

UIT DEN LANDE

Bij mijn afscheid van de spv-opleiding

Helmi Goudswaard (zomer 2006)



*Heer Ollie nam een zittende houding aan en keek bevreemd naar de zenuwarts. 'Wat is er?' vroeg hij. 'Ik zei alleen maar..'
Op dat moment werd de deur geopend, en hij zweeg ontsteld, toen er een zwaargebouwde verpleger binnenkwam.
'Net op tijd!' riep de heer Zielknijper overspannen. 'De patiënt heeft me bedreigd! Snel, broeder, bedwing hem op zachte wijze. Ik zal intussen een kalmerend spuitje klaarmaken. Dit is geen geval voor een analyse, we zullen andere maatregelen moeten nemen.'
Nu drong het tot heer Bommel door, dat er gevaar dreigde, en met een sprong verliet hij de rustbank.
'Niks spuitje!' riep hij verwilderd. 'Ik heb jullie door!'*

Een winterochtend, kwart over negen. Het is nog kil in het door tl-lampen verlichte klaslokaal. Vijfentwintig spv-en in spe zitten te wachten op hun psychiatrie-docent. Zwetend word ik wakker. Het duurt even, maar dan dringt het tot me door: aan het eind van deze zomer ga ik niet meer terug naar de klas, ik ben met prepensioen!

In 1974 begin ik als jong enthousiast klinisch psycholoog met lesgeven aan de katholieke sociale academie 'De Aemstelhorn', afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. De plek waar GGZ-ers, samen met AGZ-ers in één groep, opgeleid worden. Later wordt dat de spv-opleiding aan de Hogeschool van Amsterdam. Op 21 juni 2006 krijg ik in een aula vol abituriënten een diploma 'bachelor of nursing' uitgereikt door mijn teamleidster, waarop 'totaal behaald: 32 jaar, met lof' staat vermeld. Een paar opmerkingen ten afscheid.

Lesprogramma

Het drietal patiënt, arts en verpleger op het plaatje hierboven siert de omslag van mijn eerste blokboek. Het lesprogramma heeft als onderdelen: Therapeutische

processen en Capita selecta uit de hulpverlening. Uit de inhoud: 'Hoe houden wij elkaar uit het gekkenhuis?' en 'De taal van de gevoelens.'
Twee en dertig jaar later ziet het er heel anders uit. Doelgroepen en Methodieken is de titel en het programma omvat Stemmings-, Angst-, Borderline Persoonlijkeids- en Psychotische stoornissen. Er zijn aparte onderdelen voor Cursus, Training, en Project. Het geheel wordt getoetst met een Proeve van bekwaamheid, waarin de student laat zien dat hij professioneel methodisch kan werken. De te lezen artikelen gaan over netwerkstrategie, rehabilitatie, psychoeducatie, dialectische gedragstherapie, relatiemanagement, cognitieve therapie. Alles volgens richtlijnen en protocollen en evidence based. Een illustratie van ruim dertig jaar ontwikkelingen in het onderwijs en in de GGZ.

Marktdenken

Het is duidelijk dat het marktdenken zowel de GGZ als het onderwijs bereikt heeft. Een voorbeeld. In het dagblad lees ik dat er een idee gelanceerd is om alle depressies naar India te outsourcen, zodat in cognitieve therapie geschoolde telefonisten de cliënten van daaruit kunnen bedienen!

De spv-en in opleiding hebben flinke moeite met het vertalen van hun activiteiten in de hapklare categorieën waar de markt om vraagt: 'een kop koffie drinken met een cliënt, een vergadering met de buurt, het opruimen van een huis om een band met je cliënt te krijgen, het is allemaal moeilijk te scoren en heel moeilijk te verkopen.'

Sociale psychiatrie is wel de minst wetenschappelijke en de meest maatschappelijke tak van de GGZ genoemd. Het is een werkwijze die oorspronkelijk ideologisch geïnspireerd is en sterk gevoed wordt door de praktijk. Ik heb er in mijn lessen naar gestreefd om dit gedachtegoed uit handen van het academisme en vooral het marktgerichte denken te houden. Het aanleren van therapeutische- en gesprekstechnieken, de aandacht voor de sociale context en de reflectie over eigen handelen waren daarbij voor mij wezenlijke elementen.

