



Nederlandse Vereniging van
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

DE SPV, EEN BLIK OP DE TOEKOMST

Verslag werkconferentie 24 april 2002, Utrecht-Lunetten

Inleiding bij uitnodiging werkconferentie

Anders dan U van ons gewend bent nodigen wij u uit voor een actieve werkconferentie “ De SPV, een blik op de toekomst “

Binnen de GGZ en binnen onze beroepsvereniging zijn belangrijke ontwikkelingen gaande die bepalend zijn voor de toekomst.

Het bestuur wil samen met de leden van gedachten wisselen over de beleidskaders voor onze toekomst. De uitkomsten van deze bijeenkomst worden verwerkt in een beleidsplan voor de komende 3 jaar.

Middels een ludiek spel en debat willen we een 4- tal onderwerpen aan u voorleggen, vooraf gegaan aan een korte inleiding door deskundige leden uit de vereniging.

1. ONDERWIJS EN SCHOLING

Vooruitblik Ivonne van der Padt:

Uitgangsvraag is: wat is een goed onderwijs- en scholingsbeleid voor studenten, SPV'er en werkgever? In het algemeen is het moeilijker om te veranderen als je ouder wordt, meer ervaren bent en meer een doener. Dat stelt hoge eisen aan het leren: het moet gaan om *permanente educatie* vanuit de uitgangspunten van de sociale psychiatrie, te weten:

- marginalisering en uitstoting tegengaan,
- geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief,
- uitgaan van een voortdurende wisselwerking tussen individu en omgeving,
- hulp richten op de persoon in zijn maatschappelijke, sociale en culturele context,
- de hulpverlening richten op meerdere niveaus van functioneren.

Vormen deze uitgangspunten het vertrekpunt van de praktijk van alledag? Worden de competenties van studenten op deze uitgangspunten getoetst? Niet alleen in de initiële opleiding maar ook in de bijscholing?

Die toetsing moet vanuit drie perspectieven plaatsvinden:

→ de zorgvraag

Hulpverlening dient plaats te vinden op basis van de beste onderzoeksresultaten en de beste praktijkervaringen en dient uit te gaan van de vraag (en dat sluit bemoeizorg niet uit). De cliënt kan zich in allerlei settings bevinden en wordt in zijn context benaderd.

→ het werkgeversbelang

De permanente educatie betreft de nieuwste hulpverleningsmethoden in de directe cliëntenzorg, is bij voorkeur bedrijfsgeoriënteerd en

functiegericht. Kan de hulp voor chronische patiënten ook in de eerste lijn worden geboden?

→ het beroepsbelang

Opleiding en bijscholing moeten alle domeinen van het profiel betreffen en niet alleen op het bedrijf, maar ook op het beroep georiënteerd zijn. Het gaat om het bijhouden van basisvaardigheden, maar ook om het aanleren van nieuwe vaardigheden. Toetssteen is ook of de permanente educatie toepasbaar is in alle settings en voor alle doelgroepen.

Bovendien moet de educatie gericht zijn op drie niveaus: het microniveau van de contacten met de cliënt, het mesoniveau van de instelling en het macroniveau van beleid en maatschappij.

Dat mondt uit in de volgende stelling:

**Onderwijs daagt uit tot permanent leren vanuit de sociaal-
psychiatrische verpleegkunde vanwege zorgvragen in alle settings.**

