

DE WAARDE VAN HET BEROEP VOOR DE GGZ

Een profiel van de beroepsgroep Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

Dit artikel is een weergave van een lezing, welke werd gehouden op de lustrumviering van de NVSPV van 24 november 1994. De vereniging bestond toen 15 jaar.

Inleiding

De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) vormen de grootste beroepsgroep in de extramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De vereniging, de NVSPV, bestaat al weer vijftien jaar.

SPV-en worden wel het voetvolk in de frontlinie genoemd en nemen in onze GGZ volgens Gersons (eerder in dit blad) steeds meer een sleutelpositie in. SPV-en blijken ook belangrijke pioniers te zijn in het vernieuwen van de GGZ: binnen de zorgvernieuwingsprojecten zijn zij onder de professionals in de meerderheid (Wolf, in voorbereiding). Deze gegevens maken nieuwsgierig naar de beroepsgroep van SPV-en. Wat is precies hun positie binnen de GGZ en wat is de aard en de inhoud van hun werk? En welke ontwikkelingen zijn er rondom de beroepsgroep te onderkennen die van invloed zijn op hun huidige en toekomstige functies? Deze twee vragen zijn aan de orde gesteld in een onderzoek dat door het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) in opdracht van het Coördinerend Overleg Nascholing en Opleidingen in de GGZ (CONO) in 1994 is uitgevoerd.

In het kader van dit onderzoek is onder andere in de periode mei-juli 1994 een enquête gehouden onder een steekproef van 979 SPV-en (ongeveer 65 %

van alle in de gezondheidszorg werkzame SPV-en). Tevens is een literatuurstudie uitgevoerd. Voor de opzet en methodologie van het onderzoek verwijzen we naar het eindverslag dat binnenkort in de boekenreeks van het NcGv uitkomt. In deze bijdrage vatten we de belangrijkste resultaten van het onderzoek samen.

Enkele wetenswaardigheden

Dr. J. Wolf en F. van Hoof

Mevrouw Wolf is onderzoekscoördinator van het NcGv.

De heer Van Hoof is onderzoeker bij het NcGv.

Er zijn iets meer mannelijke (53%) dan vrouwelijke (47%) SPV-en (N=613=100%)¹⁾

De gemiddelde leeftijd is 41 jaar. De meesten werken bij een Riagg (84%), de overigen bij een APZ/PAAZ (9%), een RIBW (1%), in de verslavingssector (3%) of bij andere instellingen (6%). Binnen de Riagg's zijn de SPV-en, dat was al bekend, niet gelijkelijk over de afdelingen verdeeld: de meesten werken bij de afdeling volwassenen (47%), de rest bij de afdeling ouderenzorg (22%), de afdeling jeugdzorg (11%) of op andere afdelingen (20%).

SPV-en hebben vrij veel werkervaring: gemiddeld is men 13 jaar als SPV

werkzaam. Eén op de zes heeft zelfs al meer dan 20 jaar ervaring in het werk. In het oog springend is voorts de honkvastheid van de SPV-en; bij de huidige werkgever (vaak ook de eerste) zijn zij gemiddeld 9 jaar in dienst.

Driekwart van de SPV-en vervult uitsluitend een SPV-functie, bijna 20% heeft daarnaast ook een andere functie (meestal leidinggevend en coördinerend). SPV-en die uitsluitend een andere dan de SPV-functie vervullen zijn in de minderheid (4,5%).

Het dienstverband van deze discipline is gemiddeld 33 uur per week groot. Hoe worden deze uren over het algemeen besteed? Gemiddeld gaan ongeveer twee dagen op aan cliëntcontacten, ongeveer een halve dag aan zorgcoördinatie en een halve dag aan administratie. De resterende dag wordt besteed aan onder andere intern overleg, reizen, intervisie en dienstverlening. Activiteiten op het gebied van preventie, beleid en management dan wel het geven van onderwijs of het volgen van bijscholing doet slechts een minderheid en dan niet meer dan gemiddeld 2 uur per week.

