in hun visitekaartje, maar toch was het ander werk dan in de sociale psychiatrie. Het had gewis meer status, maar waarom? In die periode ben ik gestart met de urgentie-opleiding voor maatschappelijk werk. Mijn motivatie hiervoor was dat ik altijd meer

wilde weten als daartoe gelegenheid was. Later, in 1964, heb ik de nascholing voor maatschappelijk werkenden op psycho-analytische basis gevolgd. Er werd veel aandacht besteed aan de relatie met de cliënten aan het methodisch-systematisch werken. Inmiddels was ik in 1962 als hoofd van de opleiding voor de wijkaantekening en de sociaal- psychiatrische opleiding van verplegenden B, bij de Aemstelhorn te Amsterdam, in dienst gekomen. Over mijn maatschappelijk werk opleidingen is altijd veel gekissebis geweest. Verpleegkundigen hebben mij vaak gevraagd: 'Wat ben je nu, verpleegster of maatschappelijk werkster?' Daarop moest ik het antwoord schuldig blijven. Naar mijn mening boden de maatschappelijk werk opleidingen materiaal aan, dat zeer bruikbaar was voor de uitdieping en professionalisering van het verpleegkundige beroep. Maar ook bij de nascholing waren er docenten, die het maar zo-zo vonden; een verpleegster hoorde niet in het heiligdom van het maatschappelijk werk.

Persoonlijk vind ik, dat bij de omzetting van de wijkaantekening en de sociaal-psychiatrische opleiding naar de opleiding voor maatschappelijke gezondheidszorg, waardevolle inzichten zijn gebruikt uit de maatschappelijk werk opleidingen. Zowel het methodisch-systematisch werken, als het werken vanuit de relatie. Het woord relatie kan op veel manieren worden ingevuld; het is een verstandhouding, een betrokkenheid, die het werk een meerwaarde geeft. Ook de reflectie op het eigen handelen is belangrijk, noodzakelijk zelfs om het werk zo goed als mogelijk te doen. In 1974 ben ik weggegaan bij de Aemstelhorn en heb een andere werkkring aanvaard.

Goede wijn mag best een krans!

Enige tijd geleden ben ik door een groep voormalig studenten uitgenodigd voor een reünie. Zij zeiden mij, dat ze veel aan de opleiding hadden gehad, zowel persoonlijk als bij het solliciteren naar een werkkring. De opleiding had een goede naam. Alvorens de opleiding een officiële status kreeg, had de Aemstelhorn uit eigen middelen de opleiding substantieel uitgebreid. Dat was hard nodig, want het programma van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie was volstrekt ontoereikend. Ik ben blij, dat ik door een goed programma op te zetten, heb bijgedragen aan de ontwikkeling van de professionaliteit van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Een goede opleiding geeft uitstraling.

Vanaf 1974 volg ik het werk op afstand. Tot mijn pensionering (1990) ben ik werkzaam gebleven in de gezondheidszorg, maar op een ander terrein. Ik kan me van de Riagg vorming herinneren dat er een harde strijd werd gevoerd voor een betere salariering van de SPV. Deze stak namelijk zeer ongunstig af bij het salaris van de maatschappelijk werkenden. Die strijd is gewonnen, en terecht! Want sociaal psychiatrisch werk heeft een zeer groot werkkerrein. Dat kan ook niet zomaar overgenomen worden door B-verpleegkundigen. Die opleiding is - voor zo ver ik daar nog zicht op heb - gericht op residentiële opvang en biedt onvoldoende kennis voor het werk in de maatschappij. Kennis van psychiatrie bezit men wel maar hoe zit het met, het omgaan met gestoorde familie verhoudingen, de communicatieve vaardigheden, het opbouwen van een relatie met een heel systeem in de thuissituatie, buurtgericht werken? Dit alles vraagt meer dan de b-opleiding - mijns inziens - te bieden heeft. De tendens om basis opgeleiden in de

maatschappij te laten werken, zal wel te maken hebben met bezuinigingen. Dan zit er altijd iemand op de schopstoel of er moet wisselgeld betaald worden. Dat geldt ook voor patiënten die niet meer in de instituten kunnen blijven, deregulering heet dat toch? Persoonlijk vind ik het zielig als je mensen langs de straat ziet slepen met hun bezittingen in karretjes en ze in de vuilnisbakken naar eten ziet zoeken. Dat hoort toch niet in een 'beschaafde' samenleving? Ook de vrijheid om zogenaamd voor het eigen lot te kiezen heeft zijn grenzen.

Het cement van de samenleving; zorg en solidariteit

Wat betreft de ontwikkeling van de verpleging blijf ik uiteraard geïnteresseerd. Het valt mij op hoe weinig er de afgelopen decennia is veranderd. Het is een soort repeterende breuk; schaarste, overvloed, werkloosheid, drukken van het loon et cetera. Vooral dat laatste wordt ingegeven omdat verpleegkundigen zoveel voldoening in hun werk hebben en daardoor al voldoende worden beloond - iets dat je nooit hoort bij andere beroepsgroepen die ongetwijfeld ook plezier in hun werk zullen hebben. Ik heb gelezen dat verplegenden en verzorgenden de derde grote beroepsgroep zijn in Nederland. Als die zich meer zouden emanciperen en zich bewuster zouden worden van de maatschappelijke waarde van hun beroep, zou daar een flink prijskaartje aanhangen. Zorgverlening is een ondergewaardeerd beroep met een lage status. Geregeld merk ik in gesprekken dat verpleegkundigen hun beroepskeuze moeten verdedigen. Verpleegkundigen zullen moeten leren hoe zij het belang van hun werk leren formuleren; zorg en solidariteit voor elkaar is het cement van de samenleving. Op het moment is er nauwelijks waardering

voor, maar dat wrekt zich vanzelf wel. Overigens vind ik ook dat verpleegkundigen niet zo betrokken zijn bij de beroepsontwikkeling. Het is louter een baan, vaak in deeltijd en als het tijd is, gaat men weg. Of het werk nu af is of niet. Werkoverleg kan niet op veel belangstelling rekenen zeker niet met alle deeltijdwerkers. Verder speelt hier het onregelmatige werk en de druk die huishoudelijke verplichtingen met zich meebrengen, ook een rol. Naast de geringe aandacht voor de beroepsontwikkeling is de verpleegkundige ook slecht georganiseerd, weinigen zijn lid van een vakbond. Nu is daar natuurlijk ook vaak geen aanleiding toe, men is verzekerd van een gezinsinkomen via de partner. Verder speelt ook mee dat vrouwen onderling, slecht samenwerken, er is veel geharrewar. Zodra je als vrouw met je hoofd boven het maaiveld komt... Leidinggevende posities worden nauwelijks meer door vrouwelijke verpleegkundigen uitgeoefend. Bij reportages op de televisie over knelpunten in de zorg, komt altijd de mannelijke manager in beeld. Ik vraag me dan altijd af of hij ooit als verpleegkundige aan een bed heeft gestaan. De emancipatie verloopt mijns inziens op kousenvoeten, erg langzaam dus.

De prijs voor een loopbaan

Het valt u op, dat zoveel vrouwen die in de sociale psychiatrie werkzaam zijn geweest, geen vaste relatie hebben op kunnen bouwen, alsof dat onmogelijk samen kon gaan in die periode. Dat is zo en ik betreur dit, want een vaste relatie kan veel vreugde en steun in het leven geven. Een aantal eeuwen geleden zei Brero al, 'het kan verkeren', en zo is het nog steeds. Hoe het gekomen is, ik weet het niet. Het is zeker niet zo dat het mijn keuze is geweest en mijn leven alleen maar uit werk heeft

bestaan. Misschien word je er toch door getekend. Je staat voor heel wat hete vuren en dat werkt op je in. Uiteindelijk was je in die tijd een uitzondering als je een succesvolle loopbaan ontwikkelde, en jezelf goed kon redden. De meeste vrouwen werkten niet buitenshuis. Je was een vreemde eend in de bijt en dat moest je altijd bezuren. Ik

bemerk dat dit probleem nog steeds bestaat. Ik lees, vooral in vrouwenbladen, dat goed opgeleide, succesvolle vrouwen, geen levenspartner kunnen vinden. In mijn tijd hoorde het bij de cultuur.

Zo langzaam gaan emancipatoire veranderingen, zo langzaam verdwijnen maatschappelijke vooroordelen!

Verpleegkundigen in de krankzinnigen verpleging

Krankzinnigheid is voor de leek een vaag maar vreselijk begrip. Vaag, daar het onder invloed van bestaande wensen of voorstellingen willekeurig wordt verwijfd of vernauwd, zodat soms een enkel woord, een enkele handeling, genoeg schijnt, het stempel 'krankzinnig' op iemand te drukken, dan weer de meest absurde daden als 'misschien wat vreemd' worden vergoelikt' (Querido 1935). Het vreselijke begrip waarmee geestesziekte lange tijd was omgeven, maakt ook dat de mensen die er werk(t)en van een bijzonder soort moeten zijn (geweest). Eerder werd beschreven dat verpleging van geesteszieken 'in den beginne' betekende, oppassen en bewaken van dollen en dwaazen. Dit oppassen gebeurde niet uitsluitend door vrouwen, die later de beroepsgroep zouden domineren in aantal. Mensen van lager allooi, vrouwen en mannen, werkelozen en tenslotte 'gepasporteerde militairen' waren in dienst van de gestichten. Na de eerste Krankzinnigenwetten van 1841 en 1884 begonnen instituten schoorvoetend met het opzetten van huisopleidingen voor verpleegkundigen. Dat het vooral vrouwen waren die het beroep van verpleegkundige kozen, had verschillende oorzaken.

Door het veranderende beroepenpatroon - mede onder invloed van de Industriële

Revolutie- kwam er ruimte op de arbeidsmarkt. Meisjes uit welgestelde milieus werden opgevoed tot ontwikkelde, opofferingsgezinde en zedelijk hoogstaande huisvrouwen en moeders. Zij mochten hun dienstbaarheid tonen via charitatieve zorg voor misdeelden en andere hulpbehoevenden. Zolang zij maar geen aanstoot gaven en binnen de grenzen bleven van wat doorging voor vrouwelijkheid, en dat was verzorgen. Het was vooral de Damesbeweging, onder aanvoering van Jeltje de Bosch Kemper, die grote invloed heeft uitgeoefend op de ontwikkelingen in de ziekenverpleging.

De ziekenverpleging als werkterrein voor de beschaafde vrouw was een doel waarvoor zij zich sterk heeft gemaakt. Voor ongehuwde vrouwen was dit een uitkomst omdat zij tot dan toe financieel afhankelijk waren van de welwillendheid van hun familie. Uitoefening van het beroep van verpleegster was echter geen garantie voor economische onafhankelijkheid, de lonen waren niet zo hoog. De vrouwenbeweging streefde naar emancipatie van meisjes en vrouwen uit alle kringen door voortgezet, algemeen en beroepsgericht onderwijs mogelijk te maken. In het verlengde daarvan werd gepleit voor zelfstandigheid van vrouwen door het recht op betaalde arbeid. Vanaf die tijd, ongeveer 1870, raakte de ziekenverpleging in een

stroomversnelling. De ontwikkelingen gingen zo snel dat behoefte ontstond aan krachtenbundeling en samenwerking. Dat leidde tot de oprichting van het Maandblad voor Ziekenverpleging in 1890 (met Jeltje de Bosch Kemper en Anna Reynvaan in de redactie) en de 'Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging' in 1893. Vanaf 1907 kon de verpleegster door het dragen van het Bondsinsigne laten zien dat zij geslaagd was voor het examen. Bij de medici was vanaf 1865 al sprake van 'eenheid van stand' en beroeps-, opleidings-, en titelbescherming. Dit ontbrak bij de verpleegsters (Goelabdien 1995; Goudswaard 1994; Van der Kooij 1990; Zwols 1985). Eerder werd er al op gewezen dat overheidsbemoeienis in die tijd beperkter was dan wij momenteel gewend zijn. Een extra factor met betrekking tot de verpleging was, dat het om vrouwenarbeid ging. De confessionele partijen in de regering, waren immers geen voorstander van betaalde arbeid door vrouwen.

'Zoals zo dikwijls het geval is wanneer het zaken betreft, die ons thans volkomen vanzelfsprekend schijnen, is het niet gemakkelijk ons te realiseren hoe hard en moeizaam de strijd was, die in het laatste kwart van de 19e eeuw werd gevoerd met als inzet: een goede verpleging in de ziekenhuizen. In deze strijd hadden twee bondgenoten elkaar gevonden: de moderne geneesheer en de moderne vrouw' (Querido 1966:249). Dit bondgenootschap had ook zijn beperkingen voor de moderne vrouw; zolang men zich schikte in wat betamelijk geacht werd was er niets aan de hand. Voor de moderne man van toen, was nauwelijks plaats in het veld van de verpleging. Dat blijkt ook uit de persoonlijke mening van inspecteur Schuurmans Stekhoven: 'mannen die zich tot de verpleging voelden

aangetrokken waren hoogstwaarschijnlijk maatschappelijk gestrand óf homoseksueel.' Welke rechtgeaarde man wilde onder een vrouw, de hoofdzuster, werken? De persoonlijke mening van deze inspecteur uit de vorige eeuw, vertolkte een opvatting waarvan de sporen heden ten dage nog steeds niet zijn uitgewist. In de verpleging zijn altijd weinig mannen werkzaam geweest. Een uitzondering hierop was de psychiatrische verpleging. Hierin werkten altijd al meer mannen dan in de algemene verpleging. Actuele cijfers laten zien dat de verschillen steeds kleiner worden. Zestig procent is vrouw en 40 procent man (Hutschemaekers en Neijmeijer (1998). In 1908 was de verhouding nog 80 procent vrouw en 20 procent man (Kramer 1990). Fred Annyas (1953), die de A-opleiding in 1975 begon, thans werkzaam als SPV in de verslavingszorg, vertelde:

Het was toeval dat ik in de verpleging ben terechtgekomen. Na de Mavo (1975) ging ik als uitzendkracht op de longafdeling in het Wilhelmina Gasthuis (Amsterdam) werken. Ik moest de longfoto's sorteren en in bakjes doen, daarna kreeg ik promotie en kon ik naar het laboratorium. Ik deed de administratie van het laboratorium in de vrouwenkliniek. Hier kwam ik aanraking met verpleegkundigen die mij vroegen waarom ik zelf de verpleging niet in wilde. Ze zeiden dat ik daar wel geschikt voor was. Ik vond het bijzonder dat ze dat zo konden zien, en ik dacht: 'als ze in de verpleging zoveel mensenkennis hebben, dan wil ik dat ook wel leren'. Ik ben toen naar de Anna Reynvaanschool gegaan voor informatie en twee weken later kon ik beginnen. Ze wilden wel mannen in de opleiding, ik geloof dat we toen met zijn vieren waren. In de B-opleiding, die ik later volgde (1981), was dat net andersom.

Of het nu mannen of vrouwen waren die voornamelijk het verpleegkundig beroep uitoefenden, de opleiding hiertoe kreeg aandacht van de beroepsgroep zelf, de werkgevers en de psychiaters. Helaas bleek de invloed van de beroepsgroep zelf gering. De instituten met vooruitstrevende en menslievende geneesheren aan het hoofd, Meerenberg bijvoorbeeld, hadden een voortrekkersrol in het organiseren van opleidingen voor onder andere verpleegkundigen. Het doel was om de kwaliteit van de verpleging te verbeteren en de kosten zo laag mogelijk te houden. De Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) heeft zich tevens ingezet voor verbetering van de zorg voor krankzinnigen. In 1891 werd door de laatstgenoemde vereniging een commissie ingesteld om jaarlijks een examen voor verplegenden in de krankzinnigenverpleging af te nemen. Kandidaten dienden te beschikken over werkervaring van minstens twee jaar in een ziekeninrichting waarvan één jaar in een krankzinnigengesticht of inrichting voor zenuwlijders. In 1904 werd een vervolexamen B ingesteld, bedoeld voor hen die zelfstandig buiten de gestichten wilden gaan werken. In verband met geringe belangstelling werd dit laatste examen in 1913 weer afgeschaft! (Kerkhoven 1996). Doordat wettelijke regelingen ten aanzien van het diploma en de beroepsuitoefening lange tijd ontbraken was er, ondanks de initiatieven voor verbeteringen, ook sprake van willekeur en wildgroei rondom opleidingen. Kwaliteit vormde zelden de leidraad, wel zakelijke motieven van ziekenhuisdirecties. Het werk moest doorgaan, en de leerling-verplegende moest hierdoor het verpleegvak 'al doende leren'. Tine Bronk (1929) kan zich nog maar al te goed herinneren tot welke situaties dat leidde in haar leerlingentijd in 1947:

Vanwege persoonlijke omstandigheden heb ik in mijn jeugdjaren nauwelijks vijf klassen van de lagere school doorlopen. Tijdens de oorlogsjaren ben ik ondergebracht bij een familie. We zijn allemaal opgepakt door de Duitsers. Dat was een halfjaar voor de bevrijding. Na de bevrijding, ik was toen zestien jaar, ben ik tijdelijk bij een familie in Baarn geweest. Ik kwam onder andere daar, in een meisjes club terecht. De leidster daarvan ging een verpleegsters opleiding volgen in Bussum. Later heb ik begrepen dat ik mij met haar heb geïdentificeerd, zij was mijn voorbeeld. Ik was nauwelijks zeventien jaar toen ik solliciteerde naar een opleidingsplaats in de Ursulakliniek in Wassenaar. Daar werd ik aangenomen. Na heel korte tijd moest ik voor veertien dagen de nachtdienst in. Dat was op een onrust afdeling, en voordat het twaalf uur was viel ik telkens in slaap. Er gebeurde van alles en ik had al snel door dat ik het helemaal niet aan kon, en er mee moest stoppen. Op een gegeven moment vroeg ik aan een bevriende collega of zij mij naar de tram wilde brengen. Ik ben daar dus weggelopen. Het bleek een slechte start.

Ondanks verschillende pogingen om de opleiding tot verpleegkundige op een andere wijze te organiseren bleef de situatie meer dan halve eeuw zoals die was. Het bondgenootschap waar Querido over sprak leverde de moderne vrouw minder voordeel dan de ziekenhuisdirecties. 'Het verpleegkundig onderwijs was een vorm van middelbaar onderwijs die eigenlijk in de wet van 1863 thuishoorde. Die wet kende aan vormings- en beroepsvoorbereidingsmomenten de grootste betekenis toe. De overheid bleef het verpleegkundig onderwijs als beroepsonderwijs beschouwen en depriveren. Een voorbeeld daarvan; het ontstane systeem van examinatoren en gecommitteerden werd in de wet van 1921 gelegaliseerd.

Enkele Kamerleden stelden de minister voor ook gediplomeerde verpleegsters als rijksgecommitteerden aan te stellen; dat mocht echter niet' (Goudswaard 1994:131,132). Wettelijke bescherming van de titel verpleegkundige kwam pas in 1924. Deze wet, die op 1 januari 1924 in werking trad, onderscheidde de A-opleiding, de algemene ziekenverpleging, en de B-opleiding, de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen. Opgemerkt moet worden dat de B-opleiding in de Wet op de Ziekenverpleging lager stond aangeschreven dan de A-opleiding in verband met de genoten vooropleiding. Voor veel verpleegkundigen werd de B-opleiding dan

ook als springplank gebruikt om daarna de A-opleiding te kunnen doen (Dassen 1990). An Kreuijn (hoofdstuk 2) vertelde dat ook zij noodgedwongen deze weg heeft gevolgd. In 1928 werden ook de meeste aantekeningen bij het diploma, zoals de wijkaantekening en de kraamaantekening, bij wet geregeld (Goelabdien 1995). Voor de psychiatrisch verpleegkundigen die in de buitendiensten en de consultatiebureaus werkten, en hiervoor een aparte opleiding volgden, gold deze aantekening niet. De aantekening op het staatsdiploma van de B-verpleegkundigen, werd pas gegeven nadat men succesvol de MGZ- GGz opleiding had doorlopen (1973).

Psychiatrisch verpleegkundigen buiten de muren via het Groene Kruis

De ambulante psychiatrie begon met de komst van de heer F.S. Meijers in 1916 bij de GG en GD in Amsterdam. In 1924 richtte Meijers de Centrale Vereniging tot behartiging van maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken op. Het doel dat hij hiermee voor ogen had, was om te stimuleren dat in het hele land consultatiebureaus zouden komen, zodat er een landelijk netwerk ontstond. De ambulante psychiatrie breidde zich uit doordat er steeds meer aan voor- en nazorg werd gedaan voor mensen met psychiatrische en sociale problemen. Uitgangspunten en benaderingswijzen die een vast onderdeel zouden gaan vormen van de sociale psychiatrie, werden vooral uitgedragen en beschreven door Querido en Bouwman. De voorzieningen werden verstrekt door buitendiensten van intramurale instellingen en door de consultatiebureaus of GG en GD's. Bij de buitendiensten van de

intramurale instellingen lag het accent vooral op nazorg en werd personeel uit de eigen instelling aangetrokken. Deze psychiatrisch verpleegkundigen kregen extra scholing onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. Bij de consultatiebureaus, die op initiatief van de kruisverenigingen en GG en GD's werden opgezet, werd vooral aandacht besteed aan de voorzorg, analoog aan de consultatiebureaus van de kruisverenigingen in de algemene gezondheidszorg. De wijkverpleegkundigen van de verschillende kruisverenigingen assisteerden de artsen bij hun werkzaamheden. In eerste instantie werden deze wijkverpleegkundigen, nadat zij een cursus 'Geestelijke Volksgezondheid' via de Centrale Vereniging hadden gekregen, aangetrokken om de psychiaters te assisteren bij hun spreekuur voor de consultatiebureaus voor psychiatri-

sche patiënten. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie protesteerde tegen deze gang van zaken omdat men de psychiatrische kennis van de wijkverpleegkundigen te gering vond. Bovendien waren er nu twee cursussen die het mogelijk maakten om in de ambulante psychiatrie te werken, die van de Centrale en de NVPN. Kennis, inzichten en vaardigheden van de beide groepen verpleegkundigen verschilden nogal van elkaar. De ene groep was vooral geschoold in de psychiatrie en de andere in het werken in de thuissituatie met oog voor preventie en maatschappelijke zaken belangrijke uitgangspunten in de sociale psychiatrie. De NVPN en de Centrale Vereniging besloten een commissie te vormen (1935) om samen tot een Voortgezette Opleiding voor de 'gediplomeerden B' te komen (Speijer 1969, Palm 1997). Het resultaat van deze commissie was dat in 1937 in Utrecht werd gestart met de cursus, ver-

zorgd door de Algemene Nederlandse Vereniging 'Het Groene Kruis'. De gediplomeerden B waren verplicht om een aantal vakken van de wijkopleiding te volgen. Speijer (1969) noemt alleen praktische redenen om de sociaal-psychiatrische opleiding te koppelen aan de opleiding voor de wijkverpleging. Inhoudelijke argumenten konden ook aangevoerd worden, beide opleidingen hadden immers tot doel om verpleegkundigen voor te bereiden op een vrij zelfstandige functie in de maatschappij, om patiënten zowel preventief als curatief te kunnen helpen in de thuissituatie. Bovendien hadden beide groepen verpleegkundigen een uitgebreide taak als het ging om het afnemen van de anamnese en de praktische en psycho-sociale begeleiding. Voor de B-nazorg zusters gold natuurlijk de specifieke inbreng van de psychiatrische kennis die de wijkverpleegkundige niet had.

Vrouwen en mannen

In de ambulante en de sociale psychiatrie werkten aanvankelijk alleen maar vrouwen (tegenwoordig is ongeveer 53 procent man en 47 procent vrouw, Van Hoof en Wolf 1995). De drempel voor mannen om de B-nazorg opleiding te volgen was extra hoog. De opleiding was namelijk gekoppeld aan de wijkopleiding, waar alleen vrouwen werden toegelaten omdat men eerst de kraamaantekening moest hebben. Deze opleiding stond niet open voor mannen. Na de oorlog werd het verplicht gesteld om zowel de A-opleiding als de wijkopleiding te hebben, alvorens men werd toegelaten tot de B-nazorg opleiding. Omdat er grote tekorten waren, was het soms mogelijk om dispensatie te krijgen, en alleen met de B-opleiding en veel

werkervaring toch de B-nazorg te volgen. Veel (ongetrouwde) vrouwen hadden al een behoorlijke opleidingscarrière in de verpleging achter de rug - de A, B, kraam, wijk en B-nazorg - voordat zij ambulant aan het werk konden. Thea Reymers (1929) was een vrouw met een hoog maatschappelijk bewustzijn. Zij kende het spel zoals het werd gespeeld en de daarbij horende spelregels:

Ik heb me in de tijd (de jaren zeventig) erg hard gemaakt voor salarisverbetering van onze beroepsgroep via de NVAGG. Van Engelen die daar zat, kende ik nog van de tijd dat hij hier (St. GGZ Zuid-Holland) economisch directeur was. Het was verantwoordelijk werk en ik vond dat we daar ook naar betaald moesten worden. We hebben

toen stevig geknukt met de bonden om dat voor elkaar te krijgen. Ik heb Joop van Londen nog benaderd en gevraagd of hij zich voor ons wilde inzetten. Hij liet zich daar toen niet zo over uit, maar niet lang daarna was het voor elkaar. Je moest je netwerk gebruiken en lobbyen, maar dat waren we vanuit ons vak als SPV natuurlijk wel gewend. Verder ben ik ook actief geweest in de opleidingscommissie van de NVAGG. We zaten daar met een hele sterke club vrouwen, de voortrekkers in het beroep, Riet Nouwens en Agaath van Nooijen Kooij. Het was ons niet vreemd om alleen met vrouwen te werken. Het heeft een hele tijd geduurd voordat er mannen in ons beroep kwamen. Ik vond dat vrouwen oog hadden voor een bepaalde kwaliteit van hulpverlening, bij mijn mannelijke collegae nam ik dat minder waar. Ik denk dat dit vooral te maken had met het feit dat de vrouwen allemaal de A-opleiding en de wijkaantekening hadden. Bovendien hadden we als wijkverpleegkundige veel ervaring in het ambulante veld. Het waren voornamelijk ongehuwde vrouwen die zo lang door gingen in het beroep, want als je trouwde stopte je met betaald werk en werd je huisvrouw. Dat ging zo in die tijd.

