

# ELKE BAAN UNIEK

WERKEN IN DE GGZ



GGZtotaal



# Inhoudsopgave

## Elke baan uniek.

Werken in de GGZ: de GGZTotaal van februari

[Naar artikel](#)

## Werken in de GGZ

Feiten en cijfers

[Naar artikel](#)

### Baliemedewerker

*“Er speelt altijd van alles tegelijk en soms moet je echt aanpoten”* [Naar artikel](#)

### Beleidsadviseur

*“Ervaring in het veld is belangrijk, je moet weten hoe de hazen lopen”* [Naar artikel](#)

### Casemanager

*“Zoeken naar mogelijke oplossingen”*

[Naar artikel](#)

### Docent

*“Aanbieden van het Sociaal-Psychiatrisch gedachtengoed”*

[Naar artikel](#)

### Dramatherapeut

*“Vaktherapeuten moeten zich profileren, het beroep is nog onvoldoende bekend”* [Naar artikel](#)

### Ervaringsdeskundige

*“Cliënten plaatsen behandelaars toch vaak op een voetstuk”*

[Naar artikel](#)

### Geestelijke Verzorging

*“Zoeken naar betekenis, zodat het leefbaar wordt”*

[Naar artikel](#)

### GGZ-Agoog

*“Het geeft me een goed gevoel als het met andere mensen ook goed gaat”* [Naar artikel](#)

### Klinisch Psycholoog

*“Zijn buurvrouw had last van hem. Hij begrijpt dat niet”*

[Naar artikel](#)

### Manager

*“Uitgangspunt is dat de cliënt beter wordt van alles wat wij doen”* [Naar artikel](#)

### Muziektherapeut

*“Stoere mannen met een zachte binnenkant, die je met muziek tevoorschijn ziet komen”* [Naar artikel](#)

### POH-GGZ

*“Enorm boeiend vanwege de diversiteit aan problematiek”*

[Naar artikel](#)

### Psychiater

*“Bijdragen aan een goede en vroege hechting tussen moeder en kind”* [Naar artikel](#)

### Psychotherapeut

*“Ik kijk anders naar patiënten dan een aantal collega's zonder psychotische ervaring”* [Naar artikel](#)

### Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige

*“Belangrijk dat je goed kunt analyseren en een hulpvraag in een bredere context kunt zien”* [Naar artikel](#)

### Supervisor

*“De kunst om ingewikkelde problematiek behapbaar te maken”* [Naar artikel](#)

### Verpleegkundig Specialist

*“Dit soort innovaties horen typisch bij het beroep van Verpleegkundig Specialist”* [Naar artikel](#)

### Verpleegkundige in de psychiatrie

*“Vooral het contact met cliënten maakt dit werk voor mij waardevol”* [Naar artikel](#)

## RINO Groep

Verder ontwikkelen en nieuwe inspiratie opdoen

[Naar advertorial](#)

## Sympopna

Congres galerij voor 2017

[Naar advertorial](#)

## Zó

Gedicht Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#)

## Frank Koerselman: Wie Wij Zijn,

tussen verstand en verlangen

Boekrecensie [Naar recensie](#)

## Vacatures van weleer

Oude kranten

[Naar artikel](#)

## ELKE BAAN UNIEK

### WERKEN IN DE GGZ: DE GGZTOTAAL VAN FEBRUARI

#### The making of.

Net als vorig jaar brengen we deze maand een themamagazine uit onder de titel ‘Werken in de GGZ’. Het blijkt lastige materie. Vorig jaar hadden we een indeling gemaakt van alle beroepen volgens de clusters van het ministerie. We kwamen er al snel achter dat daarmee niet alles in beeld komt.

Dus, dachten we dit jaar, we zoeken de meest voorkomende beroepen en vragen mensen om te beschrijven wat ze doen. Wat blijkt? We zouden een catalogus moeten uitgeven waar de Wehkamp jaloers op zou worden. Verpleegkundigen? Vijf verschillende niveaus. Psychiaters? Drie verschillende specialisaties. Vaktherapeuten? Minimaal drie verschillende disciplines. De psychologische disciplines maken het helemaal bont: na de basisstudie psychologie zijn er minstens vier specialisaties en daarna nog tal van verdiepingsmogelijkheden.

En in dat onoverzichtelijke veld van disciplines maakt het nogal uit of je, bijvoorbeeld, zelfstandig psychotherapeut bent met een onwrikbare agenda voor cliënten die keurig op hun afspraak verschijnen, of werkt in een Fact-team. Of dat je als psychiatrisch verpleegkundige in de forensische psychiatrie werkt of bij een beschermde woonvorm. En dan hebben we het nog niet eens over de onmisbare niet-cliëntgebonden beroepen, waar de GGZ best wat meer aandacht voor mag hebben: secretaresses, baliemedewerkers, managers, de mensen van de ICT, schoonmakers, beleidsadviseurs.

We hebben, misschien een beetje willekeurig, achttien beroepen uitgekozen die naar ons idee een

aardig beeld geven van wat al die mensen in de GGZ doen. Van baliemaker tot manager en van psychiater tot ervaringsdeskundige. Al even willekeurig hebben we de beroepen in alfabetische volgorde gezet. De baliemedewerker eerst, de Verpleegkundig Specialist aan het einde. Wat overduidelijk is, is dat in de GGZ elke baan uniek is.

Staat jouw beroep er niet bij? Neem contact met ons op via [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl). Misschien dat we jouw baan er in een volgend magazine uit kunnen lichten. Wat de bedoeling is, lees je [hier](#).


#### In maart: De verkiezingen en de GGZ

15 maart zijn de Tweede Kamer verkiezingen en daar gaan ze zeker aandacht aan besteden. Vandaar dat we een week eerder uitkomen dan normaal: 6 maart. We zullen onderzoeken wat er over GGZ-thema's beloofd gaat worden in de partijprogramma's, maar veel interessanter vinden we wat de partijen de afgelopen jaren hebben gezegd, voorgesteld, gestemd. