

OUVERTURE

In juni van dit jaar bezocht ik een congres ter ere van het honderdjarig bestaan van de International Council of Nursing in Londen. Onderweg in het vliegtuig kreeg ik een interview met Frits Bolkestein onder ogen met de titel 'Afscheid van het Liberalisme'. Bolkestein, altijd goed voor politieke controversen, verwijt zichzelf in dit artikel niet te hebben ingegrepen toen de partijraad dreigde elke VVD'er die het woord 'moraliseren' nog in de mond durfde nemen, met pek en veren te besmeuren.

In de jaren zeventig schrapten de liberalen de verwijzing naar het christelijk en humanistisch fundament van de Nederlandse cultuur uit hun beginselprogramma.

Wat me aansprak was een uitspraak van Bolkestein waarin hij pleit voor herstel van dit 'bezielend verband'. In het interview zegt hij dat het de mensheid in de tegenwoordige tijd aan 'kader' ontbreekt en dat je ook als liberaal niet kunt zeggen dat je als individu niet verantwoordelijk bent voor hetgeen er in de maatschappij gebeurt. Het riep bij mij associaties op met zingeving, maar ook met de vraag in hoeverre het ontbreken van een (ethisch, moreel) kader van invloed is op het ontstaan, of voortbestaan van geestelijke gezondheidsproblemen. Ik wil het vandaag met u hebben over het herstel van ónze kaders, over het 'bezielend verband' van de sociale psychiatrie in het beginselprogramma van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Ik heb mijn verhaal als volgt *gecomponeerd*... Het eerste gedeelte is de *opmaat*... Onder het motto 'Wie zijn geschiedenis niet kent is gedoemd die te herhalen' allereerst een kijkje in het Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid van twintig jaar geleden. Daarna volgt een korte uiteenzetting

over sociale psychiatrie. Ik geef u een aantal kenmerken zoals ze door de heer Romme en anderen zijn beschreven in het ons allen bekende boek 'Wat is sociale psychiatrie'.

De tweede helft van mijn verhaal is van maatschappelijke aard en vooral bedoeld om u mee te geven als *achtergrondmuziek* voor deze dag.

Hierna opnieuw een uitstapje naar het verleden, naar verzuiling en duidelijke kaders. Vervolgens een onderzoek over het verband tussen religie en depressie bij 55 plussers. Dan volgt een schets van het huidige tijdbeeld. De achtergrondmuziek eindigt met een

Mw. Carla Raben

Auteur is spv, werkzaam in Almelo, St. Adhesie en het LCVV in Utrecht. Carla is voorzitter van de NVSPV en interim voorzitter van de Federatie van GGz verpleegkundigen.

paar korte noten over een aantal actuele ontwikkelingen.

Het slotakkoord van mijn verhaal wordt gevormd door een schets van de stand van zaken in de geestelijke gezondheidszorg, de taak hierin van de SPV, samenwerking met andere beroepsorganisaties en een blik in de toekomst.

De opmaat

Psychiatrie in 1979.

In het novembernummer van het Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid trof ik een artikel aan met de titel:

'Ambulante behandeling van ernstige psychiatrische patiënten. Een manier van werken bij de sociaal psychiatrische dienst'. (Hoogduin en de Haan)

'Waar de SPD vroeger de instelling was voor de voor-en nazorg van psychiatrische patiënten, nu heeft zij een specifiek eigen taak gekregen waarbij de ambulante behandeling van crisissituaties een belangrijke plaats inneemt. De onvrede over de geringe efficiëntie van de psychiatrische inrichtingen, de hospitalisatiesyndromen en het stigma van het opgenomen geweest zijn enerzijds en het ontstaan van een voorkeur voor de ecologische benadering van de psychiatrische problematiek (waarbij omgevingsfactoren als het gezin, het werk, de school, de buurt etc. als belangrijke factoren bij het ontstaan en in stand houden van de problemen worden gezien) anderzijds, hebben deze ontwikkeling in gang gezet'

De SPV komt in het artikel zijdelings aan bod;

'De werkwijze van de SPD bestond in het verleden veelal uit het afleggen van huisbezoeken aan patiënten door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en het houden van gesprekken door de sociaal psychiater bijgestaan door de zusters....De psychiater en zijn zuster hoorden dan de problematiek aan, boden voor-of nazorg, bemiddelden bij opname of gaven de huisarts advies.'

In het december nummer van 1979 kunnen we lezen dat de geschiedenis soms verdacht veel op de huidige tijd lijkt. In het artikel 'Lof der Sociale Psychiatrie' (Belmonte) stelt de schrijver zich teweer tegen de volgens hem bovenmatige aandacht en waardering die er uitgaat naar de psychotherapie. Hij houdt een pleidooi voor opwaardering van de sociale psychiatrie:

'De camera van de publieke opinie en de professionele belangstelling is in ons land nooit bijzonder sterk gericht geweest op de sociale psychiatrie. Er is en wordt op dat terrein veel en zwaar werk verricht, maar dat werk leidt een bestaan tussen de coulissen.

Buiten degenen die het zelf uitoefenen weten relatief weinigen wat het precies inhoudt en voor zover men zich er al een voorstelling van maakt is dit

hoofdzakelijk een negatieve. Werk dat niemand anders wil doen, ten bate van patiënten die niet echt te helpen zijn, werk waar geen eer aan te behalen valt, vuilnisbakfunctie, symptoombestrijding, begeleiden met als hoogste, maar meestal niet eens bereikte doel verder afglijden te voorkomen, drie-minuten psychiatrie, pillensprekuren-dat zijn zo de stereotypen die gehoord kunnen worden'.

Wat is Sociale psychiatrie?

In het boek 'Wat is sociale psychiatrie' van Romme e.a. wordt in het eerste hoofdstuk direct alle hoop de grond in geboord dat op deze vraag een eenduidig antwoord te geven is. De auteurs stellen dat het begrip in zoveel verschillende betekenissen gebruikt wordt dat een eenduidige begripsomschrijving eigenlijk niet mogelijk is. Bovendien zou dat voorbij gaan aan het meest kenmerkende van sociale psychiatrie namelijk dat deze zich niet onder één noemer laat vangen. De auteurs komen tot de beschrijving van een aantal 'rode lijnen'.

- Sociale psychiatrie is een benaderingswijze; een theoretische verklaring van problemen met de geestelijke gezondheid, waarbij de nadruk wordt gelegd op de relatie tussen de 'sociale situatie' en het ontstaan c.q. voortbestaan van dergelijke problemen.
- De sociale psychiatrie kan ook worden opgevat als een praktisch werkveld binnen de totale geestelijke gezondheidszorg. Het houdt zich dan bezig met de toepassing van sociaal-psychiatrische werkwijzen met betrekking tot behandeling van problemen in de GGZ.
- Ten slotte wordt sociale psychiatrie omschreven als een *cultuurgebonden conceptie*. Dit geeft de relatie aan tussen culturele elementen in onze maatschappij (waarden, normen et cetera) en de 'sociale psychiatrie', zowel als benaderingswijze en als werkveld.

In een reactie op het spraakmakende onderzoek 'Beroepen in Beweging van Hutschemakers en Neijmeijer komen Onderwater, van der Padt en de Leeuw (MGV, 1999) tot de volgende omschrijving van sociale psychiatrie; *"Sociale psychiatrie houdt al ruim een halve eeuw meer in dan louter extramuraal werken. Het gaat om de cliënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context, hun behoeften en die van de directe omgeving; familie, het sociale netwerk en het professionele netwerk. Er wordt uitgegaan van actieve bemoeienis van de hulpverleners met allerlei risicogroepen. Er is aandacht voor de sociaal-culturele context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en men poogt maatschappelijke uitstoting en marginalisering van bepaalde groepen tegen te gaan. Sociale psychiatrie onderscheidt zich door een kritische houding van andere vormen van psychiatrie, het ziektemodel staat niet voorop. Ook beschouwt men het als een taak van de sociale psychiatrie het publiek bewust te maken van de maatschappelijke invloed op problemen. Sociaal psychiatrische hulpverlening wordt gekenmerkt door samenwerking met zowel maatschappelijke instellingen als de klinische psychiatrie en is niet beperkt tot een bepaalde behandelsetting. De hulpverlening kenmerkt zich door outreachende contacten waar nodig, een flexibele organisatie, langdurige hulp met een wisselende intensiteit, crisisinterventie, psycho-educatie en rehabilitatie. De focus ligt steeds bij praktische problemen. Belangrijk is vooral de inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid van cliënten"*.

Het volgende deel van mijn lezing is bedoeld om de rest van de dag als een deuntje in uw hoofd te blijven zingen. Ik wil even met u stilstaan bij normen en waarden, tijd voor een uitstapje naar het verleden....

Achtergrondmuziek

Het voert voor deze lezing te ver een chronologisch overzicht te geven van de maatschappelijke veranderingen zoals die zich hebben voltrokken in de afgelopen vijf decennia. Ik noem twee majeure ontwikkelingen welke van grote invloed zijn geweest; ten eerste de leegloop van de kerk en ten tweede de ontwikkeling van een industriële samenleving naar een informatie en kennismaatschappij. Verder zal ik stilstaan bij een aantal actuele gebeurtenissen. In de sociale psychiatrie is het van belang onze ogen en oren wijd open houden voor hetgeen er om ons heen gebeurt. Dit is moet een van de fundamenteën van ons beginselprogramma zijn. Ik pretendeer niet in deze lezing een wetenschappelijk verantwoord, kant en klaar, causaal verband aan te geven tussen maatschappelijke processen en psychiatrische etiologie. Ik geloof meer in circulaire processen of, om met professor Arnold Cornelis te spreken:

'Causaliteit past niet op levende systemen en op het menselijk leren...De levensprocessen zijn cyclisch. De kip en het ei zijn beide eerst en beide laatst. Voor alle toekomstige kippen geldt dat het ei het eerst is. Voor alle eieren geldt dat er een hele evolutie van kip zijn aan vooraf gegaan is'.

Over normen en waarden gesproken

Elke tijd kent zijn eigen tijdbeeld. Nederland kenmerkt zich van oudsher door een sterke verzuiling. De kerk gaf duidelijke regels waar men zich aan te houden had. Ter illustratie hiervan én om aan te geven hoe groot de veranderingen zijn die zich in onze samenleving hebben voltrokken maak ik een sprong terug in de tijd, dit keer naar de vijftiger jaren....

Onlangs kwam ik in het bezit van twee boekjes die bij ons thuis onder in de kast lagen; het 'Handboekje voor de

katholieke vrouw en moeder' en 'de katholieke jongeman in zijn opgang naar God'.

De katholieke kerk liet niet na haar gelovigen mee te geven waar zij zich aan te houden hadden. Ik citeer uit het boekje voor de katholieke vrouw en moeder;

Het eerste citaat gaat over het huwelijk: *'Dat de vrouwen aan haar mannen onderworpen zijn'.*

In iedere maatschappij, in elke vereniging, ook in de familievereniging moet iemand zijn, bij wie ten slotte het gezag berust. In het huisgezin is de man de 'baas'. De man is het hoofd van de vrouw, gelijk Christus het hoofd is van de kerk'.

Een citaat over verwaarloosde jeugd en verwaarloosd gezinsleven:

'Tussen deze twee is een zeer nauw verband en een zeer sterke wisselwerking. Iedereen spreekt tegenwoordig van 'de kwaal van onze eeuw', en verschillende dingen als: genotzucht, geldzucht, drankzucht, bioscoop, lectuur en ongeloof worden met gloeiende woorden als 'de kwaal van onze eeuw' gebrandmerkt'.

Het boekje voor de katholieke jongeman in zijn opgang naar God is duidelijk meer maatschappelijk georiënteerd en er wordt een link gelegd tussen moreel verval en levensmoeheid, ontworteling en vertwijfeling. Ik citeer:

"Het is een grote vraag, of al deze veranderingen (de industriële revolutie) de mensen sterker, gelukkiger, tevredener, gezonder en veerkrachtiger hebben gemaakt; eerder willen wij het tegendeel geloven, waarvoor wij slechts het uitwendige levensbeeld van de moderne mens als getuige behoeven op te roepen. Nog nooit zijn er zoveel slapelingen en warhoofden, levensmoeden en vertwijfelden, stuurlozen en ontwortelden geweest als thans; nog nooit heeft de mensheid een tijdperk gekend dat zo hopeloos oppervlakkig en zo arm van geest was als het onze; nog nooit leefde er een geslacht, dat zo weinig

bestand bleek tegen het harde, onverbiddelijke leven als het onze".

