

PLEKTRUM

9e jaargang, nr. 28, december 1990

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Najaarsnummer



Kolofon

'Plektrum' is het verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt drie tot vier maal per jaar.

Kontributie voor de NVSPV is voor werkenden f 75,- per jaar. Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het tarief f 27,50 respectievelijk f 37,50. Donateurs verplichten zich tot minimaal f 46,- per jaar.

Ledenadministratie:
Postbus 639,5600 AP Eindhoven.
Telefoon: 040 - 424929.

Postrekening;
Giro 4424927 NVSPV te Dronten.

Dagelijks bestuur:
Robert Dudink
(vice-voorzitter, penningmeester)
03210- 17879
Lies van 't Slot (secretaris)
02152-54556

Kopij:
Kopij voor het Plektrum dient te zijn getypt. U bespaart ons een hoop werk door de tekst op een floppy aan te leveren. Maximale lengte van de artikelen is 5 à 6 bladzijden

Redactie-adres:
Harry de Graaff
Lingedijk 17
4014 MB Wadenoijen
03446- 1291

Redactie:
Harry de Graaff
Cor Augustijn (foto's)
Henk Hiemstra

Technische uitvoering:
Zetwerk: Frans van Vugt
Druk : Ergon bedrijven, EHV

Aantal leden NVSPV: 740

Copyright:
Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf. Overname met bronvermelding is toegestaan.

Inhoud

Inhoudsopgave	2
Van de redactie	3
Running vanuit de Riagg	4
door Bouke Reitsma, SPV Riagg Amsterdam	
Gerard Nijboer, SPV en marathonloper	9
door Ria de Munk, SPV CAD Groningen en Ilse van Eck, SPV Polikliniek APZ 'Groot Bronswijk' Wageningen	
AGGZ en arbeidshulpverlening bij arbeids- ongeschiktheid	12
door Jelly Bruining, preventiemedewerkster Riagg Groningen	
Balanceren tussen werk zijn en werk hebben	18
door Mariëke de Jonge, Vice-voorzitster Cliëntenbond	
De SPV op de polikliniek van het APZ	25
door Ronald Schilperoort en Gert Velds, SPV-en polikliniek 'Dennenoord'Groningen	
Werken in een psycho-geriatrisch verpleegte- huis als SPV	27
door Jacob B. Bos, SPV Psycho-geriatrisch verpleegtehuis 'de Enk' Zuidlaren	
SPV....Blues	28
door G. Raaf	
Master of nursing degree course	29
door Frans Verberk, SPV Riagg Zuidhollandse eilanden	
Opleiding verplegingswetenschappen	31
door Joekie Bruinings, SPV Riagg Dordrecht	
Aanmeldingsformulier NVSPV	33

Van de redactie

Het is alweer een jaar geleden dat het laatste Plektrumnummer bij u in de bus lag. De betreffende jubileumuitgave, ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van onze beroepsvereniging, werd door velen goed gewaardeerd. Zodanig dat de redactie besloot om op dezelfde voet door te gaan. Dat houdt in dat we voortaan achter sociaal psychiatrisch verpleegkundigen aangaan, die iets leuks, nieuws, wetenschappelijks, enzovoorts te melden hebben. Ook niet SPV-en zullen benaderd worden als hun werk en/of aandachtsgebied maar overeenkomt met dat van de SPV. Dit nummer is op deze wijze tot stand gekomen en het is gebleken dat de tijd die nodig was om alle mensen te benaderen en te motiveren om kopij te leveren op ongeveer vijf uur per persoon kwam (twee redactie-leden). Maar de bezetting van de redactie is te krap; drie, waarvan één fotograaf. Kortom wij zoeken mensen die de kleine maar enthousiaste redactie willen aanvullen.

In het volgende nummer van Plektrum willen we een brievenrubriek starten, waarin de lezers kunnen reageren op artikelen uit een vorige uitgave. Mogelijk koppelen we daaraan de reactie van de schrijver/ster van het betreffende artikel.

De rubriek gaat heten: 'De **gevoelige snaar**'. Ook in het volgende nummer waarschijnlijk een aantal (voor)publicaties van net verschenen boeken waaraan SPV-en en/of andere Riagg-medewerkers meewerken. Dit nummer zal in April/Mei 1991 verschijnen.

Het uiterlijk is zoals u ziet ook veranderd. We hebben voor deze uitgave gekozen voor dezelfde drukker, die ook de vergaderstukken en de syllabussen van de studiemiddagen verzorgt heeft. Niet onbelangrijk is ook dat deze manier van druk voordeliger is zodat in de toekomst mogelijk meer uitgaven per jaar kunnen worden gepresenteerd. Als het u en ons goed bevalt zullen we aan deze vorm vasthouden, dus graag reactie.

In dit nummer aandacht voor hardlopen als sport en therapie. Twee artikelen over arbeid waarvan het artikel van Mariëke de Jonge een weergave is van haar redevoering, die ze hield op 6 maart j.l. in Rigg-verband. Dan twee artikelen over het werk van SPV-en in andere werkvelden dan de Riagg. In het volgende nummer willen we weer andere werkvelden belichten. Suggesties zijn welkom. Na de vast bijdrage van G. Raaf volgen twee artikelen over twee wetenschappelijke opleidingen voor verpleegkundigen.

De redactie wenst u veel leesgenot met dit nummer van het Plektrum en hoopt voor u persoonlijk en onze vereniging op een voorspoedig 1991.

nvspv nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch
verpleegkundigen



WORDT LID OF MAAK ER ÉÉN!

*And I tell you
Things aren't quite the same
When I'm rushing on my run.
(Velvet Underground, 1969)*

RUNNING vanuit de RIAGG

door Bauke Reitsma, SPV Riagg Amsterdam

Dit artikel beschrijft de theoretische achtergrond en opzet van een running-programma dat met ingang van oktober 1990 is opgenomen in het behandelaanbod van de RIAGG Centrum/Oud-West in Amsterdam. Op basis van onderzoeksresultaten wordt de potentiële waarde van running als behandel-methode op zich, of als aanvulling op de reguliere behandelingswijze binnen de ambulante zorg aangetoond.

Inleiding

Het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ) beveelt sport voor chronische ziek(t)en aan, zoals bij CARA, hartklachten, reuma, ziekte van Bechterew, rugklachten, (chronische) diabetes mellitus, ziekte van Parkinson, obesitas, multiple sclerose. Maar: lichaam en geest zijn een, er is sprake van wederzijdse beïnvloeding. 'Mens sana in corpora sano' (Een gezonde geest in een gezond lichaam). Het ligt dus voor de hand te veronderstellen dat sporten ook een positieve invloed kan hebben op psychische ziek(t)en.

Een voorbeeld hiervan is 'running'. Running houdt in dat men traint aan de hand van opbouwende trainingsmethodieken. Het gaat verder dan joggen en mist het competitie-element van wedstrijd- en prestatiesport.

Collega Wim Heinen van de RIAGG Regio Eindhoven en De Kempen heeft reeds jarenlange ervaring opgedaan met running; eerst op persoonlijk initiatief maar de laatste jaren ook vanuit het RIAGG-behandelaanbod. Ook bij andere weizijns- en gezondheidsinstellingen bestaan er, al dan niet vergevorderde plannen voor runningprogramma's.

Met ingang van oktober 1990 kent ook de afdeling Sociale Psychiatrie van RIAGG Cen-

trum Oud/West (CO/W) te Amsterdam voor haar cliënten een dergelijk programma.

Het bieden van een runningprogramma aan haar cliënten werd door directie en medewerk(st)ers van RIAGG Centrum/OudWest met enthousiasme ontvangen.

Theoretische Achtergrond

In de jaren zeventig werd veel aan duurlooptraining gedaan via de methode van Long Slow Distance. Het principe hierbij geldt dat het aantal kilometers en met name de tijd (minimaal een uur per dag), gehaald moet worden. Dan ontstaat een welbehagen dat omschreven wordt als 'runners high'. Onderbreekt men het aldus opgebouwde ritme dan kunnen ontwenningverschijnselen optreden, zoals slaapproblemen, angst, geagiteerdheid.

Solomon en Bumpus (12) beschrijven de Running Meditation Response: running met meditatie, soms aangevuld met hypnose. Volgens hen blijkt dit het middel te zijn voor het verkrijgen van een piekervaring (8) en een veranderde staat van bewustzijn. Zij kwamen tot omschrijving van effecten als verder wordt beschreven. Ook menen zij dat running voorafgaand aan groepspsychotherapie waardevol kan zijn. In dit artikel gebruik ik het begrip looptherapie niet omdat dat woord verwarring kan geven. In de L.J.S.A. wordt looptherapie omschreven als een therapeutisch middel en doel: lopen en aansluitend daarna psychotherapie. Daarom spreek ik liever van 'running'.

Graham (7) meent dat runners in drie groepen zijn onder te delen: de prestatie- en wedstrijdlopers, zij die lopen vanwege gezondheidsredenen lichamelijke conditie, uithoudingsvermogen, figuur en de mensen

die lopen gebruiken om de druk van het leven te ontvluchten. Ook de simpele reden om tot ontspanning te komen en zeker het sociale aspect iets samen met anderen te doen kan een motief zijn.

Het voert te ver om in te gaan op de psychodynamica van de runner. In dit artikel gaat het mij niet om het feit waarom mensen moeten lopen maar dat het nuttig kan zijn om te lopen. Voor de lezer die de psychodynamica toch interessant vindt verwijs ik o.a. naar Perry (9) en Sours (13).

Met Sours ben ik het eens wanneer hij veronderstelt dat running voor mensen een vorm van psychotherapie kan inhouden. Running is dus losmaken, bewegen, ontspanning. Het loslaten van (vervelende) gedachten, ervaren, voelen. Running geeft fysiologische en psychologische veranderingen.

Fysiologische en psychologische effecten van running

In het overzichtelijk en lezenswaardig 'Basisboek Hardlopen' benoemt Verhoorn (14) effecten van lopen. Onderscheiden naar lichamelijke en psychische effecten zijn dat o.a. lichamelijke effecten:

- gevoel van fit zijn
- hart en longen ontwikkelen beter
- vergroot zuurstofopname door grotere longinhoud
- afname lichaamsgewicht
- stimuleert en ontwikkelt het gehele bewegingsapparaat
- verlaging van de rustpols
- toename bloedvolume
- bevordert zweten en verhoogt lichaamstemperatuur
- verhoogde zuurstofopname in de hersenen
- toename dikte- en aantal spiervezels
- toename collaterale bloedcirculatie
- houdt doorbloeding op gang
- tegengaan osteoporose

Psychische effecten

- verhogen van zelfwaardering
- zich prettig en voldaan voelen

- sublimering van gevoelens (agressie, seksueel)
- men ervaart kalmte en rust
- afname (dwang) piekeren
- andere kijk op zijn lichaam en diens processen
- vermindering angstgevoelens.

Als algemene effecten zijn te noemen:

Beter slapen, vermindering van chronische vermoeidheid.

Running kan biochemische- en hormonale veranderingen geven die op hun beurt van invloed kunnen zijn op het algemeen functioneren. Er bestaat uitgebreide literatuur over deze veranderingen die veelal blijft steken in veronderstellingen. Zo meent van Eck (6), na literatuuronderzoek, dat het vaststellen van "runners high" (ook wel "runners syndrome") en verandering in stemming een feit is, doch dat de rol van de endogene opiaten nog verder onderzocht dient te worden. Running kan egoversterkend werken. Lichamelijke is er verandering en toename van musculatuur. Ook de houding en ge-laatuitdrukking kan veranderen.

Running in een groep biedt mogelijkheden voor sociale contacten. Men kan met de ander praten, sporten, men kan elkaar helpen. Wim Heinen liet mij weten dat het sociale aspect het belangrijkste effect van running is.

Onderzoek naar running

Onderzoek naar de effecten van een breed opgezet project (15) leverde o.a. de volgende resultaten:

Conditieverbetering of behoud en toename of verminderde afname van de mobiliteit.

Daarnaast werd gezelligheid als een belangrijk neveneffect genoemd.

Angsttoestanden komen bij 16 a 25 % van de psychiatrische cliënten voor. Dit in tegenstelling tot het percentage van de totale bevolking dat 2 a 4% telt (1).

Running heeft op angstgevoelens een gunstige invloed.