Sociale psychiatrie: geen geval voor een analyse

In ruim dertig jaar heb ik de focus in de sociale psychiatrie zien veranderen van cure naar care, van genezen als doelstelling naar het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het domein van de sociale psychiatrie is naast de mensen in terugkerende acute crisis en de gezinnen met ingrijpende psychosociale problematiek, vooral de circa 75.000 mensen met een blijvende psychiatrische handicap gaan omvatten. De doelgroep heeft bovendien toenemend te kampen gekregen met sociaal isolement en met financiële problemen. Bemoeizorg heeft inmiddels een flink aandeel in het werk van de spv. Zelfs bij Mac Donalds en onder de brug zijn spv-en met hun bemoeizuchtige en outreachende werkwijze vandaag te vinden.

Student als zelfstandig ondernemer

Ik kom mijn werkkamer op de hogeschool binnen en open mijn mailbox. Ik wrijf in mijn ogen of ik het wel goed zie. Docenten moeten van nu af aan toestemming gaan vragen als ze thuis willen werken. En dat terwijl we op school met zijn negenen in een kamer zitten, er voortdurend telefoons afgaan en studenten binnenlopen! Een van de allergrootste veranderingen in het (hoger beroeps) onderwijs is de steeds sterker wordende invloed en controledrang van de managers.

Het moderne management heeft ook de mensvisie van de onderwijshervormers danig beïnvloed. De mens, in dit geval de student moet vandaag zelfstandig ondernemer zijn en zijn eigen leerproces vorm geven. Ik ben hier niet principieel op tegen, ik denk dat het studenten vaart kan geven. Maar ik zie wel veel gevaren in het overbodig maken van alle kennis, cultuur en normen en waarden die een docent kan meebrengen en waarvan een student kan leren.

Om nog maar niet te spreken van het misplaatste optimisme dat in deze onderwijsvisie zit: veel studenten die ik meemaakte waren helemaal niet zo zelfstandig en het kostte veel inzet van docenten, van medestudenten en van henzelf om hun eigen leerdoelen alleen al te formuleren.

Onderwijs: van vakgericht naar competentiegericht

Na jarenlang vakgericht onderwijs, afgewisseld met golven van projectmatig, probleemgestuurd- en modulair onderwijs, werd de mode een paar jaar geleden competentiegericht. Competentie is een samenhangend geheel van vaardigheden. Het zogenaamde 'leren-leren' staat nu centraal. Daarbij moet het onderwijs 'studeerbaar' (lees: niet te moeilijk) zijn. De docent moet weer agoog zijn: hij is begeleider van praktische opdrachten en voert veel studieloopbaan gesprekken. Het lijkt er vaak op dat de docent is vervangen door het internet als bron van kennis, terwijl dat toch echt alleen een bron van informatie is. Enerzijds ben ik blij met die verandering: de voetangels en dilemma's van het beroep van spv worden veel duidelijker zichtbaar en de noodzakelijke praktische vaardigheden kunnen wel wat oefening gebruiken. Anderzijds: als je alleen aan competenties werkt, laat je de markt regeren. Als je mensen leert om te leren, krijgt kennis een tijdelijk karakter en wordt inwisselbaar voor ervaring, afgemeten aan direct nut. Dat is wat de markt wil. Terwijl studenten door middel van kennis meer controle over hun praktijk (en hun leven) krijgen en niet opgesloten blijven in hun praktische ervaringen.

Werkrelatie

Naast het marktdenken in onderwijs en hulpverlening en ongetwijfeld daardoor gestuurd, is het streven naar protocolisering opvallend. Nu is efficiency een belangrijk nieuw criterium in de GGZ, maar je kunt het geloof in classificatieschema's en daarop gebaseerd evidence based handelen ook te ver doorvoeren.

Ik ben vaak onder de indruk geweest van de haarfijne manier waarop onze studenten contact kunnen leggen met de meest uiteenlopende groepen mensen, cliëntèle of niet. Wat me zo dikwijls opgevallen is: hoe belangrijk de 'tone of voice' is. Een belangrijke rode draad in mijn lessen is geweest het bewust maken van en omgaan met tegenreacties als irritatie, ongeduld, verving, machteloosheid en fascinatie en de subtiele verschillen in macht, die allemaal in je relatie met de cliënt terugkomen. Heb je eenmaal een werkrelatie, dan is de rest minder moeilijk. Met plezier zag ik dat er in de vakliteratuur weer aandacht komt voor het belang van 'clinical skills' in het werk: persoonlijke expertise en bejegening. Bij begeleiden en behandelen gaat het toch vooral over de subtiliteit van het menselijk contact? Is het verhaal van de cliënt en hoe je daar naar luistert niet veel belangrijker dan al het andere?

Les over bps

Zomaar een les. Het thema is het relatiemanagement van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Na mijn uitleg van wat relatiemanagement is, discussiëren we over de prikkelende stelling van de studenten: 'Bps is onhandelbaar en onbehandelbaar in de psychiatrie.'

We komen in een debat terecht over de vraag of verslaafde prostituees en dito veelplegers thuishoren in de (O)GGZ. En even later reflecteren we over het probleem of je iemand die volwassen is nog empathie kunt aanleren? We oefenen twee aan twee met nieuwe 'copingstrategieën' in het omgaan met eigen tegenreacties en andere valkuilen in contact met borderlines en geven elkaar tips. We doen een rollenspel in kleine groepjes en discussiëren over de vraag of je een bps-cliënt altijd naar suicideplannen moet vragen? Om de les af te sluiten met een licht akkoord bedenken we een nieuw tv-format: een zorgboerderij vol met borderlines als Big Brotherhuis: never a dull moment!

Supervisie over socialisatie

Een collega en tevens oud-student vertrouwt me toe: 'vroeger toen ik les van je kreeg vertelde je dat het belangrijk was om als hulpverlener je eigen socialisatie te onderzoeken. Altijd onthouden en nog steeds mee eens!'

Druk dat maar eens uit in een protocol! In de loop van de tijd is mijn aandacht voor de hulpverlener als persoon nooit uit de supervisie verdwenen.

Een opvallend fenomeen dat ik in mijn tijd in het onderwijs heb waargenomen is dat verpleegkundigen nog steeds niet vrij zijn van het opkijken tegen autoriteiten. Misschien hebben ze te lang onderaan de hiërarchie gezeten en hun onvrede daarover te lang moeten inslikken. Onze studenten zijn vooral afkomstig uit de lagere middenklasse, vaak in één generatie opgeklommen uit NoordHollandse en Westfriese boeren- en tuindersgezinnen. Als een student een 'moeilijk' woord in de les laat vallen, wordt er vaak hard gelachen.

Zomaar een supervisiezingting. We zijn bezig met de klasse-achtergrond van de studenten. We maken een koppeling tussen de psychologische boodschappen die ze gekregen hebben in hun gezin van herkomst en de terugkerende conflicten met 'hogerhand' in de stage. We brainstormen over ieders kernkwaliteit en staan stil bij de vraag hoe het komt dat ze hun eigen kracht vaak niet kunnen aanspreken en te onzeker worden. Het is mooi om te zien hoe studenten steeds meer inzicht krijgen in dit proces en zich als volwaardig deskundige leren opstellen naast de 'behandelaars'.

Empowerment

Sinds ik begon in het onderwijs aan spv-en heb ik vele thema's en modes in de GGZ en ook verschillende stromingen in het onderwijs voorbij zien komen. Wat blééf voor mij in al die jaren: het streven van ons als opleiders naar *empowerment* van de verpleegkundige én de cliënt. Is dat gelukt? Soms wel!

Ik heb gemerkt dat er meer en meer oplossingsgericht gewerkt wordt en dat het levensverhaal van de client geïntegreerd wordt binnen de behandeling in plaats van alleen zijn tekorten. Uit de evaluaties van 'mijn' laatste lichting afzwaaiende spv-en: 'Ik heb geleerd zelfstandiger te werken en de verantwoording meer bij de cliënt te laten', 'Ik heb breder leren kijken, meer sociaal en systemisch', 'Ik ben afgekickt van het medisch model.' De aller-leukste opmerking van een student vond ik: 'Ik ben nieuwsgieriger geworden.'

Enthousiasme

Het enthousiasme voor het vak van docent en voor het werk van de spv waarmee ik begon in 1974 heb ik naar mijn weten altijd kunnen behouden. Sterke kanten in mijn onderwijs waren: een positieve attitude, goed kunnen uitleggen, contact kunnen maken, goed kunnen trainen, speels werken met rollenspel. Meestal ging ik goed voorbereid een les in.

Zwakke kanten waren er uiteraard ook: ik kon snel geïrriteerd raken bij weinig inzicht, weinig motivatie, en weinig invoelend vermogen van studenten. Ook kon ik niet goed omgaan met de collectieve machteloosheid die in een groep kon ontstaan. Op zo'n moment vond het gehoor alles 'te moeilijk' en te zwaar en kon men reageren door te gaan hangen. Terwijl een groep met een andere groepsdynamiek juist geïnspireerd werd en in de eigen praktijk aan de slag ging met nieuwe kennis en vaardigheden.