Het aantal cliëntensystemen dat men in begeleiding of behandeling heeft is gemiddeld 50, een kwart heeft meer dan 65 cliëntensystemen. Op de diverse werkplekken blijken SPV-en in de hoogte van hun case-load te verschillen. Bij de Riagg jeugd en de semi- en intramurale GGZ is de case-load gemiddeld 40, bij de Riagg volwassenen 52 en bij de Riagg ouderen 62.

Het eigene van de beroepsgroep

Als één ding in het onderzoek duidelijk is geworden dan is het wel dat dé SPV eigenlijk niet bestaat. Uit de enquête blijkt bijvoorbeeld dat afhankelijk van de werkplek de SPV te maken heeft met andere cliënten (andere problemen en stoornissen), in wat andere settings werkt (d.w.z. met individuele cliënten, het gezin en of het echtpaar), het accent op wat andere taken ligt, er meer of minder aan de coördinatie van zorg wordt gedaan, er meer of minder outreachend wordt gewerkt, en - zoals we zojuist zagen - een andere case-load hebben. Het is dus noodzakelijk, zoals we ook in het onderzoeksverslag hebben gedaan, het profiel te differentiëren. Ook de hierna volgende schets van de doorsnee SPV-cliënt behoeft nadere inkleuring, wat we overigens in het onderzoek ook hebben gedaan. Over het algemeen bereiken SPV-en cliënten met:

- psychische problemen en stoornissen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen)
- een beperkt sociaal netwerk, weinig emotionele steun
- materiële problemen (huisvesting, financiën, werk/dagactiviteiten)
- immateriële problemen, die bestaan uit enerzijds zogenaamde zingevingsproblemen (problemen met identiteit, met het alleen-zijn, de eigen ontwikkeling en ontbrekend toekomstperspectief), anderzijds problemen in relatie tot belangrijke anderen (partner, ouders, kinderen)
- weinig toekomstperspectief
- problemen naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen en als gevolg van geweld of mishandeling
- moeilijkheden om hun problemen te verwoorden en hierover een intensief gesprek aan te gaan

- een relatief lage opleiding.

Het gaat dus, kortom, om mensen die in een maatschappelijk en sociaal geïsoleerde en kwetsbare positie verkeren en daarbij ook de nodige psychische problemen hebben. Vanzelfsprekend zijn niet bij elke cliënt al deze kenmerken waar te nemen; het zijn kenmerken van de populatie.

De chronisch psychiatrische patiënten vormen een minderheid van de cliëntèle van SPV-en: gemiddeld naar schatting 15% (de grootte van deze subgroep is per sector natuurlijk weer verschillend).

Nu we een beeld hebben van de doorsnee SPV-cliënt rijst bijna automatisch de vraag wat SPV-en in relatie tot deze cliënten precies doen. Wat hebben zij cliënten te bieden? Als eerste valt op dat SPV-en over het algemeen zeer bescheiden doelen stellen. Het gaat om het herstellen van het evenwicht in het functioneren of het beperken van de invaliderende gevolgen van problemen. Hun inspanningen zijn niet zozeer op 'psychische groei' gericht.

De belangrijkste activiteit van SPV-en bestaat uit begeleiding ("het geven van steun, het bieden van structuur, het adviseren bij materiële en immateriële problemen"). Daarnaast zeggen SPV-en veel te doen aan netwerkontwikkeling ("hulp bij het in stand houden en/of uitbouwen van het sociale netwerk"), netwerkbegeleiding ("het geven van ondersteuning, informatie en advies en psycho-educatie aan familieleden en andere direct betrokkenen) en zorgcoördinatie ("onderlinge afstemming van activiteiten van zorgverleners").

In deze activiteiten zijn de in het door de beroepsgroep ontwikkelde functieprofiel genoemde functies te

herkennen, namelijk de curatieve functie en de vertaal- en schakelfunctie.

Zelf omschrijven SPV-en hun activiteiten als "structurende begeleiding en ondersteuning". Zij spreken voorts over een "brede oriëntatie", een "holistische en generalistische visie en aanpak", een "(psycho)sociaal of maatschappelijk perspectief" en een aanpak die "pragmatisch" is.

Ontwikkelingen

Welke ontwikkelingen zijn van belang voor de toekomst van de SPV en voor de taken en posities die zij in een toekomstige GGZ zullen gaan vervullen en innemen? Enerzijds zijn er ontwikkelingen in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg te onderkennen, anderzijds zijn er de bewegingen in de zorgsector zelf als gevolg van genomen beleidsmaatregelen. Beknopt zullen we de ontwikkelingen hierna beschrijven.

1 Toenemende vraag naar GGZ

Volgens de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1990) zal de komende 5 à 10 jaar de vraag naar geestelijke gezondheidszorg blijven groeien. Als oorzaken worden genoemd:

- De bevolkingsgroei (tussen 1990 en 2000 ongeveer 7%)
- De vergrijzing (tussen 1990 en 2000 een groei van de groep 65+ met 14%)
- Een toename van het vóórkomen van problemen.

Een groei wordt met name verwacht van de zogenaamde cultuurafhankelijke problemen. Bepaalde ontwikkelingen in de maatschappij maken, zo wordt verondersteld, mensen meer vatbaar voor psychische problemen. Genoemd worden bijvoorbeeld problemen ten gevolge van langdurige werkloosheid,

het verzwakken of wegvallen van het gezinsverband en het sociale netwerk, de toenemende sociale isolatie in de samenleving, het aanscherpen van functie-eisen en de groeiende prestatiedruk.

- Een toename van de hulpzoekge-eigtheid.

Mensen zijn geneigd problemen eerder als psychische problemen te benoemen. Bovendien is er sprake van een grotere beschikbaarheid van de hulpverlening en verdwijnt langzaam maar zeker het taboe op het vragen om hulp bij de GGZ.

Voor met name de extramurale sector wordt een aanzienlijke discrepantie verwacht tussen de (sterkere) groei van de vraag en de (geringere) groei van de capaciteit. De 'sleutelfiguren' die ten behoeve van het onderzoek zijn geïnterviewd, denken niet dat er voor de GGZ de komende jaren extra middelen vrij zullen komen.

2 Interventiemix

De beleidsmaatregelen die de afgelopen jaren ten aanzien van de GGZ zijn genomen, kunnen als een interventiemix worden beschouwd. Deze interventies, die zijn samen te vatten onder de noemers extramuralisering, functionele ordening en marktwerking, kennen zowel bedoelde als onbedoelde gevolgen. Over een kleine tien jaar is pas goed vast te stellen wat van de voornemens tot de waan van de dag kan worden gerekend en wat er van de plannen beklijft.

2.1 Extramuralisering

Bekend is dat het hierbij in principe gaat om een vervanging van intramurale voorzieningen door semi- en extramurale.

De zorg moet zo dicht mogelijk bij de burger worden gebracht. Het gaat om een vermaatschappelijking van de psychiatrie. Opnamen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen, en anders, als dat niet lukt, zo kort mogelijk duren. Aangedrongen wordt op een versterking van de sociaal-psychiatrische functie van de Riagg's om cliënten in hun eigen omgeving te kunnen blijven behandelen en om de heropnamepreventie inhoud te kunnen geven. In de beleidsnota's ligt duidelijk de prioriteit bij de zogenaamde chronisch psychiatrisch patiënten. Dat een versterking van de sociaal-psychiatrische functie en het opzetten van alternatieve voorzieningen op het gebied van wonen en werk geen luxe zijn, maakt onder andere de groep psychiatrische patiënten duidelijk die tussen de wal en het schip dreigen te vallen, maatschappelijk steeds marginaler gaan functioneren, en soms zelfs ook dakloos worden (zie Wolf en Van Weeghel, 1994).

2.2 Functionele ordening van de GGZ

Inzet van een nieuwe, functionele ordening van de GGZ is het leveren van op individuele maat gesneden, continue en omvattende zorg. Voorwaarde is het opheffen of verminderen van bestaande scheidingen en schotten tussen echelons, voorzieningen en sectoren.

