
EEN EEUW SOCIAAL PSYCHIATRISCHE VERPLEEGKUNDE

Martin Morsman is SPV en werkzaam bij de GGZ Drenthe en als docent verbonden aan de Saxion Hogeschool Enschede.

Inleiding

Het 25 jarig jubileumcongres, december 2004, van de NVSPV biedt een goede gelegenheid stil te staan bij de ontstaansgeschiedenis van de sociaal psychiatrische verpleegkunde.

De uitdagingen, waar de SPV zich in een veranderend GGZ veld voor geplaatst ziet, vragen om reflectie en bezinning. Een blik op de ontstaansgeschiedenis van de (beroeps) identiteit van de SPV kan behulpzaam zijn bij een oriëntatie op de toekomst. Dit artikel heeft tot doel hieraan bij te dragen.

De sociaal psychiatrische verpleegkunde kent twee belangrijke pijlers, te weten de verpleegkunde en de sociale psychiatrie. De geschiedenis van de sociaal psychiatrische verpleegkunde in de 20e eeuw betreft naast een achtergrondschets, de groei en maatschappelijke relevantie van een verpleegkundig specialisme.

De ontwikkeling van de sociaal psychiatrische verpleegkunde is niet los te zien van de historische context.

Achtereenvolgens zal een kort historisch overzicht worden gegeven per tijdsspanne, gevolgd door het beeld van de sociale psychiatrie tegen deze historische achtergrond.

Vervolgens wordt stil gestaan bij de geschiedenis van de sociaal psychiatrische verpleegkunde opleiding ter illustratie van de ontwikkeling en emancipatie van de SPV.

Ten slotte volgt een beknopte beschouwing.

Maatschappelijke context van geestelijke gezondheid

Hoewel er door de eeuwen heen aandacht is voor de armen en misdeelden in de maatschappij komt de sociaal psychiatrische verpleegkunde vooral in de loop van de vorige eeuw tot ontwikkeling. In vogelvlucht komen de belangrijke onderdelen van de 20e eeuw aan de orde. Er wordt kort ingegaan op maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn geweest op de maatschappelijke (geestelijke) gezondheidszorg.

"Een deel van het ontwikkelde publiek werd aan het einde van de negentiende eeuw bevangen door een gevoel van verontrusting, dat op allerlei manieren tot uitdrukking kwam in de literatuur, de beeldende kunst en de wetenschap. Het vaste geloof in de vooruitgang werd ondermijnd door fatalisme, men klaagde over verlies van traditionele waarden en decadentie. De gevolgen van de snelle modernisering werden naar men meende zichtbaar in de toenemende losbandigheid, tuchteloosheid en criminaliteit, in een toename van volksziekten zoals geslachtsziekten, tuberculose, alcoholisme en krankzinnigheid en de teloorgang van gemeenschaps- en gezinsleven" (De Goei, 2001, p. 20).

De eerste decennia van de 20e eeuw

De industrialisatie leverde een andere maatschappij op, waarin traditionele plattelandsculturen naar de achtergrond verdwenen. Er was compassie met mensen die maatschappelijk uit de boot vielen. Dames uit de "betere" kringen

hielden zich op charitatieve wijze met armenzorg bezig. Deze beweging legde de basis voor het latere maatschappelijk (welzijns-) werk.

Door de aandacht voor verdrukten (waaronder de krankzinnigen) ontstond bij de gevestigde en heersende klasse een gevoel van bedreiging. Men was van mening dat steeds meer maatschappelijk ongeschikten zich onverantwoord voortplantten. Als reactie hierop werd gezocht naar mogelijkheden om deze dreiging te controleren. De eugenica (leer der verbetering van menselijke eigenschappen en daarmee samenhangend, het sociaaldarwinisme ontstonden als culturele stroming. Wellicht zijn het de eerste verschijnselen geweest van het idee van een "maakbare" maatschappij. Er ontstond een behoefte aan staatsingrijpen om de *"te snelle voortplanting van de minder fitte onderlaag"* te keren (Van Renssen, 2003).

Over de jaren dertig schrijft Van der Padt (1999, p.14): "Gebrek aan financiële middelen bleek een belangrijke drijfveer om na te denken over alternatieven voor de psychiatrische inrichtingen. Sociale bewogenheid en kritiek op de bestaande voorzieningen maakten de weg vrij om te werken aan alternatieven waarvan op dat moment gedacht werd dat het een enorme verbetering was. Dat was ook nodig want van optimisme over genezingsmogelijkheden was geen sprake meer." Ze schrijft verder (p. 18): *"Tijdens het interbellum groeide het aantal intra- en extramurale voorzieningen voor mensen met psychiatrische en psycho-sociale problemen enorm"*.