Gehuwde vrouwen mochten immers niet werken *4) en veel andere loopbaanperspectieven waren er niet. Overigens hanteerde het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam deze regel voor het gehele personeel, mannelijk of vrouwelijk, het aangaan van een huwelijk werd onmiddellijk gevolgd door ontslag (Querido 1966). Hoofdverpleegkundigen waren meestal ongehuwd en bleven op hun plek tot zij de pensioengerechtigde leeftijd hadden bereikt. Van doorstroming was geen sprake en de enige opties voor ongehuwden waren een leidinggevende positie of een werkring buiten de muren van de instellingen. In het laatste geval was niet alleen sprake van meer carrièreperspectief maar bovendien bood het werk ook veel mogelijkheden wat betreft vrijheid, autonomie en zelfstandigheid. Helaas is niet te achterhalen wanneer de eerste man het vrouwendomein van de sociale psychiatrie betrad. Aannemelijk is echter dat Jacques Poortvliet (1929), die in 1948 zijn loopbaan in de verpleging begon, één van de eerste mannelijke hulpverleners bij de SPD moet zijn geweest. Hij was een van de weinige verpleegkundigen in deze sector, en van die generatie zonder wijk- en kraamaantekening. In 1969 liep hij tegen de scheiding der beroepen aan:

**4) Het verbod op arbeid gold wettelijk alleen voor gehuwde ambtenaressen. Veel bedrijven en instellingen hanteerden deze regel om vrouwen zodra zij in het huwelijk traden, te ontslaan. In 1955, werd via de motie van mevrouw N.S. Tendeloo (PVDa), vastgelegd dat alle vrouwen recht hadden op benoeming in alle takken van overheidsdiensten. Het bijzonder onderwijs bleef vrij om dit naar eigen inzicht te regelen.*



Jacques Poortvliet

Ik ben op mijn 18e de verpleging ingegaan (Meer en Bosch 1948). Het was vlak na de oorlog en daarin heb ik het een en ander meegemaakt. Studeren zat er toen niet meer in, ik was niet geconcentreerd genoeg. Ik had een vriend die in Meer en Bosch werkte, en hij vond het wel een mooie taak voor mij als Hervormd gelovige. Direct erna heb ik de B en de A opleiding in het AZU gedaan. Allengs kwam ik tot de ontdekking dat in het ziekenhuis werken niet mijn levensvervulling was. Het bleek toch niet zo mijn taak om als broeder door het leven te gaan. Mijn hart ging meer uit naar de sociale kant, dus toen er een vacature kwam bij de sociaal medische afdeling van de GGD in Arnhem, heb ik gesolliciteerd. Ik wist helemaal niet wat die functie inhield, maar ik dacht dat ik daar wel achter zou komen. Ik heb er dertien jaar gewerkt in de psychogeriatric en het medisch maatschappelijk werk op de zenuwafdeling van Algemene ziekenhuizen. Ik overlegde altijd met verpleegkundigen, psychiaters et cetera, en had veel contact met de Sociaal Psychiatrische Dienst van Gelderland, waar dokter Lammers directeur was. Omdat ik een goed contact met hem had, liet ik hem weten dat ik graag bij de SPD wilde werken. Dokter Lammers vond dat een goed idee maar het bestuur - toen nog een regenten bestuur - zag het niet zit-

ten dat er een man kwam werken in Gelderland omdat het werk meer iets voor vrouwen was. Dat was destijds (1969) de filosofie van het bestuur. Ik las in een van de vakbladen dat er een vacature was in westelijk-Utrecht bij dokter van Staveren. Daar heb ik op geschreven. Ik vroeg in mijn brief of ik, ondanks het feit dat ik geen vrouw was, toch mocht komen voor een gesprek. Na een aantal gesprekken kon ik in augustus 1969 beginnen als eerste man. Ik was wel een bezienswaardigheid, de eerste 'broeder'. De stemming was wisselend, sommigen pro en anderen anti. Ik kon het echter al snel met iedereen vinden en toen was het nieuwtje er weer af.

In het voorgaande zijn de ontwikkelingen rondom opleidingen voor verpleegkundigen en de geringe invloed hierop van de beroepsgroep zelf aan de orde geweest. De scheiding der seksen op de arbeidsmarkt en de ontwikkelingen buiten de muren van de intramurale psychiatrie. In de eerdere hoofdstukken werd reeds vermeld dat de ontwikkelingen in de psychiatrie; van oppassen naar verplegen en later begeleiden, invloed hadden op het dagelijks werk van de psychiatrisch verpleegkundigen. Een aspect dat nog geen aandacht heeft gekregen is het probleem van het tekort aan personeel.

Verpleging, schaars goed, duur betaald?

Door de crisisjaren was er krapte op de arbeidsmarkt ontstaan. Voor vrouwen in de verpleging kwam hierdoor concurrentie van mannelijke kant. Door gebrek aan middelen probeerden gemeenten, die als werkgevers van ziekenhuizen optraden, het aantal verpleegkundigen in die periode drastisch te verminderen. In Amsterdam bijvoorbeeld werden voor het verpleegkundig personeel weer werkweken van 54 uur ingevoerd.

In de voorgaande hoofdstukken is al ingegaan op de verschrikkelijke verwoestingen die het gevolg waren van de Tweede Wereldoorlog. Na deze periode stond ons land voor de taak zo goed en zo kwaad als dit ging na alle ellende, de maatschappij opnieuw op te bouwen. Zowel in economisch als moreel opzicht moest er behoorlijk wat werk worden verzet. Het Marshall-plan (1948-1951) ondersteunde de economische kant. De steun van de kerk was, in onze verzuilde samenleving, onontbeerlijk voor het tweede punt, de moraliteit. Kerken en hulpverlenende instellingen probeerden met vereende krachten om de hoeksteen van de samenleving via de actie 'Gezinsherstel is volksherstel' op een gezond peil te brengen. Vrouwen moesten zoveel mogelijk hun verplichtingen in huis vervullen. Zij moesten man en kinderen bij staan en als zij dit niet alleen afkonden riepen zij de hulp van professionelen in (MOB en LGM).

'Het gezin is een zo waardevol element in de maatschappij, dat waar mogelijk, in het algemeen tegen ongezonde gezinsverhoudingen moet worden opgetreden', aldus de katholieke politicus C.P.M. Romme. Betaalde arbeid door (gehuwde) vrouwen paste niet in deze taakverdeling. De normen van eind vorige eeuw, kregen een nieuwe impuls. Dit stond op gespannen voet met het grote

tekort aan arbeidskrachten, dat na de Tweede Wereldoorlog was ontstaan. In Nederland wilde men dit probleem oplossen door vooral jonge mensen - ook meisjes - aan het werk te krijgen. Dit was niet zo eenvoudig want de huwelijksleeftijd daalde, evenals de voor de oorlog gesignaleerde geboortedaling. Veel joodse vrouwen waren weggevoerd en gedood in de oorlog, 20.000 Nederlandse meisjes en vrouwen verbleven in interneringskampen. Verder vond uitbreiding van de arbeidsmogelijkheden plaats door een groeiende dienstensector en tenslotte verlenging van de leerplicht. Vooral voor de verpleging leidde dit tot grote problemen.

Na 1945 ontstond er namelijk een groot tekort aan verplegend personeel dat tot in de jaren zestig zou blijven bestaan. Vooral aan vrouwelijke gediplomeerden bestond grote behoefte. Het was aantrekkelijker om elders een werkkring te zoeken, de beloning was laag, even laag als van een ongediplomeerd kantoorbediende. De arbeidsomstandigheden waren slecht, onregelmatige diensten werden tot eind jaren zestig niet beloond. In 1956 signaleerde de Commissie Verpleegsterstekort' een tekort van 34% in psychiatrische ziekenhuizen. Volgens de inrichtingen was een andere belangrijke oorzaak voor het personeelstekort, de psychiatrische inrichting zelf. Vooral de mogelijke agressie boezemde veel angst in en werd het beeld waarmee psychiatrische verpleegkunde geassocieerd werd. Veel leerlingen waren onbekend met de moderne verpleging van geesteszieken. Het werk in de inrichting gold als zwaar, vergde veel studie en persoonlijke opoffering en kende een overmaat aan huishoudelijke klussen. Bovendien heerste nog lange tijd een regime

van aanpassen en werd de verpleegkundige gezien als dienstbode van de medici: 'Hier vinden wij ons weer gesteld voor het uitgangspunt van Florence Nightingale van meer dan honderd jaar geleden: de verpleegster, die haar eigen bijdrage levert in het gehele complex van de behandeling, als dienaar niet van de arts, maar van de patiënt. Het is duidelijk dat voor deze taak intellectuele en karaktereigenschappen nodig zijn, welke verschillen van die van de geglorificeerde dienstbode, die de ziekenhuisverpleegster ondanks alle mooie woorden vele tientallen jaren is geweest en waarvan het beeld bij de bevolking nog steeds leeft' (Querido 1966: 267). Veel meisjes vonden de B-opleiding uit de tijd en gaven - mede vanwege het gebrek aan carrièremogelijkheden - de voorkeur aan de hoger aangeslagen A-verpleging, of aan het werken in de ambulante sector of aan de kinder-, gezins-, of kraamverzorging (Kerkhoven 1997). Dat gold ook voor Marjon Arends (1950) die in 1968 met de B-opleiding begon en zich zodra zij daar mee klaar was, aanmeldde voor de MGZ-GGZ opleiding om sociaal psychiatrisch verpleegkundige te kunnen worden:

Ik paste niet zo goed in het geheel van die opleiding. We begonnen met een préklinische periode en er werd verwacht dat we in het gareel liepen. Dat deed ik niet. Ik was te lastig en te individualistisch. Ik ging bijvoorbeeld niet met de lesgroep koffie drinken in de huiskamer, dat kreeg ik op mijn boterham. Er heerste een bepaald regime; ik moest bijvoorbeeld op een 'strafafdeling' (geriatrie) mijn eerste stage lopen zodat ik zou leren me aan te passen. Verder hield ik me niet zo aan de regels, ik wilde bijvoorbeeld niet meer mee als er door de artsen visite werd gelopen. Als het tijd was om koffie te drin-

ken, stonden er soms ik weet niet hoeveel mensen aan het bed van een bejaarde. Die patiënt had dan heel lang moeten wachten tot de dokter met zijn gevolg eindelijk eens kwam. Dat vond ik niets, daar deed ik niet aan mee. Ik kreeg daardoor een onvoldoende voor mijn praktijk. In deze periode ben ik gaan beseffen hoe onrechtvaardig de wereld in elkaar kon zitten. Ik was wat dat betreft erg beschermd opgevoed. Zo kon ik bijvoorbeeld niet begrijpen dat een medeleerling een negen haalde voor praktijk. Ze gaf een demente mevrouw, die de rand van haar bed niet wilde loslaten, een trap tegen haar vingers. Op deze manier zou ze wel loslaten ...

Het slechte imago van de verpleging in de psychiatrie werd er op deze manier niet beter op en het zou nog jaren duren voordat bovenbeschreven klimaat in de inrichtingen verbeterde. Om toch aan meer personeel te kunnen komen werden verschillende voorstellen gedaan: extra financiële toelage voor nacht- en zondagdiensten, inschakelen van gehuwde vrouwen, meer leidinggevende functies en mannelijk personeel. En de invoering van de achturige werkdag in 1961, in andere sectoren was dat vanaf 1919 al een feit. De invloed van de beroepsgroep zelf op deze ontwikkelingen is altijd nihil geweest. Dit had onder andere te maken met de lage organisatiegraad van verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn over het algemeen vrouwen, voor velen was (is) het werk een tijdelijk intermezzo. Je aansluiten bij een vakbond is dan niet vanzelfsprekend. Historisch gezien heeft de vakbeweging zich nauwelijks ingezet voor de belangen van vrouwen, ook niet voor verpleegkundigen (Van Eijl 1997).

Het feit dat studerenden tevens werknemer waren, speelde een rol bij de geringe invloed die de verpleegkundigen hadden op bovenstaande ontwikkelingen. De socialisatie via opleiding en werkplek stond een kritische houding ten aanzien van de kwaliteit van de inhoud van de opleiding en honorering van het werk, in de weg. Al eerder werd beschreven dat loskoppeling van opleiding en werk in het verleden op niets waren uitgelopen. In 1972 bracht de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies uit over het verpleegkundig beroeps- onderwijs. Doel was om de kwaliteit van de inservice-opleiding te verbeteren en de kwaliteit van het beroep te verhogen door een nieuw onderwijssysteem. In 1972 gingen de

eerste dagopleidingen de HBO-V en MBO-V van start en in 1980 werd het mogelijk om een universitaire opleiding te volgen in Limburg. Groningen en Utrecht startten hiermee in 1988 en 1990. Ondanks de kleine stappen op weg naar professionalisering ontbrak de verpleegkundige discipline in bijna alle overlegorganen in de gezondheidszorg. Pas begin jaren negentig na de actie van De Verpleegkundigen en Verzorgenden In Opstand (WIO), veranderde dit. Wat echter in al die jaren onveranderd is gebleven, ondanks het tekort aan verpleegkundig personeel, is dat verpleegkundigen op HBO niveau minder betaald krijgen dan andere HBO opgeleiden *5). Een schaars goed wordt niet altijd duur betaald!

De opleiding voor verpleegkundigen voor sociaal psychiatrisch werk

Na dit historische fragment over de basisberoepsgroep, keren we terug naar de wederwaardigheden rondom de vervolgopleiding; de B-nazorg. Maatschappelijke ontwikkelingen, die elkaar in snel tempo opvolgden noopten de opleidingen voor de B-nazorg tot aanpassingen. De eisen die werden gesteld aan de SPV-en 'namen in aantal en gewicht toe'. In de jaren vijftig werd de opleiding aangepast. Zoals bleek uit een rapport van het 'Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorg-diensten' (1961) was een herziening wederom onontkoombaar. De dan bestaande opleidingen achtte men onvoldoende geëquipeerd C. Trimbos: 'De verpleegster voor sociaal-psychiatrisch werk voelt zich niet voldoende op de hoogte van de nieuwste inzichten omtrent de benadering van de mens in nood, waardoor het contact met de patiënt en zijn omgeving ook therapeutisch minder effectief is'.

Na langdurige studie en na lang beraad, verscheen in 1964 wederom een rapport. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie liet het 'Romrapport' schrijven. Hierin werd opnieuw over 'noodzakelijke aanpassingen' gesproken. Deze aanpassing, een uitbreiding van het aantal lesuren en verlenging van de stage, was nodig om aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de praktijk. De gecompliceerdheid van het 'moderne leven' en de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg vroegen om een hogere kwaliteit van de opleiding. 'Dit dringt temeer nu de patiënt steeds vlugger naar huis gaat en het milieu dus nog meer behoefte heeft aan voorlichting en steun' (Palm 1997:102). Tine Bronk (1929) heeft in 1962 de B-nazorg opleiding afgerond. Zij werkte van 1965 tot 1989 bij de GGD in Utrecht. Haar ervaring komt overeen met de uitkomst van het Romrapport:

"5) Uit een vergelijkend overzicht dat werd gepubliceerd in het NRC (september 1997) bleek dat HBO-V opgeleiden, beduidend minder verdienen dan andere HBO'ers (De Informatief SIGRA april 1998)

De B-nazorg stelde niet veel voor. Ze hadden dat wat mij betreft in de B-opleiding erbij kunnen geven. Ik vond het een matige opleiding waar je in de praktijk weinig profijt van had. Het werk was gecompliceerd en met deze opleiding was je onvoldoende toegerust om het werk goed uit te voeren. Dat het desondanks lukte, lag aan de persoonlijke kwaliteiten van de beroepsgroep en niet aan de kwaliteit van de opleiding. In ons team werkten louter B-nazorg zusters, een van hen wilde de maatschappelijk werk opleiding doen. Dat werd zoveel jaren geleden, niet erg gewaardeerd door de collegae. In latere jaren toen wij meer met maatschappelijk werk te maken kregen, bleek dikwijls dat zij theoretisch veel beter onderlegd waren - bijvoorbeeld in het casework en methodisch werken - dan wij die de B-nazorg hadden gedaan. Zij konden uitstekend rapporten en brieven schrijven, in tegenstelling tot de toen werkzame SPV-en die daar maar heel matig in waren.

Mevrouw Bronk deelde de mening van de onderzoekers, dat de opleiding voor de B-nazorg aan verbetering toe was. Met betrekking tot de uitvoering van het werk door twee verschillende disciplines - B-nazorg verpleegkundigen en maatschappelijk werksters - lagen de zaken anders. De besturen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid besloten in 1966 een commissie samen te stellen. De commissie bestond uit leden van de permanente commissie voor de sociaal psychiatrische opleiding van 'gediplomeerden B', opleidingsinstituten en het sociaal psychiatrisch studiegezelschap. In deze commissie werd de beroepsgroep vertegenwoordigd door mevrouw Janssen van den Doornmalen. De commissie stond

onder voorzitterschap van N. Speijer en bracht het rapport Speijer voort. In het rapport werd, evenals dit bij de vorige rapporten het geval was, benadrukt dat de opleiding aan herziening toe was.

In de commissie werd een discussie gevoerd over de taakstelling van de Sociaal Psychiatrische Diensten, en welke disciplines dit werk moesten uitvoeren. Enerzijds werd hiermee ingespeeld op de ontwikkelingen. In de geestelijke gezondheidszorg ontstonden verschillende beroepsgroepen; psychologen, vaktherapeuten, gezinstherapeuten et cetera. Anderzijds werd onderzocht over welke kwalificaties men diende te beschikken om te kunnen werken in het veld van de sociale psychiatrie. In de commissie was men er niet over uit of maatschappelijk werkenden deel uit konden maken van de sociaal psychiatrische dienst. Om erkenning en subsidie te krijgen, was het noodzakelijk dat de ambulante voorzieningen psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen dan wel psychiatrisch-sociale werksters (de PSW-sters) in dienst hadden. Aangezien er jaarlijks een beperkte groep B-nazorg verpleegkundigen op de markt kwam moest er iets gebeuren. PSW-sters waren te vinden bij de MOB's en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilikheden. Toetreding tot de SPD's, het domein van de psychiater en de B-nazorg zuster, lag niet onmiddellijk voor de hand vanwege het ontbreken van ervaring in de psychiatrie. In het MGv van 1947 werd over dit onderwerp geschreven: 'Anderzijds moet men erkennen, dat de dagelijkse omgang met geesteszieken, zoals de verpleegster die meemaakt, toch wel een waardevolle ervaring is voor een maatschappelijk werkster, die de moeilijkheden, welke zulke patiënten in hun omgeving kunnen veroorzaken, en de reacties, die zij kunnen wekken, moeten kunnen voorzien om het milieu te kunnen helpen ze beter op te

vangen. Een oplossing zou dus hierin kunnen worden gezocht, dat òf de B-verpleegster een grondiger opleiding krijgt in 'casework' òf een maatschappelijk werkster ervaring krijgt in de verpleging van geesteszieken, b.v. in de vorm van een niet 'te korte' stage (Lekkerkerker 1947). Uit het vervolg zal blijken dat is gekozen voor een verbetering van de opleiding van de B-nazorg *6).

Het vergroten van de instroom van het aantal verpleegkundigen voor sociaal psychiatisch werk (VSP), zoals de beroepsgroep in de nota werd aangeduid, leek de beste optie. Om hieraan tegemoet te komen moesten echter concessies worden gedaan aan de eerder voorgestelde eisen ten aanzien van de vooropleiding. De commissie Speijer sprak zich erover uit dat de VSP in de eerste plaats verpleegkundige moest zijn, en wel in het bezit van het A- en B-diploma: 'voor het opbouwen en hanteren van een relatie is grondige ervaring in de omgang met zieke, defecte en gestoorde mensen, noodzakelijk. De vsp moet vertrouwd zijn met de interdependentie van psychische en somatische factoren.' De commissie stelde voorts dat de opleiding als een Hogere Beroeps Opleiding aangemerkt moest worden en wees er op

dat zowel de maatschappelijke status maar ook de salariëring van de VSP aangepast moest worden aan het niveau van de functie. De opleiding zou uit 1160 theoretische lessuren moeten bestaan, 40 uur supervisie en 9 maanden stage en mocht zowel aan een sociale academie als een instituut voor maatschappelijke gezondheidszorg gegeven worden. Mits in de methodiektraining de curatief-revaliderende zorg (kenmerkend voor de opleiding van wijkverpleegkundige) als de behandeling van sociale relaties van de patiënt en diens omgeving (kenmerkend voor de opleiding voor maatschappelijk werk) voldoende tot hun recht zouden komen.

De commissie verkreeg van de Geneeskundige Hoofdinspectie de volgende gegevens betreffende:

- aantal geslaagden A-diploma, die eerst het B-diploma hebben gehaald (BA)
- aantal geslaagden B-diploma die eerst het A-diploma hebben behaald (AB)
- aantal 'gediplomeerden B' (BA + AB)
- aantal geslaagden voor de B-nazorg-opleiding (v.s.p.) (Speijer 1969: bijlage pagina 4)

Jaar	BA	AB	BA + AB	V. s. p.
1962	243	129	372	53
1963	222	128	350	39
1964	231	183	414	45
1965	223	197	420	53
1966	230	216	446	41

*6) Uit deze gegevens blijkt dat de conclusie die Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) trekken, dat 'de grootste toename (40%) van SPV-en van 1986 tot 1994 bij Riagg's ten koste is gegaan van de maatschappelijk werkers' op zijn minst verbazing oproept.

'De grootste toename deed zich voor bij de psychotherapeuten (84%)' en het iigt eerder voor de hand, gezien de historie, dat het in de eerste plaats **deze** beroepsgroep is die de plaats heeft ingenomen van de maatschappelijk werkers, die immers mondjes maat te vinden waren bij de sociaal psychiatrische diensten. Pas in tweede instantie geldt dit voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die kachtgericht werken, en vooral mensen met psychosociale problemen behandelen.

Opvallend aan deze gegevens is dat veel verpleegkundigen eerst de B-opleiding volgden om daarna de A-opleiding te kunnen doen. De geringe uitstroom van verpleeg-

kundigen voor sociaal psychiatrisch werk, en de uitbreiding van ambulante voorzieningen -zoals beschreven in hoofdstuk 1 - hielden geen gelijke tred.

Uitbreiding van taken en bezinning op inhoud en methoden

Mede door het grote tekort aan VSP'ers of de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zoals de beroepsgroep kort daarna werd genoemd, werd de werkdruk op de SPD's steeds hoger. Eerder werd al vermeld dat verwijzingen vanuit de intramurale instellingen niet altijd gehonoreerd konden worden. De ontwikkelingen in de GGz en de druk die dit gaf op de SPD's werd uitvoerig beschreven door J. van Londen: 'Van de sociaal psychiatrische diensten wordt allerwegen veel verwacht tegenwoordig. In de wereld van de psychiatrische ziekenhuizen wordt gesteld, dat wat de sociaal psychiatrische diensten verder ook mogen ondernemen, de begeleiding van de psychiatrische patiënten de volledige aandacht van de diensten behoeft.' Verder werd gewezen op de noodzaak van verbetering van de kwaliteit van de zorg en dat de 'case-load' van de sociaal psychiatrisch verpleegsters hoog nodig naar beneden moest. Ondanks de hoge werkdruk moest ook de 7x24-uurs dienst opgezet worden, de tussenvoorzieningen ontwikkeld worden, wetenschappelijk materiaal voor epidemiologisch onderzoek geproduceerd, preventie, voorlichting en sociale actie

werden als laatste onderdelen genoemd. 'De werkelijkheid van alle dag is nog, dat de diensten met te weinig mankracht veel te veel cliënten in zorg hebben om het werk goed te kunnen doen; dat het plaatsen van één patiënt in welke voorziening dan ook, soms een dagtaak is; dat de werkers van de diensten wel opmerkzaam luisteren naar datgene wat er allemaal van hen verwacht wordt, maar dat zij bij voortduring moeten bedenken: 'Ik wou dat ik maar een plaatsje had voor mijn patiënt'. Varen in woelig water eist een goed schip, een goede bemanning en veel stuurkunst. Het ziet er nu voor sommigen onzer naar uit of we met een kano de zee op worden gestuurd'(Van Londen 1971).

De opmerkingen van de commissie Speijer over de noodzaak tot verbetering van de opleiding tot B-nazorg, doen vermoeden dat het vooral de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen waren die met een kano de zee op werden gestuurd. Voor Ria Varkevisser (1939) die vanaf 1970 in de ambulante GGz in Utrecht werkte leek dat echter geen enkel probleem:



Ria Varkevisser

Het was niet zo dat ik in het begin (1970) voor één bepaalde groep aan het werk was. Het was eigenlijk heel divers. Als ik een indeling zou maken, werd de eerste periode gekenmerkt door de groep zorgafhankelijken, de chronisch psychiatrische patiënten. Eind jaren zeventig kwam de groep mensen die een meer therapeutische benadering vroeg, deze groep was groeiende, en die periode heeft lang geduurd. We deden veel relatiegesprekken, en dat was heel dankbaar werk. Als mensen er voor open stonden en inzicht hadden, kon je een heleboel doen en dat was natuurlijk leuk. Ik vond het inzichtgevend werken het allerleukst en zeker een taak voor de SPV. Bovendien kreeg je deze vragen op je bord, er was een hausse aan aanmeldingen van mensen met dit soort problemen en de grootste groep hulpverleners bestond natuurlijk uit SPV-en. Daarnaast speelde dat het een tijd van overvloed was, een gouden tijd kun je wel zeggen. Er waren veel mogelijkheden, veel studie en intervisie. Bovendien werd er ook van je verwacht dat je daar gebruik van maakte.

Ik moest leren keuzes te maken. Zo ben ik me bezig gaan houden met vrouwenhulpverlening, eerst op de volwassen afdeling - ik was daar aandachtsfunctionaris - en later op de afdeling ouderen. Daar hield ik me vooral bezig met het groepswork en

intervisie over vrouwenhulpverlening op de afdeling.

De taken van de SPV-en werden steeds meer uitgebreid want 'in de loop der jaren gingen men zien dat de ziekte in veel gevallen niet alleen veel moeilijkheden met zich meebracht bij het weer ingepast raken van de patiënt in zijn milieu, maar vooral dat in bepaalde gevallen de verstoorde relatie tussen mensen tot manifestatie van ziekteverschijnselen leidde' (Nouwens 1969). De hulpverlening van de SPV beperkte zich niet langer tot controle op medicatie en bescherming voor recidieven, het werk, huisvesting of financiële steun van haar cliënten. De hulp vroeg ook steeds meer kennis van psychologische aard. Zowel de basisopleiding voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (inmiddels de MGZ- GGZ) als de mogelijkheden voor vervolgoopleidingen, stelden de beroepsgroep in staat om verschillende hulpverleningsprocessen op gang te brengen. Hiermee kwam de vraag om de hoek of er louter sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bij de SPD's moesten werken of dat er mogelijk ook plaats was voor maatschappelijk werkers.

In het eerder genoemde rapport van Speijer werd het probleem aangekaart dat er nauwelijks sprake was van overleg tussen de

verschillende SPD's. Dit had de taak van de commissie verzaamd omdat de meningen over sommige zaken regelmatig verdeeld waren. Het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten (verslag ref.nr. 390/cm 6-8-1971) vergaderden regelmatig in Utrecht om inhoudelijke onderwerpen te bespreken. De vergaderingen werden bijgewoond door zusters van sociaal psychiatrische diensten, waaronder de zusters Nouwens en Janssen van den Doornmalen, en psychiaters waaronder de heren Van Londen en Van Staveren. Een belangrijk onderwerp van bespreking was de voorbereiding van de jaarlijkse studiedagen. In 1970 was het thema gewijd aan de *Taaken Plaats van de SPD*, een nota geschreven en uitgegeven door het Centrum Katholieke Voor- en Nazorgdiensten. De nota heeft bijgedragen aan stroomlijning van het werk van de Sociaal Psychiatrische Diensten, en een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de AWBZ financiering. Tijdens de landelijke studiedag over dit thema, bleek dat SPV-en zeer ontevreden waren over hun positie. Niet alleen de taak van de Sociaal Psychiatrische Diensten behoefde reflectie en sturing, ook de functie van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

De vervolgstudiedag (1971) kreeg de titel *Deberoepsidentiteit van de s.p.v.* Vanaf 1973 was naar aanleiding van bovenstaande een Stuurgroep opgericht die tot taak had: gezamenlijk gesprekken op gang brengen tussen alle SPV-en; zicht te krijgen op het eigen functioneren in de Sociaal Psychiatrische Diensten; inventariseren van bestaande opvattingen die bij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen leefden. De Stuurgroep was een vaste werkgroep van de Nederlandse Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (opgericht in 1972) de koepelorganisatie tot 1997. De nota *Taak en Plaats van de maatschappelijk werkende bij de SPD* - een discussienota geschreven door R. Nouwens en M. Romme (1972) - werd in de Stuurgroep uitvoerig besproken. De nota was geschreven op aanvraag van de Ziekenfondsraad. Aanleiding hiertoe was de vraag om betaling van maatschappelijk werkenden die aangesteld zouden worden bij de Sociaal Psychiatrische Diensten. De Ziekenfondsraad wilde in deze kwestie, de mening van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten graag horen. Riet Nouwens (1936) mede-auteur van de nota, en al eerder geciteerd, kan zich de hele affaire nog goed herinneren:



*RietNouwens(midden)
met twee van haar collega's
op de Hoge school van Amsterdam*

De verhouding tussen de maatschappelijk werkenden en SPV-en bleek een gevoelig terrein. Ik heb nooit directe confrontaties met hen meegemaakt. In ons team waren ze niet werkzaam, wel bij andere afdelingen binnen de stichting, bij het LGV en het MOB. We consulteerden elkaar en werkten ook wel gezamenlijk aan behandelingen, bijvoorbeeld in de vorm van echtpaar-of ouderbegeleiding wanneer er psychiatrische problematiek in het geding was. Zelf heb ik de opleiding maatschappelijk werk afgerond in 1969. Een andere route om mijn werk verder uit te diepen was in die tijd niet voorhanden. Persoonlijk heb ik veel gehad aan deze, en alle opleidingen die ik daarna gedaan heb. Het was een ondersteuning voor een betere manier van werken als SPV.

