
DE PROFILERING VAN DE SPV

Interview met prof. dr. B.P.R. Gersons

Ivonne van der Padt, auteur is redactielid en docent aan de Hogeschool van Amsterdam

Een van de artikelen in het jubileumnummer van 1989 nummer was van de hand van prof. dr. B.P.R. Gersons toen hoogleraar sociale psychiatrie aan de RUU: "De SPV aan bod; verleden, heden en toekomst". Het artikel ging over "een stuk profilering".

Gersons schreef over zijn eerste ervaringen toen hij in opleiding was voor psychiater in de sociale psychiatrie. Ruim dertig jaar geleden ging hij 'in de leer' bij de 'dames' van de GG & GD in de Amsterdam. "Als arts-assistent werd je ingeschakeld voor de klusjes. Alleen als je werkelijk goed bevonden werd, mocht je mee op pad om de 'kelders' van de ambulante psychiatrie te verkennen, en vooral om te ervaren en te zien hoe de SPV omging met chronische psychotici, psychopaten en burenen". Alle blij van waardering voor het voetvolk in de frontlinie, dat kan de heer Gersons niet ontzegd worden.

Volgens hem zat de SPV in 1989 in de lift vanwege de ontworsteling aan de dominantie van de medicus in het ziekenhuis, vanwege de behoefte aan zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid en tot slot vanwege een verder gaande beroepsontwikkeling en eigen identiteit. Omgeven door professionals in de Riagg was de SPV, aldus Gersons, door zijn of haar lange scholing te midden van zieke mensen van nature al veel meer gelouterd: er bestaat veel minder behoefte de cliënt te genezen. Men is solidair met de psychiatrisch zieke, men erkent de handicaps en daar start pas het verhaal. "In de geschiedenis van de psychiatrie strijken altijd psychiaters met de eer, omdat ze beter konden schrijven, vertellen en omdat ze meer aanzien genoten. De werkelijke successen worden echter alleen op de werkvloer bereikt. En daar is de SPV werkzaam. De toekomst van het vak wordt bepaald door de verhouding tussen ambachtelijkheid en bescheidenheid. Die ambachtelijkheid wordt niet verworven in het laboratorium. De dagelijkse werkelijkheid vormt de leerschool, terwijl de school of academie een bescheiden ondersteunende functie kan bieden".

Dit waren de ingrediënten waarmee ik op pad ging naar de 'burenen'. Het AMC ligt op steenworp afstand van de Hogeschool en er is een zeer nauw samenwerkingsverband. Een laboratorium en een leerschool, cliënten, psychiaters en verpleegkundigen, allemaal binnen handbereik.

In 1989 was u van mening dat de SPV in de lift zat: hoe bedoelde u dat precies?

In 1989 zaten we midden in de periode dat de deinstitutionalisering in Nederland eindelijk op gang aan het komen was. Maar veel psychiaters waren daar toen helemaal niet mee bezig. Ze wilden vooral psychotherapeut zijn. Ook veel van de maatschappelijk werkers en psychologen waren toen de weg van de psychotherapie ingeslagen. Dat klinkt misschien wat raar maar ik ben eigenlijk wel blij dat de SPV nooit is toegelaten tot de psychotherapie.

Anders was deze groep ook nog verloren gegaan voor de groep chronisch psychiatrische patiënten.

Doordat andere beroepsgroepen zich terugtrokken uit dat deel van de zorg, werd de SPV degene, die zich nog meer dan voorheen met deze doelgroep bezig hield. Ze werden zo de leidende discipline binnen de sociale psychiatrie. Ze hebben die verantwoordelijkheid opgepakt en ze hebben dit werk verder ontwikkeld. Dat was de reden waarom ik toen beschreef dat het zo'n belangrijk beroep was.

Eigenlijk werd deze ontwikkeling dus in gang gezet vanwege de verandering in organisatie van de zorg. Nu is dat in feite ook weer aan de gang.

Ik ben erg voor de fusie van de Riagg en de APZ en omdat die scheiding tussen ambulante en klinische niet in het belang van de doelgroep was. Dit maakt nu ook de zorgprogrammering mogelijk, zoals die ontwikkeld wordt voor de groep mensen met schizofrenie.