De naoorlogse periode

Wereldoorlog II zorgde er voor dat alle innovatie stagneerde. De naoorlogse jaren werden gekenmerkt door de wederopbouw. De bezorgdheid over het welzijn van de bevolking was groot na de oorlog; *"er werd gewezen op de ernst en omvang van de geestelijk-hygiënische problemen"* (De Goei, 2001, p. 156).

Na de tweede wereldoorlog was er een sterke neiging terug te vallen op vooroorlogse waarden en structuren. Dit uitte zich in verzuiling waaraan ook de (geestelijke) gezondheidszorg niet ontkwam.

De jaren zestig en zeventig waren, ook voor de GGZ, roerige tijden waarin de nodige taboes werden doorbroken. In het tijdschrift MGV treffen we thema's aan als homofilie, abortus, discriminatie, druggebruik, etc. Zelfbeschikking werd het nieuwe credo, met als tastbaar element de intrede van de anticonceptiepil. Provo en de kabouterbeweging ontstonden en de roep om vrijheid voor het individu was alom hoorbaar. Dit alles tegen de achtergrond van een "maakbare" maatschappij. *"Ongelukkig zijn en welzijnsnood, dat werden belangrijke items in de beweging voor geestelijke volksgezondheid. De oorzaken van het ongelukkig zijn lagen in buiten het individu gelegen factoren, in sociale omgeving en in de maatschappijstructuur"* (De Goei, 2001, p. 266). De progressieve politiek begon zich actief met welzijn en geestelijke gezondheidszorg te bemoeien (De Goei, 2001, p. 283-284).

De tachtiger en negentiger jaren tonen in zekere zin een tegenbeweging. "Geestelijke gezondheid was `uit` omdat ze werd geïdentificeerd met de welzijnsideologie en maatschappijkritiek van de jaren zeventig. De maatschappij hoefde niet te veranderen, er moest vooral meer en betere zorg komen" (De Goei, 2001, p. 316). De individualisering van de maatschappij zette zich voort in de jaren negentig. De calculerende burger deed zijn entree en belangengroepen en patiëntenverenigingen leverden hun aandeel aan de maatschappelijke discussie. De burger kreeg het gevoel steeds meer met deviantie in aanraking te komen (asielzoekers, psychiatrisch patiënten die in de buurt komen wonen). De vermaatschappelijking leek vruchten af te werpen, echter de tolerantie nam af.

Een nieuwe eeuw

De intrede van de 21ste eeuw vertoont opvallende overeenkomsten met de geboorte van de 20ste eeuw. Na vele jaren van economische groei, keert het tij. Na enkele jaren van economische stilstand, is er voor het jaar 2003 zelfs sprake van een officiële recessie.

De politieke agenda lijkt vooral door collectieve angst bepaald te worden; angst voor buitenlanders, verlies van normen en waarden en angst voor terrorisme.

"Nederlanders zouden in geen enkele ander land willen wonen. We zijn trots op onze nationaliteit, maar tegelijkertijd bang 'ons land' te verliezen. Driekwart van de bevolking maakt zich zorgen over de vervaging van normen en waarden, de komst van buitenlanders en het liberale drugsbeleid". Dit blijkt uit een onderzoek uitgevoerd door onderzoeksbureau Motivaction, in opdracht van de GPD (Dagblad van het Noorden, 31 december 2003).

"Geluksprofessor" Ruut Veenhoven in Intermediair van 24 december 2003:

"Nederlanders klagen, maar waarderen hun geluk met een 7,5 en staan daarmee relatief hoog op de meest recente landenlijst".

Sociale psychiatrie

Als we zoeken naar de eerste aanwijzingen van een eigenstandige koers van de sociale psychiatrie, dan dienen we terug te gaan naar het begin van de 20e eeuw. Volgens De Goei (2001) start de geschiedschrijving van deze beweging zo rond 1900.

De eerste decennia van de 20e eeuw

In de eerste decennia van de 20e eeuw worden Bouwman en Meijers aangeduid als eersten die probeerden om medisch-psychiatrische én maatschappelijke hulp aan niet opgenomen patiënten te combineren. Al vroeg in de vorige eeuw ontstond het inzicht dat de zorg voor krankzinnigen niet ophield bij de poort van het gesticht. In 1917 werd de Vereniging Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijders en Krankzinnigheid opgericht (De Goei, 2001, p. 43), voortvloeiend uit initiatieven om patiënten buiten de gestichten nazorg te bieden.