Met het klimmen der jaren werd mijn eigen ego minder belangrijk: de studenten hoefden niet meer te denken wat ik vond dat ze moesten denken, ik kon ze wat meer steunen om hun eigen gedachten te ontwikkelen. Daar werden lessen een stuk leuker van.

Wat hebben deze jaren gebracht? Ik onthoud vooral de bezielende samenwerking met de collega's, de humor, en het contact en de discussies met de studenten. Wat me goed deed was hun onvoorwaardelijke inzet voor hun cliënten.

En wat was het bijzonder om te zien dat veel studenten enorm gegroeid zijn in de jaren dat ze bij ons waren!
Ook ikzelf heb erg veel opgestoken van dit werk, dat ik bovendien altijd zinvol heb gevonden. Wat een voorrecht. Ik krijg er een warm hart van.

Jullie moeten het niet pikken!

**Anouska Cremers
Ivonne van der Padt**

Aldus Agnes Kant als wij haar aan de tand voelen over de te verwachten inzet van de SP waar het de zorg betreft. Deze verhelderende en gedreven uitspraak zet de puntjes op de I waar het verantwoordelijkheden over beleid en met name de uitvoering betreft....

Na de verkiezingen in november bleek dat de SP vele zetels gewonnen had. Afgaande op de geluiden bleek dat vele medewerkers uit de zorg, collega's, en dus lezers van SP, op de Socialistische Partij gestemd hebben. Een week later verzochten wij Agnes Kant, als portefeuillehouder Zorg en tweede kandidaat op de SP-lijst, om een interview. Dit werd meteen toegezegd en in januari zaten we dan ook om de tafel. Onze expliciete vraag was welke boter de SP bij de vis zou doen nu zij een grotere regeringsverantwoordelijkheid krijgt. Als uitgangspunten namen wij de WMO en de toegenomen protocollering en bureaucratie. Als wij spreken over de invoering van de DBC's en op het punt staan haar te vragen wat de SP hier aan gaat doen, is zij ons voor en roept "jullie moeten het niet pikken!"

Wat is je engagement met sociale psychiatrie, wat weet je ervan? Wat is je affiniteit met zorg?

Ik heb gezondheidswetenschappen gedaan en daarbinnen de specialisatie epidemiologie. Dus ik ben sowieso geïnteresseerd in alles dat aan gezondheid raakt. Met name de maatschappelijke kant ervan en daar zit sociale psychiatrie ook bij. Ik ben hiermee in aanraking gekomen doordat ik mij bezighield met daklozenproblematiek. Ik heb in het verleden het actiecomité 'Onder Dak' opgericht. Daar zaten mensen bij van de sociale opvang, zowel hulpverleners als daklozen als mensen met een psychische handicap. We hebben toen een plan opgesteld om iedereen onder dak te krijgen en daarbij speciale aandacht gevraagd voor het risico dat psychiatrische patiënten lopen om dakloos te worden. Ik vond het heel schokkend om te zien dat mensen diep in de problemen komen door tekortschietende zorg of door het niet op de juiste manier aanbieden van zorg. Dat kun je toch niet verkopen?

De periode waarover je vertelt, dat is de periode dat deze zorg nog onder verantwoordelijkheid viel van de zorgverzekeraar, de AWBZ. Met de WMO valt dit onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Op het moment dat iemand echt ziek is, een beroep doet op de gezondheidszorg en bijvoorbeeld in een instelling terecht komt valt hij onder de AWBZ. Maar de fysieke opvang valt onder de gemeente. Maar goed, dat is ook één van de redenen dat er zo langs elkaar heen gewerkt wordt: een deel van de zorg valt onder de gemeente, een deel ook weer niet. Een voorbeeld dat ik ook genoemd heb in het debat over de WMO is het volgende. Een schizofrene jongeman woont zelfstandig onder begeleiding van een sociaal psychiatrische verpleegkundige en gespecialiseerde thuiszorg. Verschillende vormen van zorg zijn nodig in verschillende periodes waarin het beter of juist slechter gaat. Gelukkig ligt de beoordeling nu bij één persoon, de SPV die bepaalt wat op een zeker moment nodig is. Wat hebben we nu met de WMO gedaan? Die thuiszorg of huishoudelijk hulp eruit gelicht en al die functies verknijpt. Wat gebeurt er dan? Hij krijgt een

