

## **Sociale Psychiatrie: Juni 1994, 13<sup>e</sup> jaargang, nummer 37**

**Uitgever: Nederlandse Vereniging van Sociaal psychiatisch Verpleegkundigen  
Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven. E-mail: [Uitgever@nvspv.nl](mailto:Uitgever@nvspv.nl)**

### **Geert Willem de Booij**

*Geert Willem is sociaal psychiatisch verpleegkundige.*

*Hij werkt als afdelingshoofd Sociale Psychiatrie bij de Riagg Zuidhage te Den Haag.*

*De inhoud van dit artikel is gebaseerd op zijn voordracht tijdens de studiemiddag NVSPV van 18 november 1993 "Zorgvernieuwing".*

## **SAMENWERKING BIJ ZORGVERNIEUWING**

### **Organisatieontwikkelingen in GGZ-netwerken en de positie van de SPV daarin.**

In de GGZ is de laatste jaren veel aan het veranderen. Veel mensen zien deze veranderingen met enige argwaan op zich af komen. Natuurlijk is verandering ook niet altijd verbetering maar de huidige ontwikkelingen hebben veel perspectief op verbetering in zich. De trend die ik in het kader van zorgvernieuwing meer wil belichten is die van de ontwikkeling van samenwerkingsnetwerken.

#### **Samenwerkingsnetwerken**

Samenwerkingsnetwerken kenmerken zich door het meer of minder intensief samenwerken van verschillende GGZ-instellingen ten behoeve van een bepaalde doelgroep of een bepaald cluster van werkzaamheden. Deze samenwerkingstrend is naar mijn idee een even belangrijke als moeilijke ontwikkeling. Belangrijk, omdat samenwerking een van de belangrijkste voorwaarden vormt om de patiënten optimale zorg te kunnen bieden. Er is de grootste kritiek op ons, instellingen in de GGZ, dat we te ver door bureaucratie zijn dichtgetimmerd. Moeilijk, omdat samenwerking allerlei grensconflicten over macht, geld en last-but-not-least competentie-strijd kan opwekken. Het blijkt uitermate ingewikkeld om rondom een bepaald zorgaanbod een gezamenlijk pakket samen te stellen waarbij niet de ene aanbieder op wat voor wijze dan ook de andere aanbieder wil overvleugelen. In veel beschouwingen over organiseren van vernieuwing wordt dit fenomeen gedefinieerd als inherent aan organisaties of groepen (bv .disciplines).

Ik ben het daar niet mee eens, ik vind dat een doodoener voor gebrek aan visie en durf. Als we de uitdagingen die deze tijd ons biedt op een manier willen oppakken zodat er zaken ten goede veranderen, zullen we de competentiestrijd en territoriumstrijd moeten opgeven.

Hierin ligt bijvoorbeeld een argument om af te stappen van de zogenaamde substitutiedachte en van het dogma dat opname voorkomen sowieso iets goeds zou zijn. De substitutiedachte zou plaats moeten maken voor een netwerkgedachte waarin het er niet om gaat de ene zorgvorm boven de ander te plaatsen. Het gaat erom dat we zorgpakketten aanbieden waarin alle voor de patiënten noodzakelijke zorg geboden wordt, klinisch, semi-muraal en ambulant in al haar verscheidenheid. Het is dodelijk voor ontwikkeling van kwaliteit als er hoog van de toren geblazen wordt over opnamevoorkomende 'strategieën', zeker als dat plaats vindt binnen het kader van instellingenstrijd. Het gaat er niet om opname te voorkomen, meer moet het gaan over de vraag hoe en waar de patiënt de beste zorg krijgt.

Vaak is deze totale zorg niet een aanbod wat een van de instellingen kan leveren. Samenwerkende instellingen kunnen dat wel.

#### **Verder kijken**

Om dit echt te kunnen bereiken zullen uitvoerend werkers en middenmanagers veel meer over de muren van de eigen instelling moeten kijken en niet al het werk overlaten aan directieleden en stafmedewerkers, die andere verantwoordelijkheden hebben ten opzichte van de eigen en daarmee de andere organisatie.

Deze gedachte zou ik in dit verband willen doortrekken naar het niveau van samenwerkende disciplines. Ook daarin wordt de zorg in haar kwaliteit aangetast door gebrek aan collegiale samenwerkingshouding en competentiestrijd. Het wordt tijd dat we deze onvruchtbare houding achter ons laten en wat meer risico's durven nemen ten nutte van de zorg voor de patiënten.