We lazten echter ook dat er andere motieven waren om een psychohygiënische beweging te starten. Onder invloed van het sociaaldarwinisme en de daarmee samenhangende eugenetica moest de explosieve groei van maatschappelijk ongeschikten beteugeld worden.

Voor van der Padt (1999) is de echte start van de sociale psychiatrie onlosmakelijk verbonden met het werk en de geschriften van Querido. Heerma van Voss (1991) citeert Querido die het succes van de sociale psychiatrie afmeet aan de mate waarin patiënten buiten de inrichting kunnen worden gehouden: *"Ik ben erin geslaagd om van '30 tot '39 het aantal geïnterneerden en geesteszieken constant te houden; dat groeide niet meer, dus op die manier kreeg ik prompt de wind mee."* Het was de periode waarin door het gehele land Provinciale Diensten voor Geestelijke Volksgezondheid van de grond kwamen, eveneens ontstonden de nodige Diensten op basis van de diverse kerkgenootschappen.

"De oorlogservaringen bevestigden en versterkten het belang van omgevingsfactoren". Een verstoring van het evenwicht tussen individu en omgeving (mislukte aanpassing) werd opgevat als dé parameter voor geestelijke ongezondheid. Ook werd het belang van preventie naar voren gebracht. "Tijdig ingrijpen had een groot deel van de ellende in en na de oorlog kunnen voorkomen" (De Goei, 2001, p.160). Na de oorlog groeide de opvatting dat *"niet de aanleg maar de omgeving de meest significante factor vormde in de etiologie van psychische stoornissen"* (De Goei, 2001 . 163).

De naoorlogse periode

In 1959 publiceerde, de inmiddels tot het spelersveld toegetreden, Trimbos zijn proefschrift. Heerma van Voss (1990) zag Querido als uitgesproken arts *"het als een medische taak om sociale nood grootscheeps te lenigen (....). Trimbos deed het omgekeerde: hij zag de psychiatrie in 'sociaal perspectief' en verwachtte alleen verandering in een sociale omgeving."* Trimbos zag de volgende kenmerken van eigentijdse psychische nood: onzekerheid, onrust, een gebrek aan culturele verankering en adaptatievermogen. Psycho-hygiënist van protestantse huize deelden de cultuurkritiek van de katholieke collega (De Goei, 2001, p.179).

De verzuiling van de zorg leverde een beeld op dat niet alleen de sociaal-politieke oriëntatie van de instellingen weerspiegelde, maar ook de controverse tussen een meer medische - en een maatschappelijk bepaalde opvatting over geestelijke gezondheidszorg zoals in de Medische Opvoedkundige Bureau's (MOB) en de Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD).

De jaren vijftig leken, met de komst van de psychofarmaca, de "somatische" kuren en de electro-convulsie therapie, een nieuw tijdperk in te luiden. In de jaren zestig neemt de kritiek op de gestichtpsychiatrie toe vanwege het beeld van een weinig humane institutie.

"Rond 1970 wordt de roep om verandering luider en vooral radicaler". (De Goei, 2001, p. 265). De antipsychiatrie doet zijn intrede en de verwachting is alom dat de sociale psychiatrie een gouden tijd tegemoet gaat. Zo was Trimbos ervan overtuigd dat de GGZ de noodzakelijke ommezwaai zou maken. Binnen de psychohygiënische beweging radicaliseerde men de standpunten echter ook: er werd geroepen om 'sociale actie'. *"Ontbrak het medici (en vooral psychiaters) halverwege de jaren zestig in de ogen van psychohygiënisten aan samenwerkingsvermogen en aan sociale kennis, nu stelden zij vast dat de psychiatrie een rol vervulde in de systematische invalidering van mensen, door hen aan te passen aan een ziekteverwekkend milieu".* (De Goei, 2001, p. 275)

De tijd van de verzuiling leek voorbij en de RIAGG vorming was onvermijdelijk. In 1974 verscheen de *Structuurnota*, beter bekend als de *Nota Hendriks*. We lezen: *"Binnen de RIAGG's zou dan de ambulante hulpverlening geïntegreerd moeten worden en zullen nieuwe functies zoals consultatie naar het eerste echelon en communicatie met de intramurale zorg ontwikkeld moeten worden"* (Structuurnota, 1974, p. 15-16).

De belangrijkste taken die aan de RIAGG's worden toebedeeld waren:

- intake/ indicatiestelling
- sociaal-psychiatrische behandeling/ begeleiding bij acute en chronische psychiatrische problematiek
- ambulante behandeling/ begeleiding bij ernstige psychische c.q. psychiatrische problematiek
- langerdurende psychotherapie
- preventie, dienstverlening
- openbare geestelijke gezondheidszorg.

