

Aandacht voor verpleegkundigen in de GGZ

Door **Ivonne van der Padt**

Reactie op:

Koekkoek, B. (2004) Steun vanaf een wankel basis. In: MGZ 59: 214-226.

Dusseldorp, L. van en G. de Niet (2004) Advanced Nursing Practice in de psychiatrie. In: Psychopraxis, jaargang 6, nummer 1: 6-10.

Koekkoek, B. (2004) Advanced Nursing Practice in de psychiatrie, een reactie. In: Psychopraxis, jaargang 6, nummer 2: 47-48.

Dusseldorp, L. van en G. de Niet (2004) Geen pleidooi voor 'mini-dokters'. In: Psychopraxis, jaargang 6, nummer 2: 49.

Bovengenoemde artikelen tonen aan dat er een en ander in beweging is onder verpleegkundigen in de GGZ. Het biedt mij de gelegenheid om de beroepsgroep te informeren over een tweetal zaken: een aanvraag voor subsidie van onderzoek naar de praktijk en informatie over de opleiding tot SPV.

De SPV en haar praktijk

Koekkoek geeft in een helder geschreven artikel (MGZ, 2004-3) waar de kracht van de SPV ligt: in de aard en de kwaliteit van het contact met de cliënt. Vanuit dit contact dat uitgaat van een systemische benadering, wordt (weinig systematisch en methodisch) gebruik gemaakt van elementen van verschillende therapievormen: directieve therapie, CGT en de systeemtherapie. De niet methodische en systematische aanpak en de brede oriëntatie worden omschreven als een zwakte en kracht van de beroepsgroep. Dit onderwerp is al eerder onderwerp van gesprek geweest maar zelden is het zo systematisch en methodisch uiteengezet.

Een zwakte van zowel de opleidingen als de beroepsvereniging zou zijn dat zij zich in 'stiltzwijgen' hullen met betrekking tot het stellen van kwaliteitseisen voor SPV-en die therapeutische gesprekken voeren (Koekkoek, 2004: 220). Het betreft dan gesprekken met patiënten die niet in aanmerking komen voor 'echte' psychotherapie. In de eerste plaats kan ik mij nauwelijks voorstellen dat net afgestudeerd SPV-en zich zouden wagen aan dergelijke gesprekken. In de tweede plaats klopt het niet dat opleidingen geen uitspraken doen over domeinen en de daarbij horende competenties van haar studenten. Deze uitspraken worden echter op opleidingen en tijdens contacten met praktijkopleiders gedaan. De SPV wordt opgeleid om haar werk als verpleegkundige uit te voeren in een andere setting en om dit op een andere manier vorm te geven. Dat de verpleegkundige identiteit op de werkvloer steeds zwakker wordt en bij sommigen zelfs volledig verdwijnt, is een interessant thema om nader te onderzoeken. Enkelvoudige verklaringen zijn hiervoor waarschijnlijk niet te geven. Koekkoek geeft de opleidingen hiermee wel een impuls om het uitdragen van de visie op het beroep stelselmatiger te evalueren bij afstuderende studenten.

Een andere impuls die uitgaat van het artikel van Koekkoek is het onderzoeken van praktijken van SPV-en op effectiviteit voor en tevredenheid van patiënten. Verheugend is dan ook om te vermelden dat Judith Wolf op verzoek van de Strategiegroep Sociale Psychiatrie (zie onder www.nvsvp.nl projecten) een onderzoeksaanvraag naar ZONMW heeft gestuurd met als thema:

Sociaal-psychiatrische interventies bij kwetsbare groepen: inventarisatie en onderbouwing van werkzame elementen. Een dergelijk onderzoek had natuurlijk al veel eerder moeten plaatsvinden en alle wetenschappelijke of Masteropleidingen ten spijt, het is er nauwelijks van gekomen.