Tot zover de jaren vijftig, terug naar het heden.

Over kaders gesproken

In de inleiding sprak ik over de opmerking van Bolkestein waarin hij pleit voor herstel van het 'bezielend verband'. Volgens hem kan dit een antwoord geven op het door hem gesignaleerde ontbreken van een 'kader', ofwel, wie zegt ons in deze tijd waar we ons aan te houden hebben.

Het begrip zingeving is reeds gevallen. Ik wil kort met u stilstaan bij de betekenis van religie met betrekking tot zingeving en over zingeving met betrekking tot depressie.

In juli van dit jaar kwam ik een krantenartikel tegen met de opmerkelijke titel:

'Wie met mate gelooft loopt minder kans op een depressie'

Het artikel verhaalt over een promotieonderzoek naar de relatie tussen religie en depressie bij 55 plussers door de heer Braam, psychiater.

De voornaamste conclusie van zijn onderzoek is dat een gematigde geloofsstroming oudere mensen lijkt te beschermen tegen depressies.

De gereformeerde kerkgangers bleken het minst depressief, minder dan hervormden en rooms-katholieken. De meeste depressieve klachten komen voor bij 55 plussers die religieus zijn opgevoed, maar de kerk hebben verlaten én bij leden van de zwarte kousenkerken die wekelijks blootstaan aan gepredik over hel en verdoemenis. Opvallend is dat in gemeenten met veel CDA-stemmers 55 plussers minder depressieve klachten hebben dan in plaatsen met een a-religieus klimaat. Hij heeft geen antwoord op de vraag waarom religie-met-mate kennelijk tegen depressie beschermt. Wel geeft hij een aantal suggesties die ons als werkers in de sociale psychiatrie niet vreemd zullen voorkomen. Hij vraagt

zich bijvoorbeeld af of het ligt aan de *sociale steun* die kerkgangers elkaar geven. Feit is dat het *netwerk* van kerkbezoekers gemiddeld twee keer zo groot is als dat van onkerkelijken. Overigens worden soortgelijke bevindingen aangetroffen bij vergelijkbare onderzoeken onder jongeren.

De bomen reiken tot in de hemel

Een van de belangrijkste kenmerken van onze huidige samenleving is bereikbaarheid. De wereld ligt aan onze voeten. Via de glasvezel doen we boodschappen in Amerika. Via websites kunnen we allerlei kennis tot ons nemen, en over niet al te lange tijd kunt u op deze manier achterhalen of er bij u in de buurt een pedoseksueel woont. Met de komst van Big Brother is de nachtmerrie van George Orwell bewaarheid. Via onze mobiele telefoon zijn we overal bereikbaar. Viel je een aantal jaren geleden nog op als je mobiel gebeld werd, tegenwoordig loop je zonder mobiele telefoon hopeloos achter. Nederland is een dorp geworden, Europa de provincie, de wereld ligt aan onze voeten en the sky is the limit. In de westerse wereld neemt de welvaart hand over hand toe. Het kan niet op lijkt het wel. De vraag is of met de welvaart ook het welzijn toe neemt. Er is een keerzijde van de medaille. Het verschil tussen de *have's* en de *have-not's* neemt toe. We weten dat er een verband is tussen welvaart en gezondheid. Mensen met een redelijk inkomen en een redelijk opleidingsniveau brengen gemiddeld 60 jaar in goede gezondheid door. Mensen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau brengen gemiddeld 48 jaar in goede gezondheid door. De overeenkomst met deze laatste categorie en de doelgroep van de SPV is evident. Van Hoof en Wolf beschrijven in hun onderzoek naar Beroep: SPV (1995) de doelgroep als volgt:
'Mensen die in een sociaal en/of emotioneel isolement verkeren, sociaal wat minder vaardig zijn en met de nodige, al

dan niet reactieve psychische, psychosociale en maatschappelijke problemen kampen'. De *have not's* lopen een grotere kans op *marginalisering en maatschappelijke uitstoting!* Dit is van belang voor ons beginselprogramma.