Zo vonden Bahrke en Morgan (1) dat actieve lichaamsbeweging angst kan reduceren. Dyer (5) toont na onderzoek bij runners en niet-runners aan, dat een regelmatig runningprogramma een individu kan helpen het hoofd te bieden aan stress. Ook wordt hierdoor het algemeen welbevinden positief beïnvloed.

Rape (10) stelt dat cardiovasculaire fitheid, verkregen door running, correleert met een afname van depressie.

In Nederland heeft recent Bosscher (2,3) een dissertatie-onderzoek afgesloten. Hij heeft onderzoek verricht bij een poliklinische groep cliënten met depressief toestandbeeld waarbij een groep de geëigende geïndiceerde behandeling kreeg en een twee de groep die naast de 'normale' behandeling een runningprogramma kreeg aangeboden. Hoewel de resultaten nog niet zijn gepubliceerd blijkt dat de mensen uit de tweede groep sneller uit hun depressie waren, een-toegenomen gevoel van eigenwaarde aangaven en dat de verbeteringen bestendiging vonden; dit in vergelijking met de eerste groep. Uit deze en meer, maar op deze plaats niet nader beschreven onderzoeken, moge het positieve effect van running op de psychische gesteldheid duidelijk blijken.

Running binnen de RIAGG Centrum/Oud West

Onderstaand volgt een beknopte beschrijving van de opzet van het runningprogramma zoals dat m.i.v. oktober dit jaar in projectvorm bij de RIAGG Centrum/Oud West wordt aangeboden.

Achtereenvolgens komen aan bod indicaties en contra-indicaties voor deelname, faciliteiten, outfit, trainingsopzet en informatie.

a. Indicaties en contra-indicaties voor deelname

In principe moet het voor iedereen die daartoe gemotiveerd is open staan om aan running te doen. Running kan men in dit verband het beste zien als aanvulling op de eigenlijke behandeling en therapie, met verschillende doelstellingen (bv. vanuit het behandelplan, op vraag van cliënt). Met kennis van de effecten en onderzoeksresultaten zoals hiervoor beschreven zal de motivatie er snel zijn.

Uitgaande van de RIAGG populatie kan running voor een brede cliëntengroep zinvol zijn. Naast cliënten met depressieve klachten angstklachten heeft running een bewezen nut bij psychosomatische klachten, agressieregulatieproblematiek, overactiviteit

en -energie. Ook de groep van schizofrene cliënten kan baat hebben bij running. Voorwaarde voor deelname is wel, dat deze cliënten een sportmedische keuring hebben ondergaan en voor de running-activiteit zijn goedgekeurd. Een dergelijke keuring kan worden verricht door een huisarts, Sport Medisch Adviescentrum, arts van de RIAGG.

Contra-indicaties voor deelname aan het running-programma zijn situaties waarbij de medicatie (m.n. hoeveelheid neuroleptica) van cliënten het niet toe laat, alsmede maniefest agressief gedrag of gedrag dat negatieve invloed heeft op de groep.

b. Faciliteiten

Eenmaal per week vindt er twee uur running plaats op een atletiekbaan. Voor een dergelijke baan is gekozen, omdat de sintelbaan grote veiligheidsgarantie biedt. De baan is geringer belastend voor de gewrichten en spieren dan de verharde weg. Naast de atletiekbaan bevinden zich auto-vrije paden waar eventueel ter afwisseling wat gevarieerde duurloop kan worden gedaan. De baan is geschikt voor het uitzetten van afstanden, er is overzicht en de groep is bij elkaar. De trainer is een spv die zelf actief looper is en ook zelf de nodige trainingsservaring heeft. Bij onverhoopte blessures kan ehbo toegepast en/of advies gegeven voor behandeling. De baan is gemakkelijk te bereiken met eigen vervoermiddel of openbaar vervoer. Het is een veilige plek waar spullen makkelijk achtergelaten kunnen worden. Daarnaast bestaat de (zeer aan te raden) mogelijkheid tot douchen na afloop van de running.

c. Outfit

Voor running is goede sportschoen, (en dan niet de vrijetijdsschoen), rekening houdend met de houding, gewicht en de manier van lopen van de sporter een vereiste. De overige kleding is niet persé belangrijk, maar wel het liefst kleding die op het jaargetijde en de weersomstandigheden is berekend. Voor menig RIAGG-cliënt kan aanschaf overigens wel een hele uitgave zijn.

d. Trainingsopzet

De groep zal voornamelijk bestaan uit mensen die weinig aan sport hebben gedaan, hoofdzakelijk beginners. Er wordt uitgegaan van verschillende niveaus en de individuele mogelijkheden. Het trainingsaanbod dient gevarieerd te zijn.

De trainingsopzet is daarom de volgende:

Inlopen en rek- en strekoefeningen (warming-up), het loopprogramma en het uitlopen en rekoefeningen (cooling-down). Er wordt aandacht besteed aan loopscholing (= houding, manier van lopen). De feitelijke trainingsmethode is gebaseerd op de intervaltraining (kort en intensief met herstellingstijd, in allerlei variaties).

Voor de trainer is het opnemen van de hartslag door de mensen de graadmeter om de zaak in de gaten te houden. Vooral in het begin zal het lichaam moeten wennen aan de 'nieuwe' activiteiten. De mensen zal geadviseerd worden naast de wekelijkse afspraak ook zelf te lopen.

Door het afnemen van een Coopertest aan het begin, tussentijds en aan het einde van het programma kunnen de deelnemers zelf zien of men is vooruit gegaan.

e. Informatie

Alle cliënten krijgen na het kennismakingsgesprek een informatiemap met daarin brochures over sportblessure preventie, oefeningen en logboekblad.

Conclusie

Besluiten om te gaan lopen betekent voor de meeste mensen het kiezen voor een levensstijl die daar bij past. Roken, overmatig alcoholgebruik en te vet eten horen daar niet in thuis. Running is gezond bezig zijn met je lichaam. Men kan zijn lichaam voelen, men ervaart de invloed van runners op lichamelijke- en psychische processen. Momenteel zijn er twee-en-half miljoen Nederlanders die regelmatig hardlopen, trimmen of joggen. (Chronisch) psychiatrische cliënten zijn door hun toestandbeeld vaak geïsoleerd, hebben gebrek aan sociale contacten.



"...Hardweglopertherapie..."

Zij roken veel, hebben een onregelmatig leefpatroon en bovenal komen zij weinig tot lichamelijke activiteit. Met name deze cliëntengroep van de RIAGG heeft dus een zetje en de mogelijkheden nodig om letterlijk en figuurlijk in beweging te komen.

Het aanbieden van een running-programma als aanvulling op de reguliere behandelingswijzen binnen de ambulante zorg kan een belangrijke en waardevolle rol daarin spelen. Het is dan ook te hopen dat ook andere instellingen deze mogelijkheid serieus overwegen, en dat veel cliënten hun weg zullen

vinden waarop ze met plezier alleen en samen met anderen opbouwenderwijs kunnen toewerken naar een gezonder leven met meer inhoud.

Correspondentie-adres:

Riagg C/OW
Bauke Reitsma
Keizersgracht 477
1017 DL Amsterdam

Literatuur

1. Bahrke, M.S. en Morgan, W.P. Anxiety Reduction following exercise and meditation Cognitive therapy and research, vol 2. no 4. 1978.
2. Bosscher, R.J. The development of a conceptual framework for running therapy with depressive patients. Sportpsychology in theory and practice 1986.
3. Bosscher, R.J.. Een vergelijkend onderzoek naar het effect van twee vormen van poliklinische behandeling van depressies. Vrije universiteit, 1987.
4. Dyer, J.B. and Crouch, J.G.. Effect of running in moods: a time series study. Perceptual and Motor Skills, 1987.
5. Dyer, J.B. and Crouch, J.G. Effects of running and other activities on moods. Perceptual and Motor Skills, 1988.
6. Ech, K.H. van, Runners high, Fact or Fiction? Vakgroep Psychonomie, Universiteit van Amsterdam, febr. 1988.
7. Graham, W.F. The Anxiety of the runner: terminal helplessness. Chapter 13. Psychology of Running, chapter 13. Human Kinetics Publishers, 1981.
8. Marlow, A.H. Toward a Psychology of being. Litton Educational publishing, Inc., 1968. In Nederlands vertaald: Psychologie v.h. menselijk zijn. Lemniscaat, 1971.
9. Perry, S.W. en Sachs, M.H. Psychodynamics of running - Chapter 6 (zie 7). Psychology of running, chapter 6. Human Kinetics Publishers. 1981.
10. Rape R.N. Running and depressies. Perceptual and Motor Skills, 1987.
11. Reitsma, B. Running als therapie bij cliënten met (chronisch) psychiatrische problematiek. COW Bulletin, Jrg 8, nr. 1 febr. 1990.
12. Solomon, E.G. and Bumpus, B.A. The running meditation respons: An adjunct to psychotherapy. American Journal of psychotherapy. oct, 1978.
13. Sours, J.A. Running, anorexia nervosa and perfection, Psychology of running, chapter 7. Human Kinetics publishers, 1981.
14. Verhoorn, W. Basisboek hardlopen. Tirian Sport 1990.
15. Zienstra, P. Chronisch zieken en sport in de praktijk. In chroniek en bewegen, 3e Jrg. no 2, mei 1990.

GERARD NIJBOER: SPV en Marathonloper

door Ria de Munk, SPV CAD Groningen en Ilse van Eck, SPV polikliniek APZ 'Groot Bronswijk' te Wagenborgen

Omdat Ria gek is van lopen en niet alleen wii gaan en het Plektrum kopij nodig heeft, reizen we getweeën af naar het Drentse Uffelse voor een interview met Gerard Nijboer, SPV en marathonloper.

We zijn nieuwsgierig naar de achtergrond van zijn beroepskeuze en sportkeuze en de combinatie van spv-werk en topsport in de praktijk.

Het profiel

Leeftijd : 35 jaar

Lengte : 1,83 m

Gewicht : 71 kg

Gehuwd (sinds kort), bijna vader.

Begonnen met de B-opleiding op 17 jarige leeftijd in St. Franciscushof te Raalte. Aansluitend de A-opleiding toen hij 19 was en direct daar achteraan de spv-opleiding in Hengelo.

Op zijn 24-ste zijn eerste baan als spv in Licht en Kracht te Assen. Sinds 1981 werkzaam bij Riagg Zwolle, afdeling ouderen voor 20 uur per week.

Op zijn 18-de is Gerard begonnen met lopen. Heeft tot nu toe 25 marathons in wedstrijdverband gelopen. Met als hoogtepunten: 1980 Eerste marathon, liep nationale en Europese recordtijd;

Zilver Olympische Spelen in Moskou; 1982 Europees marathonkampioen in Athene;

1986 Zesde plaats Europees Kampioenschap in Stuttgart.

Hij verslijt 4 paar sportschoenen per jaar.

Beroepskeuze en sportkeuze

De keuze voor het lopen als sport vloeide min of meer voort uit zijn keuze voor het verpleegkundig beroep.

Achteraf vindt hij dat hij veel te jong was toen hij met de B-opleiding begon, met zijn net 17 jaar. "Als ik terugkijk denk ik: je hebt zelf nauwelijks levenservaring en je staat

voor problemen waar je weinig van af weet. Het enige dat ik goed kon was het aanhoren van problemen. Dat was een kwaliteit waar ik het mee moest doen."

Op school was hij slecht in gym, maar voetballen kon hij wel vooral omdat hij een groot uithoudingsvermogen had. Na een wedstrijd was hij niet moe in tegenstelling tot zijn ploeggenoten.

Door de onregelmatige diensten miste hij veel trainingen en kwam hij op de reservebank terecht. Zijn werktijden dwongen hem dus eigenlijk te kiezen voor een meer individuele sport. De keuze voor de duurloop was enigszins arbitrair: "Als mijn vader gek was geweest van wielrennen was ik waarschijnlijk wielrenner geworden".

Het was voor hem al vrij snel duidelijk dat hij goed kon hardlopen. Hij besloot te gaan trainen met als doel het lopen van wedstrijdmarathons. Gerard nam 7 jaar de tijd om zijn doel te bereiken. Zijn eerste marathon liep hij in 1980 met veel succes. Ondertussen doorliep hij zijn verpleegkundige opleidingen in een soortgelijk tempo en met evenveel succes. Op zijn 24ste stond hij opleidingsmoe in de startblokken voor zijn carrière als spv. Zijn belangstelling voor de psychogeriatric werd gewekt tijdens zijn stage als spv bij de Riagg Enschede, afdeling ouderen.