Wetenschap, praktijk en opleiding

Dat brengt me bij het volgende tijdschrift (Psychopraxis) waarin een polemiek is ontstaan naar aanleiding van een publicatie in de rubriek Forum over Advance Nursing Practice (ANP) in de psychiatrie. In de eerste publicatie houden Van Dusseldorp en De Niet een pleidooi om de kloof tussen wetenschap en de verpleegpraktijk in de psychiatrie te dichten door de ANP. Verwarrend, zoals zij zelf ook wel aangeven, is dat er verschillende benamingen en opleidingen zijn voor Verpleegkundigen op dit niveau. Mijn verbazing werd overigens geschetst doordat de GGZ Verpleegkundig Specialist in hetzelfde rijtje wordt gezet als de Masters of Science in Nursing, Master of Arts in Advance Nursing Practice en de Verplegingswetenschap. Afgaande op het visitatierapport van de GGZ-VS (en de reactie van het COOV) heeft deze opleiding nog een zeer lange weg te gaan wil ze werkelijk vergeleken kunnen worden met deze andere opleidingen. De wetenschappelijke kloof tussen de verschillende opleidingen is waarschijnlijk even groot als de kloof die geschetst wordt tussen praktijk en wetenschap!

De wetenschappelijke bijdrage aan de praktijk van de verpleegkunde in de GGZ wordt, voor zover ik op de hoogte ben, momenteel vooral geleverd door verpleegkundigen die verplegingswetenschap hebben gestudeerd en vervolgens een promotie traject met goed gevolg hebben afgerond (B. van Meijel en B. Lendemeijer om twee bekende verpleegkundigen te noemen). Verpleegkundigen die een andersoortige opleiding hebben gevolgd en tot de groep ANP behoren, timmeren minder duidelijk aan de weg om kloven te dichten (op inhoudelijk niveau) tussen wetenschap en praktijk. Het uitvoeren van taken die voorheen door de arts werden verricht (het uitschrijven van herhalingsrecepten) heeft niets met wetenschap te maken. Het houden van geprotocolleerde spreekuren voor bepaalde patiëntencategorieën ook al niet. Bovendien worden deze spreekuren in de praktijk ook door gespecialiseerd verpleegkundigen gedaan zoals bij diabetes en COPD. Handelen volgens richtlijnen en protocollen moet elke verpleegkundige kunnen. De risico's liggen met name bij de afwijkingen van de standaarden, cliëntengroepen die zich niet laten inpassen in protocollen en richtlijnen. De dagelijkse praktijk van verpleegkundigen in de sociale psychiatrie. Ik deel de mening van Koekkoek dat het veld niet zit te wachten op een ANP-GGZ. Wat we nodig hebben zijn verpleegkundigen die in staat zijn te onderzoeken welke goede praktijken (verpleegkundige en sociaal psychiatrische) navolging verdienen, getoetst aan een wetenschappelijke standaard. Of hoe de praktijk verbeterd kan worden op basis van gedegen verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek.

Overigens werd in de reactie van Van Dusseldorp en De Niet op Koekkoek meegedeeld, dat de SPV-opleiding zal veranderen in een differentiatie van de HBO-V. Dat is absoluut niet het geval. De financiering van de MGZ opleiding stopt want hij past niet in het Bachelor Master stelsel. De differentiatie GGZ van de HBO-V wordt verbeterd en volgens het Sectoraal Advies College van de HBO-raad zal de MGZ indalen in de HBO-V. Voor de AGZ van de MGZ klopt dit maar voor de GGZ niet. De HBO-V differentiatie GGZ leidt niet op tot SPV. Laat daarover geen misverstand bestaan. De opleidingen beraden zich op een voortzetting van de SPV-opleiding voor verpleegkundigen die ervaring hebben in de GGZ en een relevant HBO diploma hebben. De huidige vraag naar SPV-en in het veld kan en mag niet onbeantwoord blijven, tenminste dat is de opvatting van opleidingen. Het zou goed zijn als het praktijkveld duidelijk maakt of er, en hoeveel, behoefte er is aan SPV-en. Veranderingen in het opleidingsstelsel en het beroepenveld

zullen elkaar blijven opvolgen en daarop zal telkens door beide partijen geanticipeerd moeten worden. Daarbij kan verder gebouwd worden aan opleidingen die hun sporen hebben verdiend in de praktijk. Het bedenken van nieuwe opleidingen en het besteden van gemeenschapsgeld aan initiatieven van een kleine groep, is op zijn minst discutabel. Al was het alleen maar dat zoveel tijd en energie gaat zitten in het bevechten van een positie die ten koste gaat van goede patiëntenzorg, en de onduidelijkheid over het aanbod in het veld. Het zou een groot goed zijn als we ons op een andere manier op de kwaliteit van ons werk gaan richten en hoe we patiënten en hun familieleden daarbij kunnen betrekken. Dat is volgens mij de taak waar we als verpleegkundigen voor staan als het gaat om het dichten van een kloof tussen wetenschap en praktijk.