Voor mensen met chronische problemen zijn er eigenlijk veel betere projecten binnen de fusies ontstaan. Daar spelen de SPV-en ook een heel belangrijke rol in. Waar ik een beetje bezorgd over ben in die fusies, dat zijn de loopbaanmogelijkheden voor bijvoorbeeld SPV-en. Ik zie geregeld dat SPV-en teamleiders worden en management posities gaan innemen. Op zich is daar niets tegen maar het geeft ook aan dat er kennelijk nauwelijks een andere loopbaanontwikkeling mogelijk is. Persoonlijke motieven leiden er vaak toe dat mensen een dergelijke functie ambiëren en, de goede niet te na gesproken, maar dan omkomen in het werk. Want ja, leidinggeven is een heel ander vak, daar heb je andere deskundigheden voor nodig.

Belangrijk is natuurlijk dat je gezag hebt, en in Amsterdam zie ik nogal eens dat dit slecht kan aflopen. Dat psychiaters gaan dan achterover zitten en ze zijn soms niet vooruit te branden te zijn als een SPV een team leidt. Het heeft heel veel te maken met de kwaliteit van de functie.

Soms hebben mensen de indruk dat je gewoon iets meer moet organiseren maar het is natuurlijk veel meer dan dat. Psychiaters zijn er overigens ook vaak niet goed in hoor. Maar je moet daar expliciet de kwaliteit voor hebben, je moet je scholen om dat werk op een goede manier te kunnen doen. Daar moet je je vak van willen maken.

Ik hoor u zeggen dat het in de zorg ontbreekt aan loopbaanbeleid gericht op de inhoud van de zorg.

Ja, dat klopt, dat zie ik en merk ik om me heen. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor SPV-en maar dat is in de hele sector en voor alle disciplines het geval. Je volgt langdurig een opleiding, komt in de zorg terecht en dan je gewoon je werk doen. En eigenlijk doe je dat dan jaren lang in principe zonder afwisseling. En we weten hoe belangrijk het is om geregeld weer iets nieuws te gaan doen.

Toch lijkt het te verbeteren. Iedere zeven jaar zou je eigenlijk iets anders moeten doen. Steeds meer SPV-en zijn gaan werken in bijvoorbeeld klinische settings, beschermde woonvormen en dergelijke omdat dit variatie geeft.

Hier in AMC de Meren hebben we bijvoorbeeld het zorgprogramma stemmingsstoornissen waarin ook SPV-en een belangrijke rol vervullen. Ik ben natuurlijk niet deskundig op het gebied van loopbaanontwikkeling, maar je ziet wel dat het nodig is om te variëren. Er is niet een soort eindfunctie.

Als je naar de beroepsgroep van SPV-en kijkt dan zie je de positieve ontwikkeling dat een aantal mensen leidinggevende functies zijn gaan doen en daar goed in zijn. Een andere ontwikkeling die ik ook zie is dat steeds meer verpleegkundigen en ook SPV-en bezig zijn met promotietrajecten. Ik weet niet of er inmiddels ook al verpleegkundigen tot lector zijn benoemd, maar dat is ook een weg in de gezondheidszorg die nu open ligt en bewandeld wordt.

Als we het plaatje helemaal rond maken van de periode 1989 tot nu dan zie je natuurlijk dat de SPV toen een bijzondere groep was binnen de psychiatrische verpleegkunde. Zij waren degenen die behoorlijk zelfstandig het zorgproces oppakken. Nu zie je, en dat is in elk geval hier in huis zo, dat psychiatrisch verpleegkundigen nu ook veel taken uitvoeren, die toen door SPV-en werden gedaan. Door de deinstitutionalisering zie je dat de hele beroepsgroep mee gegaan is met die beweging. Je ziet nu dat de vaardigheden die nodig zijn voor het beroep ook op een ander niveau worden aangeboden. Verpleegkundigen die op gesloten afdelingen werken gaan nu ook op huisbezoek. Je krijgt nu veel meer variatie in het werk. Vanwege die deinstitutionalisering heb je natuurlijk ook grotere aantallen nodig voor het ambulante werk dan in het verleden het geval was.

Eigenlijk zijn de SPV-en vergelijkbaar met wat nu de Nurse Practitioners genoemd wordt; een beroepsgroep met een grote mate van zelfstandigheid, eigen ervaring, eigen deskundigheid en dergelijke, op hoog niveau. Nu zijn er veel meer nurse practitioners dan SPV-en alleen. Ik denk dat het voor de toekomst waardevol zou zijn om eens te kijken naar vergelijkbare eisen die je voor dit beroep nodig hebt.

Wat heeft de deinstitutionalisering voor gevolgen voor het beroep van de SPV?

