
VAN "OP DE MUUR" NAAR "OVER DE MUUR"

(Sociaal) Psychiatrisch Verpleegkundigen bij elkaar op bezoek?

In 1981 verscheen in Nederland een boek met de titel "Op de muur". Het is geschreven door Elisabeth Keesing, een joodse vrouw. In het boek beschrijft zij de instelling waarmee zij in het leven staat als "muurbewoner zijn". Ze acht zichzelf iemand die onder alle omstandigheden "op de muur" blijft zitten. Een geïnteresseerd toeschouwer, die niet de gawe in zich heeft om zich echt ergens in te storten. "Op de muur" is een goed boek, het lezen waard; zowel de Tweede Wereldoorlog als de onafhankelijkheidsoorlog van Indonesië tegen Nederland komen uitvoerig aan de orde. Keesing heeft ze beide meegemaakt en haar herinneringen mooi verwoord. Ik gebruik haar boek in dit artikel echter alleen vanwege dat begrip "muurbewoner".

Dat begrip vind ik namelijk heel geschikt om de relatie die verpleegkundigen uit APZ-en, RIAGG's en RIBW's vandaag de dag met elkaar onderhouden aan te duiden. We zitten bij wijze van spreken allemaal al enige jaren "op de muur" naar elkaar te koekeloeren: "Hoe doen zij het? Wat speelt zich bij onze burens af?"

Van de muur afspringen naar de andere kant komt wel voor, maar dan nemen verpleegkundigen meestal ook meteen een andere baan.

Ze gaan dan bij hun eigen organisatie weg, om bij "de burens" te gaan werken.

Er zijn nog maar weinig lokaties waar een hecht engagement met de andere organisatie aan is gegaan vanuit de eigen functie en organisatie.

De andere organisatiecultuur, de beelden die men over en weer van elkaar heeft opgebouwd, maken het ook voor verpleegkundigen blijkbaar niet gemakkelijk over de muur heen en weer te springen.

Toch zal dat wél moeten. De MFE-vorming zal ons allen dichter bij elkaar brengen.

En het verstandigste lijkt mij, dat op verpleegkundig niveau zodanig aan te pakken dat we optimaal van elkaar kunnen leren.

Waarom is het zo belangrijk dat verpleegkundigen vanuit de drie organisaties bij elkaar "over de muur"

Cécile aan de Stegge

Cécile is beleidsmedewerker Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht. Zij is tevens voorzitter van de Nederlandse Vereniging Psychiatrisch Verpleegkundigen.

gaan springen?

Allereerst: ik denk dat het **sowieso** belangrijk is voor verpleegkundigen om over de muur van hun eigen werkplek heen te kijken.

Voor ieder die wil blijven leren in dit werk, die "in beweging" wil blijven, is het immers goed om **verschillen** op te merken.

Verschillen maken vaak duidelijk wat de waarde is van het eigen gedachten-goed, van de eigen aanpak; tegelijkertijd opent het onderkennen van verschillen de mogelijkheid eens anders tegen je eigen werkelijkheid aan te kijken. Dat zorgt voor nieuwe problemen (en nieuwe problemen zorgen voor méér nieuw opgewekte interesse dan

allang bekende problemen), maar ook voor nieuwe kansen. Verschillen zijn dus meestal verrijkend, goed voor een nieuwe impuls.

Wat mij betreft zou het dan ook **sowieso** een goed idee zijn eens geld te gaan besteden aan discussies tussen verpleegkundigen van de werkvloer van de genoemde organisaties over hun benadering van patiënten.

Dat lijkt mij een zinvoller investering dan het spenderen van geld aan de zoveelste reorganisatie binnen één instelling. Zulke reorganisaties hebben vaak eenzelfde doel: ze zijn vaak vooral bedoeld om de mensen in een organisatie in beweging te houden. Managers haten stilstand omdat het dan lijkt alsof ze niets uitvoeren.

Helaas brengen reorganisaties vaak echter vooral ergernis en frustratie met zich mee, omdat de aandacht van de organisatie zich tijdens een reorganisatie uitsluitend naar **binnen** - richt. Men leert tijdens een reorganisatie immers niet zozeer "verschillen" kennen, als wel een "bedreiging van het bekende". Een bedreiging creëert bijna altijd angst voor verlies. Misschien zou het minder bedreigend zijn, wanneer men vanuit een veilige situatie kennis kan maken met iets nieuws. Ook dat kan de geesten misschien best wakker houden.

Zijn er in de actuele werkelijkheid van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland redenen aan te geven waarom verpleegkundigen bij elkaar over de muur zouden moeten springen?