Reden tot zorg, ontwikkelingen in de bemoeizorg

Door: **Gerard Lohuis**

De een is grijs geworden, de ander uitgedijd, maar de meeste collega's zijn nog zo fit als de kievit die weer neerdaalt om zijn ei te leggen. De Hanzehogeschool in Groningen heeft vandaag de deuren geopend voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in het kader van een studiemiddag onder de titel "Reden tot zorg! Ontwikkelingen in de bemoeizorg". Het is de eerste bijeenkomst in een reeks die in den lande zal plaatsvinden omdat de NVSPV als beroepsvereniging 25 jaar bestaat.

Het is mooi om te zien hoe iedereen in de collegebanken schuift en ondertussen lachend en knikkend de bekenden groet. Men is gekomen om elkaar weer te zien maar wil ook wel weer eens horen hoe de spv het in zijn dagelijkse werk doet. Daarbij zal de geest van vermaatschappelijking en samenwerken deze middag veelvuldig in de verhalen van de sprekers rondwaren. Jaap te Velde opent in deze geest met een welkomstwoord: "Soms gaan ontwikkelingen zo snel dat het niet bij te houden is, en soms hoop je dat het samenwerken in en tussen netwerken sneller zou gaan".

De middagvoorzitter Ronald Schilperoort, een gewaardeerde "oude rot" in het vak, maakt met zijn vraag "Maar wat is nou goede zorg?" de nodige onrust los. "Is het nu zo dat de cliënt met borderline- problematiek grenzen nodig heeft, of moet ik mijn grenzen in de gaten houden bij iemand met borderline-problematiek?" Hier en daar wordt even gegniffeld maar de blikken kijken allemaal instemmend wanneer gesteld wordt dat de spv er voor moet zorgen dat de cliënt die uit beeld dreigt te verdwijnen, door ons gezien blijft. Een relatie in stand houden is nu eenmaal een proces waarbij twee mensen een verantwoordelijkheid dragen. In gedachten denk ik aan de discussies zoals deze vijftientig jaar geleden ook plaatsvonden en nog steeds gevoerd worden. Hoe gaan de cliënt en spv met elkaar om en hoe worden zij door de tijdsgeest en omgeving beïnvloed? En hoe kan het gebeuren dat cliënten dermate uit beeld van de spv zijn verdwenen dat we nu actieve zorg, waarbij de spv ongevraagd eens informeert bij de cliënt of het nog gaat, gaan benoemen als bemoeizorg. Was het zo'n pakweg 15 jaar niet heel gewoon dat een spv bij mensen langs ging wanneer de familie belde en zei dat hun dochter of zoon hulp nodig had? Wetten en procedures zijn veranderd, onze kennis is uitgebreid en soms erg gespecialiseerd, maar waarschijnlijk is datgene wat professionals en cliënten samen doen, niet wezenlijk verandert: contact met elkaar aangaan en vanuit respect voor elkaar kijken hoe we zinvol met elkaar omgaan. En ook vijftientig jaar geleden deden zich universele thema's voor waar we vandaag de dag nog steeds mee worstelen: moet het resultaat- of procesgericht; moet de autonomie wijken voor ingrijpen om

verloedering en teloorgang tegen te gaan en wanneer houdt praten op om over te gaan tot dwang?

Waar staat de spv in dit proces waarin ze de volgende periodes voorbij heeft zien komen:

- Begin '70 er jaren uit de vorige eeuw stond zelfbeschikking hoog op de agenda en werd de basis gelegd voor een tijdperk waarin individualisme kon groeien.
- Vervolgens volgde een periode waarin afgerekend moest worden met de "bijwerkingen van de medicalisering" in de vorm van antipsychiatrie
- De periode van grote fusies tussen allerlei instellingen en toenemende bureaucratisering
- Hulpverleners belanden achter een bureau in afwachting van de gemotiveerde cliënt. Therapie en nog eens therapie!
- De laatste tien jaar is er een beweging gaande waarbij de spv en de psychiatrisch verpleegkundige achter het bureau weggomen en de mensen opzoeken waar ze leven: in de maatschappij. Omdat we met elkaar zien dat de gecreëerde werkelijkheid te veel uitvallers en gemarginaliseerden oplevert en we ons weer realiseren waar we ook al weer voor waren bedoeld: zorg verlenen aan mensen die het anders niet redden. Voor -en nazorg heette dat vroeger. Maslow had het zo gek nog niet bekeken. Eest eten, goed uitrusten en dan bouwen aan persoonlijke mogelijkheden om zelfrealisatie na te streven.

