
REDACTIONEEL

GGZ in de eerstelijns!

De geestelijke gezondheidszorg is volop in verandering. Zorg en behandeling worden zoveel mogelijk in de omgeving waar de mensen wonen aangeboden. Een RIAGG als tweedelijns instelling en een psychiatrisch ziekenhuis als derde lijnsinstelling behoren over niet al te lange tijd tot het verleden. Er ontstaan overall grote geïntegreerde GGZ-instellingen die hun aanbod zeer functioneel gaan aanbieden. Er blijft echter een belangrijke vraag onbeantwoord: Hoe zit het met de eerstelijns GGZ? De roep van eerstelijns werkers om ondersteuning bij vaak ingewikkelde GGZ problematiek in de wijk blijft onverminderd aanhouden. Voor de RIAGG is dat reden om op aanvraag hulptroepen naar de eerste lijn te sturen. Een oplossing waarmee cultuurverschil en voortdurend dualisme tussen tweedelijns "specialist" en eerstelijns "generalist" in stand gehouden wordt.

Ook in het verleden is er gezocht naar oplossingen voor dit probleem. Al in de jaren dertig werden in het voetspoor van de Amsterdamse psychiater Meyers door Het Groene Kruis cursussen gegeven voor wijkverpleegkundigen om sociaal psychiatrische begeleiding te kunnen geven.

Het betrof hier consultatiebureau's die ook sterk de nadruk legde op materiële hulpverlening.

De inrichtingen gaven er echter de voorkeur aan eigen buitendiensten te ontwikkelen. Deze buitendiensten richtten zich op een meer specialistische vorm van sociaal psychiatrische begeleiding. De verzuiling en de landelijk werkende instellingen bleken echter niet in staat

om de nazorg kwalitatief voldoende waar te maken en aan voorzorg kwamen in het geheel niet toe.

Gemeenten gaan vervolgens de voor- en nazorg op zich nemen (Querido) en als er in 1961 een goede financiering voor SPD-en komt wordt voor en nazorg voor een belangrijk deel door SPD-en op zich genomen.

Het probleem van de communicatie met en ondersteuning van de eerstelijns bleef steeds een knelpunt. In het begin van de jaren tachtig werden er modellen ontwikkeld waarbij medewerkers van GGZ instellingen participeerde in de eerstelijns (home-teams). Deze ontwikkeling leverde voor de eerstelijns de gewenste korte overleglijnen en ondersteuning op maar gaf binnen de toen net opstartende RIAGG's interne communicatie en sturingsproblemen. De eerstelijnsgerichte aanpak veroorzaakte knelpunten in de tweedelijns specialistische organisatie.

Het dualisme tussen eerste en tweedelijns-GGZ blijft voortdurend een rol spelen. Dit wordt nog extra benadrukt door de volgende verschillen:

- generale aanpak is gewoon in de eerstelijns = specialisten willen graag hun specialisme uit oefenen.
- de eerste lijn biedt flexibele aanpak = de GGZ is vaak massiever georganiseerd.
- de eerste lijn maakt binnenlopen zonder afspraak mogelijk = de GGZ alleen op verwijzing.
- de eerste lijn werkt kleinschalig en is meer betrokken bij werkgebied = de GGZ werkt vaak op (te) grote afstand en heeft geen of onvoldoende zicht op wat er in de buurt speelt.
- onderling collegiaaloverleg in de eerste lijn gaat gemakkelijk = de GGZ

is (te) weinig toegankelijk en bereikbaar voor collega hulpverleners.

Een oplossing die recht doet aan de beide echelons zou werkelijk een verbetering kunnen opleveren. Het advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg "Thuis in de GGZ" geeft een oplossingsrichting aan; een SPV in de eerstelijns. Dienstverlening, consultatie, case-finding en daadwerkelijke ondersteuning van de werkers in de buurt verloopt dan een stuk gemakkelijker. Los van het feit dat deze oplossing de huidige indelingen en organisatiestructuren doorkruist is er ook een gevaar dat deze "specialistischebron" door z'n eerstelijnsisolement langzaam opdroogt.