Combinatie werk en sport

Gerard werkt al zo'n 8 jaar bij de afdeling ouderen van het Riagg Zwolle. "Ik vind geriatricie een hele boeiende tak van werk, omdat je juist te maken hebt met de systeembenadering en dat ligt mij wel. Je hebt niet alleen met de oudere te maken, maar ook met de familie en de hulpverlening die er omheen zit. Dat vind ik zeer boeiend".

Hij is verantwoordelijk voor zijn eigen rayon met een arts als achterwacht. Zijn cliënten zijn uiteraard op de hoogte van zijn sportcarrière en volgen die ook.

"Het kan soms storend zijn. Als mensen gaan praten over de sport moet je dat heel gauw afkappen want dan sta jij centraal, maar dat lukt wel. Ik heb zelfs een keer meegemaakt dat iemand mij oppiepte via de semafoon. Acute nood! Je moet er direct naar toe. Hadden ze gewoon de hele familie uitgenodigd. Die wilden Gerard Nijboer ook wel eens zien. Het lopen geeft wel een speciale ingang. Bij mensen die paranoïde zijn kom je er heel makkelijk in. Die zijn overdonderd omdat ineens Gerard Nijboer voor de deur staat. Je bent binnen voor je het weet. Je maakt soms makkelijk contact bij mensen die toch wel gesloten zijn, omdat mensen jou vragen beginnen te stellen. Daardoor valt er een zekere spanning weg. Door mijn werk kom ik vaak bij mensen met dementeringsproblemen. Als ze weten dat ik Gerard Nijboer ben dan is het zo gek nog niet. De oriëntatie in persoon is dan nog wel aardig". Gerard werkt 4 dagen van 12 tot 17 uur en traint 's morgens en 's avonds. Voor crisissituaties is hij wel 8 uur per dag bereikbaar via de semafoon. Het is zijn eigen idee geweest om het zo in te delen en daar is noch door zijn werkgever noch door zijn collega's bezwaar tegen gemaakt. Wat de 24-uurs diensten betreft staat hij op de reservelijst, zoals de meeste parttimers. Het komt zo'n 3 a 4 keer per jaar voor dat hij een dienst heeft van maximaal 2 dagen. Dat valt wel te combineren. Als hij wedstrijden moet lopen neemt hij meestal vakantie. Voor de Europese kampioenschappen in Split, op 1 september jl., was er een financiële regeling getroffen tussen de Nederlandse Sport Bond en het Riagg Zwolle.

De combinatie van hardlopen met zijn spv-werk bevalt hem goed. "Ik denk dat het juist goed is om bepaalde dingen van je werk van je af te kunnen zetten. Ik zie heel veel mensen die daar moeite mee hebben en het werk mee naar huis nemen. Ik denk dat je er voor moet zorgen dat je een soort tegenpool van je werk hebt en dat je daardoor, als je aan het werk begint, er weer fris instapt. Het hardlopen is een hele andere wereld. Je komt in aanraking met commercie en mensen die helemaal niets van gezondheidszorg

afweten. Dat is soms heel verfrissend". Gerard kan het ook financieel combineren, omdat marathonlopen voor hem een half inkomen is gaan opleveren door sponsoring, waardoor hij ook zolang op dit niveau kan lopen. Niet alleen de topprestatie is voor Gerard interessant, maar ook de wereld daaromheen.



Gerard Nijboer in actie (1982)

Hij vindt het hardlopen heel leuk en krijgt er ook waardering en kennissen door en af en toe ook een bosje bloemen. "Het is eigenlijk een wedstrijd met jezelf, een marathon. Er komt heel weinig tactiek bij kijken. De afstand stelt niks voor; je kunt ook 42 kilometer wandelen. Maar die afstand op 100% van

je kunnen te lopen, dat is veel moeilijker. Het moeilijkste in het lopen is om je conditie op te bouwen, als die er eenmaal is gaat het vanzelf. Dat is een heel prettig gevoel. Je moet een bepaald karakter hebben om een marathon te kunnen lopen. Je moet heel consciëntieus zijn, doorzettingsvermogen hebben en weten wat je wilt. Het is een lange termijn planning".

Op zijn 18de wist Gerard al dat hij in de toekomst marathon wilde lopen. Hij begon toen met een training van 70 tot 80 km per week en bouwde dit langzaam op. Nu traint hij ca. 240 km per week. Voor een marathon traint hij 30 km per dag in twee keer, soms meer. Wegwedstrijden en marathons worden het hele jaar gelopen. Gerard loopt ongeveer 40 wedstrijden per jaar. Wat betreft marathons zijn 2 a 3 wedstrijden per jaar het maximaal haalbare.

Hardlopen als vorm van therapie

Er zijn twee Riaggs begonnen met hardlopen als onderdeel van het hulpverleningspakket. (Zie ook het vorige artikel). We vragen Gerards mening hierover. Hij denkt dat dit bij een Riagg thuis zou kunnen horen, maar vindt niet dat dit prioriteit heeft. Hij denkt dat het wel werkt, vooral voor die mensen die heel gesloten zijn omdat in een sportsituatie mensen vrijer kunnen zijn. Hij kan zich voorstellen dat mensen moeilijk aansluiting kunnen vinden bij een sportvereniging, omdat de drempel te hoog is of omdat mensen a-sportief zijn en bang een figuur te slaan. In die zin zou het drempelverlagend kunnen werken. Het bezig zijn op zich vindt hij even belangrijk. Bij een bepaald dagritme voel je je beter.

Voor zichzelf ziet Gerard geen toekomst weggelegd in de 'hardlooptherapie', daarvoor is hij te prestatief en ambitieus ingesteld.

Op zijn werk is men in het algemeen wel sport minded. Zijn directeur doet ook veel aan sport en verschillende collega's lopen ook. Hij heeft het eerste jaar aan de Riaggloop in Alkmaar meegedaan en zijn team is toen kampioen geworden van de welzijns werkers. "Mijn collega's waren een beetje gepikeerd omdat ze alleen mijn naam noemden. Dit jaar zijn ze kampioen geworden zonder mij, dus dat vonden ze wel leuk".

De toekomst

Wat zijn lopen betreft richt hij zich op de Olympische Spelen in Barcelona 1992. Tot dan loopt ook zijn contract met zijn sponsor. Na 1992 wil hij zien wat er op hem afkomt. "Het gaat vanzelf wel minder. Dat merk ik nu al, de snelheid wordt toch wat minder ten opzichte van een aantal jaren terug, terwijl het uithoudingsvermogen nog hetzelfde is. Als je niet meer met de absolute top meekunt moet je er ook een punt achter zetten, denk ik".

Gerard kiest ook in de toekomst voor werk en sport. Hij zal blijven lopen en het maximale blijven presteren wat in hem zit, maar meer individueel naar eigen vermogen en minder in wedstrijdverband. Waarschijnlijk zal hij zich meer gaan bezighouden met andere zaken die met sport te maken hebben, bijvoorbeeld het begeleiden van hardlopers of iets op commercieel gebied. Voor hem ligt het nog open. Wat zijn werk betreft zij er voorlopig geen veranderingen te verwachten zoals blijkt uit zijn volgende uitspraak: "Het werk dat ik nu doe zou ik best kunnen blijven doen tot mijn 65ste, als er maar een bepaalde ontwikkeling in zit".

Hiermee zijn we aan het eind gekomen van ons interview met een nuchtere en sympathieke Drentse spv, die heel hard kan lopen en die we veel succes toewensen.

Hierbij spelen een aantal factoren een rol:
- het arbeidsspecifieke karakter van de problematiek wordt door hulpverleners nog te weinig onderkend.

"De AGGZ hulpverlening richt zich voornamelijk op het individu en eventueel op zijn/haar directe omgeving (partner, gezin). Zij is gericht op het verminderen c.q. opheffen van problematiek op individueel en relationeel nivo. Cliënten of cliëntsystemen worden geleerd om anders met elkaar om te gaan of anders om te gaan met de woon- leef- en werksituatie. Vanuit een dergelijke visie worden arbeidsproblemen veelal als secundair beoordeeld. Veelal zal bij gelijktijdig bestaande relationele en arbeidsproblematiek de (eerste) aandacht worden geschonken aan relationele problemen" (Van der Veen 1987). "De situatie zelf wordt veelal als een vaststaand gegeven beschouwd" (den Heeten 1987).

- Een hiermee samenhangende factor is de machteloosheid die hulpverleners ervaren om iets aan een maatschappelijk probleem als arbeidsproblematiek te doen. Dit leidt vaak tot het zich afzijdig houden van dergelijk problematiek, (projectgroep baanloosheid en gezondheid 1988)

- Naast bovengenoemde overwegingen speelt ook de grootte van de case-load van hulpverleners een belangrijke rol. De hulpverlening concentreert zich rond de face to face contacten met hulpvragers, die daadwerkelijk tegenover hem zitten en hulp vragen. Voor de "rest" heeft men vaak geen tijd meer. Verschuren (1989) zegt hierover: "Het aangrijpingspunt voor de hulpverlening behelst veelal de persoon van de hulpvrager, want de persoon is direct bereikbaar".

- Specifiek ten aanzien van arbeidsongeschiktheid op psychische gronden kan worden opgemerkt dat het hierbij veelal gaat om verweven meervoudige problematiek. Door de onderlinge verwevenheid van verschillende problemen is het vaak moeilijk een aangrijpingspunt voor verandering

te vinden. Kabela (1985) vermeldt dat het meestal gaat om "een combinatie van verschillende stressfactoren (stress op sociaal, maatschappelijk of financieel terrein), lichamelijke klachten, een neurotische karakterstructuur of een psychiatrische stoornis, alsook om de belasting van het werk zelf, die tenslotte tot arbeidsongeschiktheid op psychische gronden leidt". Kabela concludeert dat preventie en behandeling zich dan ook op al deze negatieve factoren moeten richten. Al met al geen eenvoudige taak.

- Een hiermee samenhangend verschijnsel is dat cliënten zich veelal aanmelden met andersoortige problemen die een gevolg zijn van de arbeidsongeschiktheid maar hiermee niet in verband worden gebracht. "Opvallend is dat het niet veel voorkomt dat iemand met het probleem van de arbeidsongeschiktheid "sec" binnenkomt. Het is bijna nooit de inhoud van de primaire hulpvraag. Daarentegen komt het vaker voor dat cliënten met andere problemen komen (bijvoorbeeld financiële problemen, relatie problemen). Later blijkt dat de hulpvrager zelf of de partner al kortere of langere tijd arbeidsongeschikt is." (Spiekerman, 1981). In de primair gebrachte problematiek blijkt de arbeidsongeschiktheid als onderliggende factor een belangrijke rol te spelen.

Mogelijkheden voor een hulpverleningsaanbod; arbeidshulpverlening

Duidelijk methodieken om arbeidsproblematiek te behandelen in het arsenaal van de ambulante werkende GGZ medewerker zijn (nog) niet voorhanden. (Egas 1989, projectgroep baanloosheid en gezondheid 1988, den Heeten 1987). Maar toch zien we bij verschillende RIAGG's initiatieven ontstaan waarin getracht wordt het begrip arbeidshulpverlening nader te ontwikkelen. Deze RIAGG's zijn vertegenwoordigd in de landelijke werkgroep "Arbeidshulpverlening" van het landelijk platform Arbeid/Niet arbeid en Geestelijke Gezondheid.

Wat houdt het begrip arbeidshulpverlening in?

Arbeidshulpverlening gaat er vanuit dat arbeid een dermate grote plaats inneemt in het greep krijgen en houden op de situatie (en heeft daarmee een dermate grote plaats ingenomen in de socialisatie en identiteitsvorming), dat in de hulpverlening de hulpvraag altijd mede in de context van arbeid geplaatst dient te worden zowel bij de diagnose als methodiek en het zoeken naar oplossingen (Verschuren, 1989).



Helpen ontwikkelen van een handelingsperspectief...

"Dit kan tot gevolg hebben dat cliënten problemen niet als individueel probleem ervaren, maar de samenhang zien met oorzaken buiten hen zelf, zodat de cliënt zijn gevoel van eigen falen kan relativeren en er ruimte komt voor verdriet en agressie" (Verschuren, 1989).

