

---

# GGZ-NEDERLAND EN DE SOCIALE PSYCHIATRIE: HET VISIEDOCUMENT

## Het poldermodel

**Anouska Cremers**, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en redactielid SP

In november 2004 verscheen het visiedocument, uitgebracht door GGZ-Nederland. GGZ-Nederland is de brancheorganisatie van de instellingen van Nederland voor de geestelijke gezondheid en verslavingszorg. GGZ-Nederland voert het blad Psy. Dat evenals de SP een onafhankelijke redactie heeft. Zij heeft een opinieleidende rol mede dankzij Psy dat een open forum vormt voor wat zich in de sector afspeelt.

Het visiedocument *'De krachten gebundeld'* werd gepresenteerd ter gelegenheid van de officiële opening van het nieuwe gebouw van GGZ-Nederland te Amersfoort. *'De krachten gebundeld'* schetst een beeld van de huidige toestand en de gewenste toekomst van de Geestelijke Gezondheidszorg gezien vanuit de lidinstellingen. Met andere woorden, de visie van onder andere de werkgevers en de zorgkantoren op de huidige staat van de geestelijke gezondheidszorg en hun idee over de nabije toekomst. Het visiedocument is te downloaden via [www.ggz.nl](http://www.ggz.nl). Wij vinden het echter van belang om ook in de SP de visie van de brancheorganisatie weer te geven. Het zal de communicatie tussen de verschillende spelers in het veld ten goede komen. De door de auteur geschreven samenvatting van dit document:

### ***"De Krachten Gebundeld"***

Geestelijke gezondheidszorg (ggz) voorkomt en geneest psychische stoornissen en ondersteunt mensen met psychische handicaps en hun familie in hun maatschappelijk functioneren. Hiermee draagt de ggz bij aan een goede geestelijke volksgezondheid in Nederland.

De ggz komt in beeld als sprake is van (een risico op) een stoornis of ziekte. De belangrijkste vakgebieden zijn de psychiatrie, psychologie en verpleegkunde. Hoe ernstiger het ziektebeeld, des te belangrijker de rol van de psychiater. Door haar maatschappelijke betekenis is de ggz een domein voor en van velen, waaraan velen verwachtingen ontleen en waarover velen een oordeel hebben.

### **Wat vindt de ggz eigenlijk zelf?**

Met de ambities die GGZ-Nederland in dit document verwoordt, beoogt het de spanning te verminderen tussen prestaties van de ggz en de beoordeling van die prestaties, tussen verwachting en realiteit, tussen de ggz en de psychiatrie. Het debat daarover wordt met dit document niet beslecht en dat hoeft ook niet. In dit document lichten we onze visie toe, die samengevat neerkomt op het zoeken naar synthese tussen vier samenhangende domeinen van de ggz. Aan elk van deze domeinen verbinden wij een ambitie. GGZ-Nederland heeft in dit document bewust gekozen voor een benadering vanuit inhoud en daarbinnen in het bijzonder voor de individuele relatie tussen patiënt en hulpverlener.

### **preventie: *psychische stoornissen verminderen***

De ggz zal nadrukkelijker aanwezig zijn in de preventieve gezondheidszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo hopen we psychische stoornissen te voorkomen en door vroegtijdige interventie erger voor te zijn. De ggz intensificeert daarbij de kennisoverdracht en consultatie, en biedt daarnaast vaker zelf actief zorg in de

eerste lijn. Door meer te investeren in preventie, vroegerherkenning en vroeg-interventie beoogt de ggz op termijn de toenemende vraag naar ggz af te remmen.

### **Genezing: een meer specialistisch profiel**

Omdat patiënten willen weten wat ze krijgen van de ggz, zal de behandeling meer profiel moeten hebben. Er ontstaan meer specialistisch geprofileerde behandelingen voor specifieke stoornissen. Behandelaren in de ggz zijn daarbij verantwoordelijk voor de ontwikkeling van richtlijnen en zorgprogramma's. Tegelijkertijd blijft de ggz aandacht houden voor het a-specifieke van iedere behandeling. Onder invloed van overheidsbeleid en de rol van (zorg)verzekeraars nemen de keuzemogelijkheden van patiënten toe, maar groeit ook de wedijver tussen aanbieders. De ggz zal hierop moeten inspelen. Zo komt er een gestandaardiseerd aanbod voor veelvoorkomende klachten en ontwikkelen zich in toenemende mate aparte organisaties voor specialistische vragen en voor maatwerk. Professionals kiezen voor de zorg en de organisatievorm waarbinnen zij hun ambities kunnen vormgeven.

### **Vermaatschappelijking: patiënten beter ondersteunen**

In de zorg voor mensen met psychische handicaps gaat de ggz zich nog sterker inzetten voor hun betekenisvolle deelname aan de samenleving. De ketens die hiervoor nodig zijn, vertonen nog teveel zwakke schakels. De ggz zal samen met haar partners daarom het zorg- en ondersteuningsaanbod verbeteren. Dat is ook het beste antwoord op negatieve reacties op vermaatschappelijking. Voor patiënten die het meeste baat hebben bij een langdurig of permanent beschermd verblijf, blijft de ggz een passende woon- en behandelomgeving bieden.

### **Bemoeizorg: ggz voor veiligheid**

De ggz wil mensen met ernstige psychische stoornissen die de zorg mijden, in zorg krijgen en houden. Bij deze ambitie hebben vele partijen belang, vooral op lokaal niveau. Daarom moeten ggz-instellingen concrete en wederzijds verplichtende afspraken maken met lokale partijen. De ggz draagt op deze manier bij aan een veiliger samenleving voor iedereen: patiënt en burger. Daarnaast zorgt de ggz voor voldoende beveiligde bedden voor specifieke doelgroepen. Het gaat om patiënten die lijden aan een combinatie van een ernstige psychische stoornis en een ernstige gedragsstoornis. Deze doelgroepen zijn te vinden bij onder meer jeugdigen, verstandelijk gehandicapten en patiënten die een behandeling nodig hebben in het kader van een strafmaatregel.

### **Agenda**

Deze vier ambities hebben wij geconcretiseerd in een agenda voor de jaren 2005 tot en met 2007. Samengevat komt die agenda neer op:

- Keuzemogelijkheden: Om keuzemogelijkheden voor patiënten te vergroten zorgen ggz-aanbieders voor voldoende informatie over zorgaanbod, wachtlijsten en kwaliteit.
- Vakmanschap: Professionals nemen en krijgen ruimte om hun vak te ontwikkelen. ICT en nieuwe organisatievormen zijn hierbij ondersteunend.
- Veiligheid: GGZ-instellingen bevorderen de veiligheid voor hun medewerkers en patiënten. Speciale aandacht is er voor de juridische veiligheid van medewerkers bij de uitoefening van hun vak. Daarnaast wordt het aantal separaties structureel verminderd. GGZ-instellingen zorgen voor voldoende veilige bedden voor moeilijke doelgroepen.

- Preventie: De ggz verdubbelt haar preventieaanbod. Verder krijgen alle huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners een consultatieaanbod van een gespecialiseerde professional. Ook biedt verdere ontwikkeling van E-health gezondheidswinst.
- Genezing: Programmatisch en specialistisch werken krijgt prioriteit. (Medisch) specialisten nemen hierbij het voortouw. GGZ-instellingen zijn mede verantwoordelijk voor de ontwikkeling en beschikbaarheid van ggz-expertise.
- Vermaatschappelijking: GGZ-instellingen zetten zich in voor een goede keten van behandeling en ondersteuning. Daarnaast investeert de ggz in de samenleving om bekendheid met en acceptatie van psychische stoornissen te vergroten.
- Bemoeizorg: GGZ-instellingen hebben de groep zorgwekkende zorgmijders in beeld: jaarlijks wordt 10 procent van de 24.000 zorgmijders in zorg genomen.

De agenda vereist op onderdelen een straffe financiële uitwerking. Deze wordt in samenspraak met de overheid, zorgverzekeraars en andere financiers van de ggz ter hand genomen. Daarbij is het stellen van prioriteiten onvermijdelijk.

### **Uitgangspunten**

Iedere inwoner van Nederland met een psychische stoornis heeft recht op een adequate diagnose en behandeling. Deze hulp moet tijdig beschikbaar zijn voor iedereen ongeacht leeftijd, etnische achtergrond en sekse. De groep mensen die naast behandeling ook ondersteuning in hun dagelijks functioneren nodig heeft, heeft recht op een samenhangend geheel van ondersteunende diensten die bijdragen aan een maximale zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Een goede beschermde omgeving tenslotte moet er zijn als mensen hierop zijn aangewezen. Dit zijn de uitgangspunten van GGZ Nederland voor een visie op de toekomst van de ggz. In deze visie geven we antwoord op een veelheid van vragen die aan de ggz worden gesteld. Zorgvragen van individuele patiënten maar ook vragen vanuit de maatschappij om mee te werken aan een oplossing van maatschappelijke problemen. In onze ambities geven wij een antwoord op die vragen: wat wil en wat kan de ggz. Naarmate we krachten weten te bundelen kunnen we onze ambities verwezenlijken.

In dit document is bewust gekozen voor een benadering vanuit de inhoud van de ggz. Het gaat niet over actuele veranderingen in wetgeving, financiering en bekostiging die de ggz direct en indirect raken. Deze onderwerpen spelen wel mee bij de (financiële) uitwerking van de agendapunten van dit document. De behoefte aan zorg neemt toe en de vraag aan de ggz om passende oplossingen groeit. In antwoord daarop is de beschikbaarheid en effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg enorm toegenomen. Toch is de afstand tussen de prestaties van de ggz en de beoordeling van die prestaties eerder groter dan kleiner geworden. Hoewel niemand verwacht dat de ggz aan alle verwachtingen en behoeften voldoet, blijft hardnekkige kritiek haar achtervolgen: de ggz is een zwarte doos, wat gebeurt daar eigenlijk? Wat kost de ggz en wat levert het op? Wordt er niet alleen maar gepraat zonder dat problemen daadwerkelijk worden aangepakt, laat staan opgelost? Die kritiek op de ggz legt dilemma's bloot, waarvan wij er samenvattend een drietal benoemen.

### **Dilemma 's**

#### **1. Groeiende vraag en kosten**

Een op de vier volwassenen heeft jaarlijks een psychische stoornis. De groeiende vraag wordt veroorzaakt door toenemende individualisering, vergrijzing, een groeiend aantal allochtonen met andere vragen en behoeftes, een goeddeels verborgen hulpvraag onder kinderen en jongeren, een groeiend verzuim op de

werkvloer om psychische redenen. Daarnaast verlaagt E-health de drempel tot ggz en leiden nieuwe en verbeterde medicijnen tot nieuwe vragen. De collectieve bijdrage aan de ggz kan niet onbeperkt groeien om aan deze toegenomen zorgvraag tegemoet te komen. Nu al is er immers een grote spanning tussen de vraag naar ggz en het beschikbare budget.

De zorguitgaven aan de ggz zijn in de periode 1994-2002 gestegen van € 1,8 miljard tot € 3,2 miljard, een stijging met 80 procent (Tweede Kamer 2003-2004). Het is dus belangrijk om deze spanning op te lossen. De zorg moet ook in de toekomst betaalbaar en beschikbaar blijven voor alle mensen die lijden aan een psychische stoornis. Met de overheid en zorgverzekeraars als contractpartner van de ggz moeten hiervoor oplossingen gevonden worden.