Het kan ook anders. Een assertievere houding vanuit de eerste lijn kan een oplossing opleveren die meer in de lijn van de huidige praktijk ligt. Een verwijzing vanuit de GGZ richting eerstelijns (b.v. thuiszorg) is voortaan alleen mogelijk met een spijkerharde toezegging van een structurele en frequente ondersteuning van de (specialistische)gezinsverzorgster of door een SPV. Hiermee krijgt ook de indirecte cliëntenzorg van een RIAGG meer basis.

In dit zomernummer van Sociale Psychiatrie treft u een drietal zeer interessante artikelen over de "achterkant" van de praktijk. Het gaat over autonomie, zingeving en loyaliteit. Zaken die vaak ongenoemd en onbeschreven blijven omdat ze zo moeilijk in woorden zijn uit te drukken. Studenten van de voortgezette opleiding SPV aan de Hogeschool van Utrecht hebben ons in de afgelopen jaren verschillende prachtige essays geleverd. Helaas zal dit gaan stoppen.

De verplichting een essay te schrijven behoort niet meer tot de opleidings eisen. Als redactie betreuren wij dat zeer omdat de SPV niet meer getraind wordt woorden te vinden voor z'n vaak moeilijke praktijk en wij in de toekomst verstoken blijven van de zeer interessante bijdragen.

Het artikel van **Paul van der Zee** gaat in op de autonomie van de cliënt. Wanneer mag je als sociaal psychiatisch verpleegkundige of als psychiater de grens van de autonomie passeren? Paternalisme als machtsvorm. Van der Zee pleit voor een professionele standaard waarin de verantwoordelijkheid en de grenzen van het beroep worden vastgelegd. Sociaal psychiatisch verpleegkundigen kunnen dan op grond van deze standaard en op grond van hun deskundigheid hun eigen beslissingen nemen. Deze besluiten zullen soms op gespannen voet staan met die van de psychiater. "Het verlenen van sociaal psychiatische verpleegkundige zorg is nu eenmaal per definitie niet altijd medisch zinvol".

Renate Tinselboer schrijft over zingevingproblematiek bij ouderen. Zij geeft aan dat niet het alleen zijn of de ingrijpende levenservaringen maar de betekenisgeving oftewel de zingeving aan dergelijke ervaringen de essentie van het probleem vormen. Zij pleit voor een preventieve aanpak. Zij geeft in haar artikel het belang aan van signalering en erkenning van de gezonde belevingswereld van oudere weduwe en haar zingeving. Daarnaast geeft ze een aantal praktische adviezen over omgaan met zingevingproblematiek voor medewerkers van verzorgingshuizen. Het derde artikel van **Marlou van Beersum** gaat over het herkennen en respecteren van loyaliteitsgevoelens zoals die spelen in gezinnen en met

name bij moeders van door de vader sexueel misbruikte kinderen. Gezinnen proberen het incestgeheim strikt te bewaren om het gezin voor uiteenvallen te behoeden en moeders kunnen of willen niet kiezen tussen hun man en hun kinderen. Ze blijven over het algemeen loyaal aan hun echtgenoot en nemen (slechts) een aantal maatregelen in de huiselijke sfeer. Gebrek aan loyaliteit van hulpverleners voor dergelijke praktijken kan van grote invloed zijn op de relatie met de cliënt. Meer aandacht voor deze problematiek in beroepsopleidingen is volgens de auteur dan ook van het grootste belang. In Mediaan treft u onder andere het 'consensusdocument verpleegkundige

zorg aan mensen met schizofrenie' aan. Het moet op termijn complementair zijn aan het reeds bestaande consensusdocument van de Schizofrenie Stichting Nederland. Voor het zover is moet er nog veel gebeuren. Het document komt te veel overeen met de instructies die we in de boeken over psychiatrische verpleegkunde kunnen lezen zonder dat het specifiek gaat over verplegen en behandelen van mensen met schizofrenie. Een uitdaging om daar middels jullie reacties en aanvullingen in de komende maanden verandering in te brengen.

Kees Onderwater