

VERPLEEGKUNDIGE WORDT CASEMANAGER

Transformatie en opkomst van een "zwijgende meerderheid"

Prof. Dr. B.P.R. Gersons

Hoogleraar psychiatrie bij het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam.
Lezing ter gelegenheid van de uitreiking van de N.F.G.V. prijs aan H.W.J. Henselmans op dinsdag 5 oktober 1993, Krasnapolsky, Amsterdam.

Op 5 oktober 1993 werd de eerbiedwaardige prijs uitgereikt aan een sociaal-psychiatrische verpleegkundige? Het ging niet zomaar om **een** sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maar om **de** spv'er Henri Henselmans, vanwege diens bijzondere prestaties op het gebied van de sociale psychiatrie, maar ook als boegbeeld van een discipline, die onstuitbaar een sleutelpositie heeft ingenomen in onze geestelijke gezondheidszorg. Mijn verhaal richt zich op het hedendaagse verschijnsel, de spv, niet in de marge van onze GGZ maar juist in het middelpunt ervan.

Nee, twintig jaar geleden, gaf het Instituut voor Medische Psychotherapie - het IMP - de toon aan in de Nederlandse GGZ. Het voorvoegsel medisch was nog een overblijfsel uit een voorbij tijd en met de vervanging daarvan door "Multidisciplinair" was de aanzet definitief gegeven - zo leek dat - om de multidisciplinariteit te laten uitmonden in het kernberoep van de GGZ, de psychotherapeut. De hersenen als biologisch substraat deden er niet meer toe. Met hedendaagse woorden zou men kunnen zeggen, dat de psychoplastische eigenschappen van de menselijke geest, de mogelijkheid om door reflectie, introspectie en omzien, - vaak in verwondering - te veranderen, centraal stond. Het gold als het enig mogelijke, - de geest verruimen, bevrijden en ontdoen van neurotische beperkingen; en de psychotherapie werd daartoe het enig nodige geacht. De psychische bevrijding door psychotherapie maakten pillen en huisbezoek overbodig.

Natuurlijk, de bosbaan was nog wel nodig om **binnen** het domein van de psychotherapie de wedstrijd tussen psychoanalyse, leertheorie en systeemtheorie tot volle bloei te laten komen. Maar de afgrenzing naar buiten was voltooid. Wie psychotherapeut werd, kon en mocht het meeste verdienen. De zorg voor zielige gevallen werd overgelaten aan dokters, niet psychotherapeuten en aan sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Vooral deze laatste groep werd buiten gesloten. De psychotherapie werd voorbehouden aan psychologen en aan psychiaters, die de ballast van hun medische studie hadden afgegooid. De maatschappelijk werkenden probeerden met alle macht ook toegelaten te worden tot deze elite.

Onder stringente voorwaarden was dit mogelijk. Multidisciplinair betekende dus vooral op weg naar de monodiscipline van de psychotherapeut. De verpleegkundigen - en dus ook de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen - waren hiervan uitgesloten.

Verpleegkundige in het centrum van onze geestelijke gezondheidszorg

Toch wil ik laten zien waarom de verpleegkundigen zo in het centrum van onze geestelijke gezondheidszorg terecht zijn gekomen. Het ligt voor de hand ons te richten op de ontwikkelingen binnen de beroepsgroep van de verpleegkundigen zelf.

Nu moeten we eerst nog stilstaan bij de vraag waarom de psychotherapie vandaag de dag niet het centrum is van de GGZ. Ik kan daar kort over zijn. De psychotherapie is in Nederland tot grote bloei gekomen. Er bestaat geen land ter wereld in vergelijking met ons land, waar zo'n toegankelijkheid tot en rijkdom aan verscheidenheid van psychotherapie voorhanden is. De psychotherapie is daardoor een gewoon onderdeel geworden van onze GGZ. Echter de beperkingen, in wat men voor de cliënt met psychotherapie kan bereiken, zijn heel zichtbaar geworden. Psychotherapie, zo kan men stellen, is heel waardevol (al wordt dit door research maar gedeeltelijk bevestigd), maar de veranderbaarheid van de mens blijkt beperkt te zijn. Het is daarom niet verwonderlijk, dat degenen, die het minst van psychotherapie mochten en konden profiteren, de mensen met ernstige en vaak chronische psychiatrische stoornissen, bij uitstek de doelgroep vormen van de sociaal-psychiatrische verpleegkundigen. Daarmee is de psychotherapie niet verdwenen.