### **2. Vermaatschappelijking en haar keerzijde**

Doel van vermaatschappelijking is dat patiënten de regie over hun leven houden of weer terugkrijgen. Zorg en ondersteuning die nodig zijn, worden dichtbij de patiënt en zijn familie geboden. Een deel van hen lukt het daardoor op eigen kracht een plek in de samenleving te vinden. Een ander deel heeft meer steun nodig bij het vinden van een veilige woonomgeving, aangepast werk en sociale contacten. De ggz zet zich met vele anderen in om deze steun te bieden. Vermaatschappelijking is vaak effectief, maar niet voor elke situatie. En is daarmee geen doel op zich. De ggz investeert samen met anderen in een goed zorg- en ondersteuningsaanbod voor een succesvolle vermaatschappelijking. Maar blijft tegelijkertijd beschermde verblijfsplaatsen bieden als dit voor patiënten zelf en de maatschappij de beste oplossing is.

### **3. Professionals weer in het zadel**

Patiënten zijn mondig en kritisch, hun verwachtingen zijn hoog gespannen. Professionals moeten balanceren tussen uiteenlopende wensen van patiënten. Meestal lukt dit. In enkele, maar wel een toenemend aantal gevallen resulteert het in klachten en rechtszaken van patiënten over hun behandeling. Kritische patiënten gecombineerd met zorg die vaker buiten de instellingsmuren wordt geboden leidt tot meer risico op onveilige situaties, zowel fysiek als mentaal en juridisch. Financiers van zorg stellen hun terechte eisen aan het effectief functioneren van de ggz. De organisatiestructuur van de Nederlandse ggz met grote geïntegreerde instellingen heeft problemen opgelost, maar nieuwe geschapen. De langere lijnen vragen om veel managementkracht en duidelijke aansturing, maar professionals herkennen zich daarin onvoldoende. Zij voelen zich verloren in de bureaucratie die overheids- en instellingsbeleid met zich meebrengen. De relatie tussen hulpverlener en patiënt moet weer centraal staan. Professionals moeten meer ruimte krijgen en nemen om hun vak te ontwikkelen en uit te oefenen. Hierin passen ook nieuwe vormen van binding tussen professionals en instellingen. Daarbij moet de inhoudelijke kennis van de professional input vormen voor het beleid van het management.

Achter deze drie dilemma's schuilt een dieperliggend vraagstuk, dat te maken heeft met de identiteit - of liever gezegd het gebrek aan identiteit - waarmee de ggz kampt. De ggz omvat een breed werkgebied, van psychiatrie tot dagbesteding. De ggz heeft zowel een biologische, een psychologische als een sociale insteek. Dat heeft tot een verreгаande differentiatie binnen de ggz geleid. Dit maakt de ggz ook tot een zorg voor en van velen, waaraan velen verwachtingen ontlenu en waarover velen een oordeel hebben. Het heeft de ggz in een klem gezet: naar patiënten, naar de samenleving, naar de vakgebieden (in het bijzonder de psychiatrie).

Dit document beoogt de spanning tussen prestaties van de ggz en de beoordeling van die prestaties te verkleinen. Het debat daarover wordt met dit document niet beslecht en dit hoeft ook niet. Wat helpt is dat de ggz zich uitspreekt waarvoor zij staat: wat vindt de ggz eigenlijk zelf? Herkenbaarheid en erkenning passen een kwalitatief hoogwaardige sector als de ggz.

De ggz is een volwassen onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg waar burgers recht op hebben en waaraan zij verwachtingen mogen ontlenen.

### **Verantwoording**

GGZ Nederland is verantwoordelijk voor de opstelling van dit document. Aan de totstandkoming ervan hebben vele partijen met grote inzet bijgedragen.

GGZ Nederland dankt hen zeer voor hun inbreng en hoopt dat zij zich in de uiteindelijke inhoud van het document herkennen en aan de uitvoering ervan willen meewerken.

Voor de inhoud van dit document is uitsluitend GGZ Nederland verantwoordelijk. De agenda waarmee GGZ Nederland aangeeft hoe de ambities van de ggz in de komende jaren te verwezenlijken, bindt in strikte zin alleen haar leden.

Tot zover het visiedocument van GGZ- Nederland. Hoewel het visiedocument zegt te spreken over Geestelijke Gezondheidszorg, ademt het vooral Sociale Psychiatrie. Het gaat over ons vak.

Het afgelopen jaar organiseerde de NVSPV in samenwerking met de opleidingen verschillende studiemiddagen. Op een rijtje gezet vormen de onderwerpen en thema's een opsomming van de specialistische kennis die de SPV in huis heeft.

Op een rijtje gezet biedt de spv het materiaal dat volgens het visiedocument nodig is om de geestelijke gezondheidszorg op het juiste spoor te houden.

#### 19 februari Hanzehogeschool te Groningen

Onderwerp: **Bemoeizorg**

Thema's die dag:

- spv, schakel tot bemoeizorg in de huisartsenpraktijk
- de dilemma's in casemanagement
- "wie bemoeit zich met de verwanten van de cliënten met dubbeldiagnose?" "En voelen we ons geholpen"

De dag wordt afgesloten met een paneldiscussie waarin zitting hebben: een agent, een woningverhuurder, een directeur van de maatschappelijke opvang en een ziektekostenverzekeraar.

#### 7 april Hogeschool Zuyd te Heerlen

Onderwerp: **Cliëntenparticipatie**

Thema's die dag:

- hoe meetbaar is een vraaggerichte bejegening?
- hoe bevorder ik cliëntenparticipatie?
- vraaggerichte-, en vraaggestuurde zorg, hoe organiseer je dat?
- gebruik van nieuwe media in de virtuele ontmoeting tussen cliënt en spv: hoe pakken we dat aan?
- wat doet de cliënt en wat doet de spv met ervarings-deskundigheid?

