

---

# MEDIAAN

## Sociale psychiatrie tussen hoop en vrees

*Het is een flink boek geworden, het boek van Ivonne van der Padt over verleden, heden en toekomst van de SPV. Een cadeautje ter gelegenheid van het twintigjarig bestaan van de NVSPV. Van der Padt sloot zich, tussen alle bedrijvigheden van lesgeven, een huis verbouwen en lezingen houden door, acht maanden lang op in haar studeerkamer om het boek op tijd af te krijgen. Dat is gelukt. Met als resultaat een standaardwerk over de SPV, geschreven door een SPV. Titel van het boek: 'Hoopvol bezorgd', ofwel het leven van de SPV dwalend tussen hoop en vrees. Reden voor een gesprek met de schrijfster, knus aan de eettafel bij haar thuis in Amstelveen.*

### **Wat is je doel met dit boek?**

Mijn doel is de sociale psychiatrie weer onder de aandacht te brengen. De sociale psychiatrie dreigt te verdwijnen. De 'pure' psychiatrie, zeg maar het klinisch, diagnostisch denken heeft op dit moment de overhand. Dat heeft alles te maken met de fusie- en MFE-vorming waardoor het denken vanuit de kliniek steeds meer het ambulante werk bindendringt.

Je ziet dat door de fusies en de extramuralisering het ambulante werken steeds meer gelijk gesteld wordt met werken volgens ideeën van de sociale psychiatrie. Dat klopt niet. We moeten het eigen karakter van de sociale psychiatrie weer centraal stellen. Dat is de basis van ons beroep. Ik wil daar met dit boek een bijdrage aan leveren. Natuurlijk was de directe aanleiding voor het boek het twintigjarig bestaan van onze beroepsorganisatie. Dat leek me een mooie gelegenheid het werk van de SPV eens op papier te zetten, en dan vooral de mooie kanten van het beroep. De wijze waarop de sociaal psychiatrische verpleegkunde soms

wordt weggeschreven, vind ik treurig. Het leek me tijd voor een tegenwicht.

### **Wat is jouw eigen visie op de sociale psychiatrie en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige?**

De SPV werkt laagdrempelig. Je gaat er als SPV altijd vanuit dat mensen niet voor niets een beroep op je doen. Je gaat niet bij voorbaat 'afhouden' omdat een klant niet in jouw behandelstraatje zou passen, maar je kijkt wat het probleem is van de persoon die zich aanmeldt en je bedenkt wat je eraan kunt doen. De SPV is erin geschoold cliënten hun problemen hanteerbaar te leren maken, op een zo eenvoudige mogelijke manier. We proberen mensen te leren hoe ze kunnen voorkomen een volgende keer opnieuw in de problemen te raken.

De SPV heeft volgens mij vaak een brugfunctie, een vertaalfunctie tussen klant en andere hulpverleners. De SPV is intermediair. Andere disciplines creëren vaak een grotere afstand tot de cliënt, door taalgebruik, door attitude. Tenslotte werkt de SPV volgens mij altijd op een tweespor van psychiatrische en maatschappelijk problemen. Dat is een belangrijk preventief aspect van ons werk. Ik ben een groot voorstander van de SPV die in de buurt van de mensen werkt, in de wijk waar de problemen zich voordoen. Een SPV die makkelijk bereikbaar is, en samenwerkt met buurthuizen, politie, huisartsen.

### **Er komen veel tegendraadse SPV-en aan het woord in jouw boek. Met elk een eigen manier van werken. Valt er, ondanks die verscheidenheid, toch een typische SPV-methodiek te ontdekken?**

De kracht en tegelijk de zwakte van de SPV is dat zij zoveel verschillende methodieken kan hanteren. In de ene

situatie moet je sociale vaardigheidstraining kunnen geven, in de andere situatie rouwtherapie. Dat vereist creativiteit en de nodige kennis, anders weet je niet waaruit je kiezen moet. We maken gebruik van veel verschillende methodieken, door verschillende disciplines aangedragen. Aan theorie en methodiek is geen gebrek. Ik zie niet zo snel een specifieke SPV-methodiek. Die mis ik ook niet. We zijn geen eenheidsworst. Omdat we zo'n diverse cliëntengroep hebben, hebben we ook diverse vaardigheden nodig om hun vragen te beantwoorden. Eigenlijk moet de SPV alles kunnen, vindt men. We zijn de vuilnisbak van de ambulante GGZ.

**Je spreekt over de diversiteit van de doelgroep van de SPV. In jouw boek noem je dat ook. Klopt dat wel? Onze doelgroep versmalt zich tot alleen nog chronisch psychiatrische cliënten.**

Dat wordt in ieder geval stevig 'gepusht', bijvoorbeeld door Judith Wolf, die zich veel bezighoudt met de chronische psychiatrie. Zij schrijft voortdurend dat de SPV zich weer moet richten op haar eigenlijke doelgroep, en dat zijn volgens haar de chronisch psychiatrische patiënten. Zij schrijft dat SPV-en hun vak verlaten hebben door de kant van de psychotherapie op te gaan en de 'echte' psychiatrie te verlaten. Ik ben het daar niet helemaal mee eens. De SPV heeft een breder bereik.