Druk druk druk

Ik noem in vogelvlucht nog een aantal ontwikkeling die zich voordoen:

De eerste is de enorm toegenomen productiviteit. Niet voor niets introduceerde Margreet de Boer een aantal jaren geleden de term *onthaasting*. We moeten steeds meer produceren in steeds minder tijd, werkstress neemt toe en vormt een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid.

Slimme mensen hebben een gat in de markt ontdekt en commerciële bedrijven opgericht (HSK) die zieke werknemers behandelen zodat ze beter om kunnen gaan met stress.

Voorrangszorg voor zieke werknemers wordt een *hype* en veroorzaakt veel politieke onrust. Het kabinet gaat een commissie instellen om preventie, zorg en reïntegratie van psychisch arbeidsongeschikten te verbeteren.

Er rust een belangrijke taak bij de geestelijke gezondheidszorg in zijn algemeenheid en bij de sociale psychiatrie in het bijzonder de vinger te leggen op *maatschappelijke ontwikkelingen die een negatieve invloed hebben op de geestelijke volksgezondheid*.

Pech moet weg

Een ontwikkeling van een heel andere aard is de reactie van buurtbewoners op incidenten die zich in hun kleine gemeenschap voordoen. Burgers komen in opstand tegen -al dan niet terecht- vermeende onveiligheid. Een aantal voorbeelden:

Heel recent is de reactie van inwoners van de gemeente Kollum op de moord op Marianne Vaatstra. Een asielzoeker uit dezelfde gemeente werd verdacht van de moord. Een, qua tijdstip niet erg strategisch geplande- bespreking over

verplaatsing van het asielzoekerscentrum liep uit op chaos, de burgermeester werd met eieren bekogeld en men heeft besloten de bespreking maar uit te stellen tot de gemoederen bedaard zijn.

Onbekend maakt onbemind, dat zagen we ook in de gemeente waar een aantal zeer welgestelden het pand waar een asielzoekerscentrum gevestigd zou worden opkochten om aldus de komst van asielzoekers te verhinderen.

En wat te denken van volksgerechten zoals in Urk tegen een man die een zedendelict had gepleegd en daarvoor berecht was.

De 'pech-moet-weg-samenleving', zo omschrijft de directeur van het Instituut voor Rechtswetenschappelijk Onderzoek te Leiden het fenomeen waarin burgers in geval van tegenslag verhaal willen halen. De GGZ moet zich niet laten gebruiken om de 'Pech moet weg' mentaliteit uit te kunnen voeren. Hier geldt het credo *'tegenaan van marginalisering'*.

In een onderzoek naar toekomstscenario's voor de psychiatrische verpleegkunde stelde een van de respondenten de vraag: *'hoeveel gekte verdraagt de samenleving?'*

Ik kom daar later op terug.

Stijgende hulpvraag

De vraag naar hulp neemt sterk toe. Verwacht wordt dat in het jaar 2000 één op de vier mensen met ernstige psychische problemen een beroep zal doen op de GGZ. (NcGv/STG, 1993). Deze toename wordt onder andere verklaard door een toenemend aantal ouderen en veranderingen in maatschappelijke steunsystemen. Daarnaast verandert het hulpzoekend gedrag van mensen, psychische problemen zijn uit de taboesfeer gekomen.

Het personeelbestand houdt geen gelijke tred met de groeiende hulpvraag. Dit leidt tot tekorten en wachtlijsten.

De laatste tijd wordt -naar aanleiding van voorrangszorg voor zieke werkne-

mers- veel gesproken over tweedeling in de zorg als zou het een nieuw fenomeen zijn. Ten dele is die tweedeling er echter al. Degenen die het zich kunnen veroorloven zoeken hulp in het particuliere circuit. De minder bedeeden melden zich bij het RIAGG of bij het Algemeen Maatschappelijk Werk.

Op de al eerder genoemde conferentie Toekomstscenario's voor de Psychiatrische Verpleegkunde spraken verpleegkundigen in de GGZ zich uit voor solidariteit met de cliënt en tegen tweedeling in de zorg.

Allemaal naar buiten

Als laatste kom ik bij de vermaatschappelijking van de zorg. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt steeds meer gezien als een *intermez-zo* in een ambulante behandeling.

Daarnaast richt de vermaatschappelijking van de zorg zich ook op een zo groot mogelijke deelname aan het maatschappelijk verkeer door chronisch psychiatrische patiënten.

De vermaatschappelijking lijkt statusverhogend te werken, zowel voor patiënten als voor het personeel.

Het slotakkoord

Hedendaagse praktijken

Ik schets u een aantal ontwikkelingen... We zien grote gefuseerde instellingen voor GGZ ontstaan, gevormd door een fusie van veelal RIAGG's en APZ-en. Transparantie, één loket en de cliënt centraal zijn de nieuwe toverwoorden. De klant is koning, we gaan objectief indiceren en de huisarts ligt als een waakhond voor de deur van de gespecialiseerde GGZ instellingen. Wij bieden hem hierbij consultatie. De GGZ moet uit haar ivoren toren, niet alleen de patiënt moet vermaatschappelijken, we moeten allemaal de boer op en ons gaan verhouden met maatschappelijke instellingen. U hebt zich virtuele begrippen als 'behandel-activiteitenhuis en functiehuis' eigen gemaakt en ge-

bruikt ze of u nooit anders hebt gedaan. Ondertussen wordt u geacht evidence-based te werken en richtlijnen en protocollen te ontwikkelen maar, dit mag u niet gebruiken als kostenbesparend instrument. U dient uw cliënt op de juiste wijze te bejegen. Doet u dit niet, sinds u via de wet BIG geregistreerd bent kunt u op het tuchtrechterlijke matje geroepen worden. Last but not least is de vergoeding voor de bereikbaarheidsdienst bijlange na niet meer wat ze geweest is en hoop u er bij de FWG 3.0 goed af te komen.

Over personeel gesproken; uit een onderzoek van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (1998) blijkt dat 48% van de verpleegkundigen in de GGZ die van baan verandert verdwijnt uit de zorg. Voor de AGZ is dit 18%. Een zorgelijke ontwikkeling in een tijd van reeds bestaande en verwachte tekorten aan verpleegkundig personeel.

Sociaal model of medisch model?

Eerder al sprak ik over het ontstaan van de GGZ- giganten door het samengaan van RIAGG en APZ-en. Hierbij kunnen een aantal vragen gesteld worden. Een van die vragen is of de cliënt er beter van wordt. Het ene loket biedt wellicht transparantie en continuïteit maar het beperkt tegelijkertijd de keuzemogelijkheid van cliënten. Sommige instellingen gaan al over tot het creëren van de mogelijkheid voor een second opinion en proberen aldus de keuzemogelijkheden voor cliënten weer te vergroten. Het blijft een doekje voor het bloeden. Vanuit de cliëntenbeweging is dan ook al kritiek te horen.

Een andere vraag die gesteld kan worden is welke visie dominant zal worden. Wordt het ambulante veld met een klinische blik veroverd of zullen we de kliniek verleiden met onze sociaal psychiatrische visie? Of anders gesteld: wat zal de visie op GGZ problematiek gaan bepalen, het medisch model of het sociale model?

In interviews die Ivonne van der Padt heeft gehouden met een grote groep SPV-en werd regelmatig de vrees uit-

gesproken dat het primaat bij het medisch model komt te liggen. Ik roep u bij deze op niet alleen uw vréés uit te spreken maar vooral in woord, in daad en op schrift uw visie uit te dragen!

Wegbereiders

Vermaatschappelijking is al sinds jaar en dag het *credo* van beleid in de geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrisch patiënt wordt gestimuleerd zoveel als mogelijk deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. Persoonlijk ben ik een voorstander van vermaatschappelijking mits met beleid vormgegeven. Ik sprak daarstraks al over de vraag *'hoeveel gekte verdraagt een samenleving?'*