Ja.

Allereerst omdat de koepelorganisaties van APZ, RIAGG en RIBW vorig jaar zijn gefuseerd in "GGz-Nederland". Het is duidelijk dat ook verpleegkundigen uit de genoemde organisaties dus meer en meer directe collega's van elkaar zullen

worden. Voor directe collega's behoor je meer interesse op te brengen dan voor ver afge collega's, al was het maar uit fatsoen.

Ten tweede, omdat het opleidingsstelsel voor verpleegkundigen verandert en verpleegkundigen in de GGz gezamenlijk duidelijk moeten kunnen maken hoe de kwaliteit van GGz-verpleegkundig werk bewaakt kan worden. Wat zullen die nieuwe generiek opgeleide verpleegkundigen allemaal moeten weten en kunnen? Wat voor attitude moeten ze hebben? Daarop moet de GGz-verpleegkundige een antwoord kunnen formuleren. Naar mijn mening is zo'n antwoord alleen goed te geven als men bereid is alle werkplekken waar verpleegkundigen in de GGz werken te onderzoeken en de belangrijkste aspecten ervan te laten meewegen in het opleidingstraject van de nieuw komende verpleegkundigen.

Om ook nog een **nieuw** antwoord te kunnen geven op de vraag waarom GGz-verpleegkundigen meer kennis van elkaars kwaliteiten moeten hebben, heb ik mij vorig jaar grondig verdiept in een beleidsnota van Minister Borst aangaande de GGz. Dit was een stuk van 24 juni 1997, waarin zij het Kabinets-standpunt bekend maakt over het advies van de Raad voor de Volksgezondheid dat bekend is onder de titel "Thuis in de GGz" (november 1996).

In dat advies stelde de Raad dat er zes- tot achtduizend bedden uit de APZ-en kunnen verdwijnen indien de woonfunctie van APZ-en wordt overgenomen door gemeentelijke volkshuisvestingsinstaties. In het verlengde van dat voornemen, pleitte de Raad voor een scala aan maatregelen (o.a. een financiële maatregel aangaande het AWBZ-pakket, de zgn. "Knip in de GGz") om het zover te krijgen.

Voort dus met de extramuralisatie, was de kern. Volgens de Raad zouden GGz en Gemeentelijke instanties ook veel nauwer moeten samenwerken.

Nieuw beleid

Minister Borst heeft enigszins terughoudend gereageerd op het advies van de Raad. Zij twijfelt aan de haalbaarheid van het genoemde aantal te extramuraliseren bedden en meent dat dan toch in elk geval gelijktijdig de maatschappelijke steunfuncties (arbeidsrehabilitatie, samenwerking tussen diverse maatschappelijke sectoren, grotere toegankelijkheid van gewone welzijnsinstellingen voor psychiatrisch patiënten, en consultatie aan de eerste lijn vanuit de GGz) voortvarend ter hand moeten worden genomen. Ook stelt zij dat de aantallen chronische patiënten die reeds zeer lang in instituten verblijven niet onder dwang in allerlei nieuwe situaties geplaatst moeten worden. Hun kwaliteit van leven mag niet worden aangetast. Zij is er niet van overtuigd dat de voorgestelde "Knip in de GGz" de kwaliteit van leven van GGz-cliënten **niet** zal aantasten. Daarover wil zij dan ook eerst advies vragen aan deskundigen uit het veld. Het heeft mij verheugd, dat ook verpleegkundigen door deze Minister als deskundige worden genodigd om over een dergelijk onderwerp mee te praten. Op 30 september hebben wij daarover dan ook onze mening gegeven. Verfrissend is, dat in deze Ministeriële Nota stond te lezen (pag. 10) dat "het APZ geen onaantrekkelijk instituut moet worden, zowel niet voor hen die er verblijven als voor hen die er werken". De Kwaliteitswet en de Wet BIG worden genoemd als instrumenten om dit te bewaken. Uiteraard staan er echter tegelijkertijd voornemens in het stuk te lezen die aan deze nobele intentie weer afbreuk kunnen doen. In vogelvlucht:

Op het reeds langer bestaande beleid het Psychiatrisch Ziekenhuis steeds verder te deconcentreren, te extramuraliseren en de functies wonen en zorg verder uit elkaar te halen, wordt voortgebouwd.

De Minister is van mening dat hiertoe de APZ-en verplicht moeten worden om jaarlijks 5% van hun budget in te zetten voor zorgvernieuwing.

Naast die harde eis van 5% budget voor zorgvernieuwing bij het APZ, ligt er een harde eis in het stuk aangaande forensische psychiatrie en verslavingszorg, als reguliere onderdelen van ook de intramurale GGz-hulpverlening.

Kortom: er gaat budget van de intramurale psychiatrie af, maar er komen meer samenwerkingspartners, en tegelijkertijd worden twee nieuwe en complexe doelgroepen het APZ in geschoven.

Het ziet er dus al met al naar uit dat het APZ drastisch van karakter zal veranderen. Door de voortgaande uitplaatsing van chronische patiënten (Borst stelt wel voor hen goed te spreiden over buurten en wijken en hen middels zelfbindingscontracten toch te "binden" aan de zorg die zij nodig hebben) zal het APZ eerst en vooral een **behandeloord** worden, voor kortdurende behandeltrajecten, die vanuit op empirisch onderzoek gebaseerde protocollen aangestuurd moeten worden.

Ook de RIAGG wordt aangepakt. De RIAGG's zullen hun wachtlijsten moeten wegwerken en daarnaast zal de RIAGG samen met het AMW en de huisarts de poortwachtersfunctie (de toegang tot de GGz) moeten gaan vormgeven. Verder zal ook de RIAGG meer professioneel moeten werken op basis van protocollen en onderzoek. De RIBW behoudt haar rol het beschermd wonen van GGz-cliënten te verzorgen.

Als je die beleidsnota nu zinvol wilt vertalen naar de verpleegkundige werkvloer, lijkt het mij het beste, daarvoor de kern van de Nota te gebruiken. Dat is het type zorgvernieuwing dat wordt nagestreefd. Volgens Borst moet zorgvernieuwing meer om het lijf hebben dan iets zorgvernieuwing noemen.

Dit lijkt mij (alweer) een verfrissende benadering.

*Zij pleit voor een **vraaggestuurde zorg**, waarin gebruikers en verzekeraars mee-besturen, dit alles vormgegeven in zorgcircuits waarbinnen alle GGz-instanties samenwerken: APZ, RIAGG, RIBW en PAAZ.*

Mee-besturen door gebruikers en verzekeraars, of werkelijk face-to-face onderhandelen met patiënten over hun behandelplan is nog lang niet overal de actuele werkelijkheid. Voor zorg- en hulpverleners die zichzelf professional achten, is het een grote omschakeling in denken om de probleemdefinitie van de patiënt zelf en de mening van "leken" al bij het opstellen van hun plannen mee te nemen, in plaats van vooral de diagnose of de probleemdefinitie van de professional.

Die omslag in denken is mijns inziens het belangrijkste wat we zullen moeten leren als we echt zorgvernieuwing willen nastreven.

Hoe zou dat er op verpleegkundig niveau uit kunnen zien?

Volgens mij werken we op verpleegkundig niveau het meest zinnig aan deze zorgvernieuwing mee, als we de sterkst ontwikkelde vaardigheden van de diverse verpleegkundigen in de GGz recht doen, terwijl we concrete patiënten laten vertellen wat zij aan zorg nodig hebben.

In een in MGV (10-97) verschenen artikel van (o.m.) Laura Neijmeijer, een onderzoekster van het Trimbos Instituut die de laatste jaren het werk van de

*beroepsgroepen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en Psychiatrisch Verpleegkundigen heeft onderzocht, staat over de sterkst ontwikkelde vaardigheden ongeveer het volgende. Het verschil tussen de beide genoemde groepen verpleegkundigen is er **niet** in gelegen, dat -zoals wel beweerd wordt- de SPV vooral outreachend werkt, terwijl de gewone psychiatrisch verpleegkundige steeds op dezelfde lokatie werkt. **Beide** groepen doen hun werk vooral op de lokatie van de instelling waar zij aan verbonden zijn. Alleen de SPV-en in de ouderenzorg bezoeken hun klanten veel thuis. Over outreachend werken kunnen beide groepen dus nog het nodige leren.*

Het verschil tussen de beide groepen is er vooral in gelegen dat de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige heeft geleerd in een individueel contact met de patiënt maar als autonoom werkende professional een tamelijk laag frequente (eens per 3 weken contact) ondersteunende of therapeutische relatie te onderhouden met een vrij grote caseload aan patiënten.

De psychiatrisch verpleegkundige die op een afdeling van een APZ werkt, heeft daarentegen doorgaans een vrij kleine caseload aan patiënten, maar een hoog frequent contact; men maakt de patiënten vele uren per dag mee en dat niet in een 1-op-1 relatie maar temidden van een groep. Dit betekent dat de psychiatrisch verpleegkundige het moeilijk zal vinden zelfstandig een agenda te beheren en contacten te plannen op een langere termijn, terwijl zij wel heel goed is getraind in overleg met een team en dus getraind is in coördinatie van zorg. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige daarentegen kan juist heel goed plannen en doelgericht therapeutisch te werk gaan, maar vindt het moeilijk om daarover goed overleg met een team te

plegen; men is gewend zelfstandig te werken.