#### 12 mei Hogeschool van Utrecht

Onderwerp: **Interculturalisatie, coaching en consultatie** in de beroepspraktijk

van de SPV

Thema's die dag:

- 'interculturalisatie vanzelfsprekend'
- een intercultureel perspectief op coaching en consultatie
- 'moeten we hulpverlening aan oudere migranten politiseren'

#### Studiedag 16 juni Hogeschool van Nijmegen

Onderwerp: De **Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige Diagnose**

Thema's die dag

- uitgangspunten sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek
- de noodzaak van narratieve diagnostiek in de praktijk van de sociaal psychiatrische hulpverlening
- stepped care betekent stepped diagnostiek

### Studiedag 29 september Hogeschool van Amsterdam

Onderwerp: **Crisisinterventie**: familie en maatschappelijk steunsysteem onmisbaar in de hulpverlening

Thema's die dag

- spv...Crisisinterventie doe je niet zo maar!
- samenwerking tussen gemeente en GGZ
- de Crisiskaart, samenwerkingsprojecten tussen GGZ, 0e- en 1e lijn,
- de familie als eerste schakel, cliëntenorganisatie Ypsilon
- verslavingszorg,

### Studiedag 27 oktober Saxion Hogeschool te Enschede

Onderwerp: Beeldvorming van de psychiatrie; **Destigmatisering en preventie**

Thema's die dag:

- op het snijvlak van justitie en de zorg
- marginalisering en uitstoting: een opdracht of verzoeking voor de SPV?
- preventie, met kansen vòòr behandeling!
- arbeid als destigmatiserende factor

### Studiedag 4 november Avans Hogeschool te Breda

Onderwerp: Waarde en weerloosheid, **Vermaatschappelijking in de zorg**

Thema's die dag:

- netwerkvorming van categorale en algemene voorzieningen, mantelzorg wet- en regelgeving
- rehabilitatie en maatschappelijke participatie
- ervaringsdeskundigheid onbetaalbaar

Het visiedocument zoals in november gepresenteerd geeft inzicht in de motieven en doelstellingen die de richting van de lidinstellingen, o.a. onze broodheren, bepalen. Zij geeft tevens een verklaring voor de opstelling en betrokkenheid van de zorgkantoren. In de malle molen van de dagelijkse praktijk wordt gemakkelijk uit het oog verloren dat onze neuzen blijkbaar in dezelfde richting staan. Dat is plezierig om te merken. Met dit artikel wordt wellicht duidelijk dat het ook zinvol zou kunnen zijn om de neuzen voor een moment op elkaar te richten. Of laat ik het anders formuleren...

Het bevreemde mij dat in het hele visiedocument de term Sociale Psychiatrie slechts eenmaal valt. Het roept de vraag op of er een verschil is tussen GGZ enerzijds en Sociale Psychiatrie anderzijds -en wat is dan dat verschil?-. Het roept tevens de vraag op of GGZ Nederland een feitelijk idee heeft van het gedachtegoed van de Sociale Psychiatrie. Zou ik het negatief formuleren, dan zou je denken dat GGZ-Nederland met haar visiedocument meent het wiel uitgevonden te hebben... Maar laat ik dat vooral niet doen. Het bevreemde mij om te constateren dat GGZ Nederland geen weet lijkt te hebben van het bestaan van de *Strategiegroep Sociale Psychiatrie*. Zij lijkt geen weet te hebben van het feit dat de grootste beroepsgroep binnen de sociale psychiatrie al lang bezig is op het spoor zoals dat voor 2005-2007 is uitgestippeld. Zij lijkt geen weet te hebben van het studiecurriculum dat de SPV opleidt om vorm en inhoud te geven aan de beleidsvoornemens zoals geformuleerd in het visiedocument. De SPV is in dit document niet meer dan een verloren komma in een decor van oppervlakkige interpuncties.

Hoe dient dit document begrepen te worden? Een politiek statement? Inzicht in de samenstelling en constructie van de GGZ-markt op dit moment? En waar staat de SPV op deze markt?. Wat betekenen de woorden *nieuwe vormen van binding tussen professionals en instellingen* voor de SPV? Zijn ze voor ons bedoeld of houdt GGZ Nederland daar wijselijk haar mond over. Wat mag de SPV van de instelling en van de brancheorganisatie verwachten wanneer zij een beroep doet op de uitspraak dat *'professionals terug in het zadel komen'*? Wie krijgt dan de teugels in handen. Gaat GGZ in de toekomst een rol spelen in het openbreken van de markt zodat ook de SPV, al dan niet onder een medisch

verantwoordelijke, een eerstelijns praktijk kan voeren? Of moet die koek dan door teveel stukken worden gedeeld?

Hoezo heeft de GGZ- een identiteitsprobleem? Hier loopt een paralel met het zogenaamde identiteitsprobleem van de SPV: haar deskundigheid is zo generalistisch dat noodzakelijke specialisatie op een zeker deelgebied buiten haar geformaliseerde werkterrein dreigt te vallen. Zo kan de politiek ook steeds opnieuw weer de grenzen van het GGZ-terrein te pas en te onpas bijschaven. Al naar gelang het uitkomt.

Maar misschien is dit wel het antwoord op de vraag of GG-zorg en sociale psychiatrie wel hetzelfde zijn. Als SPV zijn wij niet de enigen die het veld bedienen. Ons doel overstijgt onze beroepsgroep. De samenwerking met andere GGZ professionals is onontbeerlijk. Een solidair en gezamenlijk streven maakt het mogelijk om aansluiting te vinden met cliëntenorganisaties, huisartsen, politie en gemeentelijke dienstverlening. Het is beslist hoopvol om te merken dat ook de brancheorganisatie zich uitspreekt over de toekomst die zij voor de GGZ voor ogen heeft.

Het is hoopvol om vast te stellen dat het onderscheid met Sociale Psychiatrie ver te zoeken is.

---

## Ethische en morele afwegingen bij ingewikkelde kwesties, dat zie ik vooral in de GGZ

Andrée van Es voorzitter van GGZ-Nederland

**Ivonne van der Padt**, sociaal psychiatisch verpleegkundige, redactielid SP

Uit het enorme palet van sprekers op 9 en 10 december, viel de keuze voor een interview op de voorzitter van onze branche organisatie. Het toeval wilde, dat tegelijkertijd het visiedocument van GGZ-Nederland verscheen. Dit document bood alle benodigde ingrediënten om van gedachten te wisselen met mevrouw Andrée van Es, vooral bekend van de links georiënteerde politieke arena. Sinds 2002 is zij voorzitter van GGZ-Nederland en onlangs werd zij voor vier jaar herbenoemd.