Binnen mijn team had ik na de afsluiting van de opleiding de functie gekregen van leidster sociaal werk, een tot dan toe betrekkelijk onbekende figuur binnen de SPD. Daar hoorden taken bij als coördinatie, contacten naar buiten maar ook methodiekontwikkeling en individuele werkbegeleidingscontacten met collega's waarvan wordt beweerd dat het als ondersteunend en kwaliteitsbevorderend is ervaren.

Ik raakte verzeild in allerlei werkgroepen en tegen die achtergrond vroeg Marius Romme me een bijdrage te leveren aan een notitie over zoiets als *'Taaken Plaats van de maatschappelijk werkende'*. Binnen de kortste keren bleek dat tot een discussienota gebombardeerd te zijn, onder andere in het Sociaal Psychiatrisch studiegezelschap (van psychiaters). Ik was me, bij het aannemen van dit voorstel en het schrijven van dat stuk, absoluut niet bewust dat over dit punt een strijd gaande was en dat het in hogere regionen ook een 'politiek' item was.

Ik moest in het Sociaal Psychiatrisch studiegezelschap komen om dat stuk toe te lichten

en te verdedigen. Bij nalezing van de notulen zag ik dat ik mijn mond niet had opengedaan. Door alle commotie in diverse geledingen, ook na bespreking in mijn eigen team, begon bij mij het bewustzijn te groeien hoe belangrijk het is je als SPV te bezinnen op je eigenheid, positie en verhouding tot andere disciplines. Elders was daar al veel meer gesprek over dan ik beseftte.

Om onduidelijke redenen was bovengenoemde nota verstuurd naar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in Zuid-Holland, zonder dat de landelijke stuurgroep hiervan in kennis was gesteld. Uit de correspondentie bleek dat de stuurgroep hierover ontstemd was. De nota werd alsnog breed verspreid en in de teams van Sociaal Psychiatrische Diensten in verschillende regio's, besproken. Er was kritiek over de polariserende wijze waarop beide disciplines werden neergezet. In de nota werd gesteld dat de disciplines elkaar zouden aanvullen wat noodzakelijk geacht werd omdat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen 'de neiging hadden patiënten te infantiliseren vanwege de sterk verzorgende gerichtheid van het werk. De SPV beschikt gemiddeld over een geringe kennis van methodisch werken met het mogelijke nadeel van de vlucht in het ziektemodel, de verzorging en infantiliseren van de patiënt met nogal eens een te negatief beeld over zogenaamde groeimogelijkheden.' Vervolgens werd gesteld dat er te weinig sociaal psychiatrisch verpleegkundigen waren, waardoor maatschappelijk werkers aangetrokken moesten worden die dezelfde taken zouden uitvoeren. Enerzijds werd dus gesteld dat maatschappelijk werkenden een goede inhoudelijke bijdrage en een aanvulling konden leveren op de reeds bestaande hulpverlening. Anderzijds moesten zij de taken van de sociaal psychiatrisch verpleeg-

kundigen overnemen in verband met de tekorten. De discussie van eind jaren veertig werd herhaald.

Toch viel de nota in vruchtbare aarde op allerlei gebied, zij riep veel stof tot nadenken en discussie op, en wat wil een mens nog meer bereiken met een discussienota? De SPV-en in Zuid-Holland hadden als reactie op de nota een notitie geschreven over de uitgangspunten voor de taakomschrijving van de SPV (november 1972). Onder leiding van de heer Graamans, Inspecteur voor het Sociaal Pedagogisch Onderwijs, was inmiddels een werkgroep geformeerd om een leerplan voor een nieuwe opleiding te ontwikkelen. Aan deze werkgroep namen ook enkele SPV-en deel, waaronder mevrouw Reymers. Deze groep baseerde zich op het rapport Speijer en op het concept- leerplan van Sparrenheide, van de sinds 1968 bestaande 2-jarige MGZ- AGZ opleiding. De groep rapporteerde in juni 1971 aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, en stelde voor de opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg twee differentiaties te geven, de reeds bestaande algemene gezondheidszorg en een nieuwe geestelijke gezondheidszorg. De opleiding zou twee jaar moeten duren, waarin een stage van 6 maanden was opgenomen. Hierbij gingen men uit van de grondgedachte dat de oplei-

ding in hoofdzaak gericht moest zijn op de wijze van functioneren in het extramurale veld. De inhoud van de beide differentiaties vertoonde zoveel overeenkomst - in 1937 werden alleen praktische redenen aangevoerd - dat een (grotendeels) gemeenschappelijk leerplan gerechtvaardigd was. Het voorstel werd aangenomen en spoedig waren er negen MGZ- opleidingsinstituten in Nederland, waarvan er zeven de differentiatie Geestelijke Gezondheidszorg kenden. In de periode dat deze nota werd geschreven (1970) sprak men over een relatief geringe behoefte aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (100 à 200 per jaar). Het HBO-diploma werd verkregen via een aantekening op het Staatsdiploma Ziekenverpleging B door de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. In 1974 werd in Leusden gestart met de kaderopleiding Extra Murale Geestelijke Gezondheidszorg (EMGGZ) destijds de enige formele vervolgopleiding, thans de VO- SPV, specifiek gericht op SPV-en.

Nu is het woord aan de heer Morsman, hij volgde de MGZ-opleiding in Groningen toen deze nog maar een paar jaar bestond. Nu is hij er werkzaam als docent en verteld hij over zijn ervaringen en geeft zijn mening over een aantal zaken.



*'Sociale psychiatrie zit hem niet in
waar je het doet, maar hoé je het doet!'*

Martin Morsman

Martin Morsman (1952) is al vanaf zijn achttiende werkzaam in de gezondheidszorg. Toen hij startte met de A-opleiding realiseerde hij zich niet dat hij als jongen een vrouwen-domein betrad. Martin heeft altijd in de regio Drente in de GGz gewerkt. In de ambulante psychiatrie ging zijn voorkeur uit naar chronisch psychiatrische patiënten, vanaf 1994 werkt hij met adolescenten. In 1988 breidde hij zijn werkterrein uit naar Groningen, hij ging werken als docent en supervisor bij de MGZ-GGz opleiding van de Hogeschool Groningen. Momenteel doet hij dat nog steeds, daarnaast verzorgt hij gastlessen op de opleiding voor verpleegkundig specialist in de GGz te Utrecht. De rol van docent vindt hij -in sommige opzichten- vergelijkbaar met de rol van hulpverlener.

Ik voelde me thuis bij de diaconessen

Het was helemaal niet vanzelfsprekend voor mij om in de verpleging te gaan. Ik heb eerst een valse start gemaakt in de techniek, ik heb een blauwe maandag op de HTS gezeten. Dat was het niet voor mij, de keuze voor de verpleging was toen makkelijk gemaakt omdat je op die manier iets kon leren en tegelijk kon werken. Ik was nog geen 18 toen ik de A-opleiding ging doen (1970). Mijn keuze werd niet bepaald door een religieuze achtergrond. Ik kom uit een rood nest, naarmate ik ouder word zie ik heel veel calvinistische overeenkomsten en dogmatische aspecten. Daar passen

zorg en solidariteit wel in. We leven in een calvinistische wereld. Hoewel mijn opa zich van de kerk afkeerde, dat was een soort omkeer, bleven de waarden en normen die daarmee gepaard gingen nog lang voortleven. Ik heb ervoor gekozen om mijn A-opleiding in een Diaconessenziekenhuis te doen. Achteraf denk ik dat me wel thuis voelde in die wereld. Ik kom uit Twente maar mijn opleidingen heb ik in de provincie Drenthe gedaan. Dat ik de algemene verpleging ging doen was niet gewoon. Ik zat in de tweede groep waar ook mannen deelnamen. Ik heb gemerkt dat dit ongebruikelijk was, de diaconessen zagen deze ontwikkeling denk ik als bedreiging omdat men kon voorzien dat een aantal functies overgenomen zou worden. Verder vonden patiënten het ook ongebruikelijk, zo kreeg ik van de eerste man die ik moest wassen een lel voor mijn hoofd.

Helemaal onverwacht zonder dat er ook maar iets aan vooraf was gegaan. Terwijl ik die lel kreeg zei die man dat er aan zijn lijf geen flikker mocht komen. Je moet niet denken dat je steun kreeg voor zoiets bij de collega's, nee er werd om gegniffeld. Toen ik destijds de keuze voor de verpleging had gemaakt was ik me helemaal niet bewust dat ik een domein van vrouwen betrad waarin ik niet per definitie welkom was.

De turbulente jaren zeventig

Omdat ik merkte dat mijn affiniteit meer

bij de psychiatrie lag ben ik na de A- de B-opleiding gaan doen, daar was het overigens veel gebruikelijker dat er mannen werkten. Ik ben vrij snel daarna begonnen met de MGZ-opleiding omdat een stel vrienden van mij die opleiding volgden. Ik had te kennen gegeven die stap in de toekomst ook te willen zetten. Er waren in die lesgroep echter een aantal mensen uitgevallen waardoor er plaats over was. Die vrienden hadden toen geadviseerd om mij te bellen, en zo ben ik overgehaald om eerder te beginnen dan ik me had voorgenomen. Er waren een aantal redenen waarom ik de SPV opleiding wilde gaan doen. Met name de autonomie in het werk sprak me erg aan. Verder had ik ook het gevoel dat ik wel wat meer kon. De A en de B opleiding deden niet zo'n groot appèl op me, vooral niet in intellectuele zin. Ik vond het wel heerlijk dat het een dagopleiding was. We zaten nog volop in de laissez faire tijd (1976). Daarna trad een kentering in, er is behoorlijk wat veranderd sindsdien. Maar goed, in die periode was het nog gebruikelijk dat een docent aan ons vroeg wat we nodig hadden voor ons vak. Waar het op neer kwam was dat hij gewoon niet wist wat hij ons moest bijbrengen. Er waren grote verschillen tussen de docenten, van sommigen kon je echt veel leren en anderen gingen uit hun dak omdat ze speed gebruikten. Zo was die tijd, heel turbulent. Verder was het niet duidelijk waar je aan moest voldoen, welke criteria golden, om je diploma te halen. Mijn stage deed ik bij de voorloper van de Riagg Drenthe, en daar heb ik veel geleerd. Na mijn opleiding ben ik daar gaan werken (1978). Het sociale engagement, iets wat in die tijd sowieso meer aanwezig leek te zijn dan tegenwoordig het geval is, leerde je vooral op school. Op de werkplek was het politiserende aspect van de sociale psychiatrie minder zichtbaar. We zaten

in de opbouw naar de Riagg-vorming en bij ons was men daar toen druk mee bezig. Het was erg boeiend en inspirerend om in zo'n tijd in een instelling te werken. Er gebeurde ontzettend veel op het gebied van samenwerking en er werd veel aandacht besteed aan de wijze waarop het werk inhoudelijk vorm moest krijgen.

Sociaal psychiatrische verpleegkunde is vooral zorg

Het verpleegkundige aspect kwam in het werk niet expliciet naar voren. Je had SPV-en die de assistenten van de dokter waren, dat waren de mensen die tegen hun pensioengerechtigde leeftijd aanzaten. Daarnaast waren er SPV-en waarvan ik erg onder de indruk was vanwege hun professionaliteit. Men was druk doende om inhoud te geven aan het beroep, dat leefde in Drenthe heel erg. Zelf heb ik altijd grote affiniteit gehad met verpleegkunde. Ik heb bijvoorbeeld nooit de behoefte gevoeld om me sociaal psychiatrisch werker te noemen, dat leefde wel bij sommige collega's. Ik denk dat mijn A opleiding daarop mede van invloed is geweest. Ondanks de eerder genoemde kritiek, beschouw ik het als verrijking dat ik die opleiding heb gevolgd, zeker in het sociaal psychiatrische werk. Die stap had ik niet kunnen overslaan. Ook toen al was ik geneigd te werken vanuit zorg (en die werd anders gedefinieerd dan tegenwoordig). Dat betekende aansluiten bij de arts, die de ziekte behandelde. Wij hielden ons met de gevolgen van de ziekte bezig. Definities van zorg zijn in de tijd volgens mij wel veranderd, er is meer autonomie. Bij ons op de volwassen afdeling werken mensen met een lange staat van dienst en hierdoor lijkt het onderscheid (de grenzen) tussen disciplines wat te vervagen. Toen ik pas begon waren er veel te weinig psychiateren hierdoor deden de SPV-en ander werk

dan nu. Momenteel zijn een aantal rollen teruggelegd bij de psychiater. Destijds zaten we als SPV-en meer in de crisisdienst. In de acute psychiatrie spelen we nog wel een rol maar die is naar mijn mening, terug gebracht tot de juiste proporties. Doordat we zo bezig waren met andere taken, holden we veel meer achter de feiten aan. Nu komt er meer ruimte om ons weer bezig te houden met de gevolgen van ziekten bij onze cliënten. Tegenwoordig wordt het accent meer gelegd op behandeling en minder op voorzorg.

Hulpverleners en doceren, bijdragen aan veranderingsprocessen

Momenteel werk ik met adolescenten en hun gezinnen, ik heb daar ook verschillende soorten opleidingen voor gevolgd. Naar die groep gaat mijn interesse vooral uit. Ik heb jaren met veel plezier in de échte volwassen psychiatrie - chronisch psychiatrische patiënten - gewerkt. Omdat ik vanwege mijn gezondheid steeds minder huisbezoeken kon doen, wat ik erg jammer vond, ben ik me gaan richten op andere zaken.

Ik schoof op in de richting van het management en ben teamleider geweest, staffunctionaris voor de preventie en de dienstverlening. Dat vond ik leuk, maar ik merkte toch dat mijn affiniteit meer lag bij vakinhoudelijke zaken. Ik was regelmatig als gastdocent betrokken bij de Hogeschool, dat werk sprak me aan.

De stap van het curatieve werk naar het onderwijs was voor mij een natuurlijke. Ik ben bijvoorbeeld al 10 jaar docent op de MGZ opleiding en sinds kort ook op de opleiding voor Verpleegkundig Specialist.

Ik zie veel overeenkomsten in de rol van SPV en de rol van docent. Zowel ten aanzien van leren aan studenten als het veranderingsproces dat je op gang brengt bij cliënten. Toen ik de docentenopleiding in Maastricht deed kreeg ik allerlei stof aangeboden waar-

van ik dacht: 'dat had ik eerder moeten weten voor mijn werk op de volwassen afdeling'. Ik leerde vooral hoe je mensen leerbaar moest maken en hoe je kon aansluiten bij de leerstijlen van mensen. Alle aspecten van didactische interventies had ik ook kunnen gebruiken in mijn curatieve werk. Ik merk dat in de praktijk van het curatieve werk en op school. Zowel de cliënten als de studenten help je om een eigen weg te zoeken. Ik lever algemene en concrete kennis, en ik begeleid het integratie proces. Een andere pijler voor mijn werk in het onderwijs en de hulpverlening is de Gestalttherapie.

Het nemen en hebben van behandelverantwoordelijkheid dat is het verschil

De domeindiscussie over grenzen vind ik heilloos, zelf hecht ik erg aan mijn identiteit als verpleegkundige en dat zal altijd zo blijven. Ik vind het interessanter om de kern van het beroep te definiëren, en dat als uitgangspunt te nemen, dan grenzen te beschrijven. De domeinen proberen af te bakenen is zinloos. Op het moment dat er een schaarste is aan psychiaters zie je dat wij een aantal zaken gaan overnemen, dan verschuiven de domeinen dus. Volgens mij doen we dat helemaal niet omdat we zo graag psychiater willen spelen maar omdat we weten dat een aantal klanten zorg nodig heeft!

Op dat moment vergroot je het eigen domein en ik vind het niet erg als dat tijdelijk nodig is. Eigenheid zit voor mij veel meer in de kern van het vak: werken vanuit een bepaald zorgconcept, aansluiten bij de gevolgen van ziekte vooral bij de sociaal psychiatrische patiëntengroep, en de positie die je inneemt dicht bij de periferie. Bij sociale psychiatrie hoort voor mij complexe zorg in ingewikkelde situaties, netwerken benaderen inschakelen, opzetten. Dat betekent dat je veel kennis van

zaken moet hebben over allerlei modellen, stromingen en theorieën waarvan de systeemtherapie voor mij een hele belangrijke is. Ik vind dat de hele discussie over het inwisselbaar zijn van psychiatrisch verpleegkundigen op de gebieden waar nu SPV-en werken, geen domeindiscussie moet zijn. We zijn werkzaam op dezelfde gebieden en zouden meer over de inhoud moeten praten. Dat die twee beroepsgroepen inwisselbaar zouden zijn zoals hier en daar wel eens te lezen valt, vind ik zorgwekkend. Vermaatschappelijking en transmuralisering worden gelijkgesteld aan sociaal psychiatrisch werken voor en door iedereen, ik merk dat in mijn eigen werkomgeving maar ook als docent. Ik vind dat een grote misvatting er zijn een aantal verpleegkundigen die zeggen dat ze, omdat ze ambulantly werken, sociaal psychiatrisch werk doen. Dat is absoluut niet zo, het zit hem er niet in waar je het doet maar hoè je het doet. Je kunt zowel thuis als in de kliniek sociaal psychiatrisch werk doen. Het duidelijkste voorbeeld zie ik in de PIT of SPITS projecten waar basis verpleegkundigen werkzaam zijn. De werkzaamheden zijn een voortzetting van het werk in de kliniek, vanuit de verlengde arm gedachte, nauwelijks behandelverantwoordelijkheid nemen. Niet de enige zijn voor de klant maar vooral deel uitmakend van een team. Het is misschien wel gericht op het voorkomen van opname of het verkorten van een opname in de kliniek, maar de manier waarop het gebeurt, heeft niets met de sociaal psychiatrische werkwijze te maken. Ik denk dat een SPV meer vertrouwen heeft in de eigen mogelijkheden, dat kan ook niet anders want ze zijn opgeleid op een ander niveau dan de basis verpleegkundigen. Ze functioneren in omstandigheden van hogere complexiteit, en zijn veelal de eerst verantwoordelijken en dat is een cruciale rol in het primaire proces. SPV-en hebben een regiefunctie, zijn in staat

om flexibel te kijken naar wat noodzakelijk is om toe te passen of om te laten wat in eerste instantie geïndiceerd leek. Die flexibiliteit om je aan te kunnen passen aan de situatie van de cliënt en daarvoor verantwoordelijkheid te nemen, dat is kenmerkend voor de beroepsuitoefening.

Autonomie en verantwoordelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

De beroepsorganisatie moet zich bezig houden met de inhoud, voor mij is een duidelijk bijvoorbeeld de recente uitgave van het profiel. Verder zie ik verantwoordelijkheden voor het bestuur op verschillende terreinen zoals de politiek en andere beroepsorganisaties. Ik heb het idee dat de NVSPV niet altijd goed voeling heeft gehouden met de totale achterban, zeker wat betreft de ontwikkeling met positiebepaling en de prestigeslag die gaande was rondom de Verpleegkundig Specialist. Ik heb het idee dat de vereniging toen het contact met de basisgroep, die goed en belangrijk werk doet, een beetje is kwijt geraakt. Er is veel onduidelijkheid in het veld ontstaan door het verschijnen van de profielen van de Psychiatrisch Verpleegkundigen en de Verpleegkundig Specialist, die onmiskenbaar geënt zijn op het (toenmalige) beroepsprofiel SPV. Dat is ook logisch gezien de toenmalige ontwikkelingen.

De verwarring die enkele jaren geleden in het veld ontstond was groot toen het CONO vond dat de SPV niet meer in aanmerking kwam voor het Verpleegkundig Specialisme. Hetzelfde geldt voor artikelen als van Henk Hiemstra in SP en van Gersons in de GGZ-Gazet, dat SPV-en hun langste tijd hebben gehad en niet meer nodig zouden zijn.

Een taak van de vereniging vind ik ook, bij de beroepsgroep de bewustwording te vergroten voor de autonome positie die we hebben en

de daarbij horende verantwoordelijkheid. Als je kijkt naar het boek van Neijmeijeren Hutschemaekers *Beroepen in beweging* (1998) zie je dat we daarmee de mist in gaan. Het gedeelte over verantwoordelijkheid is daarin namelijk niet naar voren gekomen, terwijl dat kenmerkend is voor ons beroep. Daarin hebben we ons niet genoeg laten horen. Ik denk dat de beroepsorganisatie ook een ontwikkeling doormaakt, in het begin was het vooral profileren op arbeidsvoorwaardelijke zaken. Ik hoor dat nog steeds heel veel mensen roepen op

ledenvergaderingen en dan denk ik wel eens dat het sommige mensen alleen maar gaat om honorering. Dat is ook van belang maar niet het eerste waar ik aan denk bij een beroepsorganisatie. Ik denk dat we op dit punt een voorbeeld zouden kunnen nemen aan de psychiaters, zoals zij hun lobby voor elkaar hebben! Dat heeft vooral te maken met de hoogte van de organisatiegraad en de inzet van de beroepsorganisatie. Ze zorgen er voor dat ze de markt op die manier bewerken en bewaken.

De vroege voortekenen van de beroepsorganisatie

De heer Morsman vertelde hoe hij tegen de beroepsorganisatie aankeek toen deze in de kinderschoenen stond. Om een beeld te krijgen hoe en ander is verlopen in die tijd volgt nu een beschrijving van de weg die leidde naar de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

De commissie Speijer wees er in haar rapport (1969) met nadruk op, 'dat het scheppen van een goede opleiding waar de cursisten leren mee te denken en mee te spreken over de ontwikkeling van het sociaal-psychiatrisch werk en de opleiding daartoe, ernstig wordt belemmerd door het ontbreken van een representatieve landelijke bundeling der sociaal-psychiatrische diensten. Hierdoor vond er onvoldoende gedachtewisseling plaats over inzichten van de werkers in het veld. Voorts spreekt de commissie als haar overtuiging uit dat het van groot belang is dat zij die hun beroep vinden in het sociaal

psychiatrische werk binnen een beroepsorganisatie tot een geïnstitutionaliseerde vorm van overleg komen' (Speijer 1969).

Dit overleg kwam niet lang na het verschijnen van de nota. Uit de discussies die in den lande werden gevoerd over de plaats van de SPV in de sociale psychiatrie bleek dat ook binnen de beroepsgroep de bewustwording over het belang van bundeling van krachten groeide. De komst van de twee-jarige dagopleiding heeft hier volgens vele SPV-en een belangrijke bijdrage aan geleverd.

Een aantal voormalig beroepsgenoten zoals Thea Reymers, Riet Nouwens en Trudy Janssen van den Doornmalen, die een dagopleiding niet hebben gekend, was landelijk actief. Dat gold ook voor Agaath van Nooijen Kooij (1928) die vanuit de Limburgse ambulante GGz haar steentje bijdroeg aan de professionalisering van het beroep:



Agaath van Nooijen-Kooij

Ik ben een dominerend mens en organiseer graag van alles als ik vind dat iets niet deugt. Dat deed ik al toen ik leerling verpleegster was. Ik denk dat ik dat van huis uit heb meegemaakt. Ik heb verschillende verpleegsters bondjes opgericht en organiseerde avonden voorouders. Er zaten bijvoorbeeld hele jonge meisjes in de verpleegstersopleiding waarvan de ouders helemaal niet wisten wat zich in een ziekenhuis afspeelde. Ik begon in de A-opleiding al met het organiseren van groepen rondom bewustwording, hoe bijvoorbeeld omgegaan kon worden met het overlijden van patiënten. Landelijk was ik ook actief, via de verpleegstersbond kwam ik in Utrecht terecht en nog weer later bij de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten en uiteindelijk bij de NVAGG. Dat vond ik leuke dingen om te doen. Op woensdag zat ik altijd in Utrecht of Den Haag. Dan had ik het druk met de bonden, commissies en vergaderingen. Ik moet zeggen dat ik het wat dat betreft wel uitgebuit heb. Met Van Londen gaan dineren bijvoorbeeld, die mannen deden dat heel chique. Je kon dat immers declareren. Je reisde ook niet tweede klas, nee, dat deed je eerste klas. Ik was een pleeg, eerste klas reizen, dat was wat! Ik heb daar allemaal van genoten. Of ik daar goed gefunctioneerd heb weet ik niet. Ik heb het jaren volgehouden tussen al die bekende mensen als Van Londen, Verhoef en Hennie Verhaegen. Er waren er een paar,

Van Dantzig en Verhoef kan ik me herinneren, die luisterden altijd heel goed naar me. We hebben dan ook het een en ander voor elkaar gekregen. In die zin vond ik dat we ons als vrouwen en als verpleegkundigen, verdienstelijk hebben gemaakt. Een jaar nadat ik weg was bij de Riagg (1989) ben ik geridderd. Als verpleegkundige kun je dus wel degelijk verdomd veel bereiken. Als verpleegster heb je geen minderwaardig beroep, maar een beroep op een niveau waarvoor je erkenning krijgt.

De landelijke stuurgroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, organiseerde jaarlijkse studiedagen. Op 25 en 26 oktober 1977 waren er studiedagen met de titel 'Is er een SPV in de zaal?' In de inleiding van het verslag van voornoemde studiedagen stond geschreven 'Geruime tijd heeft de herstructurering van de SPV-salariëring de aandacht in beslag gehouden; zo zeer zelfs dat de stuurgroep SPV niet meer toekwam aan haar primaire doelstelling: bezinning op het SPV-werk en het functioneren van de SPV in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.' In het voorjaar formeerde zich een groepje onder voorzitterschap van mevrouw Van Nooijen Kooij, ter voorbereiding van studiedagen. De taak en positie van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen stond hierin centraal. (We zagen dat ook reeds in 1971). Tijdens de

studiedagen werd een naakte reclamepop gebruikt als symbool voor de taken en positie van de beroepsgroep. Deze pop moest na twee dagen zijn aangekleed met de verschillende ontwerpen van de beroepsgeenoten. Uit de zaal kwam de opmerking dat men het niet eens was met de suggestie dat de pop nog helemaal ontkleed was. Deze sociaal psychiatrisch verpleegkundigen waren van mening dat het functie- classificatieonderzoek (1975), aardig wat kledingstukken hadden opgeleverd om te dienen als SPV-profiel. Tevens vond men dat: 'de SPV, afhankelijk van wat de cliënt vraagt, steeds wisselend is aangekleed. Dit is positief te waarderen. Het is daarom ook moeilijk om tot één uniform beeld van de SPV te komen.'

De heer A.G.W. Hilberink (directeur van de St. GGz van Maastricht en in 1982 voorzitter van de NVAGG) hield een interessante lezing over 'De Taak van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige' zijn slotuitspraak luidde: 'laten we de naam s.p.v. reserveren voor hen, die de integrale benadering voorstaan, in biologisch signaleren, psychologisch denken en sociologisch handelen'. Zie daar, de etalage pop was mede door een werkgever, integraal aangekleed.