In een verdere ontwikkeling van de arbeidshulpverlening zou een nadere uitwerking van de volgende aanbevelingen overwogen kunnen worden:

* Hulpverleners dienen op een systematische manier na te gaan in hoeverre problemen rond arbeid zich uiten in psychische en lichamelijke klachten. Met name binnen de intake zal standaard geïnventariseerd dienen te worden in hoeverre arbeidsproblematiek een rol speelt en welke gevolgen dit heeft voor de concrete

levenssituatie van de cliënt (projectgroep baanloosheid en gezondheid 1988).

* Er dient een registratiesysteem gehanteerd te worden waarin ook variabelen als beroep, opleiding, inkomstbron etc. opgenomen zijn. Door een dergelijke registratie kan bijvoorbeeld duidelijk worden hoeveel cliënten een uitkering hebben krachtens de ziektewet (ZW) of de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO). Op basis hiervan kan de RIAGG een signaalfunctie vervullen, bijvoorbeeld naar het bedrijfsleven en de politiek, waardoor preventieve maatregelen ontwikkeld kunnen worden (den Heeten, 1987).

* Binnen de hulpverlening zal de hulpverlener - ook al heeft hij/zij weinig mogelijkheden zelf invloed uit te oefenen op werk- en werkloosheidssituaties - de mogelijke invloed van maatschappelijke en bedrijfsomstandigheden op de individuele problematiek van de cliënt moeten analyseren.

* Naast het relateren van de persoonlijke problematiek aan de situatie op bedrijfs- en maatschappelijk nivo dient de analyse van de individuele situatie van de cliënt en zijn/haar beleving daarvan als uitgangspunt van de hulpverlening genomen te worden. Hierbij is het van belang dat de hulpverlener kennis heeft van de verschillende fasen die zich voordoen in het proces van het WAO-er worden. Bij elke fase past namelijk een ander deels specifiek hulpaanbod. Naar aanleiding van de fasenindeling van Eyck kunnen we accentverschillen in het hulpaanbod onderscheiden:

Tijdens de beginfase van de ziekwet ligt het accent van de hulpverlening op het informeren over de wet- en regelgeving, het analyseren van de mogelijkheden tot re-integratie en het onderhouden van de contacten met de organisatie waarin de zieke werknemer werkzaam is.

Bij de toetreding tot de WAO -de fasen van shock en verzet - ligt het accent meer op emotionele ondersteuning bij de verwerking van verlies van arbeid (eventueel in samenwerking met lotgenotengroepen) en begeleiding. "Pogingen tot beïnvloeding lopen grote kans de situatie te verergeren. Slechts afleiding, voor zover mogelijk, en deskundige begeleiding kunnen in deze fase dienstig zijn. Informatie toevoegen roept veelal juist weerstanden op en wordt niet juist opgenomen en verwerkt (Eyck, 1981).

In de acceptatiefase ligt het accent meer op een analyse van de nieuwe levenssituatie. Vanuit deze analyse kunnen keuzemogelijkheden verheldert worden en plannen worden gemaakt over "hoe nu verder". Naar aanleiding hiervan kunnen aangrijpingspunten voor de verdere hulpverlening worden gekozen.

Bij de verdere hulpverlening (fasen van verwerking en hantering) is het van belang dat de hulpverlening in het teken staat van twee belangrijke doelstellingen:

- Het helpen ontwikkelen van een reëel handelingsperspectief dat de hulpvrager in staat stelt weer actief aan de slag

te gaan met de eigen situatie.

En in samenhang daarmee:

- het bevorderen van handelingsbekwaamheid, dat wil zeggen het bevorderen dat iemand greep heeft op zijn bestaan (Egas 1989).

"Het helpen ontwikkelen van een handelingsperspectief is van betekenis om de cliënt weer in staat te stellen actief aan de slag te gaan met de eigen situatie, opdat zijn/haar handelen weer "zin" heeft. Daarbij is het van belang te voorkomen dat het handelingsperspectief wordt gebaseerd op illusies. Zo kan voor volledige terugkeer in betaalde arbeid worden gekozen. De vraag is dan in hoeverre dit realiteitswaarde heeft. Voor alle duidelijkheid: de hulpverlener zal dit niet voor de cliënt kunnen bepalen, hij/zij kan helpen om het gekozen perspectief op haar realiteitswaarde te toetsen.

Het handelingsperspectief hoeft niet noodzakelijk in de verre toekomst te worden gekozen en ook niet noodzakelijk een eindsituatie in te houden. Zo kan terugkeer in betaald arbeid als nastrevenswaardig doel worden gesteld. De realiteit kan echter gebieden om volgens een vastgesteld plan eerst te proberen een dichterbij liggend doel te bereiken.

Naast het helpen ontwikkelen van een reëel handelingsperspectief is het van belang om de handelingsbekwaamheid van de betrokkene te bevorderen.

Een voorbeeld:

Het heeft weinig zin om een cliënt naar instanties te laten gaan met de bedoeling arbeidsbemiddeling af te dwingen, als hem/haar niet duidelijk is wat er van die instanties verwacht mag worden, hoe procedures verlopen, wat de eigen positie op de arbeidsmarkt is enz. De cliënt zal dan volledig kansloos de onderhandelingen ingaan" (Egas, 1989).

De hulpverlener zal dus gezamenlijk met de cliënt op basis van de situatie een stappenplan dienen op te stellen. Aan de hand van dit stappenplan kunnen activiteiten worden ondernomen. Daarbij is de mate van ondersteuning/ begeleiding door de hulpverlener

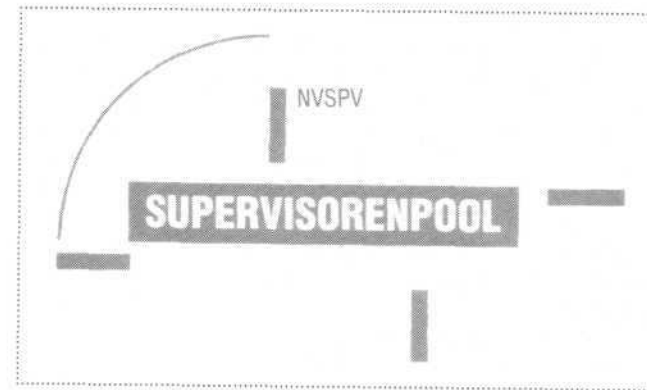
afhankelijk van de (zich uitbreidende) handelingsbekwaamheid van de cliënt.

Slot

De mogelijkheden voor specifiek op arbeidsproblematiek gerichte hulpverleningsmogelijkheden zijn (nog) beperkt en sluiten vaak niet aan op de beleving en de behoeften van de mensen "die het overkomt". Het "verhaal" dat door veel WAO-ers wordt verteld over het proces van het WAO-er worden, gaat over het verlies van eigenwaarde en zelfrespect, de onzekere toekomstverwachtingen, het uitgerangeerd zijn én het gegeven dat de (naaste) omgeving te gemakkelijk over de betekenis van het verlies van arbeid heen stapt.

Dit laatste wordt nog teveel onderschat en gebagatelliseerd, ook door de hulpverlener. Tot slot van dit artikel doe ik de hulpverlener de warme aanbeveling bij zichzelf na te gaan wat (het verlies van) arbeid voor de eigen situatie voor gevolgen heeft (zou hebben). Hierdoor kan de betekenis van het (verlies van) arbeid tot op zekere hoogte duidelijk worden alsook het belang van het verder ontwikkelen van arbeidshulpverlening.

Met dank aan Marjan Bonink (preventie-medewerkster RIAGG Groningen) voor haar advies bij het schrijven van dit artikel.



» Vraag de informatiefolder aan over de supervisorenpool «

Secretariaat: Bronbeekhof 10
7312 EZ Apeldoorn
Tel. 055 - 557543 (20.00-22.00 uur)

Balanceren tussen werk *zijn* en werk *hebben*

door Marlieke de Jonge, vice-voorzitster Cliëntenbond

Ik ben een post-antipsychiatrie klant. Inrichtingen slopen is mijn werk niet. Ik zie het helemaal niet zitten om mijn medeklanten dakloos te maken. Wie ben ik om te bepalen wat goed is voor een ander? Ik kan niet in andermans hoofd kijken. Alleen vind ik dat een mens wat te *kiezen* moet hebben en dat is er in de huidige psychiatrie nauwelijks bij. Misschien voor eliteklanten maar niet voor de 'langverbranders', chronische psychiatrische patiënten'. Het is onzin ervan uit te gaan dat 'ze dat toch niet kunnen'. Misschien niet op elk moment altijd, maar met een beetje assistentie zal het best loslopen. Wat dat betreft moet aanpassing in de psychiatrie nu wel erg van één kant komen: de kant van de patiënt die zich moet scholen in psychiatrisch denken en psychiatrisch vakjargon om zijn psychiater te kunnen begrijpen. Sommige beroeps-patiënten zijn daar trouwens verbazend goed in. Zo goed dat ze het handboek psychiatrie van achter naar voren kennen en erin blijven hangen.

Het probleem van de psychiatrie is dat ze overall problemen ziet. De psychiatrie focust op ziekte, op wat iemand mankeert, op wat iemand *niet* kan. In deze negatieve benadering worden mensen met een ziekte, handicap of probleem gedegradeerd tot zieken, gehandicapten en problemen. En hier wreekt zich het aanpassingsvermogen van mensen. De mens met een handicap *wordt* een gehandicapte, hij gaat zich ernaar gedragen. Hij moet wel, hij heeft geen keuze. Want er is momenteel weinig andere hulpverlening dan hulpverlening waar je jezelf als mens geheel of gedeeltelijk voor moet inleveren. En als je toch iets nodig hebt. . . . Natuurlijk verschillen mensen van elkaar met

betrekking tot veerkracht en strijdbaarheid en is de mate van afhankelijkheid van de GGZ van invloed, maar het systeem of moet ik zeggen het geloof als zodanig maakt mensen zieker dan nodig is. Onvermijdelijk. Daar ga ik nu maar niet verder op in, want we zouden het over werk hebben. Geïnteresseerden kan ik de mechaniekjes nog wel eens uitleggen. Waterdicht systeem.

Psychisch lijden bestaat. Dat is realiteit. De psychiatrische patiënt is wat de psychiatrie van psychisch lijden maakt. Samen met de rest van de samenleving, ook samen met die psychiatrische patiënten zelf. Zelfdiscriminatie sluit de cirkel. De psychiatrie heeft geen erg hoge pet op van haar klanten. Daar is ze ook niet bij gebaat. Problemen zijn haar werkgelegenheid. En dat is ons probleem als klanten van de psychiatrie: wij *hebben* geen werk, wij *zijn* het.

Hoe langer ik meedraai in het gezondheidszorg-beleid, hoe duidelijker ik doorkrijg dat daar de schoen wringt: in de psychiatrie spelen klantenbelangen en bedrijfsbelangen. En het één is het ander niet. Maar het één is mooi wel ondergeschikt aan het ander. Het evenwicht is totaal zoek. Op zichzelf heb ik niets tegen GGZ-bedrijfsbelangen, zolang ze maar als zodanig verkocht worden en niet als klantenbelangen. En zolang de klantenbelangen maar de doorslag geven. Nou mooi niet dus!

'Dat gaat ten koste van de zorg', jammeren de instellingen, zodra ze in hun expansiedrift geremd worden en wijzen met een beschuldigend vingertje naar de overheid. 'De samenleving gooit de psychiatrische patiënten eruit. Er moeten dus meer aparte GGZ-voor-

zeningen komen om ze op te vangen'. Beschuldigend vingertje naar de samenleving. En de klant zelf? Hem wordt niks gevraagd.

Er liggen meer vooroordelen *binnen de* GGZ dan daarbuiten. Ook in de hoofden van de klanten zelf. Het sprookje van de psychiatrie is namelijk besmettelijk. 'Blok voor de kop van de opleiding', denk ik geregeld berustend. Maar intussen hebben wij als klanten wel verhipte slechte pleitbezorgers aan onze hulpverleners. Ze bevestigen en versterken de angst en de afstand tussen de psychiatrie en de rest van de samenleving eerder, dan dat ze de muur helpen afbreken. De psychiatrie is in feite één grote isoleercel, een gesloten systeem en een doolhof voor zijn klanten. Er is geen voordeur en er is geen achterdeur.