De RIGG vorming deed zijn intrede in de jaren tachtig en was een logische volgende stap in de ontwikkeling van gezondheidsregio's waarin partners als APZ, RIBW en PAAZ vorm gaven aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de eigen regio. De term MFE deed zijn intrede. Toch zou het tot de eeuwwisseling duren alvorens in Nederland op de meeste plaatsen (meestal door fusie) grootschalige GGZ instellingen ontstonden die het zorgaanbod regionaliseren. In *Zorg van Velen* (LCGV, 2002, p. 32) lezen we hierover: *"Hier bestond na 1980 juist de marginalisering en schaalvergroting. Tegelijkertijd nam ook in deze sector de belangstelling voor maatschappelijke determinanten van psychiatrische en*

psychosociale problemen af. De sociale psychiatrie verdween als inspiratiebron en raakte als praktijk gemarginaliseerd."

In de Nota *Onder Anderen* (1993-1994, p. 16) krijgt substitutie (van bedden naar stoelen) vaste vorm. We lezen: *"De benadering van de geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief, de 'Public mental health'-benadering, waarbij meer samenwerking komt tussen GGZ en aangrenzende sectoren zoals welzijn en justitie, kan een antwoord zijn. (...)De huidige psychiatrie erkent globaal drie benaderingswijzen: de sociale, de psychologische en de biologische. Goede zorg houdt rekening met alle drie..."* De extramuralisering kreeg vorm via mega GGZ instellingen die als een bedreiging werden gezien voor de kleinere ambulante fusiepartners. Vanuit sociaal-psychiatrisch gezichtspunt was dat een zorgelijke ontwikkeling. Offerhaus (1993, p. 13) toonde zich een visionair toen hij wees op het gevaar dat de (sociaal-psychiatrische) ideologie verwaarloosd werd toen de GGZ in rustiger vaarwater belandde. Hij wees op *'het risico dat de sociale psychiatrie dan een soort grote polikliniek, een soort ambulante klinische psychiatrie'* zou worden.

Een nieuwe eeuw

Tussen het medisch-psychiatrische en het sociaal-maatschappelijke perspectief heeft altijd een soort (schijnbare) tegenstelling bestaan die tot op de dag van vandaag waarneembaar is. Die discussie vormde zelfs het dieptepunt bij de totstandkoming van het rapport *Zorg van velen* (LCGV, 2002). Een van de twee commissieleden kon zich niet in het eindrapport vinden. In *Psy* (2002, nr.3) legt hij uit wat hij daarmee bedoelde: *"De verschillende visies van een ziekenhuis - medisch en protectionistisch- en riagg -agogisch- psychotherapeutisch - blijven gewoon naast elkaar bestaan"*.

De oude echeloneringsgedachte komt in het rapport terug als "getrapte zorg". Daarbij wordt uitgegaan van het *"helende vermogen van het individu zelf en diens directe sociale omgeving"* (LCGV, 2002, p. 99).

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Brouns et al., (2003) nemen in hun onderzoek naar sociaal psychiatrische verpleegkunde in Nederland, het jaartal 1917 als vertrekpunt voor hun studie. *"Het betrekken van een verpleegkundige door Meijers bij zijn consultatiebureau kan worden beschouwd als het ontstaan van de beroepsmatige extramurale psychiatrische verpleegkunde, de sociaal psychiatrische verpleegkunde, in Nederland."*

De eerste decennia

Aanvankelijk was de verpleegkundige in de nazorg het hulpje van de dokter en werd ook wel als *"de verpleegkundige als assistent"* aangeduid (Brouns et al., 2003).

Van der Padt, 1999, p. 12) schrijft hierover: *"Voor het regelen van praktische zaken moest een 'zuster voor maatschappelijk werk worden aangesteld'. Zij hielden zich voornamelijk bezig met het voorbereiden van sociale maatregelen voor patiënten, die in een ziekenhuis moesten worden opgenomen of daaruit ontslagen werden, zoals kinderverzorging, huisvesting, steunuitkering, verstrekken van medische behandeling."*

Andere aanduidingen waren verpleegster- huisbezoekster of nazorgzuster en variaties daarop.

De term sociaal psychiatrisch verpleegkundige is van de laatste decennia. Van meet af aan tekende zich een discussie af rond de vraag of geestelijke gezondheidszorg wel thuishoort in de handen van psychiaters (De Goei, 2001, p. 91). Deze discussie leeft nog steeds ondanks het algemene besef dat de zorg bij voorkeur buiten de kliniek dient plaats te vinden.

Tijdens de vooroorlogse jaren werd de ingeslagen weg voortgezet. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige beroepsuitoefening breidde zich naar verschillende terreinen uit vanwege de toenemende vraag om zorg.

De naoorlogse periode

In deze tijd van wederopbouw krijgt de B-nazorg verpleegkundige een vaste plek in de GGZ. Zij, meestal vrouw, vertoonde zowel qua opleiding als verschijning, grote overeenkomst met haar somatische tegenpool, de wijkverpleegkundige. De stereotype verschijning (lange leren jas op de solex) wordt geleidelijk vervangen door de dienstauto waarmee ze (grote delen van) de provincie (en daarbuiten) bestrijkt. De identiteit van de B-nazorg verpleegkundige laat zich lastig afleiden uit de werkzaamheden. Deze werkzaamheden werden altijd bepaald door de "noden" van de patiënt en hadden soms een methodisch karakter. Op andere momenten leek het meer op charitas. Zo verhaalt mevrouw Glas (toen werkzaam in jeugdpsychiatrie) in Van der Padt, 1999, p. 26): *"Daarnaast was je betrokken bij de gezinsvoogdij. Ik had kinderen waar ik gezinsvoogdes van was. Dat was op een andere manier intensief omdat je een band met de kinderen moest krijgen en op je vrije dag leuke dingen met hen moest ondernemen om invulling aan die taak te geven."*

De RIAGG vorming (zeventiger jaren) gaf aan de ontwikkeling van de sociaal psychiatrische verpleegkundige een enorme impuls. De SPV werd aangeduid als een van de kerndisciplines (Festen, 1991) en begeeft zich op vrijwel alle terreinen, behalve de psychotherapie. Met de groei van de RIAGG's groeide ook de beroepsinhoudelijke ontwikkeling. In 1979 hebben de SPV-en een primeur als zij als eerste verpleegkundigen in de GGZ een beroepsvereniging in het leven roepen. Die vereniging de NVSPV, vervult tot op de dag van vandaag een belangrijke rol.

De brede opdracht die aan de RIAGG's (en de RIGG's) werd gegeven leidde tot een enorme diversiteit aan GGZ taken. Binnen de sociaal-psychiatrische verpleegkundige zien we een differentiatie van functies zowel op basis van curatieve, preventieve en dienstverlenende taken als op basis van zorg voor doelgroepen. De integratieve benadering (bio-psycho-sociaal) die de MFE voorstaat, is de SPV op het lijf geschreven. De verpleegkundige achtergrond leverde de bio-medische- en basispsychologische competenties, de specialisatie in de maatschappelijke gezondheidszorg zorgde voor de sociaal (-psychologische) competenties. De RIGG/ MFE maakte de vorming van zorgcircuits (en zorgprogramma's) mogelijk. Het betreft een integraal zorgaanbod, dat extra-, intra- en transmuraal wordt aangeboden. Deze ontwikkeling deed de behoefte aan zorgcoördinatie en casemanagement toenemen en werd veelal ter hand genomen door SPV-en.

Een nieuwe eeuw

De bedreiging van de sociale psychiatrie die Offerhaus (1993) voorzag in zijn beschrijving van de totale institutionalisering van de ambulante hulp, lijkt thans realiteit. In de nieuwe mega GGZ instituties vervaagt, althans op het eerste gezicht, ook de identiteit van de SPV. Ook het gegeven dat sociale psychiatrie zich niet als wetenschap laat duiden, maar vooral als hulpverleningsvorm, heeft invloed op de SPV.

Een SPV identiteit

De sociaal psychiatrische hulpverleningsattitude leek zijn bestaansrecht te bewijzen in de vele onderzochte OGGZ projecten (Henselmans et al., 1991; Van Oenen et al., 1995; Lohuis et al., 2002; Baart (2004). *"De attitude van onze medewerkers lijkt op de werkhouding die van ouds als ideaal werd gezien voor de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige: geduldig, volhardend, bereid om de*

patiënt te bezoeken, waar hij ook maar is en gericht op praktische zaken en het (streven naar) beperkte, haalbare doelen" (Van Oenen et al., 1995).

Ook de cliëntenverenigingen lieten van zich horen: *"Wat zou het mooi zijn wanneer er voor elke cliënt een multidisciplinair team beschikbaar was, bestaande uit: -de zorgcoördinator (een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, ..."* , verzuchtte Hetty Ligtenberg (2001, p. 230).