Uit het bovenstaande komt naar voren dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen actief waren om het beroep inhoud te geven met betrekking tot de uitoefening van taken. Tegelijkertijd was de beroepsgroep zich ervan bewust dat hiermee een positie ingenomen zou worden ten opzichte van andere beroepsgroepen in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. In dezelfde periode (oktober 1977) verscheen dan ook de *Diskussienota werknemersorganisatie voor SPV-ensamengesteld* in opdracht van de Vergadering van Kontaktpersonen SPV-en door de 'Ad-hoc Commissie

SPV-belangen'. De commissie bestond uit de volgende leden; de heren Duffels, Van de Goor en Simons en de dames Duijn en Van het Erve. Het doel van de commissie was om te onderzoeken of er een eigen beroepsvereniging opgericht moest worden. De directe aanleiding hiertoe was de onvrede die was ontstaan over de functieclassificatie en salaris herstructurering, en de structuur waarbinnen geopeerd moest worden. Het probleem was dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen niet als specifieke beroepsgroep vertegenwoordigd was in de NVAGG. Een aantal sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zat op persoonlijke titel in het bestuur van de sectie SPD. Zij vertegenwoordigden de beroepsgroep niet. De belangen van de beroepsgroep werden - zo vond een aantal SPV-en - niet volledig behartigd. Vooral het onderwerp salariëring was een regelmatig terugkerend probleem. De beroepsgroep was hierover niet te tevreden, en de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg ook niet. Na uitvoerig onderzoek over de mogelijkheden, kon de ad-hoc commissie geen andere aanbeveling doen dan een eigen beroepsorganisatie op te richten. De kansen voor levensvatbaarheid daartoe werden, gezien het geringe aantal sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (600 was de schatting), klein geacht. Eric Duffels (1941) net genoemd als lid van de Ad-hoc commissie, begon in 1963 met de B-opleiding in Noordwijkerhout.

Na de A-opleiding in Leeuwarden te hebben gevolgd besloot hij om SPV te worden. Vanaf 1975 is hij werkzaam in de GGz-jeugd in Friesland. Omdat hij zich van meet af aan actief heeft ingezet om tot een beroepsorganisatie te komen wordt alleen dit onderdeel van het gesprek met hem belicht.



Eric Duffels, uiterst links, in Wit-Rusland (Krasnopolje) in overleg over het opzetten van een programma voor multiprobleem gezinnen in het kader van de psychosociale jeugdzorg (augustus 1999)

Hoewel ik altijd interesse heb gehad voor het vakbondswerk, ben ik verpleegkundige gebleven. Ik heb wel een keer een baan aangeboden gekregen bij de vakbond. Ik heb dat niet aangenomen omdat ik vond dat ik dan veel te veel van huis zou zijn. Ik had twee opgroeiende kinderen en wilde me daar ook nog mee bemoeien. Niet dat ik zoveel thuis was want ik zat natuurlijk regelmatig, soms vier keer per week, in Utrecht. De oprichting van de NVSPV was een zeer hectische periode, ik was veel op pad. Ik ben voorzitter geweest van de NVSPV i.o. tot 1979 en voorzitter van 1982 tot 1989. Het begon allemaal in 1976, ik ging met een collega uit Leeuwarden mee naar een vergadering van de NVAGG in Utrecht. Dat was een aparte groep onder leiding van Agaath van Nooijen Kooij. Zij was er vóór om de club van SPV-en bij de NVAGG te houden. Tijdens een vergadering ontstond er tweespalt. Vanuit mijn vakbond achtergrond bedacht ik dat de NVAGG natuurlijk andere belangen had, die zouden teveel verstrengeld raken. De NVAGG was de koepel van verschillende organisaties in de GGz - het was nog geen werkgeversorganisatie - en de belangen waren soms tegenstrijdig. Staande de vergadering zijn er vijf mensen naar voren gegaan, waaronder ikzelf, en besloten we om een en ander verder uit te zoeken. We hebben toen een rapport geschreven 'De discussie nota najaar 1977' die werd uitgebracht door de

ad-hoc commissie voor SPV belangen. Het gaf aan in welke richting we de zaken wilden ontwikkelen. We hebben toen de mogelijkheden onderzocht voor aansluiting bij een erkende vakorganisatie. Wel pleitten we voor autonomie ten aanzien van de beroepsbelangen. Dat is in de vergadering besproken en daar bleek dat sommige SPV-en beducht waren voor aansluiting bij een vakorganisatie. Besloten werd tot oprichting van een eigen vereniging met een duidelijke link naar de vakbonden. Er werd een nieuwe commissie in het leven geroepen om de vereniging op te richten. Ik werd daar voorzitter van. Ik herinner me nog dat we op de kamer van Marjon Arends op het Dercksen centrum in Amsterdam vergaderden. We laptten ieder vijftig gulden om postzegels te kunnen kopen. Zo is het allemaal begonnen.

Als bestuur hebben we ons van meet af aan bezig gehouden met de opleiding. Zo hadden we overleg met de MGZ opleidingen en de Kader-opleiding (later de VO- SPV). Zeker bij de Kader (VO) gingen onze bemoeienissen veel verder, het curriculum van deze opleiding is in samenspraak met de NVSPV opgesteld. Ik vond en vind dat een goede opleiding, en ben dan ook van mening dat we de mogelijkheid voor artikel 14 moeten openhouden. We moeten ons de kaas niet van het brood laten eten. In het regulier overleg met de Geneeskundige Hoofd Inspectie Geestelijke

Volksgezondheid heeft met name de heer J. Verhoef er bij de beroepsgroep op aangedrongen, te opteren voor een kamer in het CONO om hiermee de SPV neer te zetten als verpleegkundig specialist. Ook het CONO heeft zich lange tijd uitgesproken over die optie. Er was bereidheid van alle disciplines in de GGz om ons vak neer te zetten als verpleegkundig specialist. Frans Verberk en ik zaten in het CONO en hebben hier regelmatig over vergaderd. Ik denk nog steeds dat dit kan en vind dat we geen uitverkoop moeten houden.

Ik vraag me af waar we nu op in zetten, wat de strategie is van de NVSPV. De wet biedt mogelijkheden voor het specialisme via artikel 14. Wil je SPV blijven en vind je dat die meer te bieden heeft dan een gewone verpleegkundige, dan moet je daar mijns inziens op mikken, en daar moet je als terriër bovenop zitten. Als je de lijn van de wet doortrekt dan ben je verpleegkundige, en bestaan er geen psychiatrisch verpleegkundigen meer, maar verpleegkundigen werkzaam in de psychiatrie. Ons vak komt dan in aanmerking voor de specialist en het maakt mij niet uit of dat dan psychiatrisch of sociaal psychiatrisch verpleegkundige heet. Goede psychiatrie is sociale psychiatrie, we moeten ons in die richting profileren, daar moeten we op staan. Het curriculum van de verpleegkundig specialist komt toch voor een groot gedeelte van de SPV? Die opleiding is van de grond gekomen met geld dat voor onze nieuwe opleiding was bestemd! Ik heb hier uren over gedebatteerd met Frans Verberk. Het feit dat het CONO ons niet voordraagt voor het specialisme, omdat de voordracht is voorbehouden aan de basis verpleegkundigen, hoeft toch geen belemmering te zijn? Integendeel zelfs, uit het collegiaal overleg ontwikkelt zich een specialisme! We moeten ervoor zorgen dat het specifieke van ons

beroep ergens een plaats krijgt. Mijn idee is dat het overal een plaats zou kunnen krijgen maar dan wel als specialist!

Strijdbaar, betrokken en loyaal zijn typering die van toepassing zijn op de heer Duffels. Mede dankzij zijn actieve bijdrage, en die van vele anderen kwam het uiteindelijk tot een beroepsorganisatie. Dit heuglijke feit vond plaats na de werkdagen SPV 1978 waar het becommentariëren van de 'Nota Functie en Functie-eisen van de Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen' (1978) centraal stond. De aanwezigen konden zich over het algemeen wel vinden in de nota. Tijdens de werkdagen werd de angst uitgesproken dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, te veel de richting van therapeut op gingen, en dat daarmee de nazorg, de zorg voor kansarmen, en de acute psychiatrie in het slop zouden raken. Bovendien vond men dat vanuit de opleidingen een positieve houding moest uitgaan naar de curatieve werkzaamheden voor de zogenaamde 'uitzichtloze gevallen'. Aan het eind van de werkdagen sprak mevrouw Duijn over de vorderingen van de voorbereidingsgroep voor de 'SPV-vereniging'. Gebleken was dat er een wet werd voorbereid om de oprichting van verenigingen te vergemakkelijken. De verwachting werd uitgesproken dat de voorbereidingsgroep de collegae spoedig zou kunnen informeren. De berichtgeving liet niet lang op zich wachten, de werkgroep die zich bezighield met de vereniging in oprichting, stuurde een schrijven en verzocht om financiële ondersteuning. Afgestudeerden werd verzocht 25,- over te maken, studenten mochten het doen voor een tientje.

Aad Duyn (1922) kwam al eerder aan het woord over curatieve werkzaamheden. Haar belangstelling voor overstijgende zaken is ook het vermelden waard:

Ik ben actief geweest in de Ad-hoc commissie, dat was ter voorbereiding op de beroepsvereniging. Ik had daar belangstelling voor en werd daarom aangezocht. Ik was actief in de bijscholingscursussen. Aanvankelijk waren het de Kruisverenigingen die dat organiseerden en later de diensten van Geestelijke Volksgezondheid van de Roomse kant. Zij hebben een flinke impuls aan die bijscholingscursussen gegeven. Via de collega's uit de districten van de Katholieke Stichting ben ik daar aan te pas gekomen. Dat was geen eenvoudige zaak want we wilden dat die bijscholing ook toegankelijk was voor GGD medewerkers. Dr. en later Prof. Speijer, het hoofd, zag dat met belangstelling aan. Op een gegeven moment riep hij me bij zich en zei: 'Duijn', in die tijd werd je alleen maar met je achternaam aangesproken, 'dat vind ik erg aardig, maar ik zie daar moeilijkheden van komen! Hij bedoelde natuurlijk, wie gaat dat betalen? De GGD was een gemeente instelling. Als een onderdeel van de gemeente toestemming gaf tot het bijwonen van bijscholingscursussen - soms vier of vijf dagen per week - dan was dat voor de andere gemeentelijke diensten niet iets waar ze aan voorbij konden gaan, en wie betaalde dat? Dat voorstel is toen heel ver vooruit geschoven, pas veel later kwam daar toestemming voor. Ik heb trouwens wel altijd van

die bijscholings cursussen genoten.

De SPV-en hadden geen eigen organisatie en op een gegeven moment werden de mogelijkheden daartoe onderzocht. Daar kwam heel wat overleg aan te pas. De Roomse club nam mij dat niet in dank af, want je hoorde bij de organisatie van je eigen religie. Daar hoorde je je bij aan te sluiten, maar dat deed ik niet omdat ik daar niets voorvoelde. Ik zag bijvoorbeeld om me heen dat functionarissen bij het LGV en het MOB, die nog maar nauwelijks in dienst waren, al een studiereis maakten op kosten van de zaak. Men volgde ook hele dure opleidingen die gedeclareerd werden. Ik vond dat we als SPV-en in dat opzicht achtergesteld werden, ik stond daarin niet alleen maar werd gesteund in die gedachte door collegae SPV-en. Dat is de directe aanleiding geweest voor het initiatief. Ik was er het mens niet naar om de dingen die ik tegenkwam voor zoete koek te slikken. Ik ging dan ook direct op het verzoek in, toen ik werd benaderd om me actief hiermee te bemoeien. Ik heb toen nog een speech gehouden bij de oprichting.

In de volgende paragraaf is te lezen wat mevrouw Duijn te vertellen had bij de oprichtingsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

De primeur voor verpleegkundigen in de GGz: de NVSPV

"HISTORISCH OVERZICHT, opgesteld b.g.v. de oprichtingsvergadering van de NEDERLANDSE VERENIGING VAN SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN
Het is niet ongebruikelijk dat een historisch overzicht tot de middeleeuwen teruggaat. Dat zal hier niet het geval zijn. Wij hebben gemeend, de DISCUSSIONOTA verschenen in het najaar van 1977, uitgebracht door de toenmalige AD HOC COMMISSIE voor SPV BELANGEN, als uitgangspunt te kunnen nemen."

Deze nota werd op ruime schaal verspreid en mag als bekend worden verondersteld. Als belangrijke vergadering mag genoemd worden: 15 December 1977. Daar werd bij referendum gekozen voor de oprichting van een eigen vereniging, met dien verstande, dat deze vereniging zich vervolgens aansluit bij een vak- of beroepsorganisatie. De contactpersonen spraken zich uit om de groep SPV-en als collectief bij elkaar te houden. De vergadering van 14 Augustus 1978 mag

als een héél bijzondere worden gezien. Er werd gestemd over het voorstel: eigen vereniging die het gesprek met de ABVA opent. Ik wil in herinnering roepen, dat tevoren een landelijke enquête is gehouden waarvan de uitslag als volgt te voorschijn kwam:

- Aantal verzonden formulieren : 480
Antwoorden : 144
- Keuze voor vakorganisatie : 82
Voorkeur voor de ABVA : 65
NCBO : 16
- Beroepsorganisatie : 33
Voorkeur voor de KUVV : 14
NCW : 9
LWBG : 7
- Combinaties (d.w.z. vak- en beroepsorganisaties) : 23
Waarvan 13 met de ABVA
Totale voorkeur voor de ABVA : 78
- Een zestal wil zich aansluiten bij de meerderheid.

Ter vergadering (het gaat nog steeds over de 14e Augustus) werd, je zou het niet voor mogelijk houden, de uitslag van het referendum ter discussie gesteld. Er werden vragen gesteld of de contactpersonen hun achterban wel op de juiste wijze hadden geïnformeerd? Er was veel gekrakeel die middag. Er werd (onder de aanwezigen) opnieuw gestemd... Deze uitslag: 22 voor, 2 tegen en 9 blanco was het uiteindelijke resultaat. Restte ons nog een werkgroep op te richten, gedacht werd aan een groep van ongeveer 7 personen. Zo werden, Eric Duffels, John Getkate, Hans de Vos, Han Bijleveld, Nel Dellebeeke, Mien Pol, Marjon Arends en Aad Duijn, leden van de werkgroep en waren hiermee werkers van het eerste uur. Deze groep kwam op 15 december 1978 voor het eerst bij elkaar. Wij kregen gastvrijheid in het Dercksen-Centrum. Tijdens deze vergadering werden de taken zo goed als mogelijk was verdeeld en werd door

de aanwezigen het startkapitaal bij elkaar gebracht. De afspraak werd gemaakt ééns per maand te vergaderen. De barre winter speelde ons parten waardoor het vergader-schema in de knel kwam. Het waren niet alleen de weersomstandigheden waarmee wij te kampen hadden. Het was teleurstellend dat er zo weinig reacties binnenkwamen, terwijl wij van onze kant de collega's hadden geïnformeerd over de stand van zaken, dit in een rondschrijven van 23-1, 5-3, en 18-3-1979 jl. Van de kant van de spv-en in opleiding hadden wij wel veel belangstelling, en werd er spontaan geld overgemaakt.

Positief was ook de deelname van intramurale zijde, Henny Bijlsma namens de 3 noordelijke provincies, later kwam Henny Huis in 't Veld uit dezelfde hoek. Het bleek voor de leden van de werkgroep uit het Noorden des lands toch bezwaarlijk om Amsterdam als vergaderplaats te hebben. Er werd plek gevraagd in de Hogere School voor Gezondheidszorg in Leusden hetgeen welwillend werd toegestaan. Over het geheel genomen kan worden gezegd, dat wij stap voor stap vooruit kwamen. Moeizaam ging het allemaal. Om voor het einde van het jaar tot oprichting van de vereniging te kunnen komen moest nog heel wat werk worden verzet. Het resultaat is, dat wij binnen die termijn, met de hakken over de sloot het maar net hebben gehaald. Hier wil ik het bij laten.'

Aad Duijn.- Leidschendam,
11 November 1979.

Aanleiding om dit boek te gaan schrijven is het twintigjarig jubileum van de beroepsorganisatie. De baanbrekers naar de beroepsvereniging zijn reeds aan het woord geweest. Nu is de beurt aan de eerste voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.



*'Ik ben iemand die vooral in
grotere structuren denkt'*

Hans de Vos

Hans de Vos (1949) kwam tijdens zijn intramurale ervaringen als psychiatisch verpleegkundige al met sociaal psychiatische aspecten in aanraking. Het was dan ook bijna vanzelfsprekend om de MGZ-GGZ opleiding te gaan volgen. Omdat hij zich al spoedig bewust was van de noodzakelijke voorwaarden, om het vak van sociaal psychiatische verpleegkunde goed uit te kunnen oefenen, sloot hij zich aan bij de werkgroep ter voorbereiding van de beroepsvereniging. Zijn interesse ging echter nog verder, vandaar dat hij zich met de plaatselijke en regionale politiek ging bemoeien. Dat doet hij tot op heden nog steeds, naast zijn baan als coördinator van de crisisdienst. Na twintig jaar is zijn inbreng nog regelmatig te horen op de ledenvergaderingen van de NVSPV. Hoe kan het ook anders als je de eerste voorzitter bent geweest!

Vermaatschappelijking beginjaren zeventig in Apeldoorn

De overweging om de SPV opleiding te gaan volgen, had te maken met het feit dat ik niet in het psychiatisch ziekenhuis wilde werken. Ik wilde dat patiënten buiten de muren van de inrichting zouden kunnen blijven, daar had de SPV een belangrijke rol in. Het instituut waar ik destijds werkte (Apeldoorn) ging ook uit van die gedachte. Daar werd bijvoorbeeld al heel vroeg (ik werkte er van 1966

tot 1977) geëxperimenteerd met het verplaatsen van patiënten en personeel van chronische afdelingen naar de stad. Vermaatschappelijking werd bij ons toen al gebezigd, opnamevervangende dagbehandeling was een term die wij niet kenden, maar we deden het wel. Er waren 150 mensen met een opname-indicatie maar die lieten wij thuis. Zij konden dag en nacht, zo vaak als ze wilden, een beroep doen op een sociaal psychiatische afdeling van de kliniek. Daar werkten 11 fulltime SPV-en, een fulltime psychiater en een parttime psycholoog. Dat kun je vergelijken met opnamevervangende dagbehandeling of met psychiatisch intensieve thuiszorg. Omdat de financiering in die tijd zo star was, werd dit afgeschaft. Ik ben als SPV begonnen bij de, destijds traditionele, gezinsverpleging waar voornamelijk patiënten verbleven met de diagnose schizofrenie (150 mensen kregen zorg in die vorm). Zij werden in een vreemd milieu geplaatst en de SPV begeleidde die cliënt en het gastgezin.

Onderhandelen over arbeidsvoorwaarden is iets voor de vakbond

Ik ben actief geweest in de voorbereidingswerkgroep ter oprichting van de NVSPV. Ik ben er pas in tweede instantie bij gekomen want Eric Duffels was de kartrekker. Ik werkte in die periode net enkele jaren bij

een sociaal psychiatrische dienst, via een stagiaire hoorde ik van het initiatief, waarna ik me heb aangemeld. Ik was boos vanwege de ontwikkelingen bij de NVAGG, dat vormde mijn belangrijkste drijfveer. Alle arbeidsvoorwaarden kwesties werden binnen de NVAGG geregeld. Voor onze groep gold dat het ging om een werkgroep platform SPV-en en de werkgevers van de SPD-en (de latere Riagg's). Ik ben iemand die vooral in grotere structuren denkt. Ik ben gemeenteraadslid geweest tot januari jl. en actief als bestuurslid van een politieke partij in de provincie, ik regel samen met nog iemand de campagnes. Gezondheidszorg is altijd mijn aandachtsgebied geweest op gemeentelijk en landelijk niveau. Ik neem deel aan verschillende werkgroepen waaronder die voor de regionale indicatiestelling en de wet voorzieningen gehandicapten. Ook toen al (1977) was ik van mening dat arbeidsvoorwaarden niet op het niveau besproken dienden te worden, waarop dat gebeurde. We hebben vakbonden om dit soort zaken te regelen. Ik ging (en ga) er vanuit dat beroepsgenoten per definitie niet de mensen zijn om zich daarmee bezig te houden. Daar is men niet geschikt voor, wel om gegevens aan te leveren, maar je mag toch niet veronderstellen dat beroepsgenoten geschikt zijn om deze onderhandelingen te voeren? In die tijd, binnen dié structuur (dat platform) zeker niet, ik heb me daar altijd tegen verzet. Ik heb me er sterk voor gemaakt een beroepsvereniging te ontwikkelen die zich met de inhoud zou bezighouden, en aansluiting zou zoeken bij een vakbond. De arbeidsvoorwaarden regeling moest aan de vakbond uitbesteed worden. Zo is het ook gebeurd. In de beginperiode was het zelfs zo dat je alleen maar lid kon worden van de NVSPV als je ook lid werd van de AbvaKabo, waar de vereniging een contract mee had. Dat is later losgelaten en dat was natuurlijk

prima, want er waren ook mensen die wel lid wilden worden van de vereniging maar niet van de AbvaKabo omdat men zich niet aan deze bond wilde verbinden, of liever een bond van een andere signatuur had.

De eerste drie jaren waren vooral bedoeld om de structuur van de vereniging neer te zetten, dat hadden we zo afgesproken. We wilden een structuur ontwerpen waarin geopereerd kon worden. Als dat tot stand was gebracht zouden anderen het overnemen om te gaan werken aan de inhoud. Het is natuurlijk heel gevaarlijk om als pionier of oprichtingsbestuur te blijven zitten, dat vonden we geen goede zaak. In het begin was het erg lastig om mensen gemotiveerd te krijgen om naar ons toe te komen. In de loop van de tijd is dat wel veranderd. Nu is er een behoorlijk aanbod van mensen die zich wel inzetten, in de beginperiode was dat echter heel anders. Eén van de belemmeringen was bijvoorbeeld om in het openbaar te moeten spreken, dat durfde niet iedereen. Onderhandelingen voeren met vakbonden of ministeries waren zaken waar mensen niet om stonden te springen. In die tijd waren we ook al druk met de organisatie van externe contacten. Zo hadden we heel intensief contact met de persoonlijk adviseur van Van Londen. Die man was zelf zwaar lichamelijk gehandicapt en zijn vrouw ook. Hij had veel waardering voor verpleegkundigen. Hij had aan den lijve ervaren wat het was om verzorgd te moeten worden door verpleegkundigen, in dit geval wijkverpleegkundigen, en van daaruit kon hij makkelijk de lijn doortrekken naar SPV-en.

Waar blijft het sociale van ons beroep?

Ik vind dat het bestuur van de NVSPV de inhoud van het werk niet voldoende uitdraagt.

Het stagneert naar mijn gevoel ergens, ik kan me indenken dat dit met externe factoren te maken heeft. Ik ben bezorgd over de ontwikkelingen van het beroep. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de opkomst van de Verpleegkundig Specialist dan denk ik dat dit een bedreiging is voor SPV-en. De clustervorming en de MFE vorming en het oprukkend medisch psychiatrisch denken, dat zijn zaken waar ik me zorgen om maak. Het sociaal psychiatrisch gedachtegoed dreigt hierdoor ondergesneeuwd te worden. Op het moment dat er gesproken werd over ons beroep als een functie, werd de 'S' steeds vaker tussen haakjes geplaatst, alsof we inwisselbaar waren/zijn met psychiatrisch verpleegkundigen, ledere keer weer opnieuw moeten verpleegkundigen, en ook de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, hun terrein afbakenen en bewaken. Zodoende moeten wij als volledige verpleegkundige beroepsgroep, ons telkens opnieuw bewijzen, dat doet geen enkele andere beroepsgroep. Als je arts bent dan ben je arts, ook al verandert de opleiding 80.000 keer, dat geldt ook voor psychiaters. Nee, het zijn de verpleegkundigen die zich telkens weer opnieuw moeten verantwoorden. Waar het gaat om de SPV-en vind ik dat het bestuur daar niet voldoende streng in is. We laten maar een beetje met ons doen. Ik denk dat we extern krachtiger aan de bel moeten trekken, er is tenslotte al heel veel in de breedte geïnvesteerd. Neem nu bijvoorbeeld ons profiel, dat liegt er toch niet om? Ik heb dat aan menig psychiater laten lezen, en die waren daar jaloers op omdat zij zoiets niet zeiden te hebben. Hoeveel werk is er niet in gaan zitten om dat profiel neer te zetten en daar wordt weinig mee gedaan. Het profiel is goede P.R., daar moeten we de boer mee opgaan, lobby werk verrichten bij het ministerie, bij mensen die het GGz beleid neerzetten, de politiek moet benaderd worden.

We zijn veel te bescheiden, we moeten de fax meer gebruiken voor persberichten. Negen van de tien keer wordt er niets mee gedaan maar de tiende keer misschien wel en daar moetje het toch van hebben. Het bestuur moet vooral het sociaal psychiatrisch gedachtegoed op allerlei manieren verspreiden, in geschrift, in de politieke lobby, in studiedagen noem het allemaal maar op. Dat is wat de SPV uitdraagt en waar vanuit gewerkt wordt. In de samenwerking wordt dit ondergesneeuwd. Het bestuur moet hierin het voortouw nemen en SPV-en naar het voetlicht brengen die dat gedachtegoed uitdragen. De rol van de opleiding is hierin ook erg belangrijk. Omdat de opleiding niet is gekoppeld aan de werkplek, kan zij een onafhankelijke visie overdragen op de studenten. In het in-service onderwijs is dit niet zo. De opleiding voor B-verpleegkundigen is zo ingericht dat de inhoud van het beroep erg gerelateerd is aan de structuur van het instituut.

Macro economie

en kwaliteit van verpleegkundige zorg

Ik ben al jarenlang stagebegeleider en de theoretische vorming van nieuwe SPV-en stelt mij wat teleur. Er zijn nog steeds van die Hogescholen die werken met modellen als Orem en consorten. In het algemene ziekenhuis kan men daar misschien goed mee overweg maar niet in de ambulante psychiatrie. Er is een tijdje een werkgroep actief geweest om binnen het SPV beroep te werken met het Neuman System Model, een model waarvan ik dacht dat het wel aansloot bij de beroepspraktijk vanwege de systeemaspecten, maar dat is niet doorgezet. Ik krijg studenten van Nijmegen en Enschede maar met Neuman komen ze niet meer. Het verpleegkundige theoretische kader is nog zoekende, lijkt het wel. Wat me ook opvalt van nieuwe collega's is dat ze steeds minder

klinische ervaring hebben en dat vind ik een kwaliteitsverlies. SPV-en die veel klinische ervaring hebben weten hoe te handelen, hoe ze zich moeten opstellen ten opzichte van bepaalde cliënten. De meerwaarde van het SPV beroep vind ik dat je verder leert kijken dan alleen maar de aangemelde patiëntje houdt altijd rekening met het systeem van de cliënt en betreft hen bij de behandeling. Je moet kijken hoe de cliënt zich verhoudt tot zijn of haar omgeving en vice versa. Het meest kenmerkende van ons beroep vind ik zorg en dat staat voor mij weer voor continuïteit. Ik vind dat ook vooral tot uitdrukking komen in het werk bij de crisisdienst. Ik ben onlangs van functie veranderd, ik werk nu als coördinator van de crisisdienst. In de zorg is de crisisdienst een belangrijke continue factor, omdat wij de klanten zowel intern als extern krijgen. We zijn nog druk doende om ons nader te profileren, zo gaan we de continuïteit beperken tot drie maanden. In die korte tijd ben je een soort casemanager om de klant, als de crisis is afgerond, op die plek te krijgen waar hij of zij thuishoort.

Tegenwoordig volgen veel intramuraal werkende psychiatrisch verpleegkundigen, of met welke benaming ze ook aangesproken willen worden want er verandert nogal wat op dat gebied, allemaal cursussen die een beetje 'lijken op'. Cursussen die erop gericht zijn om een deel van het SPV werk te gaan doen, dat maakt hen echter nog geen SPV. Als ik die programma's doorlees dan zie ik dat dit niet te vergelijken is met de MGZ opleiding, alhoewel men in het werkveld wel probeert om hen in te wisselen. De verdergaande extramuralisering juich ik toe, maar dan moetje het personeel ook adequaat toerusten en dat kan niet met een korte cursus. Enerzijds moeten er allemaal mensen komen die het werk van de SPV gaan doen,

anderzijds wordt er beweerd dat SPV-en niet meer nodig zijn. Ik snap het macro-economisch denken vanuit een instelling wel. Verpleegkundigen zijn de makkelijkst te grijpen groep. In mijn regio zie je dat B-verpleegkundigen steeds lager ingeschaald worden, het varieert van 35 tot 45 FWG inschaling. Het is een bewuste strategie om de B-verpleegkundigen minder mondig te maken. Dat past natuurlijk ook bij het medisch model dat steeds meer opgeld doet, daar passen wij als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen minder goed in. In onze regio worden gedachten geformuleerd over twee crisisdiensten die gezamenlijk in één regio opereren, één wordt aangestuurd vanuit de kliniek met het medisch model als uitgangspunt, de ander vanuit de ambulante tak wordt aangestuurd door het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. De klant moet maar uitmaken waar die vindt dat hij het best geholpen wordt. Ik denk dat het wel goed komt maar dat zal nog wel even duren.