Nazorg is al jaar en dag kopzorg en dat zal het wel eeuwig blijven als de psychiatrie niet eens leert wat normaler naar haar klanten te kijken. Maar ja, daar komen de bedrijfsbelangen van de

GGZ om de hoek kijken. Help! Onze werkgelegenheid! Nazorg is GGZ-werk. Maar verder dan annexatie van stukjes samenleving komt het tot nu toe niet. Grensverschuivingen, maar de kloof tussen psychiatriewereld en buitenwereld blijft bestaan. Er wordt geen brug geslagen. Is er ooit werkelijk moeite gedaan de samenleving voor ons te vertalen? Hebben onze hulpverleners zich

ooit ingespannen de algemene voorzieningen voor ons toegankelijk te maken? Hebben ze ooit systematisch geprobeerd de vooroordelen in de samenleving te verminderen? Hebben ze ons ooit de wet van de minimale aanpassing geleerd?

Nazorg in de GGZ is klantenbinding Mensen zijn en blijven afhankelijk van het GGZ-systeem. De GGZ kweekt mensen zonder zelfvertrouwen, zonder zelfrespect en zonder perspectief. Weerloze mensen.

H'm, dit wordt wel erg treurig. Nu ben ik toevallig geen pessimist en ook niet paranoia. Dat is een van de weinige etikettes die ik nooit gekregen heb. Integendeel zelfs: mijn handicap is dat ik veel te goed van vertrouwen ben. Maar na jaren cliëntenparticipatie in de praktijk, d.w.z. gemangeld worden tussen klantenbelangen en bedrijfsbelangen, vind ik dat ik toch maar eens zo onaardig moet zijn om het te



"...geen hoge pet op van haar klanten..."

zeggen. Misschien kunnen we er dan eens iets aan gaan veranderen. We, zeg ik nadrukkelijk en daarmee bedoel ik hier alle mensen die als klanten, werkers, verzekeraars, beleidmakers bij de GGZ betrokken zijn.

Ik ben een post-anti-psychiatrie klant. Van mij hoeven de inrichtingen niet direct plat.

Ik zit altijd weer te dubben hoe ik 'ons' zal noemen: patiënten, cliënten, gebruikers, gehandicapten'patiënt' is te ziek, 'cliënt' en 'gebruiker' te gezond, 'gehandicapt' wat onwennig. . . . Ik houd het vandaag maar op patiënt, voor het goede begrip. En 'klant', om een en ander te relativeren.

Als de deur maar open staat. Ik wil de psychiatrie niet afbreken. Ik wil haar veranderen. Psychisch lijden bestaat, ik heb dus hulp nodig voor mijzelf en mijn mede-klanten. *De GGZ wordt daarvoor betaald, dus ik vind dat zij het werk maar moet uitvoeren.* Ik ga geen nieuwe organisatie uit de grond stampen. Daar ben ik toevallig te lui voor. Mijn taak als klant is de hulpvragen te stellen en mijn aandeel te leveren in mijn eigen hulpverlening, mijn taak als klantenorganisatie, de voorwaarden en kwaliteitseisen te formuleren waaraan hulpverlening moet voldoen en achteraf te bekijken of het goed gedaan is. De uitvoering laat ik graag aan anderen over. Kwestie van taakverdeling. De GGZ moet zichzelf veranderen. Ik wil best helpen - gevraagd of ongevraagd -, maar dat is alles.

De RIGG is voor mij de kookpot van een GGZ nieuwe stijl. Dat is een GGZ die midden in de samenleving staat en achter zijn klanten. Een GGZ met een voordeur-voorlichting, preventie- en een achterdeur- een brug naar de samenleving. Een RIGG is tot nu toe in ieder geval reuze verhelderend. Tenminste dat is mijn ervaring met de twee die ik omhanden heb: Groningen en Drente. De pechvogels.

Ontdekking no. 1: iedereen werkt heerlijk langs elkaar heen en niemand weet van iemand waar hij mee bezig is. Na de eerste schrik en verontwaardiging valt daar van alles aan te doen en al spetterend gebeurt dat dan ook. In mijn provincies loopt het al heel aardig, vind ik, als kritische klant en schop enthousiast tegen de volgende barrière aan. Krisiscentrum? Ha, leuk! Nu die drempels nog slopen! Werkprojecten? Prima! Nou nog de contacten met de GMD en het Arbeidsbureau. En zo beland ik dan bij het thema van vandaag: werk- en dagbesteding in de psychiatrie. En daarbuiten, hoop ik. Die lange aanloop was nodig, omdat ik niet geloof in het zoveelste ei van Columbus dat - net uitgevonden - morgen weer achterhaald kan zijn.

Werk- en dagbesteding is één aspect van de hulpverlening aan psychiatrische patiënten

naast bijv. wonen en behandelen. Maar werk- en dagbesteding heeft in zoverre mijn bijzondere aandacht dat het zich bij uitstek leent om in RIGG-verband d.w.z. in samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid aangepakt te worden. En dat het zich bijzonder goed leent voor 'emancipatie van de psychiatrische patiënt' en 'maatschappelijke integratie', mijn hobby's.

We beginnen bij werk, dan pakken we wonen en tenslotte behandeling. Het ligt voor de hand bij werk te beginnen. Nou, laat ik er maar eens aan beginnen dan.

Vraag 1: Wat versta ik onder werk in dit verband?

Antwoord: Onder werk versta ik alle activiteiten die direct te maken hebben met iemands maatschappelijke carrière/loopbaan. Alles voorbij arbeidstherapie tot gewoon betaald werk. Waarom zouden we met minder genoegen nemen? Dat betekent concreet: inloophuizen, dagactiviteitencentra, werkoriëntatie, scholing en werkervaringsprojecten, arbeidsbemiddeling, beschutte werkplekken en sta-geplaatsen op de 'normale' arbeidsmarkt. Als er één schakel ontbreekt, kan de rest waardeloos worden en dat betekent dat er weer een mens hopeloos vastloopt - de GGZ speelt nu eenmaal met mensenlevens. Dat is een hele brede opvatting van het begrip werk. Zo'n brede opvatting is nodig, omdat psychiatrie klanten net zo'n gemêleerd gezelschap zijn als de rest van de samenleving: ieders carrière kan dus anders verlopen. En als iedereen recht heeft op dit soort faciliteiten, dan wij ook.

En als ze niet direct toegankelijk voor ons zijn, dan moet daar iets aan gedaan worden. Dat gebeurt tenslotte ook voor andere culturele minderheden. 'Help!' piept het Ziekenfonds: 'Dat wordt te duur!' Onzin! *Het is een misverstand ervan uit te gaan dat de categorie psychiatrie-klanten voor 100% de zorg van de GGZ zijn.* Dat afschuif-systeem probeert de samenleving al jaren en telkens weer.

Werk- en dagbesteding binnen de AWBZ? 'Mooi', zegt de WSW: 'Kunnen wij die club er

definitief uitgooien'. 'Mooi', zegt de GMD: 'Laat de psychiatrie die klus maar opknappen'. 'Oke', zegt de GGZ: 'Wij doen het wel'. Nou, dat feest gaat mooi niet door. Over mijn lijk! Wij psychiatrische patiënten, ex-psychiatrische patiënten hebben ook recht op een deel van de algemene voorzieningen. Het wordt tijd dat wij dat deel gaan heroveren. Maar dat kan alleen als de psychiatrie ons daarbij helpt. Met opstap-projecten en een positieve benadering van onze mogelijkheden. Daarmee beland ik bij:

Vraag 2: Hoort werk in de psychiatrie thuis? Anders hoeven we er helemaal niet meer over te praten. Het antwoord heb ik min of meer al gegeven. Ja en nee. Werk is geen therapie, maar wel therapeutisch. Werk is geen therapie, maar de psychiatrie is wel verantwoordelijk voor een deel ervan, namelijk:

- aandacht voor *slechte werkomstandigheden* als oorzaak van psychische knooptoestanden en werk als bedreigd stukje sociaal netwerk in geval van doordraaien - preventiewerk dus;
- het scheppen van faciliteiten voor *inloophuizen*;
- mee opzetten van *activiteiten-centra* en *beschutte werkplekken*;
- het helpen toegankelijk maken van de *algemene voorzieningen* d.m.v. *opstap-projecten*. Zelf uitvoeren hoeft lang niet altijd. Is soms zelfs af te raden. Daarvoor dient in ieder geval stevig aan de opleiding gesleuteld te worden.

Zelf ben ik al bezig een cursus 'oriëntatie op wet- en regelgeving rond werk en scholing' te laten organiseren - ik doe het ook niet zelf. Zo'n cursus kan in RIGG-verband uitgevoerd worden, teneinde een basis werkdeskundigheid te leggen in de GGZ. Als je namelijk niet weet wat er te halen is in de algemene voorzieningen, kun je er ook geen gebruik van maken. Laat je je steeds met een kluitje het riet insturen en dat is demotiverend.

Ook de ouderwetse *arbeidstherapie* dient onderhanden genomen te worden. 'Kleuterschoolwerk', zeggen wij en dat zegt al ge-

noeg. Maar: 'Niet weer die wasknijpers', waarschuwen de veteranen onder ons. Dat zegt ook genoeg, hoop ik. *Daar kan ik niet mee thuis komen.* Mijn achterban is niet makkelijk. *'Gewoon betaald werk moet ook'*, zeggen de bewonersraden. 'Anders kun je je dagbestedingsprojectjes wel houden'. Nou, daar ga ik dan maar weer. Slof, slof....naar het arbeidsbureau, de GMD, het bedrijfsleven...

Uitleggen dat psychiatrie heel gewoon is, niks bijzonders. Alle mensen zijn tenslotte anders. De een is alleen wat meer anders dan de ander. En daarom heeft hij soms wat extra tijd, uitleg, vertaling en ruimte nodig. Aanpassingen op de werkplek voor lichamelijk gehandicapten kunnen toch ook? Nou dan!

Ik pleit niet voor het herinvoeren van het arbeidsethos. Werk *moet* niet, maar werk *moet kunnen*. En zo bijzonder zijn psychische problemen niet, dat ze per definitie een kink in je maatschappelijke carrière hoeven te betekenen. Nou ik vind dat GGZ-hulpverleners me best een beetje kunnen helpen met dit werk. Ik wil het ze wel leren. Zodat zij op hun beurt de algemene voorzieningen kunnen omschoffelen, begeleiden en assisteren, om ook voor ons te werken, om ook voor ons haalbare kaart te worden.

Psychiatrische patiënten zijn niet gek. Zinvol beziggehouden worden.... daar trappen we niet in. *Werk moet ons iets opleveren.* Wat zoal? *Welke functies kan werk voor ons vervullen?*

- In de eerste plaats maakt werk de zuigkracht van deze realiteit groter, tenminste als wij het als zinvol ervaren en we er ons verantwoordelijk voor voelen. In ieder geval is het een vaste basis om naar terug te keren.
- Werk kan dit leven zin en een doel geven.
- Samenleven vraagt een voortdurende oefening en training als het niet vanzelf gaat. Werk kan een goede trainingssituatie zijn.
- Werk is een bekend stukje realiteit. We weten onze rol en wat er van ons verwacht wordt en onze collega's weten - hopelijk - wat ze van ons kunnen verwachten. Inclu-

- sief wat ze niet van ons kunnen verwachten.
- Werk is duidelijk een situatie van wederzijdse afhankelijkheid, niet van (schijnbaar) eenzijdige afhankelijkheid zoals hulpverleningsrelaties.
 - Werk is een ontmoetingsplaats. Een plaats waar je op een vrijblijvende manier met andere mensen om kunt gaan. Werkrelaties zitten je minder dicht op de huid dan familie of vrienden. Structureel anders zijn betekent nu eenmaal afstand. Familie en vrienden pikken dat niet altijd, begrijpen het niet. En in je machteloosheid om die afstand te overbruggen voel je je eenzaamheid dubbel. Dat betekent niet dat je zonder anderen kunt en wilt leven. Collega's, werkmaatjes zijn een soort gulden middenweg.
 - Werk geeft je status, een plaats en positie in de samenleving. Je hoort erbij, je bent weer iemand. Geen wegwerpmens.
 - Voor jezelf zorgen wordt zinvol in het kader van werk. Je hebt je energie en je lichaam nodig. Iets wat voor ons niet zonder meer vanzelfsprekend is.
 - Werk geeft structuur aan je leven. Voor wie tijd, dag en nacht een heel eigen betekenis hebben, kan werk een middel zijn je een beetje in het ritme van deze wereld te houden. Anders kom je er zo buiten te staan.
 - En tenslotte: als je niet werkt, heb je ook geen vrije tijd, geen weekend en geen vakantie. Je hebt niets om van te balen en op te kankeren. En een belangrijk onderwerp minder om over te praten.