Het gekke is nu, dat in de meeste zorgvernieuwingsprojecten die thans bestaan, de regie-functie over de zorg aan patiënten heel vaak is toegewezen aan de SPV-er (vanwege diens planvermogen op langere termijn), terwijl de verpleegkundige -die beter is in overleg met overige teamleden- de uitvoering moet doen. De vraag is of dit wel zo'n rationele arbeidsverdeling is. Hij leidt ook vaak tot conflict, omdat er een zekere hiërarchie uit spreekt.

*Misschien moeten we in de nabije toekomst veel diepgaander gaan nadenken over welke verpleegkundige kwaliteiten in bepaalde situaties nu eigenlijk nodig zijn: meebehandelen of alledaagse informele zorg geven. Ik ben mij sinds eind vorig jaar voor het eerst aan het afvragen (en ik schrok er zelf van) of de uitplaatsing van chronische patiënten naar groepswoningen in stad en dorp, terwijl de APZ-en stilaan worden omgevormd tot intensieve en complexe behandel-instituten, er op de langere duur niet toe zou moeten leiden dat er een **uitruil** van de twee verpleegkundige beroepsgroepen plaatsvindt. Zou het eigenlijk niet veel rationeler zijn om in het toekomstig **behandeloor**d APZ de SPV te gaan inzetten, terwijl de psychiatrisch verpleegkundige die met groepen kan werken dan de chronische patiënten in de maatschappij gaat begeleiden?*

*Anders gezegd: zouden de twee verpleegkundige beroepsgroepen niet **definitief** bij elkaar over de muur moeten springen? Dit is binnen de huidige verhoudingen natuurlijk een heel revolutionair voorstel, maar het idee prikkelde mijn verbeelding. Ik ben benieuwd naar jullie reactie op dit idee. Misschien wordt het onzinnig gevonden, omdat er zoveel haken en ogen aan*

vastzitten, m.n. salarieel en qua visie op intra-murale arbeidsverhoudingen zoals die -denk ik- leeft bij de SPV-en.

Op de korte termijn denk ik dat het zinnig zou kunnen zijn, vanuit de verpleegkundige adviesraden -of wellicht zelfs vanuit onze verenigingen- het voorstel te lanceren om een aantal door cliënten mee-bestuurde zorgvernieuwingsprojecten op te zetten (voor mijn part met grote macht op basis van een PGB), waarbinnen SPV-en en psychiatrisch verpleegkundigen (onder wie RIBW-begeleiders) volstrekt gelijkwaardig samenwerken en waarbinnen ambulante of klinisch werken geen enkel verschil in waardering meer met zich meebrengt.

De cliënten zouden daarbinnen moeten kiezen wie voor welk type zorg wordt aangesproken.

Ik heb de indruk dat dergelijke pilots tot heel nieuwe gedachten aanleiding zouden geven over het meest zinvolle type arbeidsverdeling tussen de diverse typen verpleegkundige.

Uiteraard kan dat echter alleen als de verpleegkundigen die daarvoor worden geselecteerd in staat en bereid zijn elkaars zwakke en sterke kanten te benoemen en te erkennen.

Wellicht zouden we na een aantal van dergelijke experimenten kunnen toegroeien naar de functie van "verpleegkundige in de GGz" en onze positie van "muurbewoners" kunnen opgeven, terwille van onze gedeelde clientèle.

Daarnaast denk ik dat het zinnig zou zijn, wanneer managers in de GGz een aantal experimenten gaan ontwikkelen, waarbij verpleegkundigen met een grote werkervaring (dat kunnen door de wol geferfde intra-murale verpleegkundigen zijn maar ook sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen), uitgeplaatst worden naar posities in de eerste lijn.

Hen laten meewerken in een huisartsenpraktijk of doen werken vanuit een buurthuis.

Volgens mij is dat de toekomst: GGz, welzijn en eerste lijns gezondheidszorg zullen elkaar beter moeten leren kennen.

En daar heb je heus niet altijd

psychiaters en psychologen voor nodig.

Een goede verpleegkundige kan heel wat bijdragen. De GGz zal collectief haar positie van "muurbewoner" in de maatschappij moeten opgeven.

Wanneer we dat van patiënten eisen, mogen wij als werkers niet achterblijven.