Discussie

- Wat moeten we verstaan onder permanente educatie en vanwaar de noodzaak daartoe? (Antwoord: het werk is steeds vaker gericht op specifieke doelgroepen, waardoor de brede sociaal-psychiatrische achtergrond – zie de uitgangspunten – naar de achtergrond verdwenen. Daartegen is permanente educatie een tegenwicht.)
- Kunnen we niet beter eerst eens achterom kijken en tot ons door laten dringen wat we allemaal al hebben? Maak maar eens een pas op de plaats, de bestaande opleidingen zijn prima. ⇔ Nee, alles om je heen verandert en beweegt in het veld: er komen dwarsverbanden met de thuiszorg, met anderen in de eerste lijn en met de klinieken. Bovendien is er de nieuwe opleidingsstructuur. Je zult wel moeten meegroeien, meegaan in de vaart der volkeren, anders wordt je ondergesneeuwd onder andere beroepsgroepen die zich wel blijven ontwikkelen.
- Het zal nodig zijn schrap te staan voor je eigen beroepsdomein, want daar wordt voortdurend van afgesnoept, bijvoorbeeld bij kleine verschuivingen in de formatie. Het is een oude neiging van SPV'ers om je te richten op het werk en niets meer te willen bijleren. Dat is niet goed: vecht voor de inhoud van je beroep! Anders gezegd: niet aanvallen maar verdedigen...
- Dat valt in de praktijk nog niet mee, want ook SPV'ers denken verschillend over de inhoud van het beroep. Maar het is wel mogelijk, want je hebt inhoud en deskundigheid genoeg.
- De SPV'ers zullen daar zelf voor moeten opkomen. Vroeger was het vanzelfsprekend dat de werkgever de VO betaalde; dat voorrecht zijn we kwijtgeraakt door ons eigen conservatisme. We zijn als SPV'ers steeds vaker specialistische opleidingen gaan volgen. Een deugdelijke, brede VO kan daar een halt aan toeroepen.
- Wat in het bijscholingsaanbod ontbreekt zijn leervormen die een aanvulling bieden op het dagelijks handelen van de SPV'er. Wat vaak ontbreekt is de reflectie in de praktijk, bijvoorbeeld door casuïstiek te bespreken. De VO moet zeker, maar daarnaast gaat het ook om vormen van supervisie en intervisie en het volgen van symposia en korte cursussen. Er moet een slag worden gemaakt naar integratie van het leren in de praktijk. Daar moet in de beroepspraktijk een stimulans voor

komen. De beroepsvereniging kan daarbij een rol houden, bijvoorbeeld door deelname aan zulke activiteiten verplicht te stellen voor het behoud van de beroepsregistratie. (Er ligt overigens een bij- en nascholingsplan, dat samen met het Trimbosinstituut is ontwikkeld; binnenkort wordt daar meer bekendheid aan gegeven.)

- De hogescholen hebben te weinig visie en denken teveel in modellen. Ook bij het ontwikkelen van de visie moet de NVSPV een belangrijke rol spelen.
- Mooi dat de stelling wordt onderschreven dat permanente educatie nodig is, maar waar blijft de oriëntatie op de zorgvraag van de cliënt? Daar zit namelijk je enige legitimatie.
- In de kern betekent die oriëntatie op de vraag dat je contextueel competenties kunt teruggeven aan cliënten, zoals multiprobleemgezinnen. Als je denkt dat je ook psychotherapie kunt geven, hol je het beroep uit.
- Probleem is daarbij dat we kennelijk benauwd zijn over wat we nu eigenlijk zijn. Steeds minder SPV'ers zijn in de praktijk bezit met sociale psychiatrie, terwijl 80 procent van de OGGZ-klanten SPV-klanten zijn. We zijn ten onrechte SPV-klanten kwijtgeraakt en teveel algemene Riagg-hulp gaan verlenen. We zijn nog maar net begonnen met een heroriëntatie; het komt er nu op aan een goede praktijk te stimuleren, verbonden met opleidingen. (→ applaus)
- Onze manier van werken wordt steeds verder ingeperkt door onafhankelijke indicatiestelling, protocollen, productieafspraken enzovoort. Die zijn een strop om de nek van de SPV'er, want ze beperken de bewegingsvrijheid die je nodig hebt. Schrijf vanuit de NVSPV maar eens een open brief over die gevaren voor een beroepsgroep die zoveel maatschappelijke waardering oogst.
- Toch is het ook wel mogelijk om op een andere manier sociale psychiatrie te bieden. Bijvoorbeeld door middel van hypnotherapie, waarbij je de egokrachten van de cliënt leert kennen, zodat je beter kunt verwijzen.

Conclusie: permanente educatie moet, opleiding en bijscholing moeten dichter bij de praktijk. Er ligt veel werk voor de vereniging, onder meer door beter naar buiten te treden en beter te beschrijven wat SPV'ers doen. Daarbij is aandacht nodig voor alle domeinen van het beroepsprofiel. De beroepsgroep moet zich niet weg laten drukken in specialistische zorgprogramma's.