Op zichzelf zijn dit functies die werk voor iedereen wel vervult, alleen voor ons, psychiatrische patiënten, psychiatrisch gehandicapten, tellen die functies dubbel, omdat we er moeilijk op een andere manier in kunnen voorzien. Op grond hiervan vallen de volgende *kwaliteitseisen* te formuleren waaraan *werk- en dagbesteding binnen de psychiatrie -en halverwege-* moeten voldoen. Met in achtname van de algemene voorzieningen natuurlijk. Wat er al is, hoeft niet overgedaan of verdubbeld te worden.

1. *Werk moet focussen op mensen met mogelijkheden*, niet op problemen en handicaps.
2. *Werk moet zo gewoon mogelijk zijn.*
 - De psychiatrie moet aansluiten op de algemene voorzieningen en haar niet gaan vervangen.
 - Werk moet niet aangepaster zijn dan strikt noodzakelijk. Iemand die uit de voeten kan met krukken stop je toch ook niet in een rolstoel? 'Ik kan niet op tijd komen want ik ben psychiatrisch patiënt' is flauwekul. Moeite met op tijd komen omdat je vaak niet thuis bent in je hoofd, is wat anders. Daar is wel iets slims op te verzinnen.
 - En werkprojecten horen thuis in de eigen leefomgeving, niet in ghetto's.
3. *Werk- en dagbesteding dient breed opgezet te worden.* Het hele scala en voldoende keuzemogelijkheden. Niet iedereen hoeft in elk project te passen, maar voor alle psychiatrische patiënten, van ex-dominee tot ongeschoold, van beetje getikt tot hartstikke anders, van 16 tot 65 of ouder, dienen er mogelijkheden te zijn. En goede voorlichting natuurlijk.
4. *Werk moet toegankelijk zijn.*
 - financieel.
 - ruimtelijk: een goede spreiding van voorzieningen met aandacht voor de bereikbaarheid per openbaar vervoer, dat is een crime in mijn RIGG-regio's Groningen en Drente.
5. *Werk moet werk op maat zijn.* Mensen en zeker buitenbeentjes passen per definitie niet in hokjes en vakjes. Onze regel is nu eenmaal de uitzondering.
6. *Werk en dagbesteding dienen duidelijk gescheiden te worden van wonen en behandelen.* Géén therapeutische werkonderbrekingen. Géén observatie-toestanden. En géén ziekelijke excuses. *Onderscheid* maken tussen op werk en op dagbesteding gerichte activiteiten is raadzaam, maar het ontstaan van twee *gescheiden* circuits - één voor de elite en één vuilnis-

bak - moet absoluut voorkomen worden.

7. *Werk moet maatschappelijke integratie bevorderen.*

Gemengde werkprojecten verdienen dus de voorkeur: geen exclusieve toestanden. Er zijn wel andere trucs te verzinnen om te voorkomen dat wij er uitgeduwd worden. Ons isoleren werkt averechts. Dat is klantenbinding.

8. En 'last but not least':

Maximale betrokkenheid van psychiatrieklanten en hun organisaties moet gegarandeerd worden.

- bij hun eigen loopbaan-planning;
- bij opzet en uitvoering van activiteiten-centra en werkprojecten;
- bij het *beleid* rond werk- en dagbesteding.

Dat laatste pak ik meteen maar even mee. Als jullie er nog aandacht voor hebben, tenminste. *Hoe kunnen we per RIGG-regio een circuit werk en dagbesteding opzetten?*

Allereerst moet er per RIGG-regio een *RIGG-werkgroep werk/dagbesteding* komen. Eén centrale (zoals in Groningen) of actief in een aantal subregio's (zoals in Drente). Zo'n werkgroep is samengesteld uit werkers en patiënten - bij voorkeur mensen die al bezig zijn met werk- en inloophuis-toestanden of mensen die dat van plan zijn - *plus* betrokkenen uit de algemene voorzieningen zoals GMD, WSW, werkgelegenheids- en scholingsclubs en wat er verder voorhanden is in de regio: middelen tussen 'ideaal' en 'ergens beginnen'. Er is geen standaard-model: leve de regionale verschillen! Zolang het maar praktijkmensen zijn en de samenstelling breed is: Dus *en GGZ en algemene voorzieningen*. Ik kan het niet vaak genoeg zeggen. Anders doen we de psychiatrie-klanten tekort. En om hun belangen zou het toch gaan, hadden we afgesproken.

Praktijkmensen en klanten betrekken bij het beleid is broodnodig. Zij hebben de kennis en ervaring in huis en anders zitten we straks met lege werkprojecten en gedemotiveerde werkers.

Die werkgroep werk/dagbesteding krijgt als eerste taak het maken van een *integraal*

plan werk/dagbesteding. Dus direct voorbij arbeidstherapie tot betaald werk op de 'gewone' arbeidsmarkt: alles moet erin. Een clubje GGZ-managers kan bij dat plan een *financieel plaatje* maken voor zover het de GGZ-gelden betreft. De GGZ-gelden bestaan uit het extraatje uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, zo mogelijk een RIGG-bijdrage en verder een bepaald vast percentage van de budgetten van de GGZ-instellingen. Die worden daarvoor nog eens extra gespekt, lees ik in het advies van de Ziekenfondsraad, maar werk- en dagbesteding leent zich ook uitstekend voor substitutie en dus verschuivingen in het budget.

Plan plus financieel plaatje worden vervolgens door het RIGG-bestuur vastgesteld. Als de werkers hun directies goed op de hoogte gehouden hebben, hoeft dat niet veel voeten in aarde te hebben. Het plan gaat *naar de Ziekenfondsraad* - dan is die druk van de ketel - en dient verder als *richtlijn en toetsingskader voor de RIGG*. Na het opstellen van het plan begint het eigenlijke werk voor de werkgroep werk/dagbesteding. Naast *advisering* aan de RIGG gaat zij functioneren als *platform* werk/dagbesteding - regionaal of gesplitst in een aantal subregio's.

De werkgroep: Werk werkt en kletst niet. Daar hebben de meeste werkers en klanten trouwens geen tijd voor. Het gaat dus om concrete produkten. Wat betreft het takenpakket valt te denken aan:

- behoeften-peiling;
- afstemming en coördinatie tussen de verschillende projecten - binnen de GGZ en daarbuiten;
- doorverwijzing naar elkaar en verderop, afstemmen vraag-aanbod;
- visie-ontwikkeling;
- voorlichting ten behoeve van GGZ-werkers, GGZ-klanten en de rest van de samenleving, in het bijzonder het bedrijfsleven en de algemene voorzieningen op het terrein van werk, scholing en vrijetijdsbesteding;
- uitwisselen van ervaring en onderlinge ondersteuning;
- verzamelen en uitwisselen van info over wet- en regelgeving, subsidies etc. Hoe

kunnen de mogelijkheden buiten de GGZ ten volle benut worden voor mensen met GGZ-ervaring?

- Bewaken van het afschuif-systeem.

Wellicht valt er nog meer te verzinnen.

De RIGG dient haar werkgroep serieus te nemen, anders gaat de grap er gauw af. Ook werkers houden er niet van beziggehouden te worden zonder dat ze er resultaat van zien en klanten en bedrijfsleven al helemaal niet. Voor de rest verwijs ik naar de plannen van Groningen en Drente. De RIGG-Groningen zit met enig hangen en

wurgen net op het goede spoor, de RIGG-Drente, daar heb je als klant geen omkijken naar: prima opzet voor een breed circuit werk/dagbesteding. Natuurlijk zijn het maar voorbeelden. Elke regio werkt weer anders.

Regionalisatie van de GGZ

Dat betekent ook democratisering en openheid, betrokkenheid van klanten en werkers en een open deur naar de rest van de samenleving. Dat is uiteindelijk de enige garantie voor een gezond GGZ-bedrijf dat werkt voor z'n klanten en niet tegen hun belangen in.



"Alles voorbij arbeidstherapie...."

De SPV op de polikliniek van het APZ

door Ronald Schilperoort en Gert Velds, SPV-en polikliniek 'Dennenoord' te Groningen

In dit artikel geven we een impressie van het werk van een SPV op de polikliniek van het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord in de stad Groningen.

Allereerst zullen we een beeld schetsen van de polikliniek in zijn geheel. Daarna gaan we in op de plaats van de SPV binnen deze organisatie. De inhoudelijke kant van het werk komt niet zozeer aan bod.

Polikliniek Dennenoord

Op de polikliniek vinden jaarlijks zo'n 16.000 consulten plaats. De groei is explosief te noemen (in 1985 waren er 2.750 consulten; de verwachting voor 1995 is rond de 27.000).

De volgende disciplines zijn er werkzaam: psychiater, psychotherapeuten, PMTers, een creatief expressie therapeut, arts-assistenten, secretaresses en last but not least, twee SPV-en.

In hetzelfde gebouw zijn de psychotherapeutische deeltijdbehandelingen, de acute deeltijdbehandeling en het centraal opname en crisisburo (samenwerking van Dennenoord, Riagg en het Academisch Ziekenhuis Groningen) gehuisvest. In 1992 zal de acute klinische psychiatrische behandeling zijn intrek nemen in het nog te bouwen pand achter de polikliniek en de Riagg verhuist binnen afzienbare tijd naar een nog in aanbouw zijnde pand naast de polikliniek.

De plaats van de SPV binnen de polikliniek

Verwijzingen van cliënten geschieden door zowel de 1e, 2e (m.n. deeltijdbehandeling) als 3e lijn.

De intakes worden altijd door een psychiater gedaan waarna het intake-team (multidisciplinair) tot een behandeladvies komt. Het komt echter regelmatig voor dat een cliënt tegen het eind van de klinische behandeling alvast

kennis maakt met een van ons teneinde te komen tot een zo naadloos mogelijke overgang naar de polikliniek. Het moet wel duidelijk zijn dat de SPV de aangewezen behandelaar/begeleider wordt.

Doorgaans wordt de cliënt dan later nog wel gezien door een psychiater voor met name de evaluatie van de medicatie. Ook andersom wanneer wij een cliënt naar de kliniek verwijzen, proberen we zoveel mogelijk de cliënt te volgen, nemen soms deel aan de klinische behandelplanbespreking.

Sinds kort hebben we een nieuw intake-team op de polikliniek gevormd waarin elke nazorgaanvraag aan de orde komt.

De meeste cliënten zijn langere of kortere tijd geleden opgenomen geweest. Sommigen zijn ingesteld op een depot neurolepticum welke door ons toegediend wordt, anderen gebruiken lithium. De daarbij noodzakelijke periodieke bloedcontrole wordt ook door ons gedaan.

Depottoediening of bloedafname staat als vanzelfsprekend niet op zich, maar vindt plaats binnen een begeleidend contact.

Naast de nazorgcliënten (vaak komen cliënten al jarenlang op de polikliniek zodat de term nazorg nauwelijks meer van toepassing is) bestaat een deel van onze cliënten uit ondersteunende en structurerende contacten, die verwezen zijn door de eerste lijn. Gemeenschappelijk met de nazorgcliënten gaat het om langdurige contacten.

Naast de individuele contacten leidt een van ons drie gespreksgroepen voor chronisch psychiatrische cliënten.

Doel van deze groepen is mensen contacten te bieden, ervaringen uit te wisselen en sociale vaardigheden aan te leren om zodoende o.a. het sociale isolement te verlichten of te doorbreken. Over enkele weken wordt er een nieuwe gespreksgroep gestart voor cliënten die nog opgenomen zijn in de kliniek, maar binnen afzienbare tijd met ontslag

gaan. Het is een opengroep, een cliënt kan maximaal 25 sessies bijwonen. Het gaat hier met name over problematiek rond de ont-slagfase.

Deze gespreksgroep wordt geleid door een SPV van de deeltijdbehandeling en één van ons. In ons werk hebben we veel interne en externe contacten, intern in de kliniek bij wederzijds doorverwijzen en met psychiaters of andere disciplines van de polikliniek.