Gelukkig zijn er de laatste jaren overal in het land hele positieve ontwikkelingen op gang gekomen. Er zijn veel samenwerkingsverbanden tussen GGZ-instellingen tot stand gekomen en er zijn er nog meer in voorbereiding of ontwikkeling.

## **Houding spv**

Dit vergt van de SPV als beroepsgroep een andere houding in dit geheel. In een klimaat zoals dat vroeger in vele RIAGG's bestond was er heel weinig te merken van verschillen tussen disciplines. De dokter deed bijvoorbeeld hetzelfde als de SPV, behalve dan dat deze ook recepten mocht schrijven en In Bewaring Stellingen (IBS-en).

Als er meer samenwerking tussen instellingen komt, zal dat gepaard gaan met een meer of mindere vermenging van cultuur.

Vaak wordt er dan in RIAGG-land wat denigrerend gedaan over de houding van collega's uit de APZ-en. Die zouden nog teveel vastzitten aan de dokter-zuster verhouding.

Een dergelijke houding diskwalificeert de andere instelling. Op deze manier komen de verschillende bedrijfsculturen niet tot elkaar. Ik zou ervoor willen pleiten dat groepen van medewerkers van diverse instellingen in respect voor elkaar en zichzelf met elkaar programma's ontwikkelen voor patiëntengroepen. De vraag wie, wanneer, wat moet doen is pas een tweede-fase vraag.

Een houding die ik van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zou toejuichen, is het aansluiting willen zoeken in GGZ- netwerken vanuit een professioneel en maatschappelijk engagement. Ook aan de GGZ budgetten zit een grens. De keuzes in de zorg moeten wij mede maken als het gaat om het al of niet promoten van werksoorten of aanbod voor patiëntengroepen.

Wat zijn wij voor een zich beschaafd noemend land zolang ernstig schizofrene patiënten als daklozen uitgestoten worden, zelfs uit de zorg in de GGZ. Elke keus die wij maken heeft invloed op alle andere keuzen. Kiezen voor een bepaald project betekent dat je andere zaken niet kan doen.

Om goede zorg vanuit GGZ netwerken te kunnen leveren moeten we met respect voor andere maar zeker ook de eigen professie samenwerking zoeken. Ik wil er hier voor pleiten dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen het ambulante verpleegkundig werken promoten als hun vak.

Competentiestrijd uitlokken zie ik als gebrek aan zelfrespect.

## **Stelselherziening als 'stok'**

Blijf verpleegkundige en ga niet de concurrentie aan met andere disciplines en ontwijk de vragen van verantwoordelijkheden niet.

De meest positieve trend in onze sector vind ik de netwerkontwikkelingen in de GGZ.

Mede dankzij de discussies over de stelselherziening is het denken over samenwerking tussen GGZ-instellingen in een stroomversnelling gekomen. Er zijn tal van initiatieven genomen tot het samen projecten opzetten. Zo ontstaan er in veel regio's gezamenlijke projecten.

In Den Haag is de laatste jaren een samenwerking gegroeid die met name in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten veel samenwerkingsinitiatieven heeft voortgebracht.

Enkel voorbeelden

- de depotpoli;
- case-management;
- ondersteuning van de RIBW en
- begeleid wonen.

Al deze samenwerkingsinitiatieven zijn tot stand gekomen door het inzicht dat geen van de instellingen een totaalpakket aan zorg voor de doelgroep kan leveren.

Het samen met verschillende instellingen komen tot dergelijke initiatieven, vereist flexibiliteit van zowel de organisatie, het management als de professionals. Het tragische in veel plaatsen is nou juist dat gebrek aan flexibiliteit.

Maar al te vaak zijn instellingen nog te zeer gebonden aan het 'passen op de eigen organisatie' en daarmee niet bereid tot echte samenwerking. Alsof een organisatie als specifiek kenmerk zou hebben het streven naar de eigen continuïteit, ofwel het eigen voortbestaan.

Deze visie lijkt mij in de GGZ een achterhaalde visie, die gelukkig door de politiek ook niet meer zo gewaardeerd wordt.

## **Autonomie loslaten**

Deze denkwijze doet echter ook opgeld tussen disciplines. Het lijkt me duidelijk dat ik niet wil pleiten voor een zogenaamde autonomie, niet van instellingen en niet van disciplines.