indicatie voor zoveel uur huishoudelijke hulp, en dat valt dan weer juist onder de thuiszorg die ondergebracht is in de WMO en dat moet de gemeente regelen. Maar het gedeelte van de gespecialiseerde thuiszorg valt nog onder de AWBZ! In plaats dat ze dat nou in één hand houden van iemand die overal verstand van heeft en dat ook kan beoordelen, komen er allemaal mensen over de vloer die er helemaal geen verstand van hebben. Ik sluit niet uit dat het gevolg kan zijn dat zo'n jongen uiteindelijk niet meer zelfstandig kan wonen. Dus ik denk niet dat we er met de WMO zoveel op vooruit gaan.

Voorheen was het ook zo dat de SPV een hele route moest doorlopen om verschillende vormen van zorg te regelen, dat is op dit moment net zo. Maar de vraag is, wat zou de SP daaraan kunnen gaan doen?

Ik weet dat dat voorheen ook zo was, maar toen kon je nog wel eens schipperen hier of daar. Ik ben niet voor de WMO zoals die nu geregeld is. Gunstig is dat zaken nu van dichtbij geregeld worden. Dat is de positieve kant van wat men met de WMO bedoeld heeft, maar het leidt nu toch weer tot versnippering. Want de gemeenten zullen geneigd zijn dat te versterken omdat zij verplicht zijn het werk aan te besteden. In plaats van de kwaliteit en de continuïteit voorop te stellen moeten zij op de centen letten. Dat is denk ik een groot gevaar.

Veel gemeentes werken volgens het Zeeuws Model. Dus zij stellen eisen aan kwaliteit en zorg en kiezen vervolgens voor degene die dat het goedkoopst kan leveren. Dus die ongerustheid wordt in feite ondervangen.

Je ondervangt er wel een deel mee, maar haal dan die verplichte aanbesteding uit de wet. Het kost nu een hoop werk en bureaucratie. Dit gaan we overigens ook voorstellen. Maak een regel van het Zeeuws Model Dit als tussenstap naar het uit de wet verwijderen van de verplichte aanbesteding.

Een van de voordelen van de WMO is dat de toetsing over het recht op zorg nu valt onder het democratisch besluitvorming proces. Voorheen was dit ondergeschikt aan commerciële criteria, toegepast door de zorgverzekeraar.

Het productiegericht, winstgericht en concurrerend werken van instellingen komt ook omdat ze die contracteerplichten allemaal niet meer hebben. Denk nou niet dat dat met de gemeente is opgelost. Dan heb je inderdaad wel een gemeenteraad die beslist, maar wel met de verplichting van die aanbesteding en die marktwerking. Die is dus gewoon versterkt doorgezet en dat is mijn hoofdbezwaar tegen de WMO. Want daarmee maak je dat probleem nou juist weer groter. De democratische besluitvorming is inderdaad wel een positief gevolg. Lokaal beslissen wat er binnen de gemeente aan zorg geboden moet worden. Zo leg je de verantwoordelijkheid dicht bij de mensen die het nodig hebben en dat maakt dat er op een andere manier mee omgegaan wordt. Kijk, dat principe hebben we ook in ons verkiezingsprogramma: breng de zorg naar de mensen in plaats van de mensen naar de zorg. We hebben nu wel ambulante zorg maar dat is allemaal nog relatief traag. Daar zit toch veel meer in, daar kunnen we toch veel meer mee doen. Heel concreet hebben we op dit moment enkele voorstellen voor het opzetten van wijkgezondheidscentra waar ook de geestelijke gezondheidszorg in moet zitten. Als nu iemand een bepaalde vorm van zorg of van hulp moet hebben dan moet dat allemaal langs dat landelijke indicatiekantoor. Terwijl je als sociaal verpleegkundige in zo'n 1e lijns-centrum kunt handelen als dat nodig is. Daar heb je het CIZ echt niet bij nodig. Sterker nog, daar heb je last van. Ik geloof ook heel erg in het wijkconcept in zijn algemeenheid en dingen bij elkaar brengen. Niet allen de zorg in de wijk brengen, maar ook de werkvoorziening, ook de VMBO-scholen op kleinschaliger niveau. Die kinderen moeten ook praktisch leren dus die kunnen ook bij ouderen thuis of in het verzorgingstehuis of verpleeghuizen die in de wijk staan, praktische ervaring opdoen. En zo kun je alles bij elkaar brengen. Ik denk dat dat een belangrijke bijdrage is aan het oplossen

van anonimiteit en het gebrek aan sociale beweging maar ook zeker aan het oplossen van bureaucratie.