Integendeel.

In verschillende publicaties o.a. Henselmans (zie het beroemde artikel "Bemoeizorg") blijkt duidelijk hoezeer gespreksvaardigheid, directieve technieken en onderhandelen, essentiële ingrediënten geworden zijn in het werk voor de spv.

De belangrijkste verklaring voor het feit, dat de verpleegkundige zo centraal in de belangstelling gekomen is, is gegeven in de transformatie van een op het ziekenhuis georiënteerde psychiatrie in een op de gemeenschap georiënteerde psychiatrie.

Met deze wereldwijde plaatsvindende omwenteling in de psychiatrische hulpverlening, komt de spv'er ook meer in zicht. Kort gezegd, na de Franse revolutie werden er speciale voorzieningen opgericht en ingericht voor psychiatrische patiënten. Dit vormde een humaan antwoord op de verwerpelijke omstandigheden waaronder 'gekken' voor die tijd moesten leven in dolhuizen, als zwervers of verstoep in de huizen van hun families. In onze eeuw wordt duidelijk, dat deze instituten, - asiels, inrichtingen - niet zo'n humaan antwoord vormden op de genoemde problemen als gehoopt werd. We moeten niet vergeten, dat deze instituten tenminste voorzagen in de primaire levensbehoeften van de patiënten; onderdak, eten, verzorging en tot op zekere hoogte acceptatie van hun gestoordheid.

De socioloog Goffman heeft als geen ander echter beschreven hoe in sociaal opzicht dergelijke instellingen anti-humaan blijken te zijn. Het inrichtingsregime gaf deze mensen met een bepaalde mate van een psychiatrische stoornis vaak te weinig de beoogde ruimte om ongestoord te kunnen leven. Te vaak was het regime te onderdrukkend en beperkend van aard. Omziend naar deze recente geschiedenis is het vaak moeilijk een onderscheid te maken tussen datgene wat therapeutisch bedoeld was en datgene wat de facto onderdrukking en inperking onder de noemer van normalisatie inhield. De community mental health beweging - die we in Nederland de beweging van de sociale psychiatrie mogen noemen - heeft als uitgangspunt genomen, dat de nadelen van de inrichtingen als antwoord op de problematiek van de psychiatrische patiënt verre de voordelen van het systeem overtroffen. In plaats van uitsluiting van de gemeenschap koos deze beweging voor inclusie, zoveel mogelijk weer deelname aan het gewone leven. We bevinden ons nu in de laatste fase van de periode, die het beste met het woord deinstitutionalisatie kan worden aangeduid. Tegen deze achtergrond is de discipline van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen tot grote wasdom gekomen.

Deinstitutionalisering

Voordat ik op hun rol zal ingaan, wil ik iets meer vertellen over de consequenties van de deinstitutionalisering. Men kan deinstitutionalisering omschrijven als het sluiten van psychiatrische inrichtingen. Dit kan gebeuren door patiënten te ontslaan, nieuwe opnames te voorkomen en door speciale alternatieve programma's te ontwikkelen in de gemeenschap.

De aannames bij de start van deze beweging (en deze ontleen ik aan een recente lezing van Leona Bachrach) was, dat het leven voor chronisch psychiatrische patiënten in de gemeenschap in plaats van in het ziekenhuis humaner zouden zijn; meer therapeutisch, waarmee bedoeld werd dat de interactie met gezonde mensen de eigen psychische gezondheid zou versterken en tenslotte meer kosten - effectief. De verwachting was, dat het geld op deze manier beter besteed zou worden en dat het zelfs goedkoper zou zijn. Wij bevinden ons nu, zoals ik al eerder zei, in het eindstadium van de deinstitutionalisatie. Nu moet nagegaan worden of deze doelen ook werkelijk bereikt zijn. Eén opmerking terzijde, die ik moet maken, is dat Nederland geen deinstitutionalisering kent. Er zijn hier geen bedden gesloten, zoals in Engeland, Italië, of de Verenigde Staten. Toch is er in ons land wel degelijk sprake van een soortgelijke beweging richting gemeenschapspsychiatrie. Ik preferer het daarom te spreken van een transformatie van onze GGZ waarin het alternatief voor een langdurige ziekenhuisopname voorrang heeft gekregen (zoals zelfs letterlijk in de nieuwe B.O.P.Z. verwoord is). Dat zich in Nederland wel degelijk de deinstitutionalisering voltrekt zonder het inleveren van bedden, plaatst ons wel voor een aantal tot dusverre onopgeloste vragen. Met name moet er sprake zijn van een grotendeels ander gebruik van de bedden (het aantal opnames is in de afgelopen tien jaar met 90% gestegen; Gersons, B.P.R. e.a. - Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland: een populatiestudie. T.v.Psychiatrie 35: 8, 528-539, 1993) en mogelijke nieuwe groepen patiënten die van de intramurale voorzieningen gebruik maken.