Als ik een vergelijking maak met de situatie in 1989 dan heeft de deinstitutionalisering duidelijk gemaakt dat we als sector veel afhankelijker geworden zijn van andere maatschappelijke instituties. Wat natuurlijk altijd al in het werk zat, samenwerking met andere instellingen, is nu op veel grotere schaal aan de orde gekomen.

De gecoördineerde bemoezing vraagt niet alleen maar deskundigheden ten aanzien van de patiënt, zijn familie en omgeving maar nu ook ten aanzien van van woningbouwverenigingen en van werksituaties. Ik zie dat SPV-en nu de positie innemen van zorgcoördinatoren voor grote groepen patiënten.

Hoe kijkt u aan tegen de ontwikkeling van de SPV in de 1e lijn nu we het toch hebben over gevarieerde praktijken tijdens je loopbaan?

Ik weet eigenlijk niet in hoeverre de SPV in de eerste lijn zich bezig houdt met andere doelgroepen. Of dat nu vooral de patiënten met schizofrenie en chronische problematiek zijn of dat het ook gaat over mensen met andere psychiatrische problemen. Het beroep van de huisarts is inmiddels behoorlijk uitgedeed, daar lezen we regelmatig over in de krant.

Zakelijkheid en efficiëntie zijn belangrijke begrippen en iedereen weet wat dat inhoudt, namelijk dat de huisarts weinig persoonlijk contact meer heeft. Hij moet steeds vaker naar dat beeldscherm kijken om de gegevens in te typen. Dat betekent dat mensen met psychosociale problemen minder bij de huisarts terecht komen. Dat wordt weer gecompenseerd door de 1e lijns psycholoog en mogelijk ook door SPV-en.

Ik vind de komst van de 1e lijns psycholoog heel erg nuttig omdat die erg dichtbij de mensen staat en in staat zijn om een aantal problemen goed op te pakken. Van die SPV weet ik eigenlijk te weinig maar ik denk dat ze met een dubbele opdracht die eerste lijn in worden gestuurd. Aan de ene kant wel degelijk om voor de chronische patiënt te zorgen dat die voldoende hulp krijgt, maar ook dat ze ambassadeurs van de instellingen zijn geworden. Maar ja, het was vroeger heel gewoon, dat de SPV bij de huisartsen langs ging in landelijke gebieden. De schaalvergroting van de RIAGG heeft daar vaak een einde aan gemaakt.

Er lijkt dus in vergelijking met het verleden niet heel echt heel veel veranderd te zijn?

De werkzaamheden zijn niet zo heel veel veranderd maar de omvang, de schaal waarop dingen gebeuren die is wel enorm veranderd. Het aantal mensen dat buiten ziekenhuizen verbleef was natuurlijk toen veel geringer.

De combinatie met verslaving is ook een nieuwe ontwikkeling, die je toen niet zag. Dat is een hoofdstuk op zich geworden. Eigenlijk heerst nu meer het idee dat de scheiding van verslavingszorg en GGZ niet functioneel is. Dat wordt een volgende slag die gemaakt moet worden.

Er zijn dus wel degelijk allerlei nieuwe ontwikkelingen gaande die erom vragen dat verschillende beroepsgroepen gaan nadenken over de invulling van hun taken. Je ziet dat bij de psychotherapeuten en ook bij de sociaal psychiaters en natuurlijk ook bij de verpleegkundigen.

Ik denk dat de SPV echt hard op weg is om een Nurse Practitioner te worden en die ook op die manier betaald zou moeten worden. Ze zouden dan verschillende takenpakketten moeten hebben, kijkend naar wat het beste is voor bepaalde doelgroepen.

Het is echt verleden tijd dat verpleegkundigen alleen maar doen wat dokters opdragen. Het beroep is zodanig dat mensen wel weten wat ze moeten doen en dat in relatie met die anderen vaststellen. Daarin zie je natuurlijk wel verschil in niveaus van deskundigheid en ervaring ontstaan en de SPV is daar een heel belangrijke groep van. De consultatief verpleegkundige is bijvoorbeeld ook zo'n voorbeeld van een verdere differentiatie. Ze zijn hard nodig in de ziekenhuizen, maar het is nog steeds een kleine groep.

Daarnaast heb je dan de 1e lijn en vervolgens de zorgprogramma's waar allemaal verpleegkundigen nodig zijn. Je krijgt eigenlijk een hele laag van specialisering en scholing van verpleegkundigen. Mensen doen het ook heel graag, zich ontwikkelen, scholen en verder leren, dat zie ik hier in onze instelling ook.