Ik ben er bijvoorbeeld ook voor om poliklinieken in de wijk te brengen. Waarom moet alles in zo'n grootschalig ziekenhuis? Nog een voorbeeld. Het is een ander voorbeeld dan psychiatrie, maar daar geldt in feite hetzelfde voor. Ik ben op werkbezoek geweest bij een wijkverpleeghuis in Soest. Daar denk je ook gelijk van, "als je 't kleinschalig doet dan zal het ook wel duurder zijn als je het in de wijk organiseert". Wat zegt die meneer, "Dat is niet waar. Ik heb zes demente ouderen die wonen in een huis in de wijk bij een school. En ik heb een huis waar ze in wonen in kamers en ik heb mensen die daar werken. Verder heb ik daar niets. Ik heb geen receptie, ik heb geen overhead. En de boodschappen die doen ze met de mensen zelf gewoon in de buurt." Het is dus niet per definitie duurder. Je hebt het ook kleinschalig georganiseerd. Ook onderzoeksrapporten wijzen uit dat het helemaal niet zo is dat grote ziekenhuizen goedkoop en efficiënter zijn. In een kleiner streekziekenhuis zijn bijvoorbeeld de lijnen weer korter. Je bent dus ook een heel gedoe kwijt als je meer op een andere schaal gaat werken. Natuurlijk als je gaat stimuleren dat dingen anders moeten dan kost dat altijd geld. Maar dat kan ook een goede investering zijn.

Jullie hebben een aantal rapporten geschreven waarbij het bij één rapport met name ging over het verminderen van de controle in de zorg, het verminderen van de bureaucratie. Hoe kun je nou de bureaucratie terug dringen?

Wat ik wil is het vroegere RIO, het CIZ, afschaffen en die verantwoordelijkheid leggen bij de wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts. Mensen die kunnen beoordelen wat de situatie is waarin mensen zitten en dat op dat moment kunnen regelen. Een orgaan kan dan steekproefsgewijs controleren hoe ze dat doen en of ze dat wel goed beoordelen. De belastingdienst controleert toch ook steekproefsgewijs achteraf? Ik heb toch ook niemand van het CIZ nodig om mijn belastingformulier te controleren? Daar doen we dat toch ook steekproefsgewijs? We vertrouwen erop dat mensen op een goede manier hun belastingformulier invullen, en we vertrouwen niet dat iemand die met hart en ziel een vak als zorg gekozen heeft goed beoordeelt hoe veel uren psychische begeleiding iemand nodig heeft? Wat een onzin! De komende periode gaan we met zijn drieën de zorg doen in de Kamer. Dus dan gaan we hiermee aan de slag en dan gaan we dat gewoon voorstellen in de kamer. Op dit punt denk ik ook echt wel dat het haalbaar is. De koepels hebben dat ook wel eens voorgesteld, die noemen dat dan een soort APK- systeem. Je laat alles keuren en af en toe doe je een steekproef of dat wel goed gebeurt. Het is ook best moeilijk om iets weer helemaal op zijn kop te zetten. Maar laten we dan een soort proefproject doen. Dat dan goed monitoren en achteraf toetsen hoe dat gaat. En als het dan positief uitpakt kun je dat uit gaan breiden over het land.

Huiselijk geweld is een van de prestatievelden die vallen onder de WMO. Staat het bij jullie op de agenda?

Het is wel een terrein waar ik me zorgen over maak door de signalen die ik daar van hoor. Er zijn bepaalde preventieprojecten voor kindermishandeling die, nu ze onder de WMO vallen, gestopt worden. Landelijk wordt er overigens wel redelijk wat aan gedaan. Alleen de rol van de gemeente, de manier waarop ze het oppakken, daar ben ik helemaal niet zo gerust op. Bij het wijkgerichte denken kun je er vroeg bij zijn omdat hulpverleners de kinderen kennen. Dat is volgens mij dé oplossing voor de jeugdzorg. Er komen wel centra voor jeugd en gezin in de wijken, sporadisch hier en daar. Naast de bureaus jeugdzorg. In plaats van dat we nou zeggen 'dát is de manier waarop we het gaan doen en die bureaus jeugdzorg, die gaan daar naar toe. Punt!' houden we die bureaus jeugdzorg en doen we daar een paar centra bij. Dat wordt weer helemaal niks. Ik ben wel blij dat ze er zijn, die centra, maar het is op deze manier weer halfslachtig.