Transformatie van de ggz

Ik keer te rug tot de gevolgen van deze transformatie. Leona Bachrach heeft erop gewezen, dat er een nieuwe populatie chronische patiënten ontstaan is. Wat wil dit zeggen? Een belangrijk deel van de mensen van nu met ernstige psychiatrische stoornissen is niet meer langdurig opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. De "longstay"-patiënten, die lange tijd aan het ziekenhuisregime onderworpen waren, raken in de minderheid. De nieuwe chronici hebben de psychiatrie leren kennen, allereerst als een ambulante voorziening, een RIAGG of een polikliniek en daarna vaak in de vorm van een reeks van relatief korte opnames in PAAZ'en of opnameklinieken van psychiatrische ziekenhuizen. Het oude regime van het psychiatrische ziekenhuis als een omgeving, die de rollen en mogelijkheden van de patiënten bepaalde, is als conditionerende factor verdwenen. De patiënten mogen blijven deelnemen aan het gewone leven. Zij zijn nu onderhevig aan de verwachtingen en waarden, die ook voor gewone mensen gelden.

De transformatie impliceert dus een normalisatie, een aanpassing en inpassing in het gewone dagelijkse leven. In de huidige gemeenschapspsychiatrie rijst daarom de nieuwe vraag op, of en in hoeverre dit haalbaar is. De nieuwe populatie chronici is bovendien een sterk gedepriiveerde populatie; zonder huwelijkskansen, geringe kansen op nakomelingschap, op werk, op voldoende geld om het dagelijkse bestaan gerieflijk in te richten. Is het normale bestaan wel al die moeite waard? De indruk bestaat dat daarom het 'vluchtgedrag' richting alcohol en verslaving in de groep van de nieuwe chronici aanzienlijk is toegenomen.

Dit alles heeft geleid tot een transformatie van onze geestelijke gezondheidszorg; nadruk op acute hulp in plaats van langdurige ondersteuning, op beschermende woonvormen, dagactiviteitencentra en rehabilitatie.

De wereld van de chronische patiënt is in ieder geval verrijkt met meerdere mogelijkheden, maar ook meer chaos en minder houvast. Het is hier, waar ook de rol van de verpleegkundigen vanzelfsprekend niet meer aan een verandering kan ontkomen.

Roloverschatting

Canetti beschrijft in zijn boek "Het martyrium", hoe in de psychiatrische inrichting van Wenen de psychiaterdirecteur door iedereen gehaat werd. De man overlijdt en hij wordt opgevolgd door een psychiater "die door iedereen op handen gedragen" werd. "En er veranderde niets", aldus Canetti. Psychiaters, maar ook andere disciplines in onze GGZ, hebben nogal eens de neiging hun rol en betekenis te overschatten. Zij zijn graag de initiatiefnemers van nieuwe ontwikkelingen en ze geven graag leiding. De verpleegkundigen nemen traditioneel ondanks hun numerieke meerderheid een ondergeschikte rol in. In het slechtste geval waren zij bewakers van de patiënten en uitvoerders van de opdrachten van boven. Of zij namen helemaal geen opdrachten meer aan en werden uitvoerders van een regime, dat tegen elke invloed van buiten bestand was. De verpleegkundigen in de ziekenhuizen zijn wereldwijd de remmende factor geworden in de deinstitutionalisatie. Het gaat om hun banen, die niet verloren mogen gaan. Andere verpleegkundigen hebben een alternatieve route gekozen. En deze lag in het werken buiten de inrichtingen.