We hebben geconstateerd dat er een ontwikkeling gaande is waarin burgers opkomen voor wat zij zien als hun belang of hun recht. Onbekend maakt onbemind en angst maakt mensen repressief. Ik ben ervan overtuigd dat een sociaal psychiatrische aanpak een kritische succesfactor is voor het welslagen van de vermaatschappelijking. Dat betekent dus dat wij, SPV-en als vanouds weer de buurt in moeten gaan. Voorlichtingsavonden organiseren waarin we via psycho-educatie goed will kweken en begrip bijbrengen. We zullen het *sociale systeem* van de cliënt bij de behandeling moeten betrekken en aldus wegbereider zijn voor de cliënt die een plaatsje in de maatschappij wil krijgen. Als laatste wil nog ik een kritische noot plaatsen bij de drang naar vermaatschappelijking.... Een deel van de GGZ-populatie zal blijvend aangewezen zijn op de asielfunctie van het APZ. Zij dienen volwaardige zorg te ontvangen van goed gemotiveerde hulpverleners. Het mag niet zo zijn dat in het gedrang naar buiten niet meer gekeken wordt naar de cliënten die achterblijven in de kliniek. Een volwaardige asielfunctie vraagt investering in tijd en in personeel. Het is hoog tijd voor een zorg-vernieuwing-

project binnen de muren!

Het geheel is meer dan de som der delen

De samenwerkingsgolf is niet aan de beroepsgroep van verpleegkundigen voorbij gegaan. Twee jaar geleden werd de taakgroep Berg en Dal opgericht, een samenwerkingsverband van vijf beroepsverenigingen in de psychiatrische verpleegkunde, inmiddels bekend als de Federatie Verpleegkunde in de GGZ i.o. Door het aangaan van deze strategische alliantie willen alle GGZ-verpleegkundigen hun invloed vergroten. Samenwerking wordt gezocht op gemeenschappelijke en overstijgende beleidsterreinen, de Federatie wil haar stem laten horen en haar invloed doen gelden naar overheid en politiek, koepelorganisaties en overige beroepsgroepen.

Het feit dat we nog in een oprichtingsfase zitten heeft ons niet weerhouden nu al activiteiten te ontplooiën. Zo zijn we vertegenwoordigd in een aantal overlegorganen op het ministerie van VWS, hebben er gesprekken plaatsgevonden met woordvoerders gezondheidszorg van alle politieke partijen en is de Federatie betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid.

Zorgvernieuwingprojecten, goede kwaliteit van zorg én voldoende ontplooiingsmogelijkheden voor verpleegkundigen kunnen een bijdrage leveren aan de tekorten én aan het verloop van verpleegkundig personeel.

Tot nu toe is de Federatie succesvol gebleken in contact met andere actoren in en buiten de GGZ. Of het geheel meer is dan de som der delen zal ook moeten blijken in het contact met de achterban.

Zo leidde de fusie destijds tussen de KVP, de CHU en de ARP tot het CDA niet automatisch tot meer stemmen en

zal de vrijage van de RPF en het GPV dat ook niet doen. Herkenbaarheid en de mate waarin de achterban zich kan identificeren met de Federatie zijn succes bepalende factoren.

Toekomstmuziek

Op grond van huidige en toekomstige ontwikkelingen verwacht ik een sterke toename van het sociaal psychiatrisch gedachtegoed als vigerende visie en als leidraad voor methodisch handelen in de geestelijke gezondheidszorg. Zoals dat ook nu reeds het geval is sluit dat gebruikmaking van knowhow uit bijvoorbeeld de biologische psychiatrie geenszins uit. Ik noem een aantal ontwikkelingen waarop ik mijn voorspelling baseer:

De vermaatschappelijking van de zorg, de toenemende aandacht voor de chronisch psychiatrisch patiënten, de toenemende invloed van cliënten- en familiebonden, de stijging van de cultuurgebonden problematiek, de toenemende vraag naar OGGZ, de overgang van voorschrijfklimaat naar onderhandelklimaat, de groei van het aantal van burgers die een marginaal bestaan leiden en de groei van risicogroepen.

Sociale psychiatrie is geen vergane glorie maar een op maat gesneden antwoord op deze ontwikkelingen. Er is een tijd geweest dat SPV-en zich bij voorkeur identificeerden met therapeutisch werk, waarin zelfs gepleit werd voor het vervangen van de titel 'verpleegkundige' in 'werker'.

Onmiskenbaar heeft ons werk therapeutische elementen in zich. Kennis van systeemtheorie en van daaruit kunnen interveniëren is onontbeerlijk in een beroepsuitoefening waarin de strategische beïnvloeding van systemen de kern van het vak is. De laatste jaren is een tendens zichtbaar waarin de SPV zich opnieuw bekeerd tot de verpleegkunde. Ik juich deze tendens van harte toe.