Hoe kunnen wij als verpleegkundigen ervoor zorgen dat het sociale in de psychiatrie blijft en hoe kan de politiek ons daarmee helpen?

In de tijd dat ik studeerde bestond er nog sociale geneeskunde, maar dat is opgegaan in mijn vak. Het mooie van het sociale is dat je niet alleen kijkt naar de ziekte maar ook de omgeving en de omstandigheden meepakt. En ja, dat zou meer moeten gebeuren. Eigenlijk zou de hele zorg sociale geneeskunde en sociale verpleegkunde moeten zijn. Daar wordt te weinig mee gedaan, nu op de huisartsenpraktijken komt dat langzaam op gang, maar je zou dat echt moeten organiseren. Er moet een standaard komen dat dat de manier is van werken. En dat gebeurt helaas veel te weinig.

Dat heeft natuurlijk ook met de opleidingen te maken, hoe deze tot stand komen en welke disciplines daarin een rol moeten spelen. In jullie programma geven jullie aan dat er meer verpleegkundigen opgeleid moeten worden. Als je spreekt over de psychiatrie is dat nog steeds bedroevend. Hoe zouden deze opgeleid moeten worden?

Ik zit daar niet zo heel goed in moet ik zeggen. Ik heb daar wel uitgebreid over gesproken. Het is wel ingewikkeld ook omdat ik denk dat mensen wel vanuit de praktijk opgeleid moeten worden. Maar dan krijg ik een hoop mensen over me heen. Ook vanuit de SP, daar zitten veel verpleegkundigen bij. Ze willen de inservice-opleiding niet terug. Maar volgens mij was dat helemaal zo gek nog niet. Je krijgt een soort basisopleiding en dan moet je dus al die stages doen. Er is wel iets voor te zeggen om al vroegtijdiger mensen een keus te laten maken, en mensen veel meer praktisch gericht op te gaan leiden. Want wat moet iemand met demente ouderen als hij zeker weet dat ie de psychiatrie in wilt. Maar goed ik vind dat wel een moeilijke discussie hoor. Want een bredere opleiding heeft ook wel iets. Dus ik vind het allemaal niet zo makkelijk en zwart-wit. Maar dat het allemaal gericht moet zijn op de praktijk en ook de maatschappelijke praktijk. Ja, dat is in ieder geval helder. Veel van die sociale kant van die geneeskunde, bijvoorbeeld ook de preventieve kant, dat zou in de opleidingen toch veel sterker moeten. Dat denk ik echt ja.

Het sociale als specifiek vakgebied (sociale psychiatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkunde) verdwijnt steeds meer naar de achtergrond. Dus enerzijds zeggen we dat we wijkgerichter moeten werken, socialer werken. Maar wat we gedaan hebben is dat allemaal afbreken. Moeten we dan toch maar weer terug?

Je hebt daar absoluut een punt. Ook bijvoorbeeld preventieve werkers in de jeugdzorg. Er wordt nu gezegd dat we veel preventiever moeten werken. Maar de mensen in de jeugdzorg die zijn daar helemaal niet toe opgeleid. Ik hoorde laatst dat dat helemaal geen pedagogen zijn! Je zou dus een soort opleiding moeten hebben waarbij je pedagogiek en sociale hulpverlening wat meer in één opleiding doet. Want als je vindt dat de jeugdzorg niet alleen het probleem moet oplossen maar ook moet voorkomen, moet je wel daartoe opleiden. En dat verhaal kun je voor een arts en een verpleegkundige natuurlijk ook zeggen.

Even een overstap naar de overorganisatie in de zorg. De ontwikkeling van de DBC's is daar een goede illustratie van. Veel mensen maken zich daar druk om. Gelukkig. Maar ondanks dat worden ze wél gewoon ingevoerd.