De geïntroduceerde 'getrapte zorg' (LCGV, 2002, p. 98-99) houdt in dat er vanuit de tweede lijn innovatieve ondersteuning aan de eerste lijn moet worden geboden. De SPV wordt genoemd om de huisarts bij te staan: *"De SPV kan vanuit de eerste lijn als 'casemanager' een centrale rol vervullen bij de opvang van langdurig zorgafhankelijken."*

SPV-en hebben zich ontwikkeld als een heterogene groep die als geheel gekenmerkt wordt door een breedte-specialistische grondslag. De 'breedte' staat onder andere voor een systemische, sociaal-psychiatrische attitude, maar ook voor breed inzetbaar. Van acute psychiatrie tot preventie en dienstverlening, in staat om over de grenzen van de echelons (1e , 2e en 3e lijn) te functioneren als casemanager, bemoeizorger, et cetera. De zorgvrager wordt nooit los gezien van de context. Het 'specialistische' van de SPV komt tot uitdrukking in de doelgroepen of zorgprogramma's waarin de SPV zich heeft gespecialiseerd (jeugd-, volwassen-, ouderen-, verslavingszorg, psychotische-, stemmings-, persoonlijkheidsstoornissen, OGGZ et cetera). Daarnaast hebben veel SPV-en vaak uiteenlopende (therapeutisch-specialistische) vervolgopleidingen gevolgd. Een dwarsdoorsnede van de SPV populatie toont een gevarieerd opleidingsniveau van basis MGZ (HBO), tot VO en wetenschappelijk niveau. Van de SPV-en heeft 51% de kaderopleiding EMGGZ/ VO-SPV gevolgd, tegen 3% van de psychiatrisch verpleegkundigen (Wolf et al., 1997). Kortom: de sociaal psychiatrische verpleegkunde kenmerkt zich door vele gezichten.

Opleiding

De eerste decennia

Al vroeg werd een specialistische opleiding voor verpleegkundigen in de nazorg ter hand genomen en wettelijk geregeld in 1928. Naast psychopathologie, ziektebeelden en dergelijke stond ook het vak geestelijke hygiëne op het programma (Van der Grinten, 1987).

In 1937 was er al sprake van de voortgezette opleiding voor gediplomeerden B. In de professionalisering van het onderwijs zien we hoe de controverse 'medische model' (met de verpleegkundige als exponent daarvan) versus 'maatschappelijk model', werd overbrugd toen de opleiding voor de wijkverpleegster werd ondergebracht bij de opleiding voor maatschappelijk werk. In Groningen gebeurde dit in 1943. In *De Rijkshogeschool Groningen, een geschiedenis met toekomst* (1991, p. 60-61) lezen we: *"In het vakkenpakket was de aandacht voor de sociale facetten duidelijk terug te vinden. Zo werden er lessen sociale wetgeving gegeven, maatschappijleer maar ook meer medisch georiënteerde vakken als psychiatrie, bacteriologie en kinderhygiëne."* De opleiding duurde een jaar en bestond uit vier maanden theorie, vier maanden stage en vervolgens weer twee maanden theorie.

De naoorlogse periode

Het lesprogramma van 1958 bestond ander andere uit sociaal-psychologische problemen, social casework, sociologie, psychiatrie en medisch-sociale voorlichting.

In 1971 werd de MGZ opleiding verder uitgebouwd en ontstonden er twee volledig gescheiden differentiaties, waarvan de tweejarige differentiatie GGZ opleidde tot sociaal psychiatrische verpleegkunde.

Aanvankelijk bestond het diploma uit een aantekening op het diploma ziekenverpleging B, met de status van een (verkorte) HBO opleiding.

In de zeventiger jaren betreden de eerste HBO-V afgestudeerden de GGZ markt en ontstond de discussie of de HBO-V de SPV kon vervangen. De HBO-Verpleegkundige werd geacht als wijkverpleegkundige en als SPV te kunnen functioneren. Het bleek al snel dat HBO-V afgestudeerden niet zonder meer als SPV in de ambulante GGZ aan de slag konden. Er vond meerpartijen overleg plaats met vertegenwoordigers van de NVSPV, de inspectie, werkgevers en onderwijs. In 1987 werd een rapport uitgebracht waarvan de belangrijkste uitkomst was dat *"de HBOV-ers na het afstuderen tenminste een jaar werkervaring dienen te hebben...en aanvullende scholing van circa een jaar te volgen om inzetbaar te worden als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige"*. (Rapport van de VBBG, NVAGG en NVSPV inzake de inzetbaarheid van de HBO-V-er als SPV, 1987).