Als je bovenstaande ontwikkelingen in ogenschouw neemt wat zou er dan moeten gebeuren aan de opleiding van verpleegkundigen?

Ik schrok ervan toen ik hoorde dat er een en ander staat te gebeuren met de SPV opleiding. Aan de andere kant is het ook zo dat in de basisopleiding van de verpleegkundige vaardigheden aangeleerd moeten worden om in de sociale psychiatrie te kunnen opereren. Dat is de winst, dat je jonge mensen al kunt leren hoe ze dat moeten doen. Je moet dan wel kijken wat het pakket gaat worden om de beroepsgroep daarna verder te scholen en hoe dat dan past in de ontwikkelingen die gaande zijn.

Zo moet je mensen bijvoorbeeld liever niet in één zorgprogramma laten werken want dan loop je kans om een nieuw soort burn-out te creëren. Hier zijn we er mee bezig om dat zo te regelen. De SPV wordt dan een opleiding die zowel basiselementen als vaardigheden bevat voor verdere differentiatie. Een centrale leerplek blijft natuurlijk de crisisdienst. Daar leer je ook zoveel voor jezelf, zoals het leren hanteren van zeer uitlopende en ingewikkelde situaties. Crisisdiensten zijn natuurlijke centrale leerterreinen in deze. Daar leer je ook zoveel voor jezelf zoals het leren hanteren van situaties.

In het stukje dat u 15 jaar geleden schreef stelde u dat de SPV niet de eer kreeg die zij verdiende omdat ze bijvoorbeeld niet kon schrijven.

Daar is in die vijftien jaar wel behoorlijk wat verandering gekomen. Dat geldt natuurlijk voor de hele sector. Als je bijvoorbeeld kijkt naar hoeveel onderzoek er nu gedaan wordt door zoveel mensen en die dat ook nog goed kunnen. Ik vind dat geweldig om mee te maken. Ik ben er niet mee opgeleid maar ondertussen

doen we niet anders meer. Dat geldt ook voor schrijven, voor lezingen houden en trainingen geven. In die zin is er een enorme ontwikkeling in gang gezet. Ik denk dat de komst van de computer hier een hoop aan bijgedragen heeft.

Welke raakvlakken heeft die professionalisering eigenlijk met het ambacht dat u ook in het vorige stukje schreef?

Het blijft een bijzondere werksoort, de SPV, die niet iedereen kan uitoefenen. Je kunt wel een aantal zaken leren maar je moet ook een speciaal talent ervoor hebben en je moet het leuk vinden. Als ik bijvoorbeeld naar het vak van leerkracht op een basisschool kijk, dan bewonder ik de mensen die dat kunnen. Ik zou denk ik al na een kwartier knallende koppijn hebben. Zo wordt er natuurlijk ook door anderen naar het werk in de psychiatrie gekeken. Dan vragen mensen of je niet heel erg bang bent, en hoe het je lukt om contact te krijgen met bepaalde mensen.

Er zijn een aantal kwaliteiten die je nodig hebt: contact maken, overzicht hebben en structuur kunnen bieden. Dat zijn de elementen van het vakmanschap die je nodig hebt. En van 'gekke mensen' houden. Die kwaliteiten moet je enigszins van nature bezitten en het leuk vinden.

Als je het dan hebt over bescheidenheid om dat vak uit te dragen dan denk ik dat het nu anders geworden is. Bescheidenheid was natuurlijk een soort positieve karaktertrek, maar zo langzamerhand denken we daarvan: 'hoezo bescheiden, is dat dan de bedoeling?'

Ik vind dat wel leuk die ontwikkeling dat mensen trotser mogen zijn en waardering mogen vragen en zoeken. Dat is echt heel erg veranderd in die 15 jaar. Volgens mij is dat ook niet ten koste is gegaan van goede zorg. Je moet je tegenwoordig ook meer verantwoorden voor wat je doet. En dat kun je ook en veel beter dan 15 jaar geleden.

Vijftien jaar geleden werkte u in Utrecht en nu bent u hoogleraar in Amsterdam en houdt u zich vooral bezig met traumaverwerking.