Net als de wijkverpleegkundigen kunnen sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen gezien worden als zij die zich wilden onttrekken aan het regime van de dokters. Buiten de muren lokte de vrijheid om zelf vorm te geven aan het werk, gebaseerd op eigen inzicht en creativiteit. Ik herinner me nog altijd een leidinggevend verpleegkundige van een chronisch paviljoen van Santpoort, die in de jaren tachtig tijdens een congres over het Amsterdamse model tot transformatie van de GGZ zijn handen op zijn oren legde. Hij wilde niet weten, niet horen, van al die vernieuwingen en ideologie, die zijn routine definitief zou verstoren. Twee jaar later was hij een van de belangrijkste initiatiefnemers in de verhuizing naar Amsterdam.

Verpleegkundige versus politie

Misschien schets ik naar uw mening de progressieve ontwikkeling in de psychiatrische verpleegkunde te veel als een reactie op andere ontwikkelingen. Toch ben ik ervan overtuigd, hoe belangrijk deze context van andere ontwikkelingen is als bedding voor de eigen professionele ontplooiing van deze beroepsgroep in de GGZ. Omdat iets beter te illustreren wil ik even een uitstapje maken naar een andere beroepsgroep, die bepaalde overeenkomsten vertoont met die van de verpleegkundigen. Dat is de politie.

Vanuit mijn interesse in post-traumatische stress stoornissen houd ik mij de laatste jaren vrij intensief bezig met deze groep. De socioloog Westley heeft zich bezig gehouden met het vraagstuk van de geweldsmisbruik bij de Amerikaanse politie. De aanname, dat politiemensen in principe autoritaire karakters bezitten en dus slechte mensen zouden zijn, is te simpel en verwerpelijk. We weten, dat vele misstanden in de psychiatrie en ook geweldsmisbruik op het conto van verpleegkundigen geschoven moet worden. Maar ook zij kunnen niet zonder meer als slechte mensen worden aangeduid. Wat doet zich dan voor? Hoe is dit te verklaren?

Westley noemde de politiemans "a pedestrian in hell", "een wandelaar in de hel".

Een jonge politiemans of vrouw start zijn loopbaan met de beste bedoelingen. Hij is dienstbaar aan de burgers, beschermt hen en bewaakt de grens tussen goed en kwaad. Hoe anders blijkt de werkelijkheid te zijn? Bestaat er wel een scherpe grens tussen goed en kwaad? Is de misdadiger niet een gedepriveerde burger, die geen andere keus over had dan na een jeugd vol verwaarlozing en ontbrekende kansen het recht en het lot in eigen hand te nemen? En is die burger wel dankbaar voor het gevaarlijke en ondankbare werk dat de politiemans moet doen?

En voor wie werkt de politiemans eigenlijk?

Voor de staat en de belangen van de rijken als middel tot onderdrukking? Wie zijn de burgers eigenlijk?

Er zijn bepaalde parallellen te trekken met de ervaring van verpleegkundigen. Vaak jong en idealistisch starten zij met het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Zij zijn er om voor patiënten te zorgen. Maar hoe ervaart men het als jonge verpleegkundige om patiënten te moeten vastbinden of opsluiten in de isoleer. Mensen, die vaak al onder zulk een enorme eenzaamheid lijden, te brengen in een situatie die niet eenzamer kan zijn?

Dat zijn uiterst verwarrende situaties. Vaak kiest de verpleegkundige al heel vroeg in zijn ontwikkeling voor een mentaal compromis, zoals ook de politieagent dit doet.

Hij of zij onttrekt zich aan de eigen morele verantwoordelijkheid; dus niet meer "ik deed het", maar nu "ik moest het doen in opdracht van ...".

Uitvoerders van onaangename maatregelen, die van bovenaf gegeven worden. De verandering wordt gemakkelijk bevorderd door een aantal andere ervaringen.

Patiënten kunnen soms erg onaangenaam zijn of zelfs gewelddadig.

Hoever reikt het begrip hier en de tolerantie van de verpleegkundige en waar begint de vraag of dit alles ondergaan wel zoveel waard is? De aandacht voor de verpleegkundige als slachtoffer van het geweld van sommige patiënten vertoont grote gelijkenis met het risico dat politiemensen in hun werk lopen. Het resultaat kan zijn het contact met de patiënt te gaan mijden, maar hoe hier vorm aan te geven in de werksituatie waar dit contact juist centraal staat? Is het een wonder, dat sommige verpleegkundigen, en in het algemeen, hun werk gaan haten?

En hoe moet men omgaan met de familie van de patiënten zelf? "We willen Jan niet meer thuis hebben", maar Jan zelf wil wel weer graag naar huis. "Kunt u er voor zorgen dat Jan zich weer gaat wassen?", maar Jan zelf ziet daar niet de noodzaak van in.

De wereld waarin de psychiatrisch verpleegkundige is binnengetreden, is vol met tegenstrijdigheden, met partijen die ieder eigen inzichten verwoorden. Hoe moet men omgaan met het voorkomen van suïcides, nu hulp daarbij door de rechter in ons land is goedgekeurd?

"De zwiigende meerderheid"

Voor alle duidelijkheid, ik plaats hier het beroep van verpleegkundige in de schaduw van alle narigheid waarmee men moet zien klaar te komen en niet in het daglicht van alle bevredigende ervaringen van dankbare patiënten en dankbare familieleden. Veel van de genoemde moeilijkheden behoren tot de ervaring van vrijwel elke verpleegkundige, maar zelden is dit tot thema genomen van gemeenschappelijke ervaring.

In de titel van mijn verhaal heb ik opgenomen de uitdrukking "de zwiigende meerderheid". Het moest overigens tussen aanhalingstekens geplaatst worden. Het is een interessant en in de politiek vaak misbruikt begrip.

Waarom, zo kan men zich afvragen, zwijgt een meerderheid? Het ligt toch voor de hand, dat juist een meerderheid zich makkelijker dan anderen zou kunnen uitspreken? Er moet een reden zijn voor het zwijgen. Het woord zwijgen verwijst naar ervaringen van machteloosheid en naar schaamte. Sommige ervaringen, zo weten we maar al te goed in de psychiatrie, zijn te pijnlijk om te vertellen.

Het is langzamerhand iets makkelijker geworden voor patiënten om over de ervaringen met incest te vertellen, nu men zichzelf niet meer als actor,- verleidster volgens de Freudiaanse inzichten -, hoeft te ervaren maar als passief slachtoffer. Hoe anders is het gesteld met de daders van incest, die volgens de huidige getallen goed op weg zijn een zwiigende meerderheid te vormen. Naar mijn mening hebben de verpleegkundigen in de psychiatrie tot op zekere hoogte een vergelijkbare ervaring.

Zij kennen - en dit geldt evenzeer voor psychiaters - vaak traumatische ervaringen in de zin van acta in het nemen van onaangename maatregelen, waar men zelf nooit het slachtoffer van zou willen zijn.

Het resultaat is zwijgen, verzwijgen en het niet delen van de ervaringen met andere lotgenoten, de collega's.

In tegenstelling tot psychiaters hebben de verpleegkundigen de mogelijkheid de ondergeschikte positie te kiezen en te gebruiken om de verantwoordelijkheid te ontlopen.

Patiëntenbeweging

En het is hier waar ik het belang van de patiëntenbeweging en van de familiebeweging wil inbrengen.

Voor beiden geldt - al lijken zij te vaak verschillende doelen na te streven -, dat zij zich slachtoffer voelen van de inzichten, daden en werkwijze van anderen. We zijn geneigd dit vanuit een paternalistische houding mondigheid te noemen. Het is beter te stellen, dat zij gestopt zijn met zwijgen.

Corrie van Eyck, een pionier van de cliëntenbeweging, gaf haar boek in de jaren zeventig de titel "Laten ze het maar voelen". Zij wist, dat het verhaal van haar tweelingzuster ons, psychiaters en verpleegkundigen, pijn zou doen. Emotionele pijn, schaamte en verwarring. Was dit nu het resultaat van al onze goede bedoelingen in de GGZ? In de Engelse taal zijn er woorden met een zekere kracht, die hier vorm aan geven; "to speak out", kom te voorschijn met alle grieven en "to challenge", je zult moeten ingaan op deze kritiek. Tot dan toe zeiden we, dat we verantwoordelijk voor alles waren, maar nu moeten we uitgedaagd door de patiënten en de familiebeweging echt onze verantwoordelijkheid nemen. Het is op dit punt, waar de transformatie van onze geestelijke gezondheidszorg, onze deinstitutionalisering zonder inlevering van ook maar één bed, onomkeerbaar geworden is.