Hans de Vos is sceptisch maar toont ook wel enig vertrouwen in de toekomst. Het is hierbij onontbeerlijk om een lange adem te hebben, flexibel en soms ook pragmatisch te zijn, kortom het sociaal psychiatrisch denken en handelen te gebruiken voor de beroepsgroep. De institutionalisering van de sociaal psychiatrische hulpverlening werd in 1961 volledig door subsidie toekenning aan de Sociaal Psychiatrische Diensten. Sinds die tijd bezint de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zich op de taakdefinitie, en de afbakening van het werkterrein. Een beroepsvereniging dient vooral ter ondersteuning van dit proces en is een belangrijk middel om te toetsen hoe groot het draagvlak is bij besluitvorming. Die toetsing was zeker nodig omdat SPV-en, werkzaam in verschillende sectoren en voor verschillende doelgroepen,

behoorlijk uiteen lopende meningen konden hebben over de inhoud van het beroep. Dit werd mede gestimuleerd door bijvoorbeeld de kaderopleiding waarin nieuwe kennis en vaardigheden opgedaan konden worden op verschillende gebieden. In het kader van die opleiding schreef een student een scriptie over de gezinsbehandeling door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

'Dat de SPV oog heeft voor de cliënt en zijn milieu is niet nieuw. Traditioneel richten sociaal-psychiatrische diensten zich op beide, maar milieubegeleiding staat hoog in het vaandel. De achterliggende gedachte is: steunen, de reacties van het milieu opvangen en gunstige voorwaarden scheppen voor de cliënt. Hierin zit een essentieel verschil met gezinsbenadering: niet het individu met symptomen, maar het hele gezin wordt als cliënt gezien. Het doel is een verbeterd functioneren van alle gezinsleden. Hieronder wil ik motieven aangeven waarom ik vind dat de SPV zich op gezinsbehandeling zou moeten richten. Het inzicht dat een probleem veroorzaakt en/of in stand gehouden kan worden in relaties met betekenisvolle anderen impliceert dat behandeling hiervan de beste mogelijkheden kan bieden. De GGZ is in beweging, bezint zich op zijn functie en hulpverleningspakket. Een duidelijk waarneembare tendens is zich richten op gezinsbehandeling. Het is nieuw, weinigen beschouwen zich als deskundig, het is niet gebonden aan een bepaalde discipline: een kans, ook voor de SPV' (Koppert 1976).

In een doctoraal scriptie over het beroep van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, schreef Doeves (1980) 'dat er een sterke beroepsbinding onder SPV-en bestaat, welke de individuele SPV steunt in de dagelijkse praktijk, in die zin dat iedere SPV zich onvoorwaardelijk baseert op de sociaal-

psychiatrische basis.' De ontwikkeling van de beroepsidentiteit kreeg niet voor niets hoge prioriteit bij de start van de vereniging. Er werd onmiddellijk een commissie in het leven geroepen die zich ging bezig houden met het ontwikkelen van een beroepsprofiel. Het zou bijna tien jaar duren voordat het Functieprofiel SPV (1989) verscheen.

De komst van de beroepsorganisatie bood de mogelijkheid om invloed uit te kunnen oefenen op de inhoud van de opleiding, en invulling te geven aan het eigen beroepsdomein - beiden aspecten van professionalisering. Maar gebeurde dit ook, want waaruit bestond die sociaal-psychiatrische basis?

De koepelorganisatie Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg schreef (onder andere) de Concept- nota Kwalitatieve normering 'Sociaal- psychiatrische begeleiding' als onderdeel van de hulpverlening aan volwassenen (NVAGG 1983). Het was een deel van de reeks onderzoeken naar verschillende soorten van aanpak binnen de AGGZ. Van grote importantie is de uitspraak over het uitgangspunt bij de hulpverlening. De NVAGG stelde in deze nota:

'Bij sociaal-psychiatrische begeleiding wordt uitdrukkelijk - en vaak in de eerste plaats - gewerkt vanuit het 'ziektemodel'. Aan iedere vorm van sociaal- psychiatrische begeleiding gaat een vaststelling van (diagnose) vooraf van de - beperkte - mogelijkheden tot veranderen bij de hulpvrager als individu en van een eventueel daaraan ten grondslag liggende, herkenbare psychiatrisch ziektebeeld. Vervolgens zal met bijzondere aandacht gekeken worden naar het hulpvragende systeem en zijn bredere sociale omgeving. Het 'zorg'aspect maakt ook een wezenlijk onderdeel uit van sociaal- psychiatrische begeleiding binnen de AGGZ (...) het is vaak het bepalende kader van de sociaal-psychiatrische begeleiding. Kerndisciplines worden

gevormd door de psychiater en SPV, de psycholoog en maatschappelijk werkende kunnen een belangrijke bijdrage leveren' (NVAGG 1983:5). In dezelfde nota werd vermeld dat de benadering in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, sterk individu-gericht is, 'althans op een benadering waarbij het individu en zijn (on)mogelijkheden op de eerste plaats komen en eerst in tweede instantie wordt gekeken naar dat individu in relatie tot zijn (directe of indirecte) sociale omgeving. Hoewel de systeemtheorie de ogen heeft geopend voor relatie- en systeem-behandeling en beïnvloeding van het individu middels zijn sociale omgeving, heerst in de AGGZ het primaat van het individu en zijn mogelijkheden en blijft het ideaal van iedere behandeling dat individu zo onafhankelijk mogelijk te maken van zijn omgeving'. In de nota wordt uiteengezet wat de uitgangspunten vormen om te werken vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Desondanks heeft men gemeend te moeten stellen dat 'uitdrukkelijk vanuit het ziekte-model gewerkt wordt'. Men ging voorbij aan het feit dat in de sociale psychiatrie rekening

wordt gehouden met de 'psychiatrische' diagnose, maar daar nooit primair vanuit gaat. Er wordt niet gewerkt vanuit het ziektemodel. In de nota werd ook gesproken over de relatie van geestelijke gezondheidsproblemen met de sociale en culturele situatie waarbinnen zij zich voordoen. Er was, zij het summier, nog iets terug te vinden van het sociaal psychiatrisch gedachtegoed waaraan de hulpverleners hun normen ten aanzien van begeleiding en behandeling ontleenden. De verleiding is groot om een lineair verband te zien tussen deze uitspraken en de wijze waarop SPV-en hun werk vanaf die tijd vorm geven; klachtgericht werken bij individuen. Het zou echter diepgaander onderzoek vergen om hierover uitspraken te doen. Frappant is echter wel dat anno 1999 veel SPV-en zich afvragen op welke wijze zij nog vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed kunnen werken. Wederom wordt er gediscussieerd, ditmaal in het Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding over de beroepsstructuur en uitoefening van taken.

De omgevingsfactoren van de NVSPV

Offerhaus (1993) waarschuwde voor een totale institutionalisering van de ambulante hulp als organisatievorm, omdat hierdoor het eigenlijke doel, 'mensen die hulp nodig hebben daadwerkelijk bereiken', uit het zicht zou verdwijnen. Discussies en maatregelen over organisatievormen, institutionalisering, subsidieregelingen en dergelijke, hebben niet alleen verstreckende gevolgen voor cliënten maar ook voor beroepsgroepen, dat was zo en dat is in de loop der jaren niet veranderd. Nog meer is dit het geval als het gaat om het uitdragen van een bepaalde werkwijze

die enerzijds - vanwege de historische context - verbonden is aan een bepaalde organisatievorm, maar daar anderzijds ook volledig los van staat. In het tweede hoofdstuk is uitvoerig beschreven wat het betekent om 'in' en 'vanuit' de sociale psychiatrie te werken. Volgens Bakker e.a. (1994) kreeg de sociaal psychiatrische werkwijze pas echt gestalte in de jaren vijftig door middel van het afleggen van huisbezoeken en het houden van spreekuren. Inhoudelijk werd tijdens de huisbezoeken - de primaire verantwoordelijkheid van de SPV - steun geboden door het

bedenken en aandragen van oplossingen bij praktische problemen. In wetenschappelijke kringen werd het sociaal psychiatrisch werk beschreven als 'brandjes blussen en puin ruimen', pas in 1960 werd aan de universiteiten aandacht besteed aan 'sociale psychiatrie'.

De Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen besteedde aandacht aan de inhoud van het beroep, zeker nadat bij de Riagg vorming (1982) verschillende disciplines toetraden en er multi-disciplinaire teams ontstonden. Tijdens een studiemiddag van de beroepsorganisatie (mei 1984), over de beroepsverantwoordelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelde Harmke de Graaf, een van de inleiders: 'Zoals iedereen die hier aanwezig is weet zijn er binnen onze beroepsorganisatie al vele malen discussies geweest over de identiteit van ons beroep. Deze discussies zijn belangrijk om tot een verdere profilering van ons beroep te komen, en na te gaan in hoeverre het mogelijk is om de status van verpleegkundig specialist te verwerven' (NVSPV Syllabus bijlage Bulletin 14, 1984). De zoektocht naar het verpleegkundig specialisme in de GGz is overigens nog steeds gaande. Tijdens dezelfde studiemiddag sprak mevrouw Nieland, B-nazorger en inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, zij gaf haar visie op de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige: 'de SPV heeft als kerninhoud van haar/zijn beroep het beiden van integrale hulpverlening aan de cliënt en/of het cliëntstelsel bij psychosociale en psychopathologische problematiek, daarbij gebruik makend van haar/zijn kennis over de lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van de mens. De SPV is hierdoor een sleutelfiguur binnen de GGz. (...) De SPV

onderscheidt zich van andere verpleegkundigen omdat de cliënten-populatie en de benadering anders is dan in de andere delen van de gezondheidszorg. De SPV kan bij bepaalde cliënten een belangrijke invloed uitoefenen op het genezingsproces, terwijl bij andere cliënten en cliëntsystemen het metgezel zijn (therapeut in de oorspronkelijke betekenis van genezer en metgezel), het ondersteunen en optimaliseren van de leefsituatie, het enige mogelijke is' (NVSPV 1984:24). Omdat de cliënten die de Riagg bezochten een andere vraag hadden, veranderde de begeleidende taak steeds meer in een behandelende taak. Omdat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige de grootste beroepsgroep was in de Riagg, had dit ook consequenties voor hun taakuitoefening. Discussies hierover werden veelvuldig gevoerd en niet in de laatste plaats omdat hierdoor legitimatie werd gevonden voor salaris onderhandelingen. De komst van de beroepsvereniging en de wijze waarop de samenwerking met de vakbond was geregeld, moest de vereniging in staat stellen beide onderwerpen gescheiden te behandelen. De vereniging riep verschillende commissies in het leven die zich bezig hielden met een scala aan onderwerpen. Enkele hiervan waren; de commissie die zich bezighield met het schrijven van een profiel, er waren mensen die contacten onderhielden met de vakbond, een commissie voorbereiding studiemiddagen, de commissie studentenbelangen en een commissie opleidingen.

De relatie die inmiddels was ontstaan tussen theorie en praktijk - de heer Duffels vertelde over het overleg dat plaatsvond met de MGZ opleidingen en de kaderopleiding EMGGZ - werd volgens Doeve (1980) vooral gestuurd door de ontwikkelingen in de praktijk. De opleidingen hielden vooral rekening met

de eisen en doelstellingen van instellingen en sectoren (jeugd, volwassenen en ouderen) in de ambulante psychiatrie waar de grootste groep SPV-en werkzaam was. Andere sectoren waar ook mensen kwamen met geestelijke gezondheidsproblemen, zoals de verstandelijk gehandicapten zorg, forensische psychiatrie, verslavingszorg en kinderbescherming kregen weinig tot geen aandacht. In de extramurale of ambulante psychiatrie had men de handen reeds vol aan mensen met complexe psychiatrische en psychosociale problemen. Terence Simon (1963) werkt in Amsterdam bij de ambulante GGz, onder andere in het crisisteam, hij is ruim een jaar sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Uit het gesprek met hem kwam naar voren dat de werkzaamheden van SPV-en na twintig jaar nog steeds bestaan uit een combinatie van psychiatrische en psychosociale hulpverlening.

Naast de crisisinterventie werk ik veel met illegalen en af en toe met TBS veroordeelden. Voor de eerste groep moet je ontzettend veel praktische zaken regelen en dat is moeilijk bij illegalen. Schuldsanering is een van de belangrijkste onderdelen van mijn werk. Je weet dat als dat probleem is opgelost de mensen geen psychische klachten meer zullen hebben. Helaas hebben we weinig steun van het maatschappelijk werk in deze situaties. Zij zouden eigenlijk actief moeten zijn in deze vorm van hulp maar dat gebeurt niet, het is natuurlijk niet aantrekkelijk en dan zie je dat de Riagg het moet opknappen, terwijl een groot deel van het werk makkelijk door anderen gedaan zou kunnen worden.

Het is verbazingwekkend tijdens het napluisen van allerlei zaken hoe vaak bepaalde onderwerpen niets aan actualiteit ingeboet

lijken te hebben. In de Syllabi, letterlijke verslagen van de lezingen die tijdens de studiemiddagen gehouden werden, komen verschillende onderwerpen aan de orde. Thema's uit de tijd waren: de beroepsverantwoordelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de crisisdienst, religie, multi-culturele hulpverlening en geriatrie zorg. Het is een kleine greep uit een enorme reeks onderwerpen waar de afgelopen 20 jaar aandacht aan besteed is. Dezelfde thema's spelen een belangrijke rol in de huidige hulpverlening. Dat geldt ook voor domeinafbakening, taak invulling, collegae disciplines in de GGz en opleidingsvraagstukken. Het verenigingsblad van de NVSPV - bij aanvang in 1980 nog zonder naam en het jaar daarop Bulletin geheten, vervolgens Plektrum (1987) en tenslotte Sociale Psychiatrie (1994) - geeft de ontwikkelingen weer die het beroep in al die jaren heeft doorgemaakt. Zo ook het aftreden van Frans van Vugt als bestuurslid van de beroepsvereniging. Ter gelegenheid hiervan werd hij geïnterviewd. Een van de vragen was: 'Hoe denk je dat de NVSPV er in het jaar 2010 uit zal zien?' Omdat dit moment nog maar 10 jaar verwijderd is volgt hier zijn antwoord: 'Ik denk dat we een behoorlijke stem zullen krijgen om te bepalen welke opleidingen wel en welke geen bestaansrecht zullen hebben. Ik denk dat de NVSPV een belangrijke gesprekspartner zal zijn en medezeggenschap zal hebben. Het zou me niet verbazen als de SPV zich pas SPV mag noemen, als de beroepsvereniging daartoe besluit, dus dat er beroepsbescherming komt' (Bulletin nr. 21 1987:24). Voordat verder ingegaan wordt op de vooruitziende blik van de heer Van Vugt komt hij eerst zelf aan het woord.



*'Ik zal nooit een computer uit elkaar halen
zonder eerst te kijken of de stekker er wel in zit'*

Frans van Vugt

Frans van Vugt, geboren in 1951 wordt nog altijd aangetrokken door zaken die in eerste instantie mysterieus lijken. Mysteries moeten volgens Frans met 'gewone mensen verstand' en kennis van zaken benaderd worden. Voeg hier de elementen trouw, loyaliteit en een 'overdreven verantwoordelijkheidsgevoel' aan toe, en zie daar een niet weg te denken kracht voor de NVSPV verschijnen. Nog voor de vereniging officieel werd uitgeroepen was Frans actief. Vervolgens is hij secretaris van het bestuur geworden, heeft hij het meldpunt voor werkzoekende SPV-en opgericht, is vanaf haar bestaan actief lid van de redactie van het vakblad, systeembeheerder van de vereniging en heeft de onlangs de commissie Zelfstandig Gevestigde SPV-en in het leven geroepen. Hij beheert het administratiebureau van de NVSPV en voert samen met zijn partner Joke alle werkzaamheden uit die nodig zijn om de zaak draaiende te houden.

Gewone alledaagse dingen doen, daar gaat het om.

Ik heb het beroep van verpleegkundige gekozen omdat ik onderdak nodig had. Ik ben gestart met een technische opleiding, toen ben ik via het patronaat in het buurt-huiswerk terechtgekomen. Dat initiatief was zo geslaagd dat er beroepskrachten voor

aangetrokken werden waardoor ik zonder werk kwam. Ik was toen zo'n jaar of 18, 19. In die tijd hoorde ik dat je op de RPI in Eindhoven met mensen kon werken en een opleiding kon volgen en dat je intern ging, dus ook nog onderdak had (1970). In feite ben ik toen in het beroep blijven hangen. Natuurlijk zat er ook de gedachte achter dat ik met mensen wilde werken. Dat ik voor de B en niet de A koos heeft te maken met mijn voorkeur voor mysterie. Ik had elektrotechniek gedaan en dat is mysterieus, toveren, en psychiatrie is dat ook. Bovendien werd je daar niet afgerekend op je parate kennis. Er stond veel ter discussie, er was nog een hoop onontwikkeld. In die zin paste dat ook bij mij, want als er iets is dat ik graag doe, is dat praten en discussiëren. Vooral in de psychiatrie kon dat heel goed. Ik had er wel last van dat mensen weggestopt werden in de bossen waardoor ze nog meer last kregen van het hospitalisatiesyndroom. Ik kan me herinneren dat ik een keer op een afdeling een dansavond organiseerde. Ik nam mijn eigen pick-up mee. Dat bleef niet zonder gevolgen want ik had gedanst met vrouwelijke cliënten en dat kon een heleboel betekenen. Ik dacht er alleen maar aan om de mensen te brengen wat wij in de maatschappij hadden als we een avondje gingen dansen. Een andere gebeurtenis die me nog is

bijgebleven: een bewoner van één van de chronische afdelingen stond 's ochtends altijd mopperend op. 'Wat heb ik nu aan het leven, het is eten, poepen en slapen. Was ik maar in de baarmoeder gestikt'. In die tijd was er een liedje van Jaap Fischer over de doodskist. Ik heb toen weken lang een cassette recorder meegenomen en dat liedje iedere morgen bij hem afgespeeld. Toen hij het na een tijdje doorhad lachte hij zich een krik en had hij plezier bij het opstaan. Dat vond ik leuke dingen van het werk, dat waren voor mij de krenten uit de pap. Die ruimte was er eigenlijk alleen maar omdat het een chronische afdeling was. Daar kreeg je veel vrijheid, er waren twee verpleegkundigen op honderd mensen. Er gebeurde verder niets met die bewoners, ze kregen geen enkele behandeling. Mensen werden alleen bekeken als ziektebeeld, dat was in die tijd nog zo. Humor in het werk brengen en gewone alledaagse dingen doen dat vond ik belangrijk.

Alternatief op klompen, die veel van alles wil weten

Na de B-opleiding - ik had al snel het gevoel dat ik beknot werd in mijn mogelijkheden - ben ik direct gestart met de MGZ-opleiding (1974). De keuze voor de SPV-opleiding had te maken met het feit dat ik carrière wilde maken, maar ook omdat ik nieuwsgierig was. Ik was benieuwd hoe het zat met het eigen milieu van mensen en wij mochten dat niet onderzoeken, dat deed de psychiater. Mij was verzekerd dat ik als SPV wel onderzoek mocht doen naar het milieu. Ik heb me ingeschreven in Breda, dat was op de Sociale Academie Markendaal. Het was de tijd van alternatieve dingen zoals de Gestalttherapie, dat was in (en goed voor je eigen therapie). Veel stond toen in het teken van je eigen groei en ontwikkeling. Ik kan me herinneren

dat ik examen deed en klompen droeg want ik behoorde tot de alternatieve club. De examinerator wilde me geen voldoende geven omdat ik klompen aanhad. Toen hebben ze nog moeten vechten omdat ik met klompen misschien ook wel een goede hulpverlener kon worden. Het was natuurlijk een turbulente periode, we waren druk doende om allerlei grenzen te verleggen. We hebben de Sociale Academie bezet omdat de studiebeurzen ingetrokken zouden worden. Dat paste in de cultuur en dat paste ook bij mij, ik wilde het anders doen dan iedereen. Ik vond het een goede opleiding. Er waren heel veel gastdocenten. Een kinderarts Schwaab heeft toen veel indruk op me gemaakt. Er waren ook andere mensen uit de praktijk van de toenmalige SPD. Zij boden iets aan en daar moest je zelf mee aan de slag. Je kon daar een eigen invulling aan geven, je ging vragen stellen en onderzoek doen, dat vond ik erg belangrijk. Aan verpleegkundige aspecten zoals diagnostiek en rapportage werd veel aandacht besteed.

Ik hield niet van peuteren en was daar ook niet voor opgeleid

Na de opleiding heb ik me korte tijd sociaal psychiatrisch werker genoemd. Het feit dat je de opleiding op een sociale academie volgde, waar ook maatschappelijk werkers werden opgeleid, heeft daar mogelijk iets mee te maken gehad. Natuurlijk ook omdat je maar beperkt informatie had over wat het beroep nu écht inhield behalve ambulant werken, wat maatschappelijk werkers ook deden. Die tijd heeft echter maar kort geduurd.

In Utrecht was een crisiscentrum en daar werkten vooral maatschappelijk- en cultureel werkers. Ik solliciteerde op een vacature maar werd afgewezen. Men attendeerde mij op een vacature bij de SPD. Ik werd aangenomen,

en daar is de moeder van hulpverlening voor mij ontstaan. Dat was Ema Tuerlings, die werkte daar, van haar heb ik het vak geleerd. Na een maand ingewerkt te zijn werd ik in het crisisteam gezet waar ik eerst was afgewezen. Er was een experiment gaande in Utrecht met de Paaz Overvecht en de SPD. Zij wilden samenwerken onder de naam Algemeen Opvangcentrum (AOC). De bedoeling was dat iedereen daar kon komen (het was eigenlijk een voorloper van wat nu de MFE is) en daar werd gekeken welke hulp iemand nodig had. Dat kon psychosociaal of sociaal psychiatrisch zijn, dat maakte niet uit. Als achterland was er een opname mogelijkheid en een behandelcentrum voor dagbehandeling. Financieel bleek het niet haalbaar dus het ging toen niet door. Uiteindelijk kwam er toen een SPD-filiaal waar we met zijn drieën werkten. Je was consulent voor de klinische afdeling, ik was verbonden aan de behandelafdeling. Een soort therapeutische gemeenschap opzet met groepen. De gelijkwaardigheid was een belangrijk uitgangspunt. In die tijd was dat erg grensverleggend en dat trok mij. Als er iemand opgenomen moest worden en ze wisten niet zeker of die persoon suïcidaal was, moest ik een huisbezoek doen. Ik kan me de kritiek nog herinneren omdat ik altijd naar voor mij specifieke dingen keek. Ik lette bijvoorbeeld op de was die nog vochtig was en te drogen hing, of alles was opgeruimd, zonder een dwangmatige indruk achter te laten. Ik concludeerde daaruit dat iemand niet suïcidaal was omdat de zelfzorg en de zorg voor het huishouden in orde waren. Ik kreeg de naam dat ik aan de meubels kon zien of iemand suïcidaal was. Ik probeerde dit natuurlijk ook omdat ik op deze manier een andere kant wilde belichten, namelijk de gezonde krachten in mensen. Het was

een leerzame situatie omdat er een brug werd gevormd tussen het klinische en ambulante veld.

Daarna ben ik in het crisiscentrum terechtgekomen. Cliënt- en systeemgericht werken waren erg belangrijk: eigen verantwoordelijkheid waar het kon en overnemen waar nodig. Het aardige vond ik dat ik veel chronische crisissen had, dat werd me ook wel kwalijk genomen. Ik kon lang een draadje vasthouden met mensen, ik voerde zo'n vijf à zes gesprekken en dan zag ik ze een jaar niet meer. Bij crisissen gaat het niet om gepeuter maar om te kijken naar de situatie van dat moment, alles lag als het ware voor het oprapen. Ik hield zelf niet van peuteren en ik had dan ook weinig affiniteit met collega SPV-en die therapeut wilden worden. Ik vond dat je daar niet voor opgeleid was. Je bent er voor de psychiatrische patiënten, werkend in de sociale context. Niet om iets op te rakelen waar ze in eerste instantie helemaal geen last van hebben - daar ben ik overigens genuanceerder over gaan denken. Bovendien vond ik het saai: het is meer van hetzelfde en er zit geen actie in. Ik vind dat je in het werk concreet moet blijven. Dat je handvatten moet zoeken bij de aanleiding van problemen. Waar ik nog steeds sterk in geloof is dat wanneer iemand toe is aan groei je je oren en ogen moet openhouden. Dat je dat moet vastpakken. Dan geef je mensen het gevoel - en het vertrouwen - terug dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen. Op die manier gaan mensen hun eigen groei-proces volgen. Bij peuteren had ik nogal eens het gevoel dat oude dingen werden opgehaald en dat niet duidelijk was voor wie men dat deed, en dat het afhankelijkheid bevorderde.

Boodschappen zijn zo ingewikkeld als je ze zelf maakt

Die afhankelijkheid bestond aanvankelijk in het crisiswerk ook, maar je liet je cliënt ook weer los. Hoewel er een zekere mate van routine ontstond, kon je iedere keer weer iets anders bedenken. In het team legde je verantwoording af maar verder was je zelfstandig aan het werk. Crisisinterventie bestond voor 50% uit psychiatrie en voor 50% uit andere acute zaken. Die combinatie vond ik aantrekkelijk omdat je van normale acute problematiek bij redelijk functionerende mensen een heleboel kunt leren. Die aspecten kon ik vaak gebruiken bij psychiatrische problematiek. Veel onderzoeken zijn gedaan in oorlogssituaties omdat alles zo extreem en zuiver naar voren komt. In de 7x24uurs dienst vond ik dat terug, je kon hele extreme of primitieve reacties zien bij mensen met een heel ingewikkelde boodschap. Daarnaast is het zo dat de boodschap zo ingewikkeld kan worden als je hem zelf maakt. Illustratie: Ik heb een keer een cliënt gehad die bedreigd werd door haar partner. Ik heb haar toen in een opvanghuis geplaatst. In het opvanghuis bezocht ik haar en voerde begeleidingsgesprekken. Ik heb nooit aangedrongen op een beslissing, haar de tijd gegeven om zelf te kiezen. Die vrouw heeft toen uit dankbaarheid een trui voor mij gebreid. De therapeut die als consulent was aangesteld, heeft me helemaal onderuit gehaald toen ik van de trui vertelde. Die vond dat ik dat niet had mogen aannemen. Hij had het over overdracht en tegenoverdracht. De boel werd geanalyseerd, wat de symboliek was van die zelfgebreide trui, daar ik werd doodmoe van. Ik vind dat je mensen niet de mogelijkheid mag ontnemen om 'dank je wel' te zeggen. Zulke zaken hebben er wel toe geleid dat ik tegen mijn natuur in ben gaan handelen. Zo gebeurde ook een

keer iets waar ik nog steeds spijt van heb. Er was eens een cliënte die vijftien keren met een R. M. opgenomen was geweest in hetzelfde instituut. Zij wilde daar niet weer naartoe omdat ze vond dat ze daar niet serieus genomen werd. Ik heb toen moeten praten als Brugman om haar in een ander instituut opgenomen te krijgen. Dat lijkt me ook een nadeel van de huidige MFE, dat de consument geen keuze heeft. Bij deze vrouw is het toch gelukt om haar elders te plaatsen. Ze heeft me daarna een keer geschreven om me te vertellen hoe goed dat haar had geholpen. Op het station werd ik later aangeklampt door een vrouw die ik niet herkende als die cliënte, omdat ze een stuk dikker was geworden. Ze kwam heel enthousiast op me af en omhelsde me. Ze hielp me mijn geheugen op te frissen en wilde graag een kopje koffie met me drinken. Ik heb dat toen afgeslagen omdat ik bang was dat ik kritiek zou krijgen. Toen ik het in het team vertelde werd dat bevestigd. Tot op de dag van vandaag heb ik er spijt van. Dat noem ik dus therapeuten gedoe. Ik zie natuurlijk wel dat er zich problemen kunnen voordoen in zo'n situatie. Ik heb daar ook veel aandacht voor gehad in mijn werk, maar je bent een professional en hebt hiervoor de nodige training gehad. Daarom is het ook zo belangrijk dat opleidingen niet alleen bezig zijn met het overdragen van kennis. Leren van wat er op zo'n moment omgaat tussen jou en een cliënt. Dat kunnen hele intieme momenten zijn. Je eigen intimiteit speelt daar een rol in. Dat moet je niet verstoppen maar gebruiken. Zonder dat het een instrument wordt om dingen in beweging te krijgen. Daar heb je supervisie voor nodig en niet alleen kennisoverdracht.