Ja, maar dan moeten jullie wel bij de koepelorganisaties zijn, zij hebben het goedgekeurd. Want ik had het niet gepikt. Zelfs als je er geen uitgesproken mening over hebt, maar wel ziet hoe de artsen er in de ziekenhuizen dol van worden, dat het niet goed gaat. Waarom accepteer je dat dan in de geestelijke gezondheidszorg? Dat is zoiets van, De Betuwelijn is mislukt, nu laten we dan ook maar ergens op de Wadden een Betuwelijn aanleggen. Zoiets! Sorry hoor, maar ik begrijp daar echt helemaal niets van. Ik heb me ook heftig verzet hiertegen. Ik zie dat hele DBC niet zitten want, A, het is enorm bureaucratisch en B, wat je

introduceert aan marktwerking en productiegericht denken in de zorg, dat is iets dat je helemaal niet moet willen. Dus om die twee redenen heb ik er gewoon grote bezwaren tegen. Het is gewoon een chaos in de ziekenhuizen, met die DBC's is het gewoon een puinhoop. En een puinhoop moet je niet overnemen. Dus, ja ik begrijp het echt niet.

Het lijkt ook zo tegenstrijdig het geven van veel meer macht en het emanciperen van cliëntenbewegingen. Want we moeten veel meer vraaggericht gaan werken maar dat kan helemaal niet want het is allemaal gecontroleerd en geprotocolleerd. Dat is juist het probleem. Dat is precies waar die specialisten in ziekenhuizen tegenaan lopen. Dan moeten ze er een bepaalde code aan hangen en die arts die denkt ja die code, maar tijdens de operatie blijkt iets anders. Ja, dat past dan niet binnen de code, ja dan krijg ik dat niet vergoed. Gelukkig doet een arts tijdens een operatie gewoon wat moet, zo erg is het nog niet. Maar het is gewoon gek.

Maar wat kunnen we nou doen!

Er is in jullie sector een manifest gaande rondom dit soort onderwerpen en ik denk dat dat de manier is. Dat jullie dat zelf in je sector moeten gaan organiseren. Wat betreft de bureaucratie heb ik ooit een boekje geschreven met wat voorstellen. Maar ja, de sector moet zelf in opstand komen. Er is ook een 'Zorg géén Markt' -actiegroep die een paar jaar geleden het initiatief heeft genomen tegen de marktwerking. Daar zitten inmiddels tienduizend mensen bij.

Is die actiegroep nog actief, en wat doet ze dan? Heb jij een advies voor een beroepsvereniging die het sociale omarmt, die de sociale psychiatrie wil behouden. Hoe kunnen wij ons bij de politiek laten horen?

Uit het regeerakkoord blijkt dat de marktwerking volop blijft in de zorg. Werk aan de winkel dus om op de negatieve gevolgen te blijven hameren. Ik vind dus heel goed wat zo'n actiegroep met dat manifest in de GGZ doet. Kijk als ik iets zeg hier in de Kamer, is dat leuk en aardig, maar als dat gesteund wordt door een hoop mensen, door een hele beroepsgroep dan heeft het gewoon veel meer effect. Je zult je dus echt politiek moeten manifesteren. En het ongeluk wilt dat het ook echt zo werkt dat als kamerleden denken dat ze zich daarmee kunnen profileren, en je doet dat op het moment dat een thema actueel is, dan heb je wel kans dat het iets wordt. Een andere methodes is bijvoorbeeld het aanbieden van petitie's. Je kunt van alles. Maar timing is daarin wel belangrijk. Je moet iets doen op het moment dat iets speelt.

Zijn er veel verpleegkundigen actief binnen de SP? Hebben jullie een gezondheidsplatform?

Binnen de SP zijn heel veel verpleegkundigen actief. Op dit moment is 'Zorg géén Markt' ons gezondheidsplatform. Zij spant zich in voor de huidige actuele thema's, de kwaliteit, de werkdruk en de bureaucratie. Eigenlijk is dat ons gezondheidsplatform. (www.zorggeenmarkt.nl)

Helaas moeten we het gesprek afbreken. De volgende 'klant' staat alweer voor de deur. Als we Agnes Kant mogen geloven dan zou met SP in de regering, Sociale Psychiatrie vanzelfsprekender zijn. Boter bij de vis, ja, daar zullen we dus zelf ook voor moeten zorgen. Zolang we ons niet laten horen is de kans groot dat de zorg een markt blijft, of steeds meer wordt. Het door Kant aangehaalde Manifest van de GGZ 'Macht en tegenmacht' werd door 150 sympathisanten ondertekend (zie google: manifest ggz). Je zou bijna denken dat al die GGZ werkers druk zijn met het invullen van DBC's. Graag nodigen wij leden, die betrokken zijn bij het opstellen van het Manifest, uit om in SP (ons vakblad wel te verstaan) melding te maken van activiteiten die mogelijk op stapel staan rond "Macht en tegenmacht".