De kritiek en de klemmende vragen om verbetering van onze GGZ konden niet meer ontlopen worden. Het zwijgen was doorbroken.

Verantwoordelijkheid van de spv

Waar is de plek van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige gebleven. Eerder stelde ik al, dat vele verpleegkundigen die deze route in hun beroepsontwikkeling kozen, wellicht heimelijk het psychiatrisch ziekenhuis na de traumatische ervaringen ontvluchtten. Dat was niet de plaats waar zij wilden werken en waar zij vorm konden geven aan hun idealen om "advocates", ondersteuners van de patiënten te worden. Zij wensten zich niet te schikken in de ondergeschikte rol, die iets van hun pijn zou kunnen verzachten.

Het werken buiten de muren van de inrichting bood het perspectief van zelfstandigheid, onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid. De psychiater heeft daar niet meer de vanzelfsprekende rol (hoe vaak ook toch steeds weer ten onrechte opgeëist) als leider en als eindverantwoordelijke. De psychiater is daar de consultant, die op basis van zijn vakmanschap geraadpleegd kan worden. Diens gezag is niet vanzelfsprekend, maar moet ontstaan en verdiend worden op basis van gebleken vaardigheid.

Dit neemt niet weg, dat de situatie buiten de muren op zijn minst onoverzichtelijk is. De rolvastheid van patiënten is niet meer als zodanig te onderkennen. Er bestaat geen vanzelfsprekend regime waaraan iedereen onderworpen is. De interactie van psychopathologie en sociale problemen kent daar onbegrensde mogelijkheden. En het is hier, en ik kom daarbij terug op wat Leona Bachrach gezegd heeft, dat de community care meer dan in de inrichting humaan zou zijn, therapeutisch in de interactie met het gewone leven en tenslotte kosteneffectief.

Ik heb al eerder gezegd, dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen zich niet aan de verantwoordelijkheid hiervoor kon onttrekken. Zij konden immers geen psychotherapeut worden, en dus deze groep van mensen ongeschikt voor psychotherapie buiten sluiten.

De spv's moesten en wilden vaak ook de verantwoordelijkheid op zich nemen.

Er waren geen schuilmogelijkheden meer en die wenste men ook niet. De moeizame weg van "trial and error", proberen en mislukkingen ervaren, - en is er een betere weg om een werkwijze te ontwikkelen -, lag ongeplaveid open.

Bemoeizorg

De titel van een van de beste artikelen van Henri Henselmans is "Bemoeizorg". Er spreekt op het eerste gezicht veel ambivalentie uit. Het staat haaks op de zoveel geprezen begrippen in de GGZ van mondigheid van patiënt, motivatie en vooral vrijheid om zelf de hulp te zoeken en te verkiezen die men wenst. Het lijkt alsof het oude ziekenhuisregime zich toegang verschaft heeft tot de ambulante sector; technieken om de patiënten tot aanpassing te dwingen. Wie wat verder kijkt dan deze heilige uitgangspunten, weet dat het alternatief verwaarlozing is, in het extreme geval dak- en thuisloze.

In het artikel brengt Henselman dat in stelling waarin verpleegkundigen altijd het beste geweest zijn: realiteit, met je voeten op de grond staan, de gewone dingen van het dagelijkse bestaan, gewone medemenselijkheid en geen overdracht bijvoorbeeld. Aan deze zaken ontbreekt het vaak bij de patiënt.

Aanraden en overtuigen zijn daarom sleutelwoorden in zijn verhaal om als een ware koopman deze basale vaardigheden over te brengen. Het is een benadering waarin de psychopathologie niet centraal staat. Het gaat niet om ziekte en onvermogen, wel als gegevenheden, maar het zoeken van vermogens en oplossingen in de gegeven situatie van beperkingen.

Hier ligt de kracht en de betekenis van het werk van de sociaal-psychiatisch verpleegkundige.

We zijn geneigd om dit om allerlei goede redenen nu case-management te noemen. Een kleurbos begrip, dat wel een zekere verheldering geeft in bepaalde opzichten. Voor mij is het niet zo nodig. Maar manager zijn is populair in onze tijd. Het impliceert actief zijn, regelen en verantwoordelijkheid nemen. Geen zwijgende, getraumatiseerde meerderheid meer. En die verantwoordelijkheid hebben spv's op een bewonderenswaardige wijze genomen.