Ervaringsdeskundige

Ik ben zelf psychotisch geweest, ik ben dus

een ervaringsdeskundige zoals dat nu heet. In die tijd heb ik geleerd dat je niet bang hoeft te zijn voor psychoses, hoewel de mijne natuurlijk niet alle psychosen zal vertegenwoordigen. Ik werd opgenomen en zat tussen cliënten want ik was er zélf één. Dat is ook zoiets, als je als hulpverlener in de problemen komt zakt je hele wereld in elkaar. Ik ben altijd erg goed geweest in het opbeuren van mensen. Ik zag in dat zodra ik zelf iets nodig had, ik mezelf op wilde beuren. Als je dat doet, flikker je natuurlijk wel op je kont! Wat ik moest leren was om steun te vragen en om mezelf dat te gunnen. Mijns inziens een hulpverleners kwaal, veel hulp geven maar weinig voor jezelf vragen. Goed anderen helpen, terwijl je voor jezelf heel stuntelig gaat zitten doen. Ik heb ervaren dat je in zo'n situatie (als cliënt) sterk de impuls hebt om de boel weer zelf onder controle te krijgen. Dat je hulp nodig hebt maar wel vanuit je eigen start, vanuit je eigen behoefte en je eigen positie. Daarin vind ik vooral de SPV heel sterk. Dicht bij de ervaring of de situatie van de cliënt durven komen. Geen hoge eisen stellen, bij de stappen van de cliënt blijven en daar tevreden mee zijn. Van mijn collega's kreeg ik zo nu en dan een kaartje met de boodschap dat ze me misten. Dat was genoeg, meer wilde ik ook niet want ik schaamde me dood! Toen ik terugkwam heb ik nooit het gevoel gekregen dat ik door die periode niet meer gelijkwaardig was. Dat vond ik sterk van ons crisisteam het aspect van gelijkwaardigheid, dat stond hoog in het vaandel tegenover cliënten. Mijn indruk is dat dit, de cliëntenraden ten spijt, nu niet meer zo vanzelfsprekend is.

***Een overdreven
verantwoordelijkheidsgevoel
als drijfveer***

Voor mij was het onduidelijke van het werk

een motief om de VO beroepsinnovatie te gaan doen (1985). In de opleiding stonden we stil bij de methodische aspecten van het werk. Leren reflecteren op ons werk en benoemen wat dat werk inhield. De insteek was ook: wat je doet is de moeite waard en probeer dat nu eens te beschrijven.

Je moest afstand nemen van je praktijk en je bewust worden van de vaardigheden die je al had, nieuwe vaardigheden aanleren en je werk vooral overdraagbaar maken. Dat vond ik het beroepsverdiepende element aan de opleiding. We maakten wel kennis met andere methodieken ten behoeve van het sociaal psychiatrisch gedachtegoed, ter verdieping en niet persé als uitbreiding. Ik vond dat er weinig aandacht voor het spirituele of religieuze aspect van het leven was terwijl dit onderdeel als een soort mysterie overal doorheen fietst. Vanuit de praktijk op de Riagg werd je weinig aangeboden.

Je moest alles zelf maar uitzoeken, dat vond ik lastig. Intervisie was er bijvoorbeeld niet, er was geen veilige manier om zaken rondom je werk te bespreken. Ik denk dat werkgevers zich veel te weinig realiseren wat ze in huis hebben en wat ze moeten doen om de kwaliteit van het personeel hoog te houden. Het lijkt alleen maar te gaan om productiecijfers en niet om te ondersteunen wat er gebeurt op de werkplek. Blijkbaar kun je die ondersteuning alleen maar krijgen door je te verenigen, daar kun je dit soort zaken wel halen, evenals op een opleiding.

Ik heb vanaf de oprichting in 1979 veel energie gestopt in de beroepsvereniging, en ik vind het nog altijd boeiend. Aanvankelijk was het pionieren en dat vond ik aantrekkelijk, verder hoorde ik ergens bij en dat is prettig. Een aantal mensen heeft goed in de gaten hoeveel werk het is en dat bindt. Bovendien leer ik er veel van, bijvoorbeeld dat Keulen

en Aken niet in een dag gebouwd zijn. Ik zie veel herhalingen en dat zie ik in het hele leven. Ondertussen ontdek je dan toch weer nieuwe dingen. Ik heb veel baat gehad bij het verenigingswerk. Mijn huidige baan heb ik onder andere omdat ik heb geleerd te denken in termen van beleid. Mijn drijfveer is mijn overdreven verantwoordelijkheidsgevoel. Ik was erg huiverig toen er een betaalde kracht werd aangenomen door de vereniging. Professionalisering draagt een zeker risico met zich mee. Je hoeft zelf geen uitspraken meer te doen want dat wordt uitbesteed. In het bedrijfsleven zie je dat ook alles extern wordt geregeld. De goede ideeën komen van zo iemand, en als die vertrekt zakt alles als een plumpudding in elkaar. Ondertussen heeft het veel geld gekost. Uitbesteden kan wel maar je bent zelf verantwoordelijk en dat moet je zo houden. Dat soort mensen mogen nooit het draagvlak worden, ze moeten ondersteunend zijn naar het draagvlak! Ook moet je goed in de gaten houden hoe de zaken zich verhouden tussen vrijwilligers en betaalde krachten. Ik vind het een goede zaak om mensen op projectbasis in te huren om je te ondersteunen, want dat ontslaat je als bestuur niet van de taak om er zelf nog energie in te stoppen en verantwoordelijk te blijven.

Als ik kijk naar de kwaliteit van het bestuur en hoe ze met de dingen omgaan, zie je dat er meer ervaring en knowhow is om zaken aan te pakken. Ze zijn meegegaan in de ontwikkeling. Ik moet er dan ook niet aan denken dat we een bestuur op afstand krijgen want dat zou een doodvonnis zijn. Daar zijn we te klein voor en daarvoor hebben we nog een lange weg te gaan. Ik vind dat er meer druk gezet moet worden op opleidingen. Op één of andere manier vind ik dat zij gedwongen moeten worden om meer met producten voor het beroep te komen. Ik

vind het nog altijd te grijs dat het niet gelukt is dat SPV-en de opleiding moeten afsluiten met minimaal één publicatie. Dat hoort men te doen, dat is professionalisering. Dat opleiden de vrijheid hebben om daar ja, of nee op te zeggen vind ik niet kunnen. Daar moeten we als beroepsorganisatie druk op gaan uitoefenen. Ga als bestuur naar scholen toe en zorg dat mensen uit de vereniging les gaan geven.

Dat is pas P.R., daar kunnen scholen toch geen nee op zeggen? Het initiatief moet volgens mij van het bestuur komen om gastcolleges te willen geven over bepaalde thema's. Zet een poule van inhoudsdeskundigen op waar uit geput kan worden. Schep voorwaarden zodat de condities voor mensen die actief willen worden voor de vereniging, verbeteren. Maak je sterk door contact te zoeken met andere beroepsgenoten in de sociale psychiatrie, de psychiaters bijvoorbeeld. Van werkgevers of politici hoef je niets te verwachten, ze kunnen als kruiwagen dienen maar de inhoud moet je zelf neerzetten. Ondersteun activiteiten die mensen willen ondernemen om het beroep te vernieuwen via het aanschaffen van communicatiemiddelen en het vergoeden van reiskosten. Onlangs heb ik een bijeenkomst belegd voor mensen die informatie wilden over de consequenties van vrijgevestigden. Ik vind dat de vereniging hiermee verder moet gaan, als je iets te bieden hebt dan zie je mensen weer terug. Het blijven organiseren van studiedagen is ook belangrijk, dat bindt ook. Je zult je moeten blijven inspannen zodat mensen ook nog vrijwillig werk willen doen voor de vereniging, dan blijf je ook je eigen baas en heb je een bindende factor. Over dit soort dingen hebben we het natuurlijk ook in de redactie van ons vakblad Sociale Psychiatrie.

Eentechnischecrisisinterventor

De techniek is me altijd blijven lokken.

Mijn hulpverlening combineerde ik met het fanatiek bedrijven van hobby's zoals fotografie en videoproducties en later de toepassing van computertechnieken. Het mystieke van de automatisering en de kans bij mijn werkgever van deze uit de hand gelopen hobby mijn beroep te kunnen maken, deed me besluiten de overstap te wagen. Ik voel me een 'verpleegkundig' automatiseerder door mijn manier van werken. De belangrijkste vaardigheden die ik in het crisiswerk heb geleerd en nu nog steeds gebruik zijn, intermediair zijn en diagnostiek plegen. Crisis-interventie is gestructureerd en planmatig van opzet: mensen komen met een probleem, van tevoren is nooit duidelijk hoe groot het probleem is, ze vragen om ordening, het is namelijk altijd chaos die ze aanbieden. Uiteindelijk doe ik hetzelfde werk maar dan in de automatisering. Ik moet nu ook structureren. Je gaat kijken bij het probleem, je gaat na wie er mee te maken hebben, wie moet je erbij halen om het probleem de volgende keer de baas te kunnen, dat zet je in een plan en dat evalueer je. Als mensen er mee verder kunnen is dat goed en als ze de volgende keer weer vast lopen dan komen ze weer. Als je er niet mee verder kunt dan moet het plan worden bijgesteld zodat het wel bijdraagt tot een oplossing. Je sluit af en wacht op het volgende probleem. Het zijn ook altijd mensen die met een probleem komen, nooit machines. Dat zag je in de crisisinterventie ook, dan hadden de burens problemen of was er een lichamelijk probleem waarvoor een technische ingreep nodig was. Dat is bij de automatisering uiteraard ook zo. De vertaalfunctie van hoe je die middelen gebruikt en hoe je beleid omzet naar praktische toepassingen, gebruik ik

nog steeds. In de crisisdienst gebruikte ik de vertaalfunctie vooral in het eigen milieu, maar ook naar de sociale dienst of naar je eigen collega's omdat je daar ook de zaken heel concreet moest inbrengen. Helder, praktisch, gestructureerd en overdraagbaar werken dat is nodig. Ik zal nooit een computer uit elkaar halen zonder eerst te kijken of de stekker er wel in zit.

Van Vugt had in 1987 het idee dat in 2010 de beroepsorganisatie 'een behoorlijke stem zou krijgen om te bepalen welke opleidingen wel, en welke geen bestaansrecht zullen hebben'. De Kamer van verpleegkundigen (COOSPV) voor het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleidingen, waarin alle beroepen in de GGz een kamer bezetten, bestond toen net een jaar. Het Centraal Orgaan Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen had een zetel in de kamer voor verpleegkundigen in de GGz en dat zou zo blijven tot 1994. Vanaf die tijd werd de zetel gedeeld met het Centraal Orgaan Opleidingen Psychiatrisch Verpleegkundigen. Frans Verberk, thans inspecteur van de Gezondheidszorg, is van 1988 tot 1996 voorzitter van het Centraal Orgaan Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen geweest. In Plektrum 27/1989, schreef hij een artikel over het doel van dit orgaan en het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleidingen. Via de basis overlegenheden waarin sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en opleidingsvertegenwoordigers regionaal bijeen kwamen, het Georganiseerde Overleg waar afgevaardigden van de regio's, de NVSPV, opleiding en werkgevers zitting hadden, en tenslotte het bestuur van het Centraal Orgaan Opleidingen Psychiatrisch Verpleegkundigen, werden opleidingskwesties de beroepsgroep betreffende, besproken.

Vanuit het Centraal Orgaan Opleidingen Psychiatisch Verpleegkundigen, zijn twee documenten verschenen: de Contourennota Opleiding tot Sociaal Psychiatisch verpleegkundigen (1991) en het COOSPV Advies inzake de opleiding tot sociaal psychiatisch verpleegkundige (1994). De MGZ-GGZ opleiding was volgens verschillende mensen na twintig jaar aan actualisering toe, omdat de praktijk hogere eisen stelde aan de beroepsbeoefenaren. De geschiedenis toont aan dat deze aanpassingen vanaf de jaren dertig hebben plaatsgevonden. De wens tot professionalisering, onder andere door het verkrijgen van het Verpleegkundig Specialisme artikel 14, speelde hierin ook een rol. Deze overwegingen zijn te lezen in de weergegeven interviews. Verschillende sociaal psychiatisch verpleegkundigen zijn teleurgesteld dat het plan voor een vernieuwde opleiding niet is gerealiseerd, èn dat er nog geen definitief standpunt is ingenomen over het Verpleegkundig Specialisme in de GGz.

De ontwikkelingen in het veld beroerden niet alleen de sociaal psychiatisch verpleegkundigen. Andere verpleegkundige beroepsorganisaties in de GGz, maakten een zelfde soort ontwikkeling door. In de eerste plaats was in 1996 Gekwalificeerd voor de toekomst verschenen waardoor de basis opleiding voor verpleegkundigen veranderde. Bovendien was het aanbod van bij- en nascholing voor verpleegkundigen in de GGz groot en gevarieerd zonder dat sprake was van enige samenhang. Kortom het was zaak dat de kamer voor verpleegkundigen, in het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding, alle verpleegkundige beroepsverenigingen in de GGz zou vertegenwoordigen. De voormalig voorzitter van het CONO, de heer J. H. Dijkhuis, verzocht de verschillende verpleeg-

kundige beroepsorganisaties om een conferentie te beleggen. Cecile aan de Stegge, die vele jaren het boegbeeld van de Nederlandse Vereniging van Psychiatisch Verpleegkundigen was, kreeg de opdracht om de conferentie te organiseren. Subsidie werd verstrekt door het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. De conferentie werd gehouden op 4 en 5 maart 1997 en kreeg de naam Berg & Dal. Vanaf april 1997 zijn meerdere verpleegkundige beroepsorganisaties in de GGz vertegenwoordigd in het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen. Er is een onderverdeling in twee kamers: initieel- en post- initieel. Onder voorzitterschap van Kees Onderwater heeft het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen de afgelopen twee jaar haar taak om professionele normen op te stellen voor bij- en nascholing, gestalte gegeven. Er is wederom een Contourennota verschenen (1998) over Verpleegkundige beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering in de GGz samengesteld door een werkgroep, waar onder andere leden van de beide kamers van het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen zitting in hadden. Momenteel wordt hard gewerkt aan het opstellen van standaarden en criteria om opleidingen te toetsen. De NVSPV heeft dus wel degelijk een stem als het gaat om te bepalen welke opleidingen wel of niet de kwaliteitstoets van het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen kunnen doorstaan. Met betrekking tot het Specialisme is het belangrijk om te vermelden dat artikel 14 van de wet BIG deze mogelijkheid inderdaad biedt, maar dat dit nog niet bestaat. De Algemene Vergadering van Verpleging en Verzorging is het aangewezen orgaan om de minister van advies te dienen over het specialisme. Het COOSPV advies uit 1994 is gebruikt als basis voor de opleiding voor Verpleegkundig

Specialist GGz die sinds 1998 van start is gegaan, evenals de subsidie die was gereserveerd voor de vernieuwde opleiding voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Momenteel is een werkgroep actief, bestaande uit bestuurders van de NVSPV en vertegenwoordigers van de MGZ opleidingen en de VO-SPV, om alsnog de mogelijkheden te onderzoeken om de huidige opleiding te actualiseren, passend bij het herziene profiel van de SPV (1998). Als het aan Terence Simon (1963) ligt, die de HBO-V opleiding heeft

gedaan en werkzaam is geweest in de forensische psychiatrie (de Grote Beek), worden er in de vernieuwde opleiding andere accenten gelegd. Hij moest als casemanager de MGZ-GGz opleiding volgen, hoewel hij dit zelf niet nodig vond. Hij had het druk genoeg met zijn studie Gezondheidsrecht, maar voldeed aan de eis en behaalde vorig jaar zijn MGZ- GGz diploma. Naar zijn mening moet de opleiding vooral aandacht besteden aan de volgende aspecten:



Terence Simon

Ik vind dat er veel meer aandacht besteed moet worden in de opleiding aan het ambulante gedeelte van het werk, de zorgcoördinatie en behandelinterventies toegespitst op de doelgroep in de praktijk, en aan crisisinterventie. Een belangrijk aspect vind ik ook bejegening van de cliënt dat moet in gespreksvoering volop aandacht krijgen. Hier in onze Riagg (Amsterdam Oost) loopt het overleg tussen SPV-en niet zo, er is weinig dat gezamenlijk wordt besproken. Ik vind dat wel jammer want ik denk dat het gezien de veranderingen wel belangrijk is. De wet BIG bijvoorbeeld heeft aanzienlijke consequenties voor ons. We zijn zelf verantwoordelijk voor ons handelen en niet de psychiater. Veel collega's realiseren zich niet wat dat betekent, enerzijds met betrekking tot

scholing maar anderzijds ook met de manier waarop dingen zijn geregeld. Soms komt het wel voor dat de psychiaters allerlei brieven willen ondertekenen, of dat instanties willen dat een psychiater dat doet onder het mom van medische eindverantwoordelijkheid. Lariekoek, dat soort dingen, als het niet om medische zaken gaat maar om iets sociaals, dan hoeft de psychiater niet te ondertekenen. Ik hou me wel een beetje bezig met dit onderwerp vanwege mijn persoonlijke interesse en mijn studie.

Ik zie de toekomst voor de verpleging somber in. Aan de arbeidsvoorwaarden wordt zo weinig gedaan dat mensen liever voor een andere branche zullen kiezen. Dat heeft natuurlijk ook consequenties voor ons beroep, want als er geen mensen zijn die de

basisopleiding hebben zullen er ook niet meer voldoende zijn om een vervolgopleiding te doen. Het is toch ook van de gekke dat je in de verpleging een duizendpoot moet zijn, veel verantwoordelijkheid krijgt maar dat er geen beloning tegenover staat. Voorheen was dat voor spv-en geen probleem, die werden goed ingeschaald maar dat wordt toch ook steeds minder? Nee ik zie het somber in. Ik denk ook dat het een beetje bij onze beroepsgroep past om niet in opstand te komen en niet te onderhandelen over dit soort zaken. Ik vind dat de opleiding daar aandacht aan zou moeten besteden dat je als beroepsgroep ook leert om eisen te stellen en daarover te onderhandelen. Maar daar zouden mensen al in de basisopleiding mee moeten beginnen want aan de beroepshouding van verpleegkundigen schort het nogal.

De Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen kan aangemerkt worden als 'belangrijke gesprekspartner' voor verpleegkundige beroepsorganisaties in de GGz, en daar buiten. Ook in samenwerkingsverbanden met collegae beroepsver-

enigingen heeft de NVSPV een belangrijk aandeel. Zo wordt - de voormalige Berg & Dal groep - de Federatie Verpleegkunde in de GGz i.o.- aangevoerd door de voorzitter van de NVSPV Carla Raben. Het voorzitterschap van het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen, wordt ook uitgevoerd door een bestuurslid van de NVSPV. Deze belangrijke platforms tonen aan dat de verpleegkundigen in de GGz zich willen bundelen om gesprekspartner te zijn voor elkaar, maar ook een aanspreekpunt willen zijn voor andere actoren in de GGz en daarbuiten. Deze bundeling van kennis en kracht is een belangrijke voorwaarde om gesprekspartner te zijn om het beleid van de GGz te beïnvloeden. Hierdoor wordt 'medezeggenschap' verkregen over prioriteiten in de zorg, de kwaliteit van opleidingen en mogelijk ook betere arbeidsvoorwaarden voor allen. Frans Verberk (1952), voormalig voorzitter van het Centraal Orgaan Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, volgt de ontwikkelingen op de voet maar bekijkt deze, en andere ontwikkelingen, nu vanuit een andere functie (inspecteur van de gezondheidszorg):



Frans Verberk

De kwetsbare factoren zitten volgens mij vooral in het slecht gedefinieerde domein van de hele verpleging in de wet BIG. Als de

beroepsgroep er mee aan de slag gaat om dat helder neer te zetten, denk ik dat je kunt scoren. Er is momenteel veel aandacht voor

de verpleging, kijk maar naar de ondersteuning van het LCW en de AVVV die haar vruchten begint af te werpen. Het bestuur van de NVSPV participeert momenteel in landelijke overlegsituaties, dat was ondenkbaar in de tijd dat ikzelf actief was in het COOSPV. Toen mocht je hoogstens zijdelings mee doen, dat is in tien jaar tijd aanzienlijk verbeterd. Ik vrees dat er veel mensen nodeloos in de GGz terecht zullen komen als de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen stoppen met werken vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Daarom ben ik er van overtuigd dat spv-en in de eerste lijn moeten gaan werken. Ik heb de volgende symboliek vaak gehanteerd: 'de SPV moet met zijn gezicht naar de cliënten toe staan en met zijn rug naar de GGZ, en cliënten er pas doorlaten als het echt nodig is. Sociale psychiatrie is, naar mijn idee, dat de zijde van de patiënt gekozen wordt en dat de vermaatschappelijking wordt ondersteund. Voor zover er behandeling nodig en zinvol is, moet deze onder regie en coördinatie van de SPV, bij de psychiater komen. De psychiater moet bevraagd worden op resultaten, als hij iemand vanwege zijn pathologie wil behandelen, dan moet hij er voor zorgen dat dit binnen een bepaalde tijd verbetert. Als dit

niet het geval is dan moet je zo'n patiënt zo snel mogelijk weghalen uit de GGz. Ik vind het beleid op dit punt zwak, de chronische psychiatrie houden we so wie so in de GGz. Die komt er niet met een maatschappelijk werker of een eerstelijns psycholoog, die kunnen niet uit de voeten met die doelgroep. Als je kijkt naar het nieuwe beleid van de minister, dan heb je de wind mee. De GGz moet zich beperken tot behandelen en de asielfunctie, ik praat vanuit mijn achtergrond als SPV maar ook als inspecteur. Ik kijk naar de belangen van de cliënten en hoor van platforms consumenten en patiënten dat ze positief zijn over verpleging, en negatief over behandeling. De psychiatrie moet maar eens aantonen hoeveel behandeling er eigenlijk mogelijk is. Gersons citeerde eens een zin van een patiënt en dat heeft mij altijd geïnspireerd: 'als je me kunt genezen, genees me dan, maar als je me niet kunt genezen help me dan te leven'. Op het eerste stuk, de pathologie, moeten behandelaren zitten, als daar tenminste iets aan te doen valt, anders moeten ze er vanaf blijven en het tweede deel aan de SPV overlaten. Met patiënten kijken hoe je hen kunt helpen leven, in het maatschappelijke bestel in interactie met andere mensen.

NVSPV de pijler voor SPV-en in de 21 e eeuw

In de gehele GGz zijn volgens Neijmeijer en Hutschemaekers (1998) 30 beroepsverenigingen actief. Daarnaast is ook nog sprake van talloze functies. 'Omdat een overzicht van al die functies en al die beroepsgroepen niet bestaat zijn de meeste hulpverleners, managers, beleidsmakers en cliënten het spoor in het beroepenveld al lang bijster geraakt. Waarschijnlijk weet niemand hoe multidisciplinair de GGz nu werkelijk is' (Hutschemaekers en Neijmeijer 1998:1).

Uit eerdere beschrijvingen kwam naar voren dat organisatorische veranderingen consequenties hebben voor beroepsgroepen. In het huidige decennium zijn er veel organisatorische wijzigingen geweest, MFE-vorming en GGz instellingen waarin APZ, Riagg en RIBW zijn opgegaan, zijn in vele delen van het land te vinden (Festen 1997; Ravelli en Schrijvers 1999). Of bovenstaande ontwikkelingen zo ernstig zijn dat gesproken kan worden van een identiteitscrisis, gaat

misschien wat ver. De beschrijving die Doeve (1980) geeft van de situatie begin jaren tachtig, komt echter aardig overeen met de huidige situatie. Zij stelde dat in die periode wél gesproken kon worden van een identiteitscrisis onder disciplines in de GGz. De komst van nieuwe behandelmethoden, nieuwe disciplines, het multi-disciplinair samenwerken, de veranderende vraag van cliënten en de aard van hun problemen droegen hiertoe bij. Dat de situatie die Doeve begin jaren tachtig beschrijft enige raakvlakken heeft met de huidige situatie illustreert het volgende citaat: 'Horen de problemen die in de GGZ behandeld worden wel op het terrein van de psychiatrie thuis? Zo niet, waar dan wel? En welke disciplines moeten nu welk deel van het werk doen? Deels hebben ze ieder hun eigen vakterrein, en deels kunnen de werkzaamheden ook door andere disciplines worden gedaan. Juist omdat de disciplines een deel van eikaars werk kunnen overnemen ontstaan andere problemen over de status en autonomie van bepaalde disciplines. Een aantal heeft een universitaire opleiding en anderen niet. De hogere opleidingen worden meestal hoger beloond, genieten een hogere status en beschikken over meer autonomie, dan de lagere opleidingen ondanks dat ze hetzelfde werk doen. Alhoewel elke discipline zich even verantwoordelijk voelt en een eigen eindverantwoordelijkheid wil hebben, blijft deze toch veelal in handen van de psychiater' (Doeve 1980:50). Bijna twintig jaar later worden dezelfde vragen gesteld en dezelfde conclusies getrokken.

Zij het met dit verschil, dat in de studie van Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) naar voren komt dat die eindverantwoordelijkheid door de beroepsgroepen in de GGz, in handen wordt gelegd van de psychiater. De gegevens die tot de huidige conclusies hebben geleid zijn gebaseerd op een groot-scheeps onderzoek onder 10 verschillende beroepsgroepen in de GGz. In 1990 werd in opdracht van het CONO onderzoek verricht naar 'de omvang, de plaats en het takenpakket van een tiental (clusters van) beroepsgroepen in de GGz'. De onderzoeken werden uitgevoerd door medewerkers van het Trim-bos-instituut. In de metastudie van Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) worden de verpleegkundigen in de GGz soms in een adem genoemd, dan weer wordt er onderscheid gemaakt tussen basis opgeleiden en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Een storende fout die in het onderzoek is geslopen, heeft betrekking op de opleiding van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Gesteld wordt dat 28 procent van de SPV-en, HBO opgeleid is. De MGZ- GGz opleiding is echter een Hogere Beroeps Opleiding, bovendien blijkt uit het onderzoek van Van Hoof e.a. (1995) dat meer dan de helft van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, hierna nog een Voortgezette Opleiding heeft gevolgd. Marjon Arends (1950) SPV, en docente aan de VO- SPV is van mening dat de beroepsgroep zelf te weinig bekendheid geeft aan het vakgebied. Zij concludeert dit onder andere op basis van de uitkomsten van de metastudie:



Marjon Arends

Ik vind dat de beroepsorganisatie door moet gaan op dezelfde voet, professionalisering gebruiken voor positionering. Wat dat betreft vind ik het een gemiste kans dat we in de beschrijving van ons vakgebied door Hut-schemaekers, onze stem niet goed genoeg hebben laten horen. In die studie is wat mij betreft duidelijk naar voor gekomen dat hij geen idee heeft hoe ons vakgebied eruit ziet. We laten landelijk nog niet genoeg horen. Verpleegkundigen in het algemeen en wij als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ook niet. In die zin zie ik ook een belangrijke taak voor het opleidingsveld, daar moeten we meer in investeren. Leider kunnen worden in de sociaal psychiatrische verpleegkunde komt meestal een paar jaar na de VO en ieder zal dat op zijn eigen manier doen. Er moet echter wel een basis worden gelegd op de opleiding en ook daarna moeten er mogelijkheden blijven voor scholing en professionalisering. Daarin moeten we samen optrekken, de opleiding en de vereniging. De inhoudelijkheid van het beroep mag niet losgelaten worden. We mogen niet een belangenclub worden die alleen de financiële zaken behartigt. In die zin vind ik het ook goed om samen te werken met de andere verpleegkundige beroepsorganisaties in de GGz. We hebben met elkaar veel knowhow en die moeten we gebruiken. Daarnaast denk

ik dat we veel aan deskundigheidsbevordering kunnen doen en supervisie gaan geven aan intramuraal werkende verpleegkundigen.