**Je spreekt in jouw boek over 'politiserende hulpverlening' als onderdeel van het werk van de SPV. Wat bedoel je daarmee?**

Je hebt als SPV de taak om cliënten duidelijk te maken dat hun problemen ook een maatschappelijke achtergrond hebben. Dat is een les die ik uit de vrouwenhulpverlening, tijdens mijn werk op de afdeling Ouderen bij de Riagg Zaandam, heb meegekregen. Vrouwen bewust maken van hun nog steeds marginale positie in de samenleving, en ze tegelijk bewust maken van de moge-

lijkheden die ze wel hebben.

Neem mensen die arbeidsongeschikt zijn geraakt, omdat ze niet meer kunnen voldoen aan het arbeidsideaal van tegenwoordig. Natuurlijk kan ik die mensen via rationeel-erotische therapie weer op de been helpen. Maar ik wil het individuele probleem ook breder maken. Als bij een bepaald bedrijf veel mensen arbeidsongeschikt raken, heb ik als SPV de taak om met personeelszaken te gaan praten om te achterhalen wat er met zo'n bedrijf mis is.

**Dat gebeurt toch nauwelijks?**

Maar het zou wel moeten gebeuren! Dat denk ik echt! Misstanden in de samenleving zijn niet zomaar terug te voeren op individuen. Daar liggen grotere machten aan ten grondslag. Mensen worden daar slachtoffer van. Ik besteed daar ook als docent veel aandacht aan. Ik probeer studenten bewust te maken van de consequenties van keuzes die ze maken. Als je iemand gedwongen laat opnemen betekent dat dat je iemand van zijn vrijheid, zijn autonomie berooft. Wat betekent dat? Daar moet je je als SPV zeer bewust van zijn.

**Past politiserende hulpverlening binnen de sociale psychiatrie?**

Heel goed. De sociale psychiatrie keert zich tegen marginalisering, bekijkt mensen in hun maatschappelijke context, richt zich tegen individualisering en uitstoting. Politiserende hulpverlening past daar prima in.

**Je sprak al over de voortgaande fusies en MFE-vorming in de GGZ. Volgens jou bedreigt deze ontwikkeling de positie van de SPV.**

Je ziet op dit moment een ontwikkeling naar grote gefuseerde instellingen die met programma's, met protocollen werken. Die programma's richten zich op wat in DSM-IV allemaal op AS I te scoren is. Valt een probleem daar niet onder, dan is er geen sprake van echte psychiatrie, en behandelen we niet. Het denken in klinische stoornissen is mo-

menteel erg dominant. Volgens mij is dit de invloed van intramurale instellingen die hun machtsgebied uitbreiden tot buiten de muren van de kliniek. Hier ligt een gevaar voor de sociale psychiatrie en de SPV. De SPV moet niet volgens protocollen werken. Je hebt als SPV de taak de mens in zijn geheel te beschouwen. Mensen zijn niet te vangen in een protocol, in een ziekte. Je stelt de ziekte die iemand heeft centraal, terwijl het goede van de sociale psychiatrie juist is dat je de mens centraal stelt, met al zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Ik ben bang dat protocollen een keurslijf worden als je ze te letterlijk neemt, in eerste instantie voor de cliënt en in tweede instantie voor de hulpverlener. Waarmee ik niet wil zeggen dat je niet moet werken volgens de meest recente kennis, of dat je maar wat kan aanrommelen.

Overigens voorzie ik op termijn een reactie. Ik verwacht dat SPV-en maar ook therapeuten en psychiaters zich gaan verweren tegen deze ontwikkeling.

#### **Wat doen de SPV-opleiding en de NVSPV tegen deze tendens?**

In directe zin niet veel. Indirect proberen we door ons contact met GGZ-Nederland, de koepel van onze organisatie, te kijken hoe we invloed kunnen uitoefenen om het voortbestaan van de sociale psychiatrie te garanderen. Zowel vanuit de opleiding als vanuit de beroepsorganisatie halen we contacten aan met de secties sociale psychiatrie van de universiteiten. Zo proberen we de positie van de sociale psychiatrie te verstevigen. Via ons regio-overleg met Riagg-vertegenwoordigers treden we in contact met instellingen om belangen van SPV-en te behartigen en kritische vragen te stellen ten aanzien van de sociale psychiatrie en het inzetten van SPV-en. Dat doen we wel.