Een omvattend palet van uiteenlopende functies of produkten (behandeling, begeleiding, dagbesteding, wonen etc.) is nodig om aan de uiteenlopende behoeften, vragen en mogelijkheden van cliënten tegemoet te komen. Voor groepen patiënten dienen kwalitatief goede en het liefst ook goedkope programma's te worden ontwikkeld, die voor de verzekeraars straks de moeite van het financieren waard zijn, en die

tevens de goedkeuring hebben van patiënten zelf. In veel zorgvernieuwingsprojecten tracht men momenteel dit soort programma's op te zetten.

Eenzijds wordt gekoerst op een verdere differentiatie in het aanbod; in principe moet elke cliënt aan z'n trekken kunnen komen. Door die differentiatie groeit de noodzaak tot integratie en coördinatie, die extra inspanningen, overleg en tijd vergen.

De ontwikkelingen in de organisatie van de GGZ zijn niet zonder onbedoelde gevolgen, zo constateerden we ook in het onderzoek naar de zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ (Wolf, in voorbereiding). Een fragmentarisering van het aanbod dreigt, ook al omdat de gewenste samenhang nog niet is gerealiseerd. De wildgroei aan zorgvernieuwingsprojecten lijkt nog eens extra aan de versnippering bij te dragen. Het is de vraag of de functionele ordening de afstemmingsproblemen in de GGZ verminderen of juist doen toenemen.

2.3 Marktwerving

In de plannen van de Commissie Dekker en in haar kielzog van staatssecretaris Simons is geopperd in de gezondheidszorg het principe van de marktwerving toe te passen. Niet instellingen, maar functies of produkten zullen in de toekomst worden gefinancierd. In principe kan elke instelling dus met een verzekeraar onderhandelen over een pakket van produkten. Iedereen is het er over eens dat de invloed van de zorgverzekeraars de komende jaren zal toenemen. Zij wensen meer duidelijkheid van de instellingen, willen met name weten waaraan en hoe de middelen zijn besteed (zogenaamde uitlegplicht).

Hoewel de stelselherziening in zijn oorspronkelijke opzet is afgeblazen, heeft men in het veld al wel op de

ontwikkelingen geanticipeerd.

Onmiskenbaar is er in de GGZ-sector de laatste jaren sprake van een verzakelijking.

Managers wensen voorzieningen meer bedrijfsmatig te stroomlijnen. Aan uitvoerend werkers wordt gevraagd een bepaalde productie te halen. Men denkt na over efficiency- en doelmatigheidswinst. Onder meer om die reden denken managers na over de voordelen hun instellingen te fuseren. Overigens probeert men door het op deze wijze creëren van een monopoliepositie een uitputtende concurrentiestrijd te voorkomen. Het is twijfelachtig of door deze schaalvergroting (onbedoeld gevolg) de zorg dichter bij de burger wordt gebracht.

Het voorafgaande maakt duidelijk dat er momenteel veel op SPV-en af komt. Wat kunnen deze ontwikkelingen voor SPV-en concreet betekenen?

- 1 een grotere werkdruk, een heterogene populatie
- 2 een appèl om chronisch psychiatrische populatie te bedienen
- 3 de vraag om bijdragen aan de samenwerking, coördinatie en netwerkontwikkeling te leveren
- 4 de eis om systematischer te werken en productie te halen
- 5 de vraag om inzichtelijk te maken wat SPV-en doen, en wat de waarde van hun inspanningen is.

Kortom:

Meer werk, andere eisen en meer verantwoording afleggen. Is dat mogelijk, als we naar de huidige werkomstandigheden van SPV-en kijken? Wat geven de SPV-en zelf aan?

Werkomstandigheden

Gevraagd naar een oordeel over de werkomstandigheden wijzen SPV-en zelf vooral op zaken die met de werkdruk samenhangen. Iets meer dan 60%

van de geënquêteerde SPV-en meent dat het cliëntenbestand te groot is, 65% zegt onvoldoende tijd te hebben om cliënten de benodigde hulp te bieden en bijna de helft laat weten de emotionele belasting van het werk te groot te vinden.

Het zijn daarnaast vooral ook complexe cliëntsituaties die de SPV-en kopzorgen geven. Met name de samenwerkingsproblemen met psychiatrische ziekenhuizen worden genoemd (67%), maar ook een tekort aan kennis over bepaalde problemen (43%) en of methoden (34%). Opvallend is overigens dat SPV-en, ondanks hun opmerkingen over hun werkomstandigheden, over het algemeen niet de indruk wekken gedemotiveerd te zijn. Wel blijkt er bij hen een zeer grote behoefte te bestaan aan reflectie op het eigen werk: 50% wil meer tijd voor interventie, 63% wil meer tijd voor bijscholing.

Keuzen

Als we de hierboven beschreven ontwikkelingen de revue laten passeren en stil staan bij de huidige werkomstandigheden van SPV-en, dan is evident dat het maken van keuzen op korte termijn noodzakelijk is. De vraag waar men niet omheen kan is die naar welke categorieën cliënten de SPV-en nu en in de toekomst moeten bedienen. Welke krijgen er voorrang? Moeten SPV-en zich richten op de steeds groter wordende groep die ten gevolge van maatschappelijke problemen op eigen initiatief om hulp voor hun psychische problemen komen (de cliënten met de zogenaamde cultuurafhankelijke problemen)? Of krijgt de groep 'chronisch psychiatrische patiënten' voorrang? Mensen die vaak zelf niet direct met een hulpvraag komen en misschien actiever moeten worden benaderd.

Het management van de instellingen zal prioriteiten moeten stellen, en hier ook

niet voor weg mogen lopen. Het is echter zaak dat de SPV-en zich hierover zelf ook veel duidelijker uitspreken. Hoewel we deze vraag niet expliciet in de enquête hebben opgenomen, zijn er wel enige indicaties hoe SPV-en hierover denken.

Ongeveer de helft van de SPV-en is hierover niet erg expliciet. Voor zover zij dat wel zijn, overheerst de mening dat chronisch psychiatrische patiënten als eersten aanspraak mogen maken op de hulp van de SPV. Een minderheid van de SPV-en pleit duidelijk (10 à 15%) voor een brede doelgroep; wat cliëntengroep betreft willen zij zich niet inperken. Een SPV brengt dit als volgt onder woorden: "SPV-en moeten zich niet gaan specialiseren, maar goed getrainde generalisten worden die voor behandeling van alle doelgroepen kunnen zorgen." Overigens past bij deze bevindingen de kanttekening dat de betekenis van de door de SPV-en gebruikte begrippen en termen moeilijk is vast te stellen, en het dus ook niet goed mogelijk is om nauwkeurig aan te geven welke groep men precies voor ogen heeft.

Tot besluit

Wil de beroepsgroep van SPV-en zich de komende jaren verder profileren en haar positie versterken, dan is het raadzaam te werken aan de volgende activiteiten:

Prioriteiten aangeven

Geef aan wat de doelgroep en wat het eigene van het vak is.

Grenzen aangeven

Laat weten onder welke omstandigheden taken nog op een verantwoorde wijze kunnen worden uitgevoerd en onder welke niet meer. Bewaak de kwaliteit van het werk.

Inzicht geven

Maak duidelijk wat SPV-en doen, onder

andere aan de hand van casuïstiek, ga na hoe het dagelijkse werk met cliënten het beste inzichtelijk is te maken en breng dat naar buiten (publikaties,

proefschriften, video's, studiedagen etc.)

We hopen dat het onderzoek een bijdrage aan dit proces kan leveren.

¹⁾ Respons op de enquête is 63%, wat redelijk is. De responderende SPV-en vormen een redelijke afspiegeling van de werkelijke groep SPV-en (zie voor de verantwoording het onderzoeksverslag).

Literatuur:

Van Hoof, F. en J. Wolf.
Beroep: Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. Een inventariserend onderzoek.
NcGv-reeks, NcGv, Utrecht, 1995.

Wolf, J. en J. Van Weeghel.
Een veranderend krachtenveld in de geestelijke gezondheidszorg.

Tijdschrift Sociale Interventie. jrg.3,
1994, 4, p.164-173.

Wolf, J.
Zorgvernieuwing in de GGZ (werktitel).
Verslag van het evaluatie-onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten.
NcGv-reeks, NcGv, Utrecht (in voorbereiding, publ. medio 1995 verwacht).