Één van de tien onderzoeken betrof de beroepsgroep Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, door Van Hoof en Wolf (1995). Conform de opdracht werd zeer uitgebreid informatie verstrekt over de te onderzoeken terreinen. In die periode waren ongeveer 1600 SPV-en werkzaam in de GGz, waarvan de helft op een Volwassenafdeling, een kwart op een Ouderenafdeling en een achtste op een Jeugdafdeling van een Riagg. Vijftien procent werkte elders, intramuraal in de verslavingszorg en een categorie overigen. De helft van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen heeft na de MGZ opleiding (HBO) een Voortgezette Opleiding gedaan (post-HBO). Verder wordt vermeld dat SPV-en erg honkvast zijn en lang bij eenzelfde werkgever blijven, er is weinig doorstroom. De cliënten van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zouden vooral veel psychiatrische en psychosociale problemen hebben. In de volwassenenzorg gaat het dan met name om psychotische- en stemmingsstoornissen, in de ouderenzorg ziet men veel cliënten met organische psychosyndromen en stemmingsstoornissen, eenzaamheid en gebrek aan dagbesteding. Bij de jeugdafdeling zien we

gedrags- ontwikkelings- en aanpassingsstoornissen, echtscheiding, geweld en mishandeling. De hulp die gemiddeld geboden wordt aan cliënten is volgens Van Hoof e.a. het best te typeren als 'het geven van steun, het bieden van structuur en adviseren bij materiële en immateriële problemen.' In de jeugdzorg is een iets groter accent waargenomen bij vaardigheidstrainingen en psychotherapie en bij ouderen meer coördinatie, bemiddeling en netwerkbegeleiding. Voorts vervullen SPV-en een rol in de acute hulpverlening. Om tot een kwalitatief goede uitvoering van het werk te komen, hebben sociaal psychiatrisch verpleegkundigen behoefte aan intervisie en bij- en nascholing - aan werken met behandelplannen, systematische evaluatie van het werk, kennis van psychotherapeutische vaardigheden en technieken, netwerkbegeleiding - maar vooral ook een minder grote werkdruk. De caseloads zijn over het algemeen te groot om tot een verantwoorde hulpverlening te komen. De oplossing wordt gezocht in methoden om het werk systematischer en inzichtelijker te maken met gebruikmaking van verpleeg- of behandelplannen. Een aspect dat in de basisopleiding en de MGZ-opleiding bij de verpleegkunde vakken, uitgebreid behandeld wordt. In de praktijk blijkt dit - in verband met de hoge werkdruk - te arbeidsintensief (Venneman 1997). Bijscholing ten behoeve strategieën en onderhandelings technieken om bij leidinggevenden te pleiten voor de kwaliteit van hulpverlening, in plaats van kwantiteit, worden niet genoemd door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Hoewel 36 procent van de SPV-en de wens uitsprak om meer tijd aan preventie te besteden komt dit punt niet terug bij de wensen voor deskundigheidsbevordering. Dat kan betekenen dat daar geen behoefte aan

bestaat of dat men zo weinig actief is op dit gebied, dat gebreken ten aanzien van dit onderdeel onbekend zijn. Marlies van Bommel (1960) SPV, en docente verpleegkunde aan de MGZ-opleiding in Nijmegen is van mening dat de opleiding meer aandacht aan dit onderwerp zou moeten besteden:

Ik zou graag zien dat er in Riagg's SPV-overleggen komen waarin zaken als preventie worden besproken. Je kunt bij heel veel mensen naderhand vaststellen waar eerder ingegrepen had kunnen worden. Dat moet gezamenlijk bekeken en besproken worden en daar moet ook beleid op worden gemaakt. Spv-en zouden hierover veel meer voorlichting aan huisartsen kunnen geven. Ik zou het een goede zaak vinden als de SPV meer in de eerste lijn gaat werken, samen met de huisarts vooral ook vanwege de signalerende functie. Tevens geloof ik dat dit preventief werkt naar de tweede lijn. Ik vind dat er op de opleiding te weinig aandacht voor is. Er wordt in de module preventie en onderzoek wel aandacht aan dit soort zaken besteed maar het heeft weinig met verpleegkunde van doen. De preventieve attitude wordt hierin wel benadrukt maar dan vooral als het om mensen gaat die al bij de Riagg binnen zijn. Als het bijvoorbeeld om een psychotische patiënt gaat dan weten de meeste spv-en wel welke risico's hieraan verbonden zijn en hoe men kan voorkomen dat het leed groter wordt, bijvoorbeeld relationeel of sociaal maatschappelijk. Die zaken worden onmiddellijk gesignaleerd maar ze worden niet systematisch in kaart gebracht, dat is jammer.

In het onderzoek van Van Hoof e.a. (1995) wordt het belang van de opleiding ook genoemd. Als de mening van de zojuist geciteerde docenten richtinggevend is voor de

toekomstige opleiding dan zal de 'toekomst-muziek' waar de auteurs in dit verband van spreken een ware symfonie worden. Zij stellen: 'de behoefte aan SPV-en zal enerzijds afhangen van de taken die in een toekomstige GGZ vervuld dienen te worden en anderzijds van de mate waarin SPV-en daar-toe in staat zijn en daarvoor geschikt geacht worden. (...) De vraag naar de toekomstige behoefte aan SPV-en kan dus geherformuleerd worden als de vraag in hoeverre de toekomstige SPV-opleiding aan zal sluiten bij de toekomstige taken in de GGZ. En dat is wel heel veel toekomstmuziek' (Van Hoof e.a. 1995:55). De vraag naar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen wordt bepaald door heel veel verschillende factoren, belangrijk hierin is echter de zorgvraag en het GGZ-beleid. De zorgvraag neemt evenredig toe met de groei van de bevolking maar wordt ook bepaald door cultuurafhankelijke factoren. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg verwacht een groei in de zorgvraag door cultuurafhankelijke factoren. Vooral arbeidsgelateerde problemen worden genoemd (WAO), 'verzwakking van gezinsverbanden, gebrek aan sociale steun en sociale isolatie.' Kortom de kans op marginalisering en uitstoting van mensen die niet meer mee kunnen komen op de arbeidsmarkt of om andere redenen niet meer kunnen voldoen aan maatschappelijke normen, wordt steeds groter. Van Hoof e.a. (1995) hebben de hulpverlening van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in hun onderzoek samengevat als 'begeleiding aan mensen die in een sociaal en/of emotioneel isolement verkeren, sociaal wat minder vaardig zijn en met de nodige, al dan niet reactieve, psychische, psychosociale en maatschappelijke

problemen kampen.' Belangrijke uitgangspunten van de sociale psychiatrie zijn het tegengaan van marginalisering en uitstoting van patiënten, en de aandacht voor de sociaal-culturele context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet (Kok en Donker 1996). Inspelen op de zorgvraag betekent een hulpaanbod richten op juist deze groep cliënten. GGZ verpleegkundigen, waaronder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, hebben tijdens een Invitational Conference naar aanleiding van een onderzoek naar toekomstscenario's in de psychiatrische verpleegkunde (Raben 1999), kenbaar gemaakt te willen werken volgens het wijkscenario. Dit scenario wordt gevormd door twee assen; centrale regie (de overheid zorgt voor standaardvoorzieningen) en behoefte-gestuurde zorg ^{*7}. Tegengaan van marginalisering betekent vooral preventief te werk gaan, een onderdeel waar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen meer tijd aan willen besteden.

Het regeringsbeleid is er vooral op gericht om de groei van de gespecialiseerde GGZ tegen te gaan. In beleidsnotities wordt ondersteuning van de eerste lijn genoemd als mogelijkheid om deze groei in te dammen (Zorgverzekeraars Nederland 1998; RVZ 1998; Borst 1998). Eerder werd al vermeld dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen van mening zijn dat zij daarom in die eerste lijn zouden moeten werken. Experimenten op dit gebied zijn onder andere gaande in Amsterdam en Almelo. Deze wens van SPV-en sluit goed aan bij de ontwikkelingen en het overheidsbeleid. Verschillende sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, die de wens uitspraken om in de eerste lijn aan de slag

^{*7)} Het genoemde onderzoek was een afstudeeropdracht in het kader van het Orion leertraject van het LCVV. Doel van dit traject is om de competities van leiders in de verpleging en verzorging te vergroten zodat de verpleging invloed kan gaan uitoefenen op het gezondheidszorg beleid.

te gaan, zijn al aan het woord geweest. Fred Annyas (1953) SPV in de verslavingszorg echter nog niet. Hij geeft aan waarom hij vindt dat de SPV daar op haar plaats is:

Ik vind de bijscholingsmogelijkheden die de NVSPV biedt, goed. Daar nemen we van hieruit ook regelmatig aan deel. Profileren en professionaliseren vind ik ook een belangrijke taak van de beroepsvereniging, taakafbakening, uitbreiding van de SPV in de eerste lijn, of als zelfstandige. Het sociale van ons beroep vind ik een sterk punt in de praktijk, dat is onze kracht. De opleiding is daar ook sterk op gericht en dat moet zo blijven. We kijken breed maar vergeten ook de diepte niet. Laatst nog had ik een intake gesprek met iemand die eerder gezien was door een hotemetoot. Ik dacht dat ik die man geen meerwaarde te bieden had. Mijn verbazing was dan ook groot toen deze man na het gesprek uitriep: 'waarom hebben ze me al die vragen niet eerder gesteld, ben ik zo lang in behandeling geweest, maar over al deze dingen heb ik nog nooit gepraat!' Ik denk dat we cliënten een hoop te bieden hebben en zou het voor hen dan ook zonde vinden als de opleiding zou verdwijnen. Als er iets komt waarmee je dezelfde kwaliteit kunt neerzetten kan het me niet schelen hoe ze heten. Anderzijds is de vraag behoorlijk groot in de verslavingszorg en al helemaal voor SPV-en van allochtone afkomst. Ik kan me niet voorstellen dat de markt zijn werk niet zou doen.

Ik ben benieuwd of de vereniging zicht heeft op de beroepsgenoten die in de verschillende sectoren werken en of ze intramuraal werken. Ik kan me namelijk voorstellen dat er ook in de verstandelijk gehandicapten sector SPV-en werken, en of de vereniging zich actief opstelt om beroepskrachten zo verspreid mogelijk in te zetten en niet alleen maar in Riagg's.

Zelf lijkt het me erg aantrekkelijk om bij een huisartsenpraktijk te werken, ik denk dat onze beroepsgroep daar zeer op zijn plaats zou zijn. Laagdrempelig, outreachend, preventief en de huisarts ontlastend. Ik zou het een goede zaak vinden als de NVSPV dit soort initiatieven zou ondersteunen.

De NVSPV als pijler voor de SPV in de 21^e eeuw, ondersteunt dit initiatief en initieert dit soort plannen. Momenteel wordt hard gewerkt aan een projectplan voor de SPV in de eerste lijn en is er reeds een groep actief om de mogelijkheden te onderzoeken voor zelfstandig gevestigde SPV-en. Zij kunnen rekenen op faciliteiten en ondersteuning van de beroepsorganisatie die steeds meer activiteiten ontplooit op projectbasis. De financiering hiervan is mogelijk geworden omdat de vereniging ondersteuning van een staffunctionaris heeft ingewisseld voor een ambtelijk secretaris. Hierdoor is er meer financiële armslag en kan het bestuur zelf meer sturing geven aan ontwikkelingen gericht op de inhoud van het beroep. Op deze wijze denkt de NVSPV zich beter te kunnen profileren en bij te kunnen dragen aan professionalisering van de beroepsgroep. Dit is nodig en want 'Het overheidsbeleid verwijst indirect naar de spilfunctie voor de sociale psychiatrie. Sociaal psychiatisch verpleegkundigen zullen mede aangesproken worden bij de uitbreiding en vormgeving van de extramurale sector, het opzetten van preventieprojecten, het begeleiden van de mantelzorg en de coördinatie van het zorgaanbod. Daarnaast zijn zij ook degenen op wie de groeiende vraag naar behandeling en begeleiding bij psychosociale (of cultuurafhankelijke) problemen afkomt' (Van Hoof en Wolf 1995). Op basis van de informatie die is verkregen van de 41 geïnterviewde SPV-en uit verschillende sec-

toren en met speciale aandachtsgebieden (onderwijs, bestuur, vaktijdschrift) kan worden gesteld dat de beroepsgroep zich zeer bewust is van de zorgvragen en het GGz-beleid en daarmee aansluit bij de toekomstige taken in de GGz. De beroepsvereniging en opleidingen zijn hard aan de slag om de 'uitgangspunten voor een verantwoorde beroepsuitoefening op een rij te zetten'. Leidraad hierbij is de sterke kanten van het vak 'de vanzelfsprekende, alledaagse omgang met cliënten, het oog

voor de omstandigheden en voor de consequenties van die omstandigheden voor de cliënt, en de praktische vaardigheden om op basis van dat directe contact de belangen van die cliënt te behartigen en te verdedigen'. Het sociaal psychiatrisch gedachtegoed leeft nog steeds bij SPV-en, 'op oud ijs vriest het immers licht!' Zoals blijkt uit het interview met de huidige voorzitter van de beroepsvereniging, die als laatste aan het woord komt en waarmee het boek wordt besloten.



'Maar ik het werk en jij de eer, mooi niet!'

Carla Raben

Carla Raben vond het vanzelfsprekend om de verpleging in te gaan maar had, voor ze hier aan toe kwam, ook nog andere wensen. Omdat die niet in vervulling gingen werd het een carrière in de verpleging. Tijdens haar loopbaan werd het haar al spoedig duidelijk dat ze het belangrijk vindt te staan voor wat je waard bent. Na een voorzichtige start als secretaris, achter de brede rug van een man, werd ze de eerste vrouwelijke voorzitter van de beroepsvereniging, iets waar ze met gepaste trots over praat. Omdat anderen ook spoedig in de gaten hadden dat Carla een geboren leider is, werd ze geselecteerd voor het Orion programma van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Sindsdien is er nog maar weinig tijd over voor de hulpverlening. Onlangs is zij benoemd tot voor-

zitter ad-interim van de Federatie Verpleegkunde in de GGz i.o.

Als je niet rechtsom kunt dan gaje linksom

Het was voor mij vanzelfsprekend om verpleegkundige te worden omdat het een legitieme reden was om het huis uit te gaan. Mijn eerste keuze was kleuterleidster en vervolgens wilde ik bij de politie. Dat laatste wilde ik omdat ik dol was op paardrijden maar bij ons thuis was daar geen geld voor. Vandaar mijn plan om bij de bereden politie te gaan, zo zou ik toch kunnen paardrijden. Helaas, ik werd niet toegelaten, te slechte ogen. Daarop besloot ik de opleiding voor verpleegkundige te gaan volgen. Ik heb eerst gesolliciteerd in de A, daar was ik aan-

genomen maar werd vervolgens afgekeurd omdat ik een te slechte rug had. Op mijn vraag of ze iets anders voor me wisten, stelden ze voor dat ik de B zou gaan doen, en dat heb ik gedaan. Ik dacht dat ik in de bejaardenzorg terecht zou komen, A stond voor algemeen, Z voor zwakzinnigen en B voor bejaarden, dat vond ik erg logisch gedacht van mezelf. Met die gedachte ging ik dus solliciteren in Raalte. Het hoofd van opleiding vond dat waarschijnlijk wel vertederend en heeft me aangenomen. Mijn eerste stage was dan ook op de geriatrie! Ik vond het een goede opleiding, er was veel aandacht voor de somatiek. Ik heb er erg veel geleerd, en heb het leven in een notendop aan me voorbij zien gaan. Ik vond het een heel bijzondere tijd en ik vind dat ik daar nog steeds de vruchten van pluk. Het delen van alle menselijke emoties op een hele intense manier, het leven met de patiënten acht uur per dag. Daar heb ik in mijn leven veel van geleerd, ik schrik niet meer zo snel van dingen en kijk niet meer zo op van zaken, ik vind ook niet gauw iets gek.

Wie eigen baas wil worden volgt de MGZ-opleiding

Ik wilde eigen baas worden, een eigen praktijk, dat was voor mij de reden om het vak van SPV te gaan leren (1984). Ik kende mensen die de opleiding deden, vandaar dat ik wist wat de mogelijkheden waren via de MGZ-opleiding. Ik vond het heerlijk om twee jaar lang alleen maar verantwoordelijk te zijn voor mezelf, voor mijn eigen leerproces. Ik was natuurlijk op mijn 18e al begonnen in de psychiatrie. Als ik erop terug kijk waren patiënt en hulpverlener in die tijd zeker geen gelijkwaardige gesprekspartners. In de MGZ-GGZ-opleiding heb ik dat wantrouwen vooral weer afgeleerd. Ik heb er geleerd te kijken naar de mogelijkheden van mensen

en hun eigen verantwoordelijkheid, die ze niet altijd en volledig verliezen als ze een psychisch probleem hebben. De aandacht voor de omgeving was er natuurlijk ook niet in de intramurale psychiatrie want daar had je het maatschappelijk werk voor. Tijdens de SPV-opleiding was ik geen werknemer meer, en werd dus niet meer in de cultuur van het ziekenhuis opgeleid, ik kon gewoon onafhankelijk leren. Verder leerde je ook de klacht van mensen nooit geïsoleerd te bekijken maar altijd te plaatsen in een context, de geschiedenis, de omgeving, life-events et cetera. Op de MGZ-opleiding is een aanzet gegeven tot het aanleren van vaardigheden om met die sociale aspecten aan de slag te kunnen.

Aan psychiatrie werd weinig aandacht besteed, ziekteleer of psychopathologie kregen we helemaal niet. Dat heb ik later wel gemist omdat dit steeds belangrijker is geworden in het werk. Natuurlijk heb je dat in de basis voor een gedeelte wel gehad maar de classificatie is toch een andere kant op gegaan met de DSM IV. Dan kun je niet altijd uit de voeten met wat je destijds hebt geleerd, dat is verouderd en sluit niet meer helemaal aan bij de huidige praktijk. Ik vind dan ook dat de opleiding moet anticiperen op die praktijk. Ik heb mijn MGZ-opleiding in '86 afgerond en het verpleegkundige van ons vak stond toen niet echt centraal. Het was nog de tijd dat je je ook sociaal werker kon noemen. Ik heb die behoefte zelf nooit gevoeld, maar ik ben bijvoorbeeld niet geschoold in verschillende verpleegkundige theorieën, noch in de B noch in de MGZ-opleiding. Daar heb ik mezelf later in bijgeschoold. Omdat dit zo'n essentieel aspect is van ons vak, vind ik dat sterk benadrukt moet worden dat je in de eerste plaats verpleegkundige bent, en daarnaast het sociale en psychiatrische.

Het bijzondere aan het vak vind ik dat we hebben geleerd om met de patiënt op te trekken, naast de patiënt te staan. Het vervullen van de liaison functie heeft denk ik vooral te maken met de geringe macht die verpleegkundigen hebben. Aspecten van zorg en begeleiden vind ik vooral bij het verpleegkundige domein thuishoren. De zorg die je hebt voor de directe omgeving van mensen. Je kunt nog zo verheven bezig zijn met je eigen ontwikkeling en groei maar als het een puinhoop om je heen is, dan valt dat toch niet op een goede bodem. De aandacht voor je zelfverzorging moet in orde zijn en dan komt het volgende. Als er bijvoorbeeld veel aandacht wordt besteed aan het feit dat mensen moeite hebben in het leggen van contacten en je leert hun vaardigheden, maar ondertussen stinken ze een uur in de wind omdat ze zichzelf niet meer verzorgen, dan is het natuurlijk niet zo gek dat ze geen contacten kunnen leggen. Die basale dingen mag je mijns inziens dus nooit vergeten.

Vrouwenhulpverlening is sociale psychiatrie

In het werk heb ik me vooral gericht op ouderen, vrouwenhulpverlening, trauma-behandelingen en eetstoornissen. Ik heb me een tijd beziggehouden met nabestaanden van zelfdoding en de laatste tijd met crisisinterventie. Ik moet zeggen dat ik dat een erg goede combinatie vond in verband met mijn andere activiteiten. De hulp is kortdurend, je moet het dus snel weer loslaten en dat is goed omdat er weinig continuïteit zit in mijn aanwezigheid. Ik heb nooit zo goed begrepen waarom het werken met VHV therapeutisch zou zijn en niet sociaal psychiatrisch. Met de doelgroep die ik in begeleiding had werkte ik heel sociaal psychiatrisch, de aandacht voor die basale dingen als zelfzorg, het aanleren van strategieën om je te kunnen hand-

haven in de maatschappij, het gezin. Je kunt dat op zoveel verschillende manieren vorm geven en ik vind het onzin datje alleen maar voor een bepaalde groep zou mogen werken en met een bepaalde methode. Als je nu bijvoorbeeld de getraumatiseerde vrouwen neemt, mijn werkwijze bestond er voornamelijk uit datje niet alleen en teveel moet kijken naar pathologie. Als je navroeg wat er precies had plaatsgevonden dan was de reactie van die vrouwen niet vreemd.

Erg belangrijk daarbij was voor mij ook om altijd na te vragen hoe ze het dan toch voor elkaar kregen om de zorg te regelen voor de omgeving, het gezin en henzelf (dat laatste gebeurde dus vaak slecht). Via een huisbezoek kon je dan bekijken of het verhaal ook klopte of die zorg voldoende was of dat er bijgesprongen moest worden. Maar vooral de aandacht voor de kracht, de mogelijkheden die er wel waren in plaats van te kijken naar de stoornis, dat vind ik erg sociaal psychiatrisch. Ik merk de laatste tijd, nu ik weer vaker in de kliniek kom, dat er toch nog steeds erg wordt uitgegaan van de onmogelijkheden van mensen en minder van hun mogelijkheden. De verantwoordelijkheid wordt snel, te snel overgenomen, dat werkt juist invaliderend. Ik merk dat ik er veel profijt van heb dat ik in de VHV heb geleerd om op het juiste moment op afstand en op het juiste moment nabij te zijn en te kijken wat er wél gaat, en pas dan over te nemen als het echt niet gaat. Mensen hebben de kracht vaak nog wel in zich, maar ze kunnen er op een bepaald moment niet bij, daar hebben ze dan hulp bij nodig. Dat betekent datje de cliënt goed moet volgen en altijd moet nagaan, in overleg met de cliënt, hoe het daarmee zit. En alleen zaken overnemen om te voorkomen dat het escaleert.

De emanciperende werking van de VHV en de invloed die dit heeft gehad op het tegen-

gaan van psychiatrische problemen die in wisselwerking met maatschappelijke invloeden ontstaan, is voor mij wel duidelijk en dat vind ik ook sociale psychiatrie. Het heeft voor een deel ook te maken met politiserende hulpverlening en dat is een aspect dat verloren dreigt te gaan. Sociale psychiatrie en politiserende hulpverlening zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De drang naar positionering leidde van hulpverlener naar leider in de verpleging

Ik heb erg veel gehad aan de VO-SPV, onderwerpen als netwerkstrategieën en dergelijke kwamen daar veel aan bod. Dat heb ik gemist op de MGZ-opleiding. Ik vind echter ook dat je niet alles in de MGZ-opleiding kunt stoppen. Je moet nadat je een tijd hebt gewerkt scholing krijgen om niet teveel in een vast stramen te komen. Als je langere tijd ergens werkt en je ontwikkelt zo je eigen methoden dan is het niet verkeerd om dat op zijn tijd te toetsen aan wat anderen daarvan vinden. De VO heeft me vooral geleerd om in mijn beroep te leren verwoorden waarom ik doe wat ik doe. Ik denk ook dat het zinvol is om eerst minstens twee jaar werkervaring op te doen, anders zegt de aangeboden stofje weinig. Als de opleiding zodanig wordt veranderd dat het pakket in drie jaar wordt aangeboden wordt dit wel wat ondervangen, maar zaken beklijven vaak toch pas na een tijd. Ik heb ook bij mezelf gemerkt na de VO en na Orion, dat het soms een tijd kan duren voordat het kwartje valt. Door het Orion traject te volgen (leiderschap in de verpleging en verzorging) ben ik wat betreft de curatieve uitoefening ervan verder van mijn beroep af komen te staan. Ik denk dat dit geldt voor alle Orionners.

Ik ben in het bestuur gegaan omdat ik al langer vond dat ik iets voor mijn beroeps-

groep zou moeten doen. Ik ben altijd actief geweest voor mijn vak buiten de curatie. In mijn basisopleiding zat ik in de leerlingengraad en ik ben staffunctionaris VHV geweest voor de afdeling ouderen. Ik merkte dat ik dat soort dingen ook ontzettend leuk vond, het gaf een andere dimensie aan het werk en het sprak andere vaardigheden aan.

Bovendien had het ook met een drang naar positionering te maken. Ik vind dat SPV-en weinig van zich laten horen, en weinig aan bod komen als het gaat om het uitmaken van de dienst. Om een klein voorbeeld te geven, bij ons in het team vond de teamcoördinator dat hij als arts alle behandelplannen moest ondertekenen. Ik zei tegen hem dat hij dat wat mij betreft niet mocht tenzij hij het behandelplan ook zou maken. Ik had collega's die daar niets van zeiden en sterker nog, het niet wilden ondertekenen. Dat vind ik de andere kant van sommige mensen in onze beroepsgroep, weglopen voor verantwoordelijkheid.

Ik was al jaren lid van de vereniging en ik kende mensen die in het bestuur zaten (mensen die in mijn lesgroep zaten van de MGZ-opleiding) dus dat stimuleerde ook wel. Ik herinner me dat ik op een gegeven moment op de bank zat en bedacht dat ik nog wel tijd over had en toen heb ik me opgegeven. Ik ben vrij snel secretaris geworden, dat was op een moment dat er een vacature was voor zowel het voorzitterschap als de secretaris. Ik heb me toen heel bewust niet opgeworpen als kandidaat voorzitter omdat ik het ook wel comfortabel vond om achter de, letterlijk, brede rug van de toenmalige voorzitter te kunnen zitten. Ik wilde toen nog niet al te zichtbaar zijn. Gaandeweg ging ik me steeds meer profileren en merkte ik dat ik niet op de goede positie zat om ook daadwerkelijk leiding te nemen. Ondertussen was de verhouding tussen het

werk van het bestuur en het werk van de ambtelijk secretaris onder spanning komen te staan. Er ontstond onduidelijkheid over de verschillende taken en verantwoordelijkheden. Overigens een bekend fenomeen, zeker bij een bestuur wat uit vrijwilligers bestaat. De taken en verantwoordelijkheden stonden wel duidelijk omschreven maar er werd in de praktijk steeds minder naar gehandeld. Fenny de Vries (destijds penningmeester) en ik hebben in deze periode heel wat afgebeld.