#### **Steeds meer B-verpleegkundigen gaan ambulant werken. Concurrentie dus voor de SPV.**

Niet elke ambulant werkende werkt volgens sociaal psychiatrische methodieken. Er zijn duidelijke verschillen tussen de vaardigheden van de SPV en de B-verpleegkundige. Dat is ook onderzocht. Het blijkt dat B-verpleegkundigen vaak nog flink geschoold moeten worden als het gaat om de ontwikkeling van de eigen autonomie, maar ook de autonomie van de cliënt. Dat is logisch. De B-verpleegkundige is een team-verpleegkundige, die geleerd heeft te zorgen en verantwoordelijkheid over te nemen van de cliënt. De SPV is veel meer gewend autonoom te werken en de verantwoordelijkheid bij de klant te laten.

De SPV heeft veel therapeutische vaardigheden in zijn bagage. Dat is nodig om in de crisisdienst of de eerste lijn te kunnen werken, maar ook in de chronische psychiatrie. Ik zie het op de SPV-opleiding: eerstejaars studenten staan met hun oren te klapperen als ze horen over systeemtheorie, directieve technieken, crisisinterventie en noem maar op. Dat is allemaal nieuw voor ze. Ik geloof niet dat de SPV bang hoeft te zijn voor de ambulant werkende B-verpleegkundige.

Wat me tegenvalt is dat onderzoekers als Judith Wolf en Giel Hutschemaekers er niet in slagen duidelijk onderscheid te maken tussen SPV-en en B-verpleegkundigen. Ik verbaas me daarover. Volgens Judith Wolf werkt de SPV ambulant en werkt de B-verpleegkundige klinisch. Dat is een veel te schrale visie op de inhoud van ons werk. Giel Hutschemaekers en Laura Neijmeijer halen in hun laatste onderzoek (de studie 'beroepen in beweging 1998', red.) voortdurend B-verpleegkundigen en SPV-EN door elkaar. Het lukt ze niet

ze goed van elkaar te onderscheiden. Als je ze daarop aanspreekt verweren ze zich nogal zwakjes met de opmerking dat ze de gegevens uit publicaties van andere onderzoekers hebben over-genomen. Die hebben ze dus niet op juistheid afgecheckt. Volgens Hutschemaekers en Neijmeijer is trouwens 28 procent van de SPV-en op HBO-niveau opgeleid. Dat moet natuurlijk honderd procent zijn. Een van onze leden attendeerde het bestuur op deze onjuistheid in het onderzoek.

**Veel SPV-en in jouw boek hebben een voorkeur voor het werken in de eerste lijn. Ze zien dat als een plek waar de SPV goed werk kan doen. Jij ook?**

Minister Borst heeft gezegd dat de huisarts, als poortwachter van de GGZ, ontlast moet worden, en dat de SPV daarin een taak heeft. Daar ben ik het volledig mee eens. Ik zou het alleen jammer vinden als zo'n eerste lijnstaak zich beperkt tot bijvoorbeeld het geven van kortdurende behandelingen, of alleen het begeleiden van mensen met depressieve klachten. Die geluiden hoor ik nu. Voor de SPV in de eerste lijn is een bredere functie weggelegd. Dan denk ik niet alleen aan behandeling, maar ook aan voorlichting en preventie. Ik kan me voorstellen dat de SPV in de wijk actief op zoek gaat naar probleemgebieden, en probeert te achterhalen waar die problemen mee te maken hebben. Of dat je begeleiding en consultatie geeft aan werkers en omwonenden bij de komst van een RIBW of een asielzoekerscentrum. Kort gezegd: dat je aansluit bij problemen die zich in de buurten voordoen.

De SPV kan daar vanuit haar expertise

een belangrijke rol in spelen.

**Terug naar het boek. Wat boeide je het meest aan de geïnterviewden?**

Al die persoonlijke geschiedenissen, en dat beeld van alle ontwikkelingen in de sociale psychiatrie door de jaren heen. Als je het boek leest, merk je dat de situatie nu niet veel verschilt met vroeger. De soep wordt meestal niet zo heet gegeten als hij wordt opgediend. Dat was vroeger zo, dat is vast en zeker nog steeds zo. Dat inzicht relativeert wel, moet ik zeggen.

**Het boek kent geen samenvatting. Je doet geen poging een algemene noemer af te leiden uit de verhalen van de veertig verschillende SPV-en in jouw boek. Een bewuste keuze?**

Mijn eigen mening of conclusie doet er niet toe. Ik koos er inderdaad voor om als schrijver geen bindend verhaal te vertellen. De verhalen in het boek moeten voor zichzelf spreken. Het boek is de neerslag van alles wat er gedacht, gezegd, geschreven is over de sociale psychiatrie en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Daar hoeft ik mijn mening niet aan toe te voegen.

Anita Bosveld  
Michel van Dijk

Ivonne van der Padt  
'Hoopvol bezorgd',  
Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde  
van de 20e naar de 21e eeuw  
1999, 197 blz. f 35,00  
Uitgever: NVSPV, Hosingenhof 5,  
5625 NJ Eindhoven. Uitg@NVSPV.nl  
ISBN 90-805585-1-5