In de loop van de jaren past de opleiding zich aan (naast de gebruikelijke actualisering van het curriculum) aan een veranderende vraag. Was de MGZ in de beginjaren zeventig een voltijdse opleiding, in de loop der jaren kreeg het steeds meer een deeltijdkarakter. De gemiddelde student heeft al een (opleidings) carrière achter de rug in de GGZ. Het studiebeursstelsel sluit niet aan op deze studentenpopulatie. Eind jaren negentig zien we een nieuwe ontwikkeling, opleidingsvragen komen steeds meer van werkgevers, die, al dan niet *in-company*, die faciliteiten bieden en daarmee voorzien in de eigen SPV behoefte.

Voor SPVen die zich verder willen verdiepen in de sociaal psychiatrische verpleegkunde, is er de mogelijkheid om de VO-SPV te volgen, de vroegere kaderopleiding EMGGZ. Ook de VO opleiding doet recht aan de generalistische - en de specialistische verdieping waar het vak om vraagt. Ook neemt het aantal SPV-en met een (verpleeg) wetenschappelijke opleiding toe.

Een nieuwe eeuw

De vraag naar SPV-en is nu, anno 2004, behoorlijk gegroeid na een inzinking begin jaren negentig. Het visitatierapport (2002) geeft aan dat de MGZ/GGZ opleiding in een maatschappelijke behoefte voorziet (Morsman, 2003).

Er ontstaat beroering als de HBO raad in November 2002 aankondigt dat de huidige verkorte HBO opleidingen, waartoe de MGZ behoort, in de huidige vorm als bekostigt onderwijs moeten verdwijnen. Het laatste jaar van afstuderen is gesteld op 2007, de opleiding zal moeten (indalen of upgraden) in de toekomstige BA-MA structuur (Morsman, 2003).

Beschouwing

Zij we terug bij af?

In het politiek-maatschappelijke debat duiken rond de eeuwwisseling dezelfde thema's op als een eeuw daarvoor. Opnieuw horen we uitspraken als 'Nederland is vol'.

Mede naar aanleiding van de moord op de politicus Fortuyn, zet premier Balkenende het debat over normen en waarden op de politieke agenda. Er is een roep om meer blauw op straat, men voelt zich onveiliger dan ooit. De ziekte AIDS grijpt om zich heen en wordt onlosmakelijk verbonden met zedeloosheid. Met de intrede van het digitale tijdperk wordt opnieuw een maatschappelijke versnelling ervaren. Het aantal hulpvragers in de GGZ is groter dan ooit.

Terugkijkend op een eeuw GGZ is de kloof 'medisch' versus 'maatschappelijk' niet gedicht. In tegendeel, gezien de omstandigheden waaronder de nota 'Zorg van velen' het levenslicht heeft gezien. De psychiatrie wordt met nieuw elan geprofileerd als een medisch specialisme.

De SPV heeft zich in honderd jaar ontwikkeld van hulpje van de dokter tot een autonome 'kerndiscipline' in de (A)GGZ. De SPV is te beschouwen als een gespecialiseerd verpleegkundige in het domein directe zorg en daaraan gerelateerde werkzaamheden. De SPV heeft de mogelijkheden om deze kloof te dichten als zij kans ziet uit te groeien tot een volwaardig verpleegkundig specialist.

Tijdens het NVSPV jubileumcongres op 9 & 10 december 2004, met als titel *Sociale Psychiatrie & Verpleegkunde*, passeerde een keur aan sprekers de revue, en toont zich een beroepsgroep in de kracht van zijn leven. Zowel de lezingen en het ter gelegenheid van dit jubileum uitgebrachte boek *Sociale Psychiatrie (2004)* sluiten naadloos aan op de toekomstvisie van GGZ Nederland.

In *De Krachten Gebundeld* (2004) zet GGZ Nederland de ambities voor de komende jaren uiteen. Er wordt een indeling gemaakt naar vier domeinen, genezing, bemoeizorg, preventie en vermaatschappelijking. Dit stemt hoopvol voor de toekomst. Immers de SPV speelt in de hedendaagse zorg in al deze domeinen een rol van betekenis. De volgende ontwikkelingen zijn hierbij van belang:

- De op handen zijnde stelselwijziging met betrekking tot de financiering van het zorgstelsel (AWBZ en WMO (wet op de maatschappelijke ondersteuning) zal er toe leiden dat met name hoog gekwalificeerde verpleegkundige zorg bekostigd zal worden.
- Een andere landelijke ontwikkeling is de substitutie van medische taken naar bekwaame verpleegkundigen. In de GGZ wordt hierbij gedacht aan een rol voor de huidige SPV die op Masters ANP/ of VO niveau is opgeleid (RVZ, 2002; VWS, 2002; 2003, GGZ Nederland, 2004).
- In de 1e lijns huisartsenpraktijk is de SPV inmiddels een bekende en gewaardeerde verschijning. De opmars van de SPV in de eerste lijn is niet meer te stuiten (NCGV, 2002). Ook lopen er gemeentelijke pilots waarbij SPV-en in wijken worden ingezet.