Extern hebben we regelmatig contact met huisartsen, het AMW, de PUK, gespecialiseerde gezinsverzorging, sociale werkvoorziening etc. Ook met het sociale netwerk van cliënten bestaat er

regelmatig contact. Geen van deze contacten is gestructureerd, maar vindt plaats op initiatief van één van beide partijen. Naast de directe cliëntcontacten heeft één van ons beken zitting in het poli-beleids-team. Beiden maken we deel uit van het intake-team, het zgn. medicatie-overleg, de patiënten bespreking, de vakgroep MW/SPV en de intervisie. De vakgroep MW/SPV telt negentien leden, de helft is maatschappelijk werker, de andere helft sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Onder andere wordt hierin voor een ieder relevante informatie uitgewisseld. Ook organiseert onze vakgroep zgn. lunchreferaten. Verder nemen we deel aan een aantal werkgroepen.

Een belangrijk verschil met de Riagg is o.a. dat we op de polikliniek minder outreaching werken.

Huisbezoeken vinden incidenteel plaats. Crisis proberen we zelf zoveel mogelijk op te vangen, maar soms is dat niet haalbaar en

schakelen we het COCB in. We kunnen minder huisbezoeken doen vanwege het verrichtingensysteem wat inhoudt dat slechts poliklinische face-to-face contacten door ziekenfondsen vergoed worden. Om enigszins rendabel te kunnen draaien moeten we



"...sociaal isolement verlichten of doorbreken..."

een face-to-face percentage halen van 65%. Voor ons komt dat globaal neer op ongeveer 8 cliënten per dag, die we gemiddeld een half uur zien.

Het werken op een polikliniek kan zeer afwisselend en enerverend zijn. Het verrichtingensysteem vraagt echter een zekere 'produktienorm' van face-to-face contacten. Dit vormt een belemmerende factor om ambulante zorg op maat te leveren aan chronisch psychiatrische patiënten.

De opleiding tot SPV richt zich voornamelijk op werken in Riagg-verband. Ook binnen de NVSPV gaat het meestal over situaties binnen de Riagg.

Op de polikliniek hebben we veel te maken met nazorg. Deze vorm van zorg verdient zowel binnen de opleidingen als de NVSPV meer aandacht, met name ook omdat ambulante zorg voor chronisch psychiatrische patiënten typisch SPV-werk is.

Werken in 'n psycho-geriatriesch verpleegtehuis, de SPV

door Jacob B. Bos, SPV psycho-geriatriesch verpleegtehuis 'De Enk' te Zuidlaren

Mijn naam is Jakob B. Bos en werk sinds 4 jaar in het psychogeriatrisch verpleeghuis 'De Enk' te Zuidlaren.

Het verpleeghuis ligt op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord en is daar organisatorisch mee verbonden. De Enk heeft 122 bedden en 5 plaatsen dagbehandeling en in totaal werken hier 100 personeelsleden.

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige heb ik de brugfunctie tussen de (toekomstige) bewoner/leefmilieu/verpleeghuis en de maatschappij en leg de verbanden tussen het ziek zijn en de economische sociale en emotionele situatie van de (toekomstige) bewoner.

Daarnaast zorg ik voor het instandhouden/of het bevorderen van het sociaal functioneren van de bewoner en zijn omgeving, ledere toekomstige bewoner ga ik thuis bezoeken, waarna ik de familieleden uitnodig om het verpleeghuis te bezoeken en hun dan uitleg geef over al datgene waarmee de familie of de zaakwaarnemer mee te maken krijgt. De aanmelding geschiedt door het RIAGG of de indicatiecommissie en ik beheer de wachtlijst. Vaak is de enige manier dat een bewoner kan worden opgenomen wanneer een andere bewoner is overleden. De gehele coördinatie van de opname en het afnemen van de hetero-anamnese gebeurt door mij. De eerste periode begeleid ik de familie individueel.

Voor zowel de familieleden van het verpleeghuis en de dagbehandeling is er de mogelijkheid tot deelname aan een gespreksgroep. De gespreksgroep voor familieleden van de dagbehandeling is eenmaal per maand en loopt continu door. De gespreksgroep voor familieleden van bewoners van het verpleeghuis duurt 8 bijeenkomsten, eenmaal per 2 weken, met na 3 maanden een terugkom-middag. De familieleden erva-

ren vanuit de gespreksgroep, dat ze er niet alleen voor staan en de affectie met lotgenoten en de verpleging werkt stimulerend om te praten over hun ervaringen. Als van de familie de partner overlijdt ga ik na 6 weken op huisbezoek om de binding met het verpleeghuis formeel te beëindigen. Vaak is een partner dan jarenlang opgenomen geweest en kwam de gezonde partner bijna dagelijks op bezoek. Er komt een groot gat als de demente partner overlijdt.

Het werken in het verpleeghuis als sociaal psychiatrisch verpleegkundige is in vergelijking met werken op een Riagg anders. Bijna alle bewoners weten niet wat mijn werk is, soms denken ze dat ik een dominee of de dokter ben, maar nog vaker dat ik een kennis of een familielid ben.

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige ben je direct middenkaderlid en zit je in de verpleeghuisstaf. Een veel voorkomende hulpvraag van bewoners is, dat ze op zoek zijn naar hun ouders of de weg naar huis willen weten. Bij het Riagg kan men vrij snel in behandeling komen, voor opname in het verpleeghuis is de wachttijd vaak enkele maanden tot een jaar.

Mijn collega's zijn de ziekenverzoekers, de afdelingshoofden, de verpleeghuisarts, de activiteitenafdeling, de psycholoog en de dominee.

In het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord werken 9 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en 8 maatschappelijk werkenden, waarmee wekelijks een overleg is. Daarnaast is er in Drenthe een 2 maandelijks overleg met alle maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die in een verpleeghuis werken. Bij een Riagg is geen georganiseerd overleg met de cliënten, binnen het verpleeghuis begeleidt ik de familieraad die opkomt voor de belangen van de bewoners.

SPV.... Blues

door G. Raaf

Een crisis dreigt te ontstaan, algehele ver-warring. Een gewetenskwesie; een onopge-loste levensvraag!

Kortom een zaak van psychologen of psychi-aters.

Wat is er voorgevallen?

Onlangs woonde ik een door de Abvakabo georganiseerde bijeenkomst bij met als onderwerp: De CAO onderhandelingen.

Goed nieuws! Naast alle fantastische loons-verhogingen, eindelijk erkenning voor mijn (minstens) 10 jaar SPV zijn. Een hogere salarisschaal zonder de Voortgezette Oplei-ding te hoeven volgen, was één van de daar genoemde voorstellen.

Anderhalf jaar geleden begon ik met de enige echte VO voor de SPV, omdat dit tot op heden de enige manier leek om meer te kunnen verdienen.

Nu, onverwacht, is er een keuze: De moge-lijkheid om de opleiding voortijdig te beëindi-gen.

Het is niet meer nodig.

Ik was al niet zo enthousiast. "Zit er nog wel groei in!", vroeg ik mijzelf vaak vertwijfeld af gedurende de laatste periode. "Ben ik nog wel geschikt voor de schoolbanken, naast de trendy jonge dynamische SPV? Of ben ik te vastgeroest, dat er niets meer te program-meren valt? Te oud voor de groep en te jong voor de VUT?"

"Ben ik reeds over mijn top heen en rest mij slechts de neergang, die eindigt in het eind-stadium van volledige dementie?"

De laatste tijd voelde ik een opkomende blindheid door een eindeloos voortdurende zelfreflektief turen in de spiegel van de ziel. Kromgetrokken door het navelstaren kon ik mijn medemens bijna niet meer recht in de ogen kijken.

Op mijn werk, waar de jonge garde steeds meer oprukt, roepen mijn superieuren (die overigens zelf bejaard zijn) dat die oudjes maar eens op moeten krassen of verder niet zeuren en ophouden met het altijd beter

weten. Geen wonder dat ik een halfjaar ge-leden werd overvallen door een ernstige overspanning, die ik gemakshalve maar 'stress' noemde, als een geaccepteerd be-grip. Van de ene op de andere dag gaf ik er de brui aan, na jarenlange trouwe dienst. Penopauze, afgebrand, levensfase-crisis of hoe we het ook mogen noemen. Ik kreeg de symptomen die we zo gemakkelijk bij onze clientèle te herkennen zijn en waar ik altijd zoveel goede en deskundige adviezen voor in petto had.

"Neem er de tijd voor en denk niet steeds dat je weer naar je werk moet", was de raadgeving, alsof ik precies aanvoelde waar het omging.

Nu het mijzelf overkwam vonden al deze wijsheden geen gehoor. "Het kan toch niet waar zijn. Het is vast een geheimzinnig vi-rus." Echt genieten van deze ziekteperiode lukte dus ook niet.

Toen, het na enige maanden, gelukkig berg-opwaarts ging werd de oude draad opgepakt en werk en leef ik nu weer lang en geluk-kig....!

Totdat die stomme CAO mij op het verkeer-de been zette.

Ik moet een keuze maken. Elke munt, dus ook de mijne, heeft twee kanten. Misschien moet ik gewoonweg de salarisverhoging weigeren! Ik zal het eerste moeten verdi-nen. Bovendien kan je beter gemiddeld één dag per week in de schoolbanken zitten dan weer de eindeloze reeks vervelende, klagende, zeurende, zielige, hopeloze cliënten langs te zien trekken.

Hoewel.... is dit wel zo, is werken toch niet beter....?

Er zijn mensen die in dit soort situaties een dobbelsteen opwerpen maar om door het lot je toekomst te laten bepalen, gaat mij te ver. Kortom... ik wordt er nog eens gek van!

G.Raaf

(wel goed maar niet gek, hoewel...?)

Master of nursing degree course

door Frans Verberk, SPV Riagg Zuidhollandse Eilanden

Evenals Joekie Bruininks (zie volgende arti-kel) werd ik benaderd door de redactie van het 'Plektrum' om iets te schrijven over de opleiding, die ik momenteel volg.

In 1986 werd *er hard gewerkt* om in Utrecht een eigen doctoraal opleiding te starten voor verpleegkundigen.

In diezelfde periode volgde ik de (verkorte) Voortgezette Opleiding Beroepsinnovatie. Daar werd mijn interesse in het uitdiepen van het verpleegkundig beroep sterk gesti-muleerd. Uit nieuwsgierigheid naar verdere opleidingsmogelijkheden meldde ik me aan als eventuele kandidaat.

Na een studiedag in december 1987 over universitaire mogelijkheden voor verpleeg-kundigen was ik '*verkocht*'.

De Utrechtse Projectgroep Wetenschappelij-ke Opleiding Verpleegkunde was vastbeslo-

ten over te gaan tot het starten van een doctoraal programma. Ondanks de 500 ge-interesseerden bleek de minister op dat mo-ment niet bereid tot het openen van nieuwe universitaire mogelijkheden in Utrecht. Voor de projectgroep betekende dit, dat er in het buitenland mogelijkheden gezocht moesten worden.

De University of Wales bleek bereid tot sa-menwerking en had tevens al ervaring opge-daan met andere 'overseas students', zoals zij dat noemen.

Voor de nederlandse studenten kwam dit wel neer op een ongesubsidieerde en dus kostbare opleiding.

De wens van mijn werkgever, dat ik me bezig zou gaan houden met de innovatie van de sociale psychiatrie, resulteerde in het starten van een project waarbij het volgen van een doctoraal programma als randvoor-



"... Overzeese Masters Degree ..."

waarde werd opgenomen. Daarmee werd mijn nieuwsgierigheid plotsklaps harde realiteit.

Ik heb gelukkig niet lang tijd gehad om na te gaan waar ik aan begon!

De MNDC is een driejarige opleiding, met een studiebelasting van 20 uur per week, waarvan 12 uur 'contacttijd'.

Het eerste jaar omvat een vast programma van vier studieonderdelen:

1. Professional Development.
De ontwikkeling van de verpleegkunde als professie in relatie tot de gehele gezondheidszorg.
2. Theory and Practice of Nursing.
Theorievorming en modellen binnen de verpleegkunde en de toepassingsmogelijkheden.
3. Social Sciences in Nursing.
Sociale wetenschappen in relatie tot de verpleegkunde.
4. Research Methods and Statistics.

Over de onderdelen 2 en 3 wordt een schriftelijk examen afgenomen. (Unseen written examinations!)