Hulpverleners schuiven dus weer de samenleving in. "De term bemoeizorg is hierbij een rotterm en we moeten hem inleveren wanneer we een betere weten", aldus de voorzitter.

De samenleving in: zo'n post bestaat in de vorm van de spv in de huisartsenpraktijk.

Liselotte Fischer vertelt deze middag over haar ervaringen als **spv, schakel tot bemoeizorg in de huisartsenpraktijk** in Friesland. Het zal niemand verbazen wanneer ze schetst dat hierdoor meer zorg op maat geleverd wordt, crisis voorkomen kunnen worden en dat regelmatig een cliënt een ggz-contact aangaat die dat zonder tussenkomst van de spv niet had gedaan. Ook het samenwerken en verwijzen naar andere eerstelijns instellingen wordt er door gestimuleerd. De zaal knikte instemmend en hoorde dat het goed was. Een Zuid-Amerikaanse dichter zei ooit: *zij die weten doen hun leven lang hetzelfde, zij die niet weten doen steeds iets anders.*

Frits Nijboer behandelt **de dilemma's in casemanagement** door te schetsen hoe belangrijk het is dat de verpleegkundige investeert in het contact voordat er een doel gesteld wordt. Het komen tot een doel is al een therapeutisch proces en dat kan alleen wanneer er zich een wederkerig contact ontwikkelt, aldus dhr. Nijboer. Zijn betoog stoelt op de principes van zorgcoördinatie en iedereen schiet in de lach wanneer hij vertelt over zijn pogingen om middels small-talk en tuning het zorgcoördinatieproces op te starten. "Ik belde bij hem thuis aan omdat ik bezorgd was over de man die door een verpleeghuisarts bij ons was aangemeld. Tot mijn stomme verbazing wordt de deur opengedaan door een keurig in het pak gestoken man die niets anders doet dan me geruststellen. Het zal allemaal goed komen en hulp heeft hij beslist niet nodig. Onder dankzegging wordt de deur dichtgedaan en kon ik gaan bedenken hoe ik hier nu weer verder mee moest", aldus dhr. Nijboer die vooral boeiend was wanneer hij over zijn praktijkervaringen sprak.

Hanneke voor in 't Holt sprak over haar ervaringen als verpleegkundige op een klinische dubbele diagnose afdeling in Assen: **"Wie bemoeit zich met de verwanten van de cliënten met dubbeldiagnose?"** Ze hield een hartstochtelijk pleidooi voor het betrekken van verwanten van opgenomen cliënten bij de behandeling en hen een plek te bieden om de zorg over het

opgenomen familielid te delen. Ook de KOPP-methodiek werd belicht, evenals aandacht voor de sociale omgeving en samenwerking tussen hulpverleners.

Ik hoorde de sprekers in de verte vertellen over samenwerken, coördinatie en het belang van de sociale omgeving en voor ik het wist waren m'n gedachten bij Henk. Henk was een man van 58 jaar die graag een borrel dronk nadat hij jarenlang de drank ontbeerd had wegens behandeling in een TBS-instelling. Henk kwam naar de spv toe en zei dat hij geholpen wilde worden vanwege zijn drankprobleem en neiging om te gaan zwerven. Hij wilde beslist niet naar een verslavingszorginstelling want hij wist precies wat ze daar deden, n.l. mensen het drinken afraden. De spv sprak zo'n vier keer met hem en vroeg hem vervolgens wat hij met Henk deed omdat de spv geen greep kreeg op zijn eigen methode van werken met Henk. "Jij luistert, komt niet met een advies over stoppen, geeft me het gevoel dat je me bij de "kladden grijpt" als ik ontspoor (jij zoekt me desnoods in het park op en schopt me er doorheen totdat je de deur van een ontwenningssklinik achter me hebt dichtgeslagen), hebt intussen de nodige zaken geregeld met de sociale dienst en politie, en af en toe zeg je ook nog verstandige dingen. Maar het allerbelangrijkste bij jou is " we kunnen samen om mij lachen" en daardoor leer ik mezelf serieus te nemen. Ik wil graag dat jij je met mij bemoeit!