2. CLIËNTEN EN CONSUMENTENORGANISATIES

Vooruitblik Frans Verberk

Bij de discussie over permanente educatie is ten onrechte te weinig aandacht voor de zorgvraag. Het gaat immers altijd over het belang van de cliënt, de SPV'er doet zijn werk niet voor de werkgever maar voor de cliënt en daarbij werkt hij of zij samen met de cliënt. Dat laatste maakt het nodig dat de SPV'er op vier niveaus beleid ontwikkelt in overleg met de cliënt:

- uitvoering: meer overleggen met de cliënt, onder meer over zorgprogramma's,

- instelling: deelname mogelijk maken aan cliëntenraad en VAR,
- regio: overleg voeren met de RPCP's, onder meer over de regiovisie,
- landelijk: overleg met landelijke patiëntenorganisaties als de LPR.

Dat leidt tot de stelling:

Zonder de cliënt heeft de SPV'er geen toekomst. Momenteel betreft de beroepsgroep zijn belangrijkste partners (cliënt en familie) niet of nauwelijks bij het beleid. Dat is niet professioneel en in strijd met het beroep SPV'er.

Discussie

- We moeten steeds uitgaan van de cliënt, daar word je mee doodgeranseld. Dat houdt ons af van professionalisering. Laten we eerst 'van onszelf te houden', dus draai de stelling maar om: zonder de SPV'er heeft de cliënt geen toekomst.
- Cliënten en familieleden zijn niet onze belangrijkste partners, dat zijn de eigen beroepsgroep en de andere professionals. Kijk naar bijvoorbeeld Ypsilon: die organisatie is veel te subjectief.
- Wij als SPV'ers kunnen als geen ander naar de cliënt luisteren, wij weten heel goed wat de cliënt wil, zonder dat we moeilijke woorden gebruiken
 ⇔ Nee, die zelfverheerlijking klopt niet met de feiten: verschillende RPCP's hebben zwartboeken over de psychiatrie uitgegeven en daarin staat dat cliënten ook door SPV'ers van het kastje naar de muur worden gestuurd.
- In de stelling gaat het te weinig over politiek; het bestuur moet dáár meer lobbyen. (Probleem is dat dat vaak via de koepel verloopt, dus dat moet in het vierde blok maar aan de orde komen).
- Ik heb geen zin in vergaderen en overleggen, ik wil gewoon mijn werk als SPV'er doen. ⇔ Nee, we moeten verder gaan dan in de één-op-één-contacten goed luisteren naar de cliënt, we moeten ook met politiek en beleid overleggen.
- Als er landelijk beleid ontwikkeld wordt, zie je bijna nooit de stem van de SPV'ers in de krant staan: we moeten meer publiek stelling nemen. We lijken het beeld te scheppen van: wij luisteren zo goed, maar de politiek en het beleid luisteren niet naar ons. Maar proberen we dat wel genoeg?
- Het wordt steeds moeilijker om te overleggen met de cliënt. De tijd voor praten met de cliënt wordt door de instellingen afgeknepen tot contacten van maximaal 30 minuten. ⇔ Oké, maar daar hoeft je als werker niet per se iets van aan te trekken: laat je niet ringeloren, bepaal zelf hoe je je werk wilt doen. Bovendien kun je ook in minder tijd goed luisteren naar de cliënt.
- In de toekomst zal er veel via het internet gaan. De cliënt kan er zijn eigen diagnose stellen en op zoek gaan naar een geschikt programma. Hij of zij is geëmancipeerder en autonomer en kan meer zelf dan wij denken. ⇔ Ik herken daarin mijn cliëntengroep niet.
- Verenigingen van patiënten en familieleden zijn nog niet sterk genoeg. Daarom moeten wij als SPV'ers in de zorgprogramma's hun vraag beter tot zijn recht laten komen. Op die manier doe je recht aan het doel van de SPV'er om terugval te voorkomen. Let er wel op dat je alles versterkt in en rondom de cliënt, dus ook de structuren. ⇔ Word wakker: de patiënt

wordt steeds maar machtiger; zo kan hij vanuit de cliëntenraad leden voordragen voor de Raad van Toezicht.