Naast de hiervoor genoemde onderdelen staan er in het eerste jaar maar liefst vier essays op het programma. Drie van de vier dienen als voldoende te worden beoordeeld voor de overgang naar het 2e studiejaar.

Het tweede jaar richt zich op een nadere differentiatie tussen de drie hoofdstromen binnen de opleiding. Dit zijn:

- a. Clinical specialist.
- b. Decision making and management.
- c. Education.

Het behoort tot de mogelijkheden om meerdere stromen te volgen wat de colleges betreft, maar het maken van een keuze heb ik als essentieel ervaren om niet ten onder te gaan aan de hoeveelheid informatie.

In het tweede jaar start elke student een drietal projecten, waarvan de verslaglegging wordt beoordeeld voor de overgang naar het derde studiejaar. Deze projecten betekenen

meestal al voorwerk voor het derde jaar. Het eerste project omvatte een literatuurstudie.

Het tweede een klein onderzoek. Eventueel een pilotstudy.

Het derde project behelsde het opstellen van het onderzoeksvoorstel voor het derde studiejaar.

Het derde studiejaar wordt volledig gebruikt voor het zelfstandig verrichten van een onderzoek.

Dit onderzoek gebeurt onder supervisie van zowel Nederlandse als Engelse docenten. Het verslag van dit onderzoek dient als afstudeerproject en wordt beoordeeld zowel door docenten van de beide universiteiten, als door een Nederlandse en een Engelse 'external examiner'.

Als alles goed gaat krijg je een uitnodiging om in de eerste week van juli in Cardiff op ceremoniële wijze je 'Masters Degree' in ontvangst te nemen.

Tot zover de structuur van de masters opleiding.

Dat ik inmiddels in het derde jaar ben aangekomen is voor een heel aantal spv-en duidelijk geworden door hun betrokkenheid bij het onderzoek wat ik op dit moment uitvoer.

Mijn onderzoeksontwerp richt zich op de 'belastende' en 'steunende' factoren, die voor spv-en een rol spelen binnen de periode van besluitvorming tot opname in een APZ.

Ik hoop met dit onderzoek een bijdrage te kunnen leveren aan het in kaart brengen van een deel van de dagelijkse praktijk van de spv.

Het weergeven van mijn ervaringen met deze opleiding voert te ver om in dit artikel uitgebreid op in te gaan.

Samengevat zou ik kunnen stellen, dat er voor *mij een wereld is opengestaan* en wel die van de verpleegkunde!

Voor de toekomst hoop ik verder te kunnen

gaan op de weg naar een duidelijke verpleegkundig wetenschappelijke ontwikkeling van het beroep van de spv.

Op dit moment bruist het van ideeën om nog eens verder uit te werken.

Wat ik in dat verband in elk geval al vast wil noemen is mijn wens om het 'Neuman Systems Model' van Betty Neuman nader te bestuderen op de bruikbaarheid van onze spv-praktijk. In Wales heb ik inmiddels wat contacten gelegd met CPN's, die dit model hanteren in de praktijk. Misschien een idee om hen eens uit te nodigen voor een studiemiddag?

Opleiding verpleegwetenschappen

door Joekie Bruininks, SPV Riagg Dordrecht

Door de redactie van het 'Plektrum' werd ik benaderd om wat te schrijven over de studie verpleegwetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Maastricht.

Daar ik nog maar net mijn voet over de drempel heb gezet in het Maastrichtse zal ik mij vooralsnog beperken tot het kort weergeven van de opzet van de opleiding en het beschrijven van mijn motivatie en verwachtingen.

Verpleegwetenschappen is een van de zeven afstudeerrichtingen van de studie Gezondheidswetenschappen. Dit is nog een jonge opleiding. In 1980 is de Faculteit der Gezondheidswetenschappen gestart. In de Angelsaksische landen bestaan deze opleidingen al veel langer, onder de naam 'Health Sciences'.

De afstudeerrichting Verpleegwetenschap houdt zich bezig met het wetenschappelijk bestuderen van het verschijnsel verplegen hetgeen vanaf 1950 vooral in de Verenigde Staten tot stand is gekomen. Verplegen en verzorgen van zieken vormen naast behandeling en genezing, een belangrijke doelstelling van de gezondheidszorg.

Door onder andere de vergrijzing van de bevolking, de toename van het aantal chro-

Het zal duidelijk zijn dat de opleiding mij veel heeft opgeleverd, maar bovendien erg enthousiast gemaakt om door te gaan met *het ontwikkelen van ons verpleegkundig beroep.*

Op dit moment zijn er nog slechts een handjevol spv-en die een doctoraal programma volgen, maar ik verwacht, dat dit zich snel zal uitbreiden.

Naast de grote investering die je moet doen, is het ook gewoon heel leuk om enthousiast met je vak bezig te zijn.

nische zieken en lichamelijk gehandicapten, neemt het belang ervan alleen maar toe. Verpleegwetenschap bestaat zowel in voltijds- als in een deeltijdstudie. De deeltijdstudie is toegankelijk voor diegenen die een verpleegkundige beroepsopleiding op HBO-niveau hebben en de wiskunde deficiëntie hebben weggewerkt. Het onderwijsprogramma bestaat uit een propaedeutisch en een doctoraal programma, waarin de nadruk ligt op het aanleren van wetenschappelijke methoden en technieken en de toepassing ervan in het veld van de (verpleegkundige) zorgverlening. Het totale programma duurt minimaal drie jaar. Lessen worden eenmaal per twee weken gegeven op de zaterdag. In verband met de grote belangstelling voor de studie Verpleegwetenschap is het vanaf 1 september 1990 mogelijk deze studie ook te volgen in Utrecht en Groningen (beperkte plaatsingsmogelijkheden).

Ik kan me voorstellen dat u denkt; Wat moet en kan een SPV met zo'n opleiding?

Ik zie de SPV als kerndiscipline binnen de sociale psychiatrie. Binnen de sociale psychiatrie is vrijwel geen onderzoek gedaan en er is weinig afstemming tussen praktijk en theorie.

Onder al die hardwerkende SPV-en zit mijns inziens heel wat deskundigheid en ervaring voor wat betreft de sociale psychiatrie. Echter ieder hanteert een eigen verschillend model. Door de verschillende modellen, die door de individuele hulpverleners gehanteerd worden, is het moeilijk de verschillende vaardigheden en deskundigheden van de medewerkers te verhelderen en goed op elkaar af te stemmen. Een onduidelijk aanbod hetgeen niet alleen gevolgen heeft voor de hulpvrager. Ook kan dit leiden tot verhoging (van de u welbekende) werkdruk van de medewerkers, omdat zij meer zijn aangewezen op hun individuele vaardigheden dan dat zij zich kunnen vasthouden aan doelgerichte programma's met omschreven taken en activiteiten. In de tijdgeest van het leveren van kwaliteit en de huidige ontwikkelingen naar een meer functiegerichte GGZ, zullen GGZ-werkers steeds meer samen gaan werken met andere instellingen waardoor de vraag naar verheldering van het hulpaanbod steeds meer zal toemen. Expliciteren van wat we doen en wat we kunnen is een voorwaarde voor kwaliteitsontwikkeling en professionaliseren.

In het professionaliseringsproces gaat het om vergroten van de kennis en de kunde en het toetsen van integriteit. Volgens de Jager en Mok (1983) dient de beroepsuitoefening gebaseerd te zijn op theoretische kennis en een uniforme opleiding en dient de beroepsuitoefening gekenmerkt te worden door gerichtheid op dienstverlening aan het publiek. Maar aan welk theoretisch kader, aan welk handvat kunnen wij ons beroep ophangen en onderbouwen

teneinde te kunnen professionaliseren? In mijn werk als SPV ervaar ik dagelijks de nadelen van het ontbreken van een theoretisch kader. Met name in het aan anderen en naar onszelf kunnen verwoorden van wat ons werk werkelijk inhoudt. Kortom, wat doen we nu eigenlijk? Ik heb mijn voet inmiddels binnen gezet en hoop en verwacht een houvast, een theoretisch kader te kunnen vinden c.q. te ontwikkelen waarmee we ons werk kunnen onderbouwen en professionaliseren.

Wie volgt?



" Wat doen we eigenlijk"

Aanmeldingsformulier NVSPV

Datum inschrijving	LID/DONATEUR*
Naam en voorletters	
Straat en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
Geboorte datum	man/vrouw*
Werkzaam als SPV	Intramuraal/extramuraal/anderszins*
	Instelling:
	Plaats : Telefoon :
Uitkeringsgerechtigd	Ja (De kontributie-minderings is telkens voor 1 jaar geldig en kan per jaar worden verlengd).
Studerend voor PV	Opleiding :
	Plaats :
	Jaar van afstuderen:

Opleidingen (Graag onderstrepen welke opleidingen voor u van toepassing zijn)

Ziekenverpleging A; B; Z; HBOV / SPV-opleiding B-nazorg; MGZ richting AGZ; GGZ; Aanvullende opleiding HBOV / Vervolgopleidingen Kader; VO-B / Anders:

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

De kontributie (per jaar) voor de NVSPV is voor 1990 en 1991:
Werkenden f75,00 : Uitkeringsgerechtigden f37,50 : Studerenden voor SPV f27,50
Donateurs verplichten zich minimaal f46,00 te voldoen.

Opzeggingen dienen minimaal 1 maand voor de peildatum van 1 januari, schriftelijk te worden meegedeeld aan de ledenadministratie, Postbus 639, 5600 AP Eindhoven. U krijgt van deze opzegging een schriftelijke bevestiging. De ledenadministratie is telefonisch te bereiken onder nummer 040-424929. (Onregelmatige tijden).

Datum:

Handtekening:

(Z.O.Z)

UITKNIPPEN EN STUREN AAN:

NVSPV, ANTWOORDNUMMER 11511, 5600 WC EINDHOVEN (GEEN POSTZEGEL)

Het bestuur van de NVSPV verwelkomt u graag als lid of donateur van onze vereniging. Het bestuur vraagt naast het lidmaatschap bij de vereniging bijzondere aandacht voor het samenwerkingskontraat met de vakorganisatie Abvakabo. In deze overeenkomst verplicht de Abvakabo zich om de materiële belangenbehartiging voor u, in nauwe samenwerking met de NVSPV, vorm te geven. Op deze wijze zijn we indirect partij bij CAO-onderhandelingen en worden we, en dus ook u, op de loofte gehouden van ontwikkelingen die van invloed zijn op onze maatschappelijke en arbeidsrechtelijke positie als SPV. Zo'n overeenkomst heeft echter alleen waarde wanneer u, als individuele PV, ook lid wordt van de Abvakabo zodat u rechtstreeks uw invloed kan aanwenden t.a.v. deze belangenbehartiging.

Wij willen de aanmelding bij de Abvakabo op ons nemen wanneer u het betreffende hokje hieronder aankruist. Uiteraard kunt u ook eerst vrijblijvend informatie ontvangen. Studenten kunnen voor de duur van hun (dag)studie gratis lid worden!

- D Ik ben reeds lid van de Abvakabo.
- D Maak mij lid van de Abvakabo en stuur daarna een welkomspakket.
- D Stuur mij vrijblijvend een informatiepakket van de Abvakabo.
- Ik ben een student zonder uitkering, maak mij gratis lid v/d Abvakabo.
- Voor alle duidelijkheid, ik wens geen informatie/lidmaatschap v/d Abvakabo.

De doelstelling van de NVSPV is:

De behartiging van de gemeenschappelijke en specifieke materiële en immateriële belangen van de leden.

Zij tracht dit doel te bereiken door:

- * de behartiging van de materiële belangen, op kontraktbasis, ondergebracht bij de vakbond Abvakabo.
- * behartiging van de immateriële belangen door de eigen vereniging op basis van;
 - het bevorderen van het onderling uitwisselen van gedachten rondom de uitoefening van het beroep;
 - het organiseren van- en deelnemen aan vergaderingen en studiemiddagen;
- * het geven van voorlichting en het verstrekken van inlichtingen en adviezen aan haar leden;
 - het aangaan en onderhouden van kontakten met de overheid, voorzover dit niet wordt gedelegeerd aan organisaties en instellingen welke eenzelfde of aanverwant doel beogen;
 - de representatie van haar leden buiten de vereniging;
- het bevorderen van publikaties het beroep betreffend;