Met een hoofd vol verhalen, wordt het tijd om elkaar met een kop koffie in de hand op te zoeken. Hier en daar kijken mensen elkaar aan met een blik dat ze elkaar wel kennen maar de naam vergeten zijn en vergeten zijn waar ze elkaar ook al weer van kennen. Dat hoort bij het ouder worden maar het vergeten wordt snel opgeheven want de amicale gesprekken die erna volgen, laten zien dat velen nog de nodige verhalen aan elkaar te vertellen hebben. En dat ze het allemaal zo goed herkennen wat er zojuist door de spreker is gezegd. "Niets nieuws, maar wat ze vertellen daar gaat het wel om". Want hoe je het ook went of keert, ook tijdens dit congres worden "zaken in de pauze gedaan".

Na de pauze komt de "ambassadrice van het in begrijpelijke woorden verpakken wat de cliënt bezighoudt" aan het woord. Vele malen onderscheiden, en toch zo gewoon gebleven, laat Marlieke de Jonge weten wat de cliënt er van vindt in haar lezing met de titel "**En voelen we ons geholpen**". Enkele regels uit een gedicht dat ze voordraagt spreken boekdelen:

Je kijkt wel maar ziet niet
Je luistert met de ogen dicht
En overspoelt me met goedbedoelde agressie
Jouw wereld en de mijne
zijn zo eindeloos gescheiden

Vervolgens gaat ze in hoe de gescheiden werkelijkheden van cliënt en hulpverlener overbrugd kunnen worden. Ze schetst een even simpele als doeltreffende visie wanneer ze stelt:

erkenning → waardering → ervaring van eigen succes → perspectief: ik heb invloed op mijn leven

en koppelt er een methodiek aan die eruit voortkomt:

- stap 1 : waar heb je last van
- stap 2 : wat vindt jij dat er aan de hand is
- stap 3 : wat heb je nodig; wat denk ik dat je nodig hebt
- stap 4 : wat heeft de meeste kans van slagen
- stap 5 : hulpvragen en taakverdeling

En ze eindigt haar gedicht met:

Je hebt me niet in de steek gelaten
Niet in mijn smoezen geloofd
Ik heb je weggestuurd
Maar jij bent gebleven

Vervolgens kruipt een panel deskundigen achter een tafel: een agent (Gerrie Hummelen), een woningverhuurder (Lukas Moesker), een directeur van de maatschappelijke opvang (W. Koks) en een ziektekostenverzekeraar (Hans Hollebeek Brouwer).

De mannen weten de zaal goed te prikkelen met uitspraken als: "jullie moeten achter het bureau vandaan komen (Moesker)", "hulp aanbieden moet ook vanuit het belang van de omgeving" (Hummelen), "ondanks onze goede samenwerking zijn we niet in staat om 's winters de zwervers van straat te krijgen wanneer het vriest" (Koks) en "indicatiestelling voor bemoeizorgcliënten kan niet met ingewikkelde RIO- formulieren maar voor deze cliënten geldt dat de indicatie bij voorbaat al aanwezig is" (Hollebeek-Brouwer). Er volgt een levendige discussie waarin financiering en de DBC (Diagnose- behandel- combinatie) voortdurend opduiken. Hollebeek Brouwer geeft aan dat hij goed inziet dat de DBC-constructie niet geprotocolleerd toegepast kan worden op alle terreinen van de GGz. In 2006/2007 komt er een nieuwe basisverzekering waarin grote delen van de GGz worden ondergebracht en langdurige problematiek komt in de AWBZ. Daar ligt voor de bemoeizorg de mogelijkheid voor structurele financiering, aldus Hollebeek Brouwer. Ook enkele voorbeelden van goed samenwerken uit de praktijk van alledag worden besproken waarbij blijkt dat het uitwisselen van relevante informatie tussen verschillende instellingen nodig is om de cliënt goed te kunnen helpen. Maar daarbij is vertrouwen tussen de professionals onderling en elkaars taal begrijpen wel van groot belang. Daar valt in de praktijk nog wel het nodige aan te verbeteren, aldus de forumleden.

Tot slot vat Schilperoort de middag treffend samen wanneer hij stelt dat er een gemeenschappelijk uitgangspunt voor alle professionals moet zijn: Wie zorg behoeft, moet dat krijgen. En laten we dat dan maar vanuit een **ABC**-tje doen. **Actief, Betrokken en Coöperatief**".