→ Het is een enge ontwikkeling dat cliëntenorganisaties zo dicht tegen de instellingen aankruipen; sommige directeuren geilen daarop, het gevaar van manipulatie dreigt. Help ze om ook buiten de instellingen hun belangen te behartigen, bijvoorbeeld via internetcafés waar ze kunnen chatten. ⇔ Het heeft aan de andere kant wel voordelen dat cliënten meer positie krijgen in de instellingen: hun stem wordt zo wel gehoord.

Conclusie van de inleider: de cliënt staat in deze discussie te weinig centraal: het gaat opnieuw vooral over de beroepsgroep. Kennelijk is er nog heel wat discussie nodig over de verhouding tussen professionele autonomie en vraagsturing.

3. DE SPV'ER IN DE EERSTE EN TWEDE LIJN

Vooruitblik Kees Onderwater

Eigenlijk zou je als SPV'er geen positie moeten kiezen tussen eerste of tweede lijn. Trek je niets aan van de lijnen en doe met je cliënt gewoon je werk, samen met alle andere mensen en organisaties die zich rondom die cliënt bevinden. Het rapport 'Erbij horen' van de Taskforce vermaatschappelijking geeft daar voeding aan. Dat ziet het 'maatschappelijk steunsysteem' als basis voor goede dienst- en hulpverlening. Daarvan maakt in elk geval een kwartiermaker (opbouwwerker) deel uit, die als intermediair fungeert tussen psychisch gehandicapten en organisaties en de regie voert op het niveau van samenleving en lokale overheid. De regie op het niveau van de cliënt wordt daarnaast gevoerd door een dienstverlener/casemanager/netwerker. Ook het recent verschenen rapport 'Zorg van velen' van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid wijst in die richting. Dat gaat ervan uit dat 'decontextualisering' van de problemen niet bijdraagt aan de oplossing en dat het zoeken is naar nieuwe (of oude?) vormen, zoals opbouwwerk, systeemtherapie, sociale psychiatrie en maatschappelijke steunsystemen. De commissie ziet daarbij een rol voor agogen en SPV'ers.

Dat leidt tot de stelling:

De SPV'er is bij uitstek de specialist op het gebied van sociale psychiatrie. Dit komt in het werk tot uiting door de nadrukkelijke aandacht voor de maatschappelijke en de sociaal-culturele context waarin de cliënt zich bevindt. Een logisch gevolg is dat de SPV'er werkt op die plaatsen waar een maximaal resultaat mogelijk is: DE WIJK

Discussie:

→ Volkomen mee eens. Prima, de wijk in, dichterbij de mensen om wie het gaat. We moeten terug naar onze roots: dit is sociale psychiatrie. ⇔ Het sociale van de sociale psychiatrie is breder dan alleen de wijk, zie ook: vriendendienst en systeemtherapie. Laten we ons niet fixeren op de wijk. (applaus) En sociaal is ook: gegrond in de maatschappelijke positie. Wat doen we met de wetenschap dat de maatschappij ook ziekmakend kan

- zijn? Waar blijft de politiserende hulpverlening? Moeten we niet ook nar, aanklager en breekijzer zijn?
- Oriëntatie op de wijk betekent dat het beroepsprofiel op de schop moet. Je wordt immers geen opbouwwerker, je moet als verpleegkundige blijven werken, zij het in een heel andere context. Dit onderstreept het belang van permanente educatie.
 - De consequentie hiervan zou zijn dat je uit de GGZ stapt. Hebben we daar de power wel voor? Probleem is dat we niet veel van wijken weten.
 - ⇔ Je móet wel iets van wijken weten, anders kun je je werk nooit goed doen.
 - In de stelling moet je ook het woord 'psychiatrie' onderstrepen. Het risico van inbedden in de wijk is dat je er een eenzame positie krijgt: bouw vooral een goed netwerk op, waarvan de GGZ deel blijft uitmaken.
 - Let erop dat je ook de regie moet blijven voeren ten opzichte van de kliniek en dat je ook de asielfunctie, transcultureel werken en de forensische kant in het oog houdt: geen versmalling van het beroep, de SPV'er moet zich breed blijven inzetten, zonder zich vast te pinnen op lijnen en echelons.
 - Met name jongere SPV'ers worden gemangeld door productienormen van 'het concern', terwijl 30-minuten gesprekken veel te kort zijn voor deze werkwijze. Dat betekent dat je als vakgroep binnen de instelling die productienormen moet afwijzen. Dit probleem geldt minder voor oudere collega's omdat die meer vrijheid nemen, terwijl 'het concern' hen niet durft aan te pakken. ⇔ Nee, dat is geen kwestie van leeftijd, maar van houding. En let wel: er is in de GGZ meer ruimte dan je denkt, als je die maar pakt. Laten we niet verzanden in zulke organisatorische discussies.
 - Uit onderzoek blijkt dat met name veel ouderen de GGZ niet bereiken omdat de drempel te hoog is. Loketten in de wijk kunnen dat verhelpen.
 - ⇔ Probleem met de loketten is, dat we als SPV'ers steeds meer cliënten uit steeds meer doelgroepen moeten gaan bedienen. Terug naar de roots is ook: geen caseload van 80, maar van 30 cliënten.
-