Wie oor heeft om te luisteren hoort muziek in de natuur

Sociale psychiatrie is dus meer dan de uitspraak 'we kijken tegenwoordig toch allemaal naar de sociale omgeving van de cliënt'. Ik vat de uitgangspunten nog

even voor u samen; Het gaat om de cliënt in zijn maatschappelijke en sociaal culturele context. Het gaat om een actieve bemoeienis van hulpverleners met allerlei risicogroepen. Het gaat om het tegengaan van marginalisering en tegengaan van maatschappelijke uitstoting van bepaalde groepen. Het gaat om de bewustmaking bij het publiek van de maatschappelijke invloed op problemen Het ziektemodel staat niet voorop. Het hulpaanbod wordt flexibel georganiseerd en is waar nodig *out reaching* en de focus ligt bij praktische problemen. En als laatste is sociale psychiatrie óók politiserende psychiatrie.

Beginselprogramma

Ik kom aan het eind van mijn betoog. Bolkestein pleit voor herstel van het bezielend verband door in het beginselprogramma van de VVD te verwijzen naar het christendom en het humanis-

me. Ik pleit voor eerherstel van de uitgangspunten van sociale psychiatrie in het beginselprogramma van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Ik citeer de heer A.G.W. Hilberink (directeur GGZ van Maastricht, 1975). 'Laten we de naam Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige reserveren voor hen, die de integrale benadering voorstaan, in biologisch signaleren, psychologisch denken en sociologisch handelen'.

Als bestuur zijn we bijzonder verheugd dat we op deze dag het twintig jarig bestaan van de NVSPV mogen vieren. Namens het bestuur wil ik alle leden feliciteren met dit lustrum. U bent degenen die deze dag mogelijk heeft gemaakt, u bent degenen die met nieuw elan de 21^{ste} eeuw ingaan. Misschien zijn we de stille harde werkers van de GGZ maar....

C'est le ton qui fait la musique

Geraadpleegde bronnen

Belmonte J.A.F. *Lof der Psychiatrie*. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid december 1979.

Braam, A. Promotie onderzoek naar de relatie tussen religie en depressie bij 55 plussers.

Bolkestein, F. Interview in Trouw, 26 juni 1999

Cornelis A. *Logica van het gevoel*. Filosofie van de Stabiliteitslagen in de Cultuur als Nesteling der Emoties. Amsterdam/Brussel/Middelburg, 1997.

Fabianus O.F.M. Cap. Pater. *Handboekje voor de Katholieke Vrouw en Moeder*. Gebeden en overwegingen. Den Bosch 1950.

Hieronymus Rongen P. *De katholieke jongeman in zijn opgang naar God*. Venlo 1947

Van Hoof F, en Wolf J. *Beroep: SPV*. NcGv reeks. Utrecht 1995

Van Hoof, J.J.M. *Routes in de GGZ*. In: Tijdschrift voor psychotherapie oktober 1999

Hoogduin C.A.L. en de Haan E. *Ambulante behandeling van ernstige psychiatrische patiënten. Een manier van werken bij een sociaal psychiatrische dienst*. MGv, november 1979.

Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. *Verpleging en Verzorging in kaart gebracht*. Utrecht 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief: "Geestelijke Gezondheids-zorg"*. Rijswijk 1997.

Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid/Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheids-zorg. *Geestelijke*

volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Verkenningen tot 2000. Utrecht, NcGv/STG 1993.

Onderwater C.J.M., de Leeuw M. en van der Padt, I. *Verpleegkundigen, verantwoorde partners in de GGZ.* In: Maandblad voor Geestelijke Gezondheidszorg. 1999-4

Raben C.J.T. *Toekomstscenario's voor de psychiatrische verpleegkunde.* Almelo 1999.

Romme M.A.J., Kraan H., Rotteveel R., *Wat is sociale psychiatrie?* Alphen aan de Rijn/Brussel, 1981.

Spek P.A.F. van der *Enkele opmerkingen over de geestelijke volksgezondheid in het gezin.* Maandblad voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2^e jaargang nummer 2. Februari 1947