Ik ben toen voorzitter ad-interim geworden en dacht: 'nu wil ik ook de positie', dus ik werd de voorzitter. Dat vond ik pas echt spannend, nu was ik het écht. Bovendien realiseerde ik me ook goed dat ik de eerste vrouwelijke voorzitter ben, dat vind ik leuk en daar ben ik trots op. Het proces wat ik daarin heb doorlopen dat zie ik wel bij meer vrouwen. Eerst achter een brede rug willen zitten en kijken hoe alles gaat en je dan realiseren: 'maar ik het werk en jij de eer, mooi niet'. Het eerste halfjaar vond ik het erg zwaar. Ik voelde de druk wanneer ik als voorzitter werd aangesproken om hele slimme dingen te moeten zeggen. Daarna realiseerde ik me dat de positie van voorzitter me juist hielp, ik ging me ook meer als zodanig presenteren en kon me daardoor gemakkelijker bewegen. Ik voel me nu ook niet meer onder druk staan als ik iets niet weet, dan weet ik het gewoon even niet en geef mezelf de tijd om het uit te zoeken of te laten uitzoeken door een ander. Ik hoef niet alles te weten, ik moet de tijd nemen om te kijken wat er met een bepaald onderwerp moet gebeuren. Dat mag ook tijd kosten, er komt altijd wel weer een of andere creatieve gedachte boven drijven. Ik sta nu op standpunt dat ik als voorzitter vooral faciliterend moet zijn. Bestuursleden

moeten tot hun recht kunnen komen en moeten zich kunnen ontplooien. Als voorzitter ben je het gezicht naar buiten toe, je mag en kunt aangesproken worden op het beleid. Wat niet wil zeggen dat ik het allemaal zelf moet weten. Ik moet mensen wel kunnen doorverwijzen naar bestuursleden die dat onderwerp in de portefeuille hebben. Ik moet het overzicht hebben en sommige punten moet ik precies weten. Een voorzitter moet het inzicht hebben om te kunnen schiften, prioriteiten kunnen stellen. Ik ben goed in het ontwikkelen van nieuwe dingen, die rol heb ik ook, maar daarna moet het overgedragen worden om verder te worden uitgewerkt. Dat moeten de andere bestuursleden of werkgroepleden doen. De dagelijkse leiding van het bestuur ligt nu voor een deel bij de overige Dagelijks Bestuursleden. Ik ben me steeds meer 'naar buiten' gaan richten, me meer met overkoepelende zaken bezig gaan houden. Een voorbeeld hiervan is de Federatie Verpleegkunde in de GGZ i.o. (voorheen taakgroep Berg en Dal, een samenwerkingsverband van vijf beroepsverenigingen in de psychiatrische verpleegkunde). Als ik gevraagd zou worden zou ik er niet afwijzend tegenover staan om in de toekomst eventueel het voorzitterschap hiervan op me te nemen.

Verbreiding is goed

als de inhoud maar gewaarborgd blijft

Ik vind De Federatie, een goede zaak. Zolang wij daarbinnen maar kunnen behouden wat sociale psychiatrie is. Misschien wel vloeken in de kerk als voorzitter ad interim. Maar het gaat mij vooral om het gedachtegoed en de methode die uitgedragen moeten worden, dat moet voortgang vinden. Het grotere verband hoort natuurlijk ook bij deze tijd, je moet de strategische alliantie aangaan. Ik merk in de praktijk ook dat het werkt.

Mensen op VWS zijn het zat om verschillende standpunten te horen, telkens weer verschillende belangengroeperingen, die in feite zoveel met elkaar te maken hebben. Ik kan me daar wel iets bij voorstellen. Ik ben van mening dat de tijd er rijp voor is om nauwer samen te werken.

Door de fusies van GGZ instellingen kan het lijken dat de klinische psychiatrie de overhand krijgt, maar ik denk dat dit een tijdelijke zaak is. De huidige ontwikkeling van transmuralisering maakt duidelijk dat sociale psychiatrie het gangbare gedachtegoed moet zijn en worden in de psychiatrie. Niet alleen in het ambulante veld maar juist ook in de kliniek. Daar moet nog een hele inhaalslag gemaakt worden. Sociale psychiatrie is in zichzelf al vraaggericht, we hebben altijd al meer een onderhandel- dan een voorschrijfklimaat gehad.

Als beroepsgroep moeten we meer gaan uitdragen dat we in deze ontwikkeling strategisch en faciliterend kunnen opereren. De toekomst voor de SPV ligt enerzijds natuurlijk vooral bij de ambulante psychiatrie, maar ik denk ook dat we dat moeten uitbreiden naar de intramurale zorg om behulpzaam te zijn de sociale psychiatrie daar te introduceren. We zijn een tijd erg gericht geweest op het terugkrijgen van onze positie omdat daar enorm aan gemorrelt is. Nu moeten we ons weer richten op de inhoud en uitdragen wat sociale psychiatrie is, in plaats van het te hebben over onze positie als SPV. Het bestuur moet zich meer inzetten om de visie van de sociale psychiatrie uit te dragen en daar faciliterend in zijn. Dat betekent dat we ons daar met vertrouwen en elan op moeten richten, die positie komt dan vanzelf wel.

Literatuurlijst

Bakker, H., L. de Goei, J. Vijselaar (1994)

Thuis opgenomen. Uit de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Nederland. Utrecht, NcGv-reeks 94-13.

Beek, van de H. (1991)

Tussen zorgen en behandelen. Ontwikkelingen in de sociaal-psychiatrische hulpverlening. Utrecht, NcGv reeks 91-13.

Beijers, H., H. Henkens en K. Klein Ikkink (red.) (1992)

Psychiatrie als sociale kwestie. Deïinstitutionalisering in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, SWP.

Boeije, H.R. e.a. (1997)

Een verzorgde toekomst Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. Utrecht, NIZW en vakgroep Verplegingswetenschap.

Boomsma, J., C. Dingemans, W. van den Heuvel (1999)

Verpleegkundigemethodiekwontwikkelingenbehoefevandepsychiathuiszorg,verslagvaneenontwikkelingsprojectvooracutenlangdurigepsychiathuiszorg(voorlopigeverisie). Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Borgesius, E. (1994)

Hulpverleners en familie: partners in de zorg. Een handleiding voor hulpverleners in de ggz. Assen, Van Gorcum.

Borst, E. (1998)

Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg. Brief aan de Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 25 424, nr. 6, Den Haag, SDU.

Cornelis, M. en M. Hinderink (1989)

Vrouwen in Nederland en de Verenigde Staten. De geschiedenis vanaf 1929, Houten, Fibula.

Dassen, Th. (1990)

Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Over het verplegen in het psychiatrisch ziekenhuis. Nijkerk, Intro.

Doeve, E. (1980)

Een analyse van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig beroep volgens het beroeps (vormings) van Mok, doctoraalscriptie, Groningen.

Eijl, Corrie van (1997)

Maandag tolereren we niets meer. Vrouwen, arbeid en vakbeweging 1945-1990. Amsterdam, Stichting FNV-Pers.

Festen, Th. e.a. (1997)

Van dichtbij veraf. 15 jaar Riagg/ 25 jaar NVAGG. Utrecht, NVAGG.

Fuks-Mansfeld, R.G. en A. Sunier (1997)

Wie in tranen zaait... Geschiedenis van de joodse geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Assen, VanGorcum.

FullerTorrey,E.(1975)

De dood van de psychiatrie. Den Haag, Bert Bakker.

Gaag, van der M. (1998)

Programma-evaluatie van het project Traploze zorgschakeling. Een transmuraal zorgprogramma voor patiënten met schizofrene of schizo-affectieve stoornissen. Den Haag, RBC.

Glas, M. (1998)

Project zorgprogramma voor thuisloze jongeren. In: Yperen T.A. van en E. van Rest (red)
Voortbouwen aan programma's in de jeugdzorg. Utrecht, NIZW.

Goelabdien,R(1995)

Van roeping tot beroep. Verpleging en verzorging in historisch perspectief. Utrecht, LCV&V.

Goudswaard, N. B. (1994)

Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunde. Rotterdam, Erasmus Publishing.

Grinten, van der T. (1987)

De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie 1940-1952. Utrecht, NcGv-reeks 94.

Hendrix,H.(eindred)(1998)

Handboek Bemoeizorg, 'Jegaf niet thuis'. Riagg Nijmegen.

Henselmans,H.(1993)

Bemoeizorg ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Delft, Eburon.

Hogema. I. en I. van der Padt (1997)

Ruytermeisjes en Verkadevrouwen. Ruim een eeuw vrouwenarbeid bij de Zaanse zoetwarenfabrikant, Schiedam, Scriptum.

Hoof, van F. en J. Wolf (1995)

Beroep: SPV. Een onderzoek naar werken toekomstperspectieven van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Utrecht, NcGv-reeks 95-5.

Kal, D. e.a. (1995)

Kwartiermaken. Eindverslag van het Project Integratie (Ex) psychiatrische patiënten. Amsterdam, Samenwerkingsverband GGZ Amsterdam Centrum Oud-West Noord.

Kerkhoven, A. (1996)

Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland. Zwolle, Waanders Uitgevers.

Kerssens, J.J., W. J. de Vries, P.F.M. Verhaak (1998)

Samenwerking tussen huisartsen ambulante geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, Nivelen Trimbos instituut.

Kooij, C.H. van der (1990)

1890-1990 De vermaatschappelijking van de zorg. In: Berg h-Braam, A.H.M, van den, C.H. van der Kooij, A.E.W.M. van de Pasch, ***Honderd jaar verplegen.*** Een bijsluit over gisteren met een opening naar morgen. Lochem, De Tijdstroom.

Kok, I. en M.C.H. Donker (1996)

Sociale Psychiatrie: een concept in kaart gebracht. Utrecht, NcGv.

Koppert, C. (1976)

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en gezinsbehandeling. Lochem, De Tijdstroom.

Kramer, F. (1990)

Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken. Lochem, De Tijdstroom.

Leeuw, M. de, Jef Nieuwenhuis en Maria Schilt (1997)

Van oppassers naar verpleegkundige. Utrecht, De Tijdstroom.

Leeuw, M. e.a. (1998)

Contourennota. Verpleegkundige beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering in de GGZ. Utrecht, COOV.

Leeuw, M., K. Onderwater en I. van der Padt (1999)

Verpleegkundigen, verantwoordelijke partners in de GGZ. **MGV**/-1999-4, pagina 369-375.

Licher, Y. (1993)

De rol van de SPV in de sociaal netwerkbenadering. ***Plektrum.*** Uitgave van de Nederlandse vereniging van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Eindhoven, 12e jaargang, nr. 34, april 1993.

Londen, J. van (1971)

Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde jaargang 49 (1971) 309.

Meyboom, F.Zr. (1970)

Grep uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen. Amsterdam/Brussel, Agon Elsevier.

Mijs, A.A. (1987)

Het ontstaan van de Riagg's in Amsterdam. Een sociologische studie naar de vorming en ontwikkeling van interorganisatieverbanden in de gezondheidszorg. Lisse, Swets & Zeitlinger B.V.

Nicolai, N. (1998)

In de arena. Over gender grenzen, geweld en zorg. Amsterdam, Van Gennep.

Nouwens, M.L. (1969)

Bezinning op de eigenheid van het beroep van de sociaal-psychiatrisch werkende. Eindschrijft voor de urgentieopleiding Katholieke Sociale Academie "De Aemstelhom", Amsterdam.

NVAGG(1981)

DeSPV, tussen opleidingen werkveld. Notavande Werkgroep Eindpunt Opleiding SPV. Utrecht.

NVAGG(1983)

Koncept-nota Kwalitatieve normering 'sociaal-psychiatrische begeleiding' als onderdeel van de hulpverlening aan volwassenen. Utrecht (ref. nr. AG 830033 tf/kv/vts).

NVAGG(1991)

Functionele programma's voor de GCZ, eindverslag van de Adviescommissie toekomstscenario GGZ, Utrecht.

NVSPV(1984)

De beroepsverantwoordelijkheid van de S.P.V. Eindhoven, Syllabus bijlage Bulletin 14.

Offerhaus, R. (1993)

Omgaan met mensen. Sociale psychiatrie. Baarn, Ambo.

Onderwater, K. (1992)

Diskussienota Sociale psychiatrie en preventie. Amsterdam, Riagg Centrum Oud West,

Polstra, L. (1997)

Tussen isolement en integratie. Een onderzoek naar zorgcoördinatie in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, B.V. Uitgeverij SWP.

Querido, A. (1935)

No. 2 De omgang met geesteszieken in het gezin. Praktische gids voor medische en hygiënische vraagstukken onder redactie van dr. L. Heijermans. Amsterdam, de Arbeiderspers.

Querido, A. (1935)

Psychiatrie D'urgence. ***Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde,*** Jaargang 79, no. 2, pagina 124-134.

Querido, A. (1977)

Functie en organisatie van de gezondheidszorg. Vandaag en morgen. In: ***Probleemverheldering rondom integratie van gezondheidszorg,*** De Tijdstroom B.V., Lochem.

Querido, A. (1980)

Doorgaand Verkeer. Autobiografische fragmenten. Lochem - Poperinge, De Tijdstroom.

Raben, C. (1999)

Toekomstscenario's psychiatrische verpleegkunde. Onderzoeksrapport.

Ridder, D. de en J. Visser (1987)

Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht, NcGv.

Romme, M.A.J., H. Kraan en R. Rotteveel (1981)

Watis sociale psychiatrie? een inleiding. Alphen aan den Rijn/Brussel, Samson uitgeverij.

Romme, Prof. Dr. M.A.J. (red.) (1984)

Geestelijke Gezondheidszorg. Voorzieningen, werkwijzen, doelgroepen, medewerkers, ontwikkelingen, financiering, omvang. Alphen aan den Rijn, Stafleu.

R.V.Z. (1998)

Ingelijfd en ingelijnd. Geestelijke gezondheidszorg in de 21 e eeuw. Zoetermeer.

Schene, A. en H. Henselmans (1999)

Psychiatrische rehabilitatie in Nederland en Vlaanderen. **MGV**, 54, 719-728.

Schene, A. (1986)

Thuis bezorgd. Een literatuuronderzoek naar het verschijnsel 'burden on the family'.
Utrecht NcGv-reeks 90.

Schnabel, P. (1995)

De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg.
Nijmegen, Sun,

Schnabel, P. (1998)

De Geestelijke gezondheidszorg: goed voor verbetering. Voortgaan met het vernieuwingsbeleid.
Utrecht, Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid.

Schouten, W. (1999)

Kliniek aan huis. **MGV**, 54, 729-733.

Speijer, N. (1969)

NFGV. ***Rapport betreffende de opleiding tot verpleegkundige voor sociaal-psychiatrisch werk.*** Amsterdam.

Swaan, A. de (1983)

De mens is de mens een zorg. Opstellen 1971-1981. Amsterdam, Meulenhoff.

Tennekes, J. (1995)

Organisatiecultuur: een antropologische visie. Leuven/Apeldoorn, Garant.

Trimbos, C. (1980)

Psychiatrie en maatschappij. In: A.W.M. Mooij, H. Procee (red). *Aspecten van de psychiatrie*. Baarn, Ambo.

Venneman, B. (1997)

Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en het werken met behandelplannen. Eindscriptie Masters in Nursing, Utrecht.

Verwey-Jonker, H. (1983)

Emancipatiebewegingen in Nederland. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Vijselaar, J. (1992)

Krankzinnigengestichten. Psychiatrische inrichtingen in Nederland 1880-1910. Bussum, Unieboek.

Wennink, J. en J. van Weeghei (1993)

Thuisloosheid en psychische stoornissen. Achtergrondstudies bij het gelijknamige advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Utrecht, NcGv-reeks 93-18.

Wolf, J. (1995)

Zorgvernieuwing in de GCZ. Evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten. Utrecht, NcGv-reeks 95-16.

Yperen T.A. van en E. van Rest (red) (1998)

Voortbouwen aan programma's in de jeugdzorg. Utrecht, NIZW.

Zwols, G. (1985)

Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige. Lochem-Gent, De Tijdstroom.

Lijst van geïnterviewden

Annyas A.J.L., Fred (1953)

Werkzaam bij Jellinek ambulant in Amsterdam (verslaving). Heeft de A-, B-, MGZ-opleiding en de VO-verslavingszorg gevolgd.

Arends M., Marjon (1950)

Werkzaam te Utrecht aan de Hogeschool, als docent bij de VO-SPV. Zij heeft de B-, MGZ-, en Kaderopleiding opgevolgd en daarnaast beroepsverdiepende opleidingen; Directieve therapie, Strategische gezinstherapie, hypnotherapie, lichaamstherapie, dromentherapie en Tantra. Zij is eindredacteur van Sociale Psychiatrie.

Bemmel van M. E. C., Marlies (1960)

Werkzaam te Nijmegen aan de Hogeschool als docent aan de MGZ-GGZ opleiding. Voorts werkt zij als SPV bij de Riagg. Zij heeft de HBO-V, MGZ, HBO-MW, de VO en de docentenopleiding gedaan.

Boer de S., Silvester (1944)

Werkzaam in het Sinai Centrum (ambulant) op de ouderenafdeling te Amsterdam. Hij begon in de A-verpleging, deed daarna de B, een stafopleiding, HBO-MW, en de VO.

BoersmaP., Nel (1936)

Gepensioneerd. Voorheen werkzaam in Almelo op de volwassenafdeling, en pionier van de VHV, aldaar. Hij deed de A, B, wijk, B-nazorg en verschillende VHV cursussen.

Bonants J., Joost (1954)

Werkzaam in Breda aan de Hogeschool als docent aan de MGZ-GGZ opleiding. Hij volgde de B, MGZ, Kader en de docentenopleiding.

Bronk M.G.,Tine (1929)

Gepensioneerd. Voorheen werkzaam in Utrecht bij de GGD in de geriatrie. Zij deed de A, B, kraam, wijk, en B-nazorg.

Buwalda M., Marijke (1948)

Werkzaam in Utrecht aan de Hogeschool als docent aan de MGZ-GGZ opleiding. Zij volgde de B, MGZ, VO, en studeerde Andragogiek.

Duffels E.J., Eric (1941)

Werkzaam bij GGZ Friesland op de jeugdafdeling. Was actief als bestuurslid en in het COOSPV. Volgde de A, B, MGZ en Kader.

Duijn A.M., Aad (1922)

Gepensioneerd. Voorheen werkzaam in Den Haag bij de Katholieke Stichting, was actief in de Ad-hoc commissie. Deed de A, B, wijk, en Voortgezette B-opleiding.

Faber M., Michiel (1958)

Werkzaam bij de Riagg in Beverwijk in de OGGZ. Volgde de B, MGZ en de VO-SPV.

Geluk A., Ad (1948)

Werkzaam in Riagg Rotterdam-zuid. Chronische psychiatrie. Volgde de LTS, B, MBO, MGZ en de VO.

Getkate J., Johan (1940)

Werkzaam in GGZ Groningen afdeling volwassenen. Volgde de A, B, B-stafcursus, MGZ en de Kader.

Geurdes B., Ben (1950)

Werkzaam in GGZ Friesland. Chronische psychiatrie.

Volgde de B, MGZ, VO, studeerde Andragologie en deed een Management opleiding.

Glas R.J.B., Reina (1924)

Gepensioneerd. Voorheen werkzaam in Den Haag in de jeugdpsychiatrie.

Volgde de A, B, kraam, wijk, en B-nazorg.

Hermanides-Willenborg L., Leonoor (1950)

Werkzaam in Amsterdam geweest als manager van het project zorgcoördinatie en revalidatie, is daar thans nog staffunctionaris. Daarnaast is zij Verpleegkundig opleider van het Mentrum.

Volgde de A, B, MGZ, Kader en een Management opleiding.

Herrmann G., Grace (1957)

Werkzaam in GGZ Den Bosch op de afdeling crisisinterventie.

Volgde haar verpleegkundige opleiding in Zwitserland, in Nederland de MGZ en thans bezig met de Mastersopleiding in Utrecht.

Jansen van den Doormalen G., Trudy (1925)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest in de jeugdpsychiatrie in Amsterdam, hoofd van de opleiding voor de wijkaantekening en de sociaal psychiatrische opleiding van verplegenden B bij de Aemstelhorn in Amsterdam en later de MGZ-GGZ opleiding. Volgde de A, B, kraam, wijk, opleiding voor verplegenden B, HBO-MW en de VO-MW.

Kok de A.J., Arend-Jaap (1957)

Werkzaam op de Gliagg in Dordrecht, afdeling volwassenzorg. Volgde de A, B, een Managementopleiding, MGZ en is thans bezig met de VO-SPV.

Kolle A., Annemieke (1958)

Werkzaam in de Riagg Katwijk, afdeling volwassenzorg. Heeft zich vooral gespecialiseerd in VHV en het werken met beeldende middelen. Volgde een MBO opleiding, de B, MGZ, HBO-MW de VO-SPV en verschillende cursussen VHV en creatieve psychotherapie.

Koning de J. A. M., Jopie (1935)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij het Provinciale wit-gele Kruis, de Stichting GGZ Noord-Brabant en de Riagg Breda, volwassen-en ouderenzorg. Volgde de B, A, kraam, wijk, sociale psychiatrie en een stafcursus van het AMW.

Kreulen A.C., An (1921)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij de GG en GD in Den Haag, afdeling jeugdpsychiatrie. Volgde de B, A, kraam, wijk en de B-nazorg.

Kuypers E., Ed (1939)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij de Stichting GGZ (Riagg Haagrand), volwassenzorg. A, B, sociaal psychiatrische verpleging, MO A+B sociale pedagogiek, groepstherapie opleiding.

Morsman M., Martin (1952)

Werkzaam in Groningen Hogeschool als docent aan de MGZ-GGZ opleiding, gastdocent voor de opleiding voor Verpleegkundig Specialist in Utrecht en bij de Riagg Drente op de afdeling jeugd. Volgde de A, B, MGZ, Kader, docentenopleiding, beroepsverdiepende opleidingen; Gestalt, supervisie, systeemtherapie.

Nieboer M., Marianne (1944)

Werkzaam in GGZ Groningen, jeugdafdeling. Actief geweest in het regionale COOSPV overleg. Volgde de Z, A, B, MGZ en Kader.

Nieuweweme A. A. M., Agnes (1960)

Werkzaam op het CAD in Maastricht in de verslavingszorg en als penitentiair reclasseringswerker. Volgde de HBO-V en de MGZ.

Nooyenkooi van A., Agaath (1928)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij de Provinciale Stichting in Maastricht en de latere Riagg, afdeling volwassenzorg, was actief in de NVAGG. Volgde de HBO-MW, A, kraam, kinder, wijk, B, sociale psychiatrie en studeerde Theologie.

Nouwens M.L., Riet (1936)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest als SPV in het W.G A'dam, Katholieke Stichting voor GV-A'dam, IMP Riagg-Zuid Rotterdam en docent aan de Aemstelhorn en de Hogeschool van Amsterdam als docent en stagecoördinator aan de MGZ-GGZ opleiding. Actief in verschillende landelijke werkgroepen. Volgde de A, B, kraam, wijk, sociale psychiatrie, HBO-MW, VO-MW, psychotherapieopleiding en de docentenopleiding.

Onderwater K., Kees (1949)

Werkzaam in Amsterdam als preventiemedewerker van de afdeling sociale psychiatrie. Voormalig bestuurslid. Eindredacteur van Sociale Psychiatrie. Volgde de A, B, MGZ en Kader.

Peeters, L., Ley (1950)

Werkzaam op Behandelcentrum Nieuw Spraeland, waar hij als SPV werkt met SGLVG-cliënten (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten). Volgde de B en de MGZ.

Poortvliet J., Jacques (1929)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest in Arnhem bij de sociaal medische dienst van de GG en GD. De SPD van westelijk Utrecht (later Riagg) op de volwassenafdeling. Volgde de A, B, MGZ en Kader.

Raben C.J.T., Carla (1960)

Werkzaam in Almelo, Stichting Adhesie (crisisteam) en het LCVV in Utrecht. Voorzitter van het bestuur van de NVSPV en ad-interim voorzitter van de Federatie van GGZ verpleegkundigen. Volgde de B, MGZ, VO-SPV en nam deel aan het Orion-scholingstraject voor leiders in de verpleging en verzorging.

Reymers Th. M. H., Thea (1929)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij de Stichting GGZ Zuid-Holland, later Riagg Dordrecht. Was lid van verschillende werkgroepen van de NVAGG, NRV. Volgde de A, B, kraam, wijk, sociale psychiatrie en VO-MW.

Simon T., Terence (1963)

Werkzaam in de Meren Amsterdam op de volwassen afdeling en in het crisisteam. Volgde de MBO-V, HBO-V, MGZ en studeert rechten.

Talsma F., Fokje (1937)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij GGZ Friesland op de jeugdafdeling. Deed de A, B, kraam, wijk, B-nazorg en de Kader.

Varkevisser M., Ria (1939)

Werkzaam in Utrecht bij de Riagg afdeling volwassenen en thans ouderen. Speciale aandacht voor VHV. Deed de A, B, wijk, MGZ en Kader.

Verberk F., Frans (1952)

Werkzaam als inspecteur voor de gezondheidszorg. Voorheen Stichting GGZ-Zuid Holland, later Riagg ZHE volwassenenzorg en acute psychiatrie. Acht jaar voorzitter geweest van het COOSPV. Was redactie lid van Sociale Psychiatrie. Voorzitter van de Neuman Supportgroep. Volgde de B, MGZ, Kader, VO-SPV, Masters in Nursing.

Vosde J. P.J., Hans (1949)

Werkzaam bij Riagg IJsselland als coördinator van het crisisteam. Eerste voorzitter van het bestuur van de NVSPV. Actief in gemeentelijke en provinciale politiek. Volgde de B, MGZ, Kader en beroepsverdiepende opleidingen, waaronder systeemtherapie.

Vugt van F., Frans (1951)

Werkzaam in Utrecht als hoofd automatisering en algemene zaken bij de Riagg Stad Utrecht. Voorheen crisisinterventie. Voormalig bestuurslid. Redactielid Sociale Psychiatrie, Administratiebureau NVSPV, systeembeheer NVSPV en initiator van verschillende werkgroepen van de NVSPV. Volgde de LTS/MTS, B, MGZ, Consultatieopleiding, VO-SPV en diverse automatiseringsopleidingen.

Willems H., Hilde (1933)

Gepensioneerd. Werkzaam geweest bij het Overijssels Centrum GGZ (later Riagg Almelo) afdeling volwassen en als coördinator van de afdeling ouderen. Volgde de A, B, wijk, kraam, B-nazorg en Kader.

Zuidhoek R.P.G.M., Rob (1960)

Werkzaam bij de MFE Zuid-Holland-Noord. Volgde de HBO-IW, B, en de MGZ.

Kortelinhoudsbeschrijving

Hoopvolbezorgd,

sociaalpsychiatrische verpleegkunde van de 20e naar de 21e eeuw.

In het kleurrijke palet van hulpverleners in de GGz vormen verpleegkundigen de grootste beroepsgroep. In de extramurale GGz zijn dit voornamelijk sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Zij worden 'bescheiden harde werkers' genoemd (Van Hoof en Wolf 1995), of hulpverleners die een 'spilfunctie' vervullen in de sociale psychiatrie (Van de Beek 1991).

Een kenmerk van bescheiden harde werkers is dat zij weinig van zich laten horen. In dit boek spreken 41 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zich uit over hun huidige en voormalige werk.

Zij geven hun visie op ontwikkelingen in de GGz en de zorg voor cliënten.

Die zorg is gebaseerd op uitgangspunten van de sociale psychiatrie en zij zijn van mening dat dit voorlopig zo moet blijven. Een cliënt sprak volgens Gersons eens de volgende zin uit: 'als je me kunt genezen, genees me dan, maar als je me niet kunt genezen help me dan te leven'.

Het zijn vooral de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die vanaf de jaren dertig van deze eeuw, een bijdrage leveren aan cliënten en hun familieleden om hen te helpen te leven in de thuissituatie.

Copyright © NVSPV

Hosingenhof 5

5625 NJ Eindhoven

E-mail: Uitgever@NVSPV.nl

ISBN: 90-805385-1-5

NUGI: 758