Ik werk hier alweer dertien jaar. Ik heb de overstap gemaakt omdat ik mee wilde werken aan de invulling van het Amsterdams model. Inmiddels zit ik naast mijn hoogleraarschap ook in het bestuur van de Meren. Daar hou ik me met de grote lijnen bezig. Ik volg de ontwikkelingen en vind het bijvoorbeeld erg leuk wat voor voorzieningen er allemaal ontstaan zoals het Reigersbos (een woondienstencentrum voor chronische patiënten).

De cliëntenemancipatie is ook zo'n ontwikkeling die ik met grote interesse volg, evenals de multiculturalisering. Ik houd me dus niet alleen bezig met trauma. Dat blijft wel mijn grootste aandacht houden, al was het maar omdat ik ook steeds op dat onderwerp word aangesproken. Verpleegkundigen doen daar overigens weinig in. Ik heb er niet zo over nagedacht wat ik daar nu van vind.

De behandeling voor trauma die ik heb ontwikkeld werkt gewoon heel goed. Wat dat betreft hebben we ook een belangrijke functie in Nederland en Europa. Op meerdere plaatsen worden mensen getraind. Bovendien doen we er ook veel onderzoek naar. Via trauma ben ik geïnteresseerd geraakt in de hele neurobiologie. Dat vind ik erg interessant. Heel lang kon je over de hersenen weinig interessants vinden. Nu met de huidige ontwikkelingen (neuro-imaging en neuropsychologie) kun je eigenlijk veel meer begrijpen hoe de hersenen dat hele psychische functioneren ondersteunen. Bij schizofrenie was dat ook een hele eye-opener om te beseffen dat de bewerking van informatie veel eerder stopt dan bij iemand die dat niet heeft, waardoor je dus wanen en hallucinaties kunt krijgen. Dat geeft een totaal nieuw perspectief en dat is me erg gaan intrigeren.

Bij de rampen maak ik gebruik van kennis over de acute psychiatrie en de crisistheorie. Dat noem ik vaak ook zo, alleen speelt het zich af op een ander niveau. Er werken veel psychologen en psychiaters. In Australië zie ik verpleegkundigen dit werk doen.

In Nederland zijn we gewend dat psychologen en psychiaters behandelen en verpleegkundigen dat niet doen. Als je elders in de wereld kijkt is zie je dat het veel gewoner is dat verpleegkundigen behandelen. Daar ontwikkelen ze zich soms tot behandelaar, de mental health counselors maar ook dat ze een eigen praktijk opzetten.

Ik geloof dat SPV-en dat in Nederland soms ook wel doen. In Nederland zijn we als de dood voor fouten (als je kijkt naar de beroepsverantwoordelijkheid en het gebruik van de Wet BIG) maar er is relatief weinig oog voor de kwaliteit van mensen. Ik vind dat SPV-en als groep altijd verpleegkundigen zijn die laten zien dat ze meer kwaliteiten in huis hebben. Daar zou je heel veel kanten mee uit kunnen gaan. Het zou mooi zijn als je een soort doorstroom model zou hebben. Er moet wat dat betreft veel veranderen in instellingen.

Zo wordt nog steeds vast gehouden aan het oude idee dat er geen geld zou zijn in instellingen voor scholingstrajecten, dat is gewoon niet waar.

Managers moeten in het budget opnemen dat er aan bij- en nascholing gedaan moet worden en differentiatie en doorstroom trajecten ontwikkelen voor het personeel. De mensen die nu over dit soort zaken gaan zitten veel dichter op de afdelingen en het werk dan de vroegere 'centrale dienst' die dat regelde. Als er bijvoorbeeld zorgprogramma's ontwikkeld worden dan hoort daar natuurlijk bij een begroting waarin ook rekening gehouden wordt met scholing van de medewerkers om in zo'n programma te kunnen werken. Verder moeten de beroepsverenigingen hierin actief worden via de herregistratie.

Is er nog iets waar we niet over gesproken hebben maar dat u wel belangrijk vindt?

De samenleving is op een aantal punten enorm aan het veranderen. De angst krijgt steeds meer grip op mensen, de tegenstelling tussen bevolkingsgroepen neemt toe, wat is de rol van de godsdienst, de multiculturaliteit. Er is een hoop te doen niet alleen met betrekking tot de zorg voor patiënten. Maar ook bij jezelf.

Ik vraag me af in hoeverre dit soort onderwerpen in de opleiding eigenlijk aan de orde komen. Wat betekent religie en cultuur. Dat is meer dan ziekte.

Maatschappelijke thema's moeten op een opleiding de revue passeren en besproken worden, dat is zo ontzettend belangrijk!