Ik zou hier willen pleiten voor een gezamenlijke inzet van een ieder om in respect voor de verschillende achtergronden en bedrijfsculturen te werken aan een samenhangend geheel van goede zorg.

We weten uit ervaring dat geen van de GGZ-instellingen voor het totaal in de behoefte kan voorzien, dat geldt ook voor de afzonderlijke disciplines.

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen moeten evenals de andere disciplines hun eigen produkt verkopen om in een totaal aan aanbod het goede te kunnen 'mee-leveren'.

## **Kerntaak van de spv**

Daarom zou ik de stelling willen poneren dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen als centrale taak hebben;

het begeleiden en verplegen van ernstig psychiatrische patiënten al dan niet in hun eigen omgeving en vooral deskundig geacht zouden moeten worden op het gebied van milieu-beïnvloeding en sociaal support strategieën. Deze stelling impliceert dat je je als SPV niet per definitie moet richten op psychotherapeutische interventies op het individuele patiënt-niveau, maar dat je je zou moeten richten op reduceren van de gevolgen van maatschappelijke handicaps, veroorzaakt door psychiatrische stoornissen en de patiënten op individueel niveau verpleging en zorg moet bieden, die hen zo goed mogelijk in staat stelt tot een optimaal functioneren. Als je hiervan uit gaat, dan lijkt het SPV vak veel meer op de wijkverpleging dan veel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen denken. Zoals een A-verpleegkundige de wijk-opleiding doet, zo doen wij de spv-opleiding. Een zorgende SPV is een goede SPV in mijn ogen.

Enkele voorbeelden:

- Het depotpoli project: is een project waarin de RIAGG Zuidhage sociaal psychiatrisch verpleegkundigen heeft gedetacheerd bij de polikliniek van het APZ Rosenberg. Dit heeft als grote voordeel, dat alle depotpatiënten een RIAGG SPV hebben als verpleegkundige die de depots verstrekt. De winst zit hem in de houding van de SPV, die naast het toedienen van een injectie ook aandacht voor het sociaal functioneren van de patiënt heeft en in een outreachend contact ook nog meer voor de patiënt kan doen. Ook als de patiënt niet komt opdagen, kan het depot thuis worden verstrekt en kan ingegrepen worden als dat nodig is.
- Het case-management project: is een project waarin sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, samen met maatschappelijk werkers van het APZ Bloemendaal, de intensieve begeleiding op zich hebben genomen van een aantal zeer ernstig chronisch zieke patiënten. Ook hierin is dus de splitsing tussen APZ en RIAGG in werkopvatting en doelstellingen weggenomen. Om dit te kunnen realiseren is er een team gevormd, waarin sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en een psychiater van de RIAGG en maatschappelijk werkers en een psychiater van het APZ deelnemen.
- ondersteuning aan de RIBW: is een project waarin alle bewoners van de BW een vaste SPV en psychiater hebben van de RIAGG. Op deze manier is de medische ondersteuning verbonden aan het leveren van verpleegkundige ondersteuning aan de RIBW.
- Ondersteuning van begeleid wonen gebeurt op dezelfde wijze als bij de RIBW.

Er zijn tevens gevorderde plannen met beide Haagse APZ-en, die tot vergaande integratie zullen leiden van zorgfuncties en organisatievormen.

Dit beperkt zich overigens niet tot de chronische psychiatrie, ook in de behandelpsychiatrie is de geschetste trend gelukkig aan de winnende hand.

### **Samenvatting**

Samenvattend stel ik dat geen van de GGZ instellingen in staat geacht kan worden totale, dus goede, zorg te leveren.

Hetzelfde geldt voor disciplines. Instellingenstrijd en disciplinestrijd zijn vanuit dat oogpunt dus onprofessionele en daarmee verwerpelijke houdingen.

Een waarschuwing in dit denken is echter wel op zijn plaats. Er zijn voorbeelden te over, helaas, waar instellingsdenken leidt tot ontoelaatbare praktijken waarin vernieuwing wordt gesmoord door bureaucratische- en dus incapabele managers. Als deze elementen de overhand krijgen is het in een regio gedaan met collegiale samenwerking en wordt over de rug van patiënten en personeel een ingewikkeld 'goochelspel' opgevoerd, wat uiteindelijk neerkomt op optrekken van muren en de 'buit' van innovatie binnenhalen.

Psychiatrie kan, naar mijn stellige overtuiging, alleen worden bedreven vanuit een organisatieopvatting die vrij is van instellingsdenken en gericht is op transmurale programmering van de zorg.