4. DE NVSPV EN DE KOPELORGANISATIES

Vooruitblik Carla Raben

De Federatie van verpleegkundigen in de GGZ is in juni 2000 opgericht met als doel de overstijgende belangen te behartigen van de verpleegkundigen in de GGZ en hun de beroepsorganisaties, waaronder de NVSPV. De statuten van de FVGGZ gaan uit van solidariteit, vandaar dat elke vereniging een gelijke stem heeft en er gestreefd wordt naar consensus. Momenteel verandert er in het veld van alles onder invloed van Europa, een nieuw opleidingsstelsel en andere opvattingen over de lijnen in de GGZ. De discussie zou moeten gaan over samenwerking met andere verpleegkundigen in de GGZ. De focus zou niet moeten liggen op de posities, maar op de inhoud, met respect voor ieders eigenheid. Wat is het grotere belang dat ons bindt en wat is daarbij de rol van het belang van de cliënt? Oude indelingen werken niet meer. Door vermaatschappelijking (zie de discussie over de wijk) neemt het belang van de SPV'er toe, maar alleen samen met de andere GGZ-verpleegkundigen.

Dat leidt tot de stelling:

De zeggingskracht van de SPV'er neemt toe door samenwerking met andere GGZ-verpleegkundigen.

Discussie

- De stelling is een goed uitgangspunt. Steeds meer patiënten wonen thuis en dus moet je wel samenwerken met rehabilitatieverpleegkundigen en anderen. Alsjeblieft geen stammenstrijd.
- Anderzijds: gaan we dan als SPV'ers niet onder in een oersoep? Waar blijft ons specifieke domein? Het is nauwelijks meer uit te leggen wat des SPV's is. Dat leidt tot een spagaat: enerzijds ben je als SPV'er door je brede benadering generalist, anderzijds moet je specifiek iets te melden hebben om je te profileren. Kijk uit dat we niet proberen alles te doen. Liever wat minder patiënten.
- De SPV'er kan zich in het netwerk met de andere GGZ-verpleegkundigen profileren met vaardigheden op het gebied van regie enzovoort. ⇔ Maar zit de cliënt hierop te wachten: een SPV'er als een regisseur achter een bureau?
- Er zit al enkele jaren een patroon in de discussie over de beroepsidentiteit: we constateren dat we het best goed doen, maar vervolgens vragen we ons toch af wie we eigenlijk zijn en wat we eigenlijk doen. Wat dan ontbreekt is: vasthouden van wat we goed kunnen.
- We kunnen heel wat leren van de manier waarop de huisartsen dat in regionale overleggen organiseren: meer inhoudelijk samenwerken en je vak presenteren, daar waar je elkaars expertise kunt delen. ⇔ Nee, een huisarts is ondernemer en denkt vanuit zijn eigen vakgebied. Bovendien weet een patiënt precies wat hij van en huisarts kan verwachten. Dat verschilt enorm van hoe SPV'ers werken.
- Deze discussie gaat teveel over het eigen domein en te weinig over samenwerking met andere GGZ-verpleegkundigen. Om het maar eens aan te scherpen: de SPV'er luister zo goed – doet hij dat beter dan andere verpleegkundigen? En: is het streven binnen vijf jaar één grote vereniging van GGZ-verpleegkundigen te zijn?
- Profileren staat niet haaks op samenwerking. In samenwerking met anderen zal ons bestaansrecht moeten blijken. Zo niet, dan heffen we ons als NVSPV op.

(NdB)