Romme eindigt zijn inleiding (Van der Padt, 1999) met de volgende woorden: *"Sociaal psychiatrische verpleegkunde erkent de kracht van de sociale invloeden en erkent ook de onmogelijkheid voor individuen daarin op eigen kracht verandering aan te brengen (zie sociale homeostase van Querido 1956). Sociaal psychiatrische verpleegkunde is een boeiend maar lastig vak, omdat men over veelzijdige kennis moet beschikken en zich niet moet laten leiden door reductionistische opvattingen van grote groepen derden. De mens is een sociaal wezen en ontdekt zichzelf in zijn interactie met zijn omgeving. Dat te herstellen is de opdracht van de sociaal psychiatrische verpleegkunde."*

Men hoeft geen visionair te zijn om te voorspellen dat ook de 21e eeuw de nodige maatschappelijke veranderingen zal brengen. Die veranderingen hebben onmiskenbaar invloed op het geestelijk (on)welbevinden.

Geraadpleegde literatuur

- Baart, A.J., (2004) *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma
- Brouns, G., J.P.M., Diederiks, Philipsen H., (2003) Sociaal-psychiatrische verpleegkunde in Nederland 1917 - 1937, In: *Verpleegkunde, 2003-18, nr.2, 93 - 1002*.
- Festen, T. (1991) *Handboek RIAGG-hulpverlening*. Utrecht: NVAGG.
- Gersons, B.P.R.. e.a.(1990) *In het spoor van Kees Trimbos*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Hermus, J. & W. Mik (1991) *De Rijkshogeschool Groningen*. Groningen: RHG.
- Goei, L. de (2001) *De psychohygiënist*. Nijmegen: Sun.
- GGZ-Nederland (2004) *De krachten gebundeld*. Visiedocument. Utrecht: GGZ-Nederland.
- GGZ Nederland (2004) *Probleemanalyse van de Geestelijk Gezondheidszorg*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Heerma van Voss, J. (1991) Querido een levensverhaal. In: *MGV 1991; 46: 722-811*.
- Henselmans, H. et al (1991) Bemoeizorg: Strategieën in de zorg voor ambulante patiënten met langerdurende psychiatrische problemen. In: *MGV, 1991;46; 1193-1206*.
- LCGV (2002) *Zorg van velen*. Eindrapport. Den Haag: VWS.
- Ligtenberg, H.(red.) (2001) *Los gekoppeld*, Groningen: Passage.
- Lohuis, G. et al., (2002) *Van bemoei- naar groeizorg; methodieken voor de OGGZ*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Offerhaus, R. (1993) *Omgaan met mensen*. Baarn: Ambo.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1974) *Structuurnota Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Morsman, M.H. (2003) GGZ opleidingen in historische context. In: *Sociale Psychiatrie maart 2003*.
- Oenen F.J. van, C. Bernardt & L.F.M van der Post, (1995) Zorgwekkende zorgmijders: Een behandelmodel voor zorgmijdende chronische psychiatrische patiënten. In: *MGV 1995;50; 595-609*.
- Onderwater, K., I. v.d. Padt, M. Romme, B. Venneman & F. Verberk (red) (2004) *Sociale Psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Utrecht: Lemma.
- Padt, I. van der, (1999) *Hoopvol bezorgd*. Eindhoven: NVSPV.
- VBBG, NVAGG en NVSPV (1987) *Rapport inzake inzetbaarheid van de HBO-Ver als SPV*. Utrecht.
- Renssen, Henk van, Sociologen zagen wel wat in die Darwin, *De Volkskrant, 25 oktober 2003*.
- RVZ (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- VWS, (2003) *Beleidsbrief; Opleiden en taakherschikken*. Kabinetsstandpunt op rapporten. Den Haag: VWS.
- Veenhoven, Ruut , *Intermediair 24 december 2003*
- Wolf , J. et al., (1997) Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen. In: *MGV; 10-1997*
- WVC (1984) *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Leidschendam: Tweede kamer, vergaderjaar 1983- 1984.
- WVC (1993) *Onder anderen*. Rijswijk: WVC.