Mevrouw Van Es kun je maatschappelijke geëngageerd noemen. Zo was zij fractiemedewerker van de PSP, Tweede Kamerlid voor Groen Links, juridisch medewerker bij het JAC, werkte zij voor de radio en gaf zij leiding aan de Balie in Amsterdam. Wat een bagage neem je dan mee als voorzitter van GGZ-Nederland. Het beeld naar buiten is er mijns inziens een stuk levendiger op geworden. Duidelijker en socialer ook, zoals blijkt uit het visiedocument. Dat kan ook niet anders als je wortels in de politiek liggen. Want je kunt niet anders dan je oriënteren op maatschappelijke problemen als je jezelf tenminste serieus neemt als politicus. Dat geldt natuurlijk ook voor de GGZ, want maatschappelijke problemen kunnen leiden tot psychische klachten en deze klachten kunnen weer maatschappelijke problemen tot gevolg hebben. Dat is sociale psychiatrie. Maar ja dan gaan we het hebben over ideologie en dat kan niet. Bovendien sluit je dan andere partners uit, dat mag ook niet. We proberen tijdens dit interview verschillende malen om sociale psychiatrie op de gespreksagenda te krijgen. Het interview is immers in het kader van ons jubileum en als SPV-en staan wij voor de sociale psychiatrie. Mevrouw Van Es maakt ons al snel duidelijk dat het om de inhoud gaat. Daar vinden we elkaar, want sociale psychiatrie gaat immers vooral over de zorg aan mensen met ernstige psychiatrische problemen ondersteuning aan hun familieleden. Daar staat mevrouw Van Es ook voor. Maar dan wel voor het creëren van voorwaarden en kaders die de lidinstellingen nodig hebben om preventie en curatie te verrichten. Speerpunten daarin zijn: bemoeizorg en vermaatschappelijking.

### **Hoe bevalt het werk bij GGZ-Nederland u?**

*De combinatie van de inhoudelijke kant van de gezondheidszorg (het gespecialiseerde van de GGZ) en de raakvlakken met maatschappelijke organisaties vind ik heel bijzonder. In de GGZ heb je met veel sectoren buiten de gezondheidszorg te maken. Het maatschappelijke karakter komt tot uitdrukking als we een convenant afsluiten met de hoofdcommissaris van politie om de opvang van mensen die in crisis terecht komen beter te organiseren zodat ze niet in een politiecel belanden. Die hele kant van de integriteit van het menselijk lichaam, de mensenrechten-achtige kant die bij de psychiatrie een rol speelt, spreekt me erg aan. Toen ik in de Tweede Kamer zat was ik woordvoerder gezondheidszorg en hield me bezig met de behandeling van de BOPZ vanwege mijn juridische achtergrond. Ik ken deze wereld dus van verschillende kanten. Wat me ook aanspreekt zijn de mensen die er werken. Ik vind ze erg leuk en enorm betrokken. De professionals combineren een duidelijke aanpak vanuit kennis van zaken en heel veel inlevingsvermogen.*

### **Is dat anders dan in de politiek?**

*In de politiek gaat het vaak over grote kwesties, wel heel belangrijke overigens, maar dat zijn vaak papierenafwegingen. Zo is er een enorm groot verschil tussen de wijze waarop in de politiek of in de GGZ met morele dilemma's wordt omgegaan. Ik neem mijn petje af voor de werkers in de GGZ als ik zie met welke dilemma's men te maken krijgt. Het zijn heel ingewikkelde kwesties waar het voortdurend gaat om morele en ethische afwegingen. Dat zie je in de politiek niet op een dergelijke manier. Wat het ook zo boeiend maakt is dat er in de GGZ veel politieke kwesties spelen zoals de openbare orde, veiligheid en de wet BOPZ. Dat is denk ik ook de reden waarom ik dit werk zo leuk en boeiend vind, die combinatie van betrokkenheid, aanpak, kennis van zaken, het maatschappelijke belang en de ethische en morele afwegingen die gemaakt moeten worden.*

### **Voorkomen dat risicogroepen ontstaan is naar mijn mening een politiek statement.**

*Dit is duidelijk een principiële koerswijziging ten opzichte van eerder beleid. Preventie is lange tijd een onderwerp geweest waarvan men vond dat het niet om de harde geneeskunde of de harde psychiatrie ging. Ook werd beweerd dat het niet zou werken. Overigens leven die meningen nog steeds bij veel mensen. Preventie heeft lange tijd niet de aandacht gekregen die er van oudsher voor was. Maatschappelijke ontwikkelingen en onderzoek tonen aan dat preventie wel degelijk noodzakelijk is. Onlangs is bij het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP: Jehoel-Gijsbers, G. (2004) Sociale uitsluiting in Nederland. Rijswijk: SCP. Publicatie 2004-17) het onderzoek Sociale uitsluiting verschenen. Dit onderzoek is vanuit preventief oogpunt van belang voor de GGZ. Daarom heb ik daar bij de presentatie van het visiedocument ook naar verwezen. Als GGZ hebben we een belangrijke taak in het voorkomen van sociale uitsluiting bij mensen met psychische problemen. Maar dat is wat anders dan de pretentie hebben dat we psychiatrische problematiek kunnen voorkomen door sociale uitsluiting tegen te gaan. Daarmee zouden we ons zelf echt overschatten. Beiden zijn wel onlosmakelijk met elkaar verbonden. Daarom moeten we ook samenwerken en moeten er politieke en maatschappelijke keuzen worden gemaakt.*

### **Wat moeten we ons voorstellen van de rol die GGZ-Nederland speelt in het beïnvloeden van de diverse departementen als het gaat om bovenstaand onderwerp?**

*Deze vraag wordt ons wel vaker gesteld. Daar waar dat relevant is gebeurt dit zeker. Ik wil echter benadrukken dat we daar erg terughoudend in zijn, en ook moeten zijn. Wij zijn een koepel, een vereniging van zorgaanbieders, niet meer en niet minder. Als je je opgave overschreeuwt dan is je invloed die je wat dat betreft hebt, binnen de kortste keren weg.*

*Je moet oppassen dat je niet gezien wordt als 'de club die alleen maar opkomt voor haar eigen belang' want we hebben met meerdere spelers in dit veld te maken. Wij zijn niet de enige zorgaanbieders. Dan neemt niet weg dat er wel degelijk keuzen worden gemaakt en dat we soms een standpunt uitdragen. Vorig jaar zomer is dat nog gebeurd. Ik heb toen een brief geschreven naar de Volkskrant naar aanleiding van de kwestie over de asielzoekers. Het ging toen om 26.000 mensen die uitgeprocedeerd waren, en met een deel daarvan kreeg de GGZ op gesloten afdelingen en in separeers te maken. Mensen die volledig door het lint gingen van angst bij het idee dat ze uitgezet zouden worden. Mijn persoonlijke mening is niet relevant in een dergelijke situatie. Als werkgeversorganisatie moeten wij onze mening pas dan laten horen als verandering van het overheidsbeleid tot gevolg heeft dat medewerkers in de GGZ daar problemen mee krijgen in hun dagelijkse werk. Pas dan heb je recht van spreken. In dit geval hebben we contact gelegd met Pharos, ook een lidinstelling van GGZ Nederland, en de IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst) om de situatie voor die groep mensen te verbeteren. Wat ik ondenkbaar acht is dat we als branche een standpunt innemen over het vluchtelingenbeleid in zijn algemeenheid. We doen dat als het beleid direct gevolgen heeft voor het werkveld.*

**In het visiedocument komt de term sociale psychiatrie één keer voor. De keuzen die worden gemaakt zijn echter allemaal direct te herleiden naar de sociale psychiatrie. Welke strategische keuze zit daarachter?**

*De keuzen hebben regelrecht te maken met onze taak om ervoor te zorgen dat we op die plekken zitten waar, maatschappelijk gezien, altijd de gaten vallen. Wij zijn geen adviesorgaan, geen politieke organisatie en we zijn ook geen vakbond. Ik vind dat we terughoudend moeten zijn om van alles te roepen. Er is behoorlijk wat kritiek op de GGZ ten aanzien van wat we allemaal willen doen. Er wordt ons een zekere mate van grenzeloosheid verweten. Ik vind dat daar iets in zit als we verwachtingen wekken die we helemaal niet waar kunnen maken. Dat geldt hier ook voor. Dit is wat wij te bieden hebben. Dat is niet toereikend als je kijkt naar de mensen om wie het gaat. Verbetering van hun kwaliteit van leven is veelomvattend en dat kunnen we ook niet alleen. Andere organisaties zullen ook in het geweer moeten komen, anders lukt het niet. Als arbeidsreintegratietrajecten of woningbouwcorporaties niet mee doen, dan houdt het op voor de GGZ want dat kunnen we helemaal niet alleen. In die zin moeten we bescheiden en realistisch zijn.*

*De keuze voor de vier domeinen is bewust gemaakt om nu eens op een vruchtbare manier een discussie te voeren. We willen niet vastlopen in de discussie over verschillende invalshoeken. Er wordt uitgegaan van het bio-psycho-sociale model. We willen met dit visiedocument juist voorkomen dat oude, ideologische discussies opnieuw gevoerd worden. Het moet vooral over de inhoud van de zorg gaan en er moeten geen belangendiscussies gevoerd worden. Dat heeft mogelijk wel tot gevolg dat sommige beroepsgroepen vinden dat uit dit document te weinig erkenning voor hun werk naar voren komt. Dat is niet de bedoeling.*

*Met dit document willen we beschrijven wat de GGZ allemaal doet en waar de GGZ zich de komende jaren op moet richten. Daarin worden geen uitspraken gedaan over beroepsgroepen of organisaties van zorg. Ook de gevolgen van een veranderende financiering wordt niet genoemd want daar is het ons in eerste instantie niet om te doen. Onze leden uit de regio, de instellingen, moeten invulling gaan geven aan de thema's waar het volgens ons de komende jaren in de GGZ om draait. De brancheorganisatie moet, als het bijvoorbeeld om beroepsgroepen gaat, de voorwaarden scheppen om dit mogelijk te maken. Dan moet je denken aan opleidingsplaatsen en dergelijke.*

## **Wat kunnen werknemers in de GGZ nu wel en niet verwachten van GGZ-Nederland?**

*Wij hebben een ontwikkeling doorgemaakt van een koepelorganisatie naar een brancheorganisatie. De leden willen dat wij als vereniging hun belangen zo goed mogelijk behartigen. Dat betekent dat op regionaal niveau uitvoering gegeven wordt aan landelijk beleid maar natuurlijk ook dat landelijk beleid wordt bepaald vanuit ideeën die in de regio's leven. Wij zijn niet een club die vooruit loopt en hier en daar eens wat regels uitdeelt waar de leden zich aan moeten houden, zo werkt het niet. Wij zijn geen opinielers integendeel, het is juist andersom. Het werk wordt gedaan in de lidinstellingen en wij zijn daarin ondersteunend en dienstverlenend. Om dat werk goed te kunnen doen vind ik dat je soms wel voor de troepen uit moet lopen en ook wel eens uitspraken moet doen. Dat is overigens ook de basis waarop je zo'n visiedocument produceert. Het biedt wel de mogelijkheid om de leden aan te kunnen spreken op gemaakte afspraken. Een daarvan is bijvoorbeeld over het separaatbeleid. Er moet de komende drie jaar per jaar 10% minder gesepareerd worden. De leden hebben zich hieraan gecommitteerd, en moeten dit waarmaken. Wij leggen dat niet op maar wij kunnen de leden wel aanspreken op gemaakte afspraken. Iets dergelijks kunnen we helemaal niet opleggen want het zijn de leden die het uitvoeren, wij niet.*

*De volgende stap vanuit het visiedocument is dat hierin evident naar voren komt dat in de toekomst veel sociaal psychiatrisch opgeleide disciplines (dus ook verpleegkundigen) nodig zijn. Dat hebben we met elkaar afgesproken en onze taak is vervolgens om de voorwaarden te creëren om dat mogelijk te maken. Dat zou kunnen betekenen dat we in gesprek gaan met opleiders omdat onze leden professionals nodig hebben met de vaardigheden om zaken aan te kunnen pakken die in het visiedocument beschreven staan. Wat we natuurlijk willen, en hopen, is dat juist vanwege het visiedocument het makkelijker zal worden om die gesprekken aan te gaan. Ze vloeien immers logisch voort uit de koers die we met elkaar hebben neergezet. Het beleid waar met elkaar 'ja' tegen hebben gezegd, heeft onder andere deze consequenties. De brancheorganisatie doet geen uitspraken over hoe het nu allemaal precies georganiseerd moet worden, dat is aan de lidinstellingen. Maar dat een eenmaal uitgezette koers consequenties heeft, dat is evident.*

## **Rondom vermaatschappelijking krijgt de GGZ soms het verwijt er een paternalistische houding op na te houden.**

*Ik weet dat die verwijten er zijn. Op basis van het document kun je dus wederom op zijn hoogst zeggen dat we ons aan de afspraken moeten houden. Als organisatie kunnen we de lidinstellingen met dit document in de hand wel vragen stellen of de activiteiten in overeenstemming zijn met het afgesproken beleid. Dat neemt niet weg, dat het lastig is vanwege de ingewikkelde en verschillende belangen rond het thema vermaatschappelijking. GGZ instellingen zeggen vaak 'wij moeten wel veel regelen omdat anderen het niet doen' en de anderen zeggen weer 'wij krijgen geen kans want de GGZ houdt alles zelf in de hand'. Ook in de GGZ wint de gedachte langzamerhand terrein dat je er belang bij hebt dat nieuwkomers een kans krijgen om een ander aanbod te ontwikkelen. Hierdoor vergroot je de keuzevrijheid voor de cliënt en neemt de kwaliteitsverbetering toe.*

## **In het visiedocument neemt vermaatschappelijking een belangrijke plaats in. Wat is uw mening over de ontwikkeling van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in het kader van vermaatschappelijking?**

*We zijn daar uiterst kritisch over geweest. Het gaat om heel veel geld (drie miljard euro) en het gaat om goede zorg. De reden dat wij waren zo kritisch zijn heeft met het volgende te maken.*

- *Eenzijds is het een mooie gedachte: wie kan nu beter maatschappelijke ondersteuning bieden dan de gemeenten. Anderzijds heeft het ook consequenties voor cliënten van de GGZ. Activerende ondersteuning is bijvoorbeeld een recht vanuit de AWBZ. Vanuit de WMO is dat geen recht maar een voorziening. Daar is een risico aan verbonden: als het geld op is dan is er geen activerende ondersteuning meer.*
- *Een ander punt is dat veel ondersteuning vanuit de GGZ gekoppeld is aan de behandelplannen van mensen. Dat betekent dat het om verschillende voorzieningen gaat. De kans dat hierdoor allerlei bureaucratische rompslomp ontstaat, is niet ondenkbaar. Het is de vraag of cliënten daar nu mee gediend zijn.*
- *Tot slot heeft de GGZ ook de ervaring op dit gebied met gemeenten. Als zij bijvoorbeeld het initiatief namen om een voorziening voor verschillende deelnemers te creëren (bijvoorbeeld dagactiviteitencentra), waaronder cliënten van de GGZ, kwam men vrij snel op dat initiatief terug omdat men het te moeilijk vond. Men heeft de deskundigheid vaak niet in huis en als mensen eenmaal goed ingewerkt zijn, dan vertrekken ze weer. Die mooie gedachte van de regiefunctie van de gemeente verwordt dan tot nog meer bureaucratie en versnippering. Daar heeft niemand baat bij.*

*Dat betekent overigens niet dat er niets moet gebeuren. Ik ben van mening dat er een paar goede pilots moeten komen om zaken uit te proberen en deskundigheid op te bouwen. In de tussentijd moet gezocht worden naar een betere vorm dan de WMO, want uiteindelijk zijn cliënten er bij gebaat als ze niet louter afhankelijk zijn van het GGZ aanbod.*

*We moeten echter wel een gezond wantrouwen hebben tegen dergelijke ontwikkelingen. We hebben gezien wat er met de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en met het welzijnswerk is gebeurd. De link naar de WMO is dus snel gemaakt. Want laten we wel wezen het is voor de overheid natuurlijk ook een middel om de groeiende AWBZ te beteugelen en daarmee te bezuinigen. Dat heeft weer gevolgen voor de disciplines die ingezet gaan worden. Als het daar op neer komt dan worden er geen SPV-en ingezet maar Thuiszorgmedewerkers. Die zijn goedkoper. Daarmee wil ik absoluut niet zeggen dat dit niet zou moeten gebeuren. Daar waar het kan is het een uitstekende voorziening. Voor een deel van onze cliënten is het echter niet toereikend en betekent dit een achteruitgang van zorg .*

### **Zal GGZ zorg in de toekomst veel meer in de wijk en buurt gegeven worden?**

*Voor een deel is dat zeker het geval maar dat is niet zo gemakkelijk te realiseren. De reactie van minister Hoogervorst op besprekingen over GGZ zorg in de eerste lijn was: 'dan moeten er ook 1e lijnstarieven berekend worden'. GGZ zorg tot een jaar, klinisch en ambulant, zal uit de AWBZ gehaald worden en overgaan naar de verzekerde zorg. Wat dat voor de PGB's betekent is nog niet duidelijk want ook dat is een AWBZ bekostigde functie. De financiering is wat dat betreft zeker niet rond.*

*Van meer inhoudelijke aard is het maatschappelijke vraagstuk. We signaleren dat men in buurten en wijken minder ontvankelijk is om nog een andere doelgroep op te nemen. Zaken als tolerantie en veiligheid staan natuurlijk hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Mensen lijken nauwelijks nog iets te kunnen verdragen als het gaat om iets dat afwijkt van het gangbare, of dat moeilijk is. Aan de andere kant is er in veel wijken een behoorlijk ontwikkelpotentieel met de RIBW's. Die worden tot nu toe te weinig benut. Ze worden nog steeds en vooral gezien als instituties of doorgangspoten maar daar zou je natuurlijk ongelooflijk veel variëteit in aan kunnen brengen.*

*Een woonfunctie zoals het RIBW biedt ook op lange termijn een heel goede voorziening voor mensen die niet alleen, willen en, kunnen wonen vanwege hun psychiatrische handicaps.*

*Gelukkig gebeurt dit op veel plaatsen, bijvoorbeeld in Kennemerland. Daar wordt samengewerkt door de RIBW en de woningbouwcorporaties om allerlei voorzieningen te creëren.*

*Daarnaast zitten vele SPV-en in de 1e lijn bij huisartsen. Voor andere beroepsgroepen zoals maatschappelijk werkenden is de komst van SPV-en niet alleen een aanvulling. Sommigen zien het als bedreiging van het eigen werk en de plek in de 1e lijn.*

*De SPV wordt door huisartsen vooral gezien als een discipline die aanpakt en praktisch is, niet bang is voor rotzooi. Maatschappelijk werkenden zijn veel meer op het verbale ingesteld. Werken in de buurt of wijk stuit dus op financiële problemen en op problemen rond samenwerkingsafspraken.*

*Er moet GGZ deskundigheid in de 1e lijn zitten maar de kracht zou moeten zijn dat je dan ook iets te zeggen hebt en houdt over die tweede lijn. Als je als SPV losgesneden bent van die 2e lijn vraag ik me af wat de toegevoegde waarde is in de 1e lijn. Je hebt er dan een schakel bij en dat kan de verwarring alleen maar vergroten.*

### **In het visiedocument wordt gewezen op de toegenomen vraag naar GGZ zorg (80% in 8 jaar tijd). Over de hele linie zien we toch een groei in de vraag om zorg?**

*In de eerste plaats wil ik benadrukken dat de GGZ lang, geforceerd, in haar groei is belemmerd. Die groei is dan ook deels te verklaren uit achtergebleven noodzakelijke opvang. Daarnaast zijn er allerlei sociaal maatschappelijke ontwikkelingen op te noemen, minder taboe, meer individualisering, wegvallen van kerkelijke verbanden en organisaties, waarom de groei in de GGZ zo hard gaat.*

*Wat voor elke sector in de gezondheidszorg geldt, is dat de maatschappelijke bereidheid om voor de zorg te betalen, in twijfel getrokken wordt. Overigens ben ik daar minder pessimistisch over dan vele anderen om me heen, want ik hoor veel mensen zeggen dat ze het helemaal geen verkeerde keuze vinden dat belastinggeld naar de gezondheidszorg gaat. Bij de begrotingsbehandelingen vertegenwoordigen we onze branche en zorgen er voor dat de GGZ voldoende middelen krijgt om de zorg te kunnen leveren. Dat is zeker gelukt bij de afgelopen begrotingsbehandeling. Daar is de GGZ in de bezuinigingsronde voor 2004 ontzien.*

*We zijn er niet slecht uitgekomen in vergelijking met andere AWBZ partijen. Waar we op dit moment wel mee te maken hebben is een minister die niet zo thuis is in de GGZ. Dat maakt het wat lastiger en daarom moeten we veel informatie geven. Verder kan en moet de GGZ sector ook willen laten zien hoe met gemeenschapsgeld wordt omgegaan, en vooral dat dit verantwoord gebeurt. Neem het voorbeeld van de ziekenhuizen. Daar is onderzoek gedaan naar de bedrijfsvoering en de uitkomst was dat het 30% goedkoper zou kunnen. In die werkelijkheid is het volkomen bizar om te zeggen dat je meer geld zou willen. Die werkelijkheid bepaalt dat je je altijd af moet vragen of het geld van de gemeenschap ook doelmatig besteed wordt.*

*We betalen allemaal premie voor de zorg en het onderwijs en we willen toch niet te horen krijgen dat er veel meer voor dat geld gedaan had kunnen worden als het maar doelmatiger zou zijn besteed.*

*Ik ben tevreden over het visiedocument in de zin dat de inhoud voorop moet staan: we hebben een keuze gemaakt om goed te beschrijven waar het nu om gaat in de GGZ. Ik kom zelf uit de buitenwereld, dus niet uit de GGZ, en voor veel mensen is het zo onduidelijk wat die GGZ nu eigenlijk inhoudt.*

*Daar moet veel meer bekendheid aan gegeven worden.*

*Er is voor gekozen om de inhoud waar de GGZ voor staat, en op aan te spreken is, duidelijker naar buiten te brengen.*

*De volgende stap zal zijn hoe daar door de instellingen invulling aan gegeven gaat worden. Wij als branche zorgen voor de randvoorwaarden. Als die worden bedreigd, bijvoorbeeld in het geval van opleidingen, dan is het onze taak om rond de tafel te gaan zitten.*

*Ik hoop dat alle betrokken partijen daar dan ook wel gebruik van maken en ons zullen benaderen om hierover het gesprek aan te gaan.*

Met de belofte dat dit op zeer korte termijn zeker zal gebeuren, verlaten wij het pand om in een druilerige, koude december namiddag weer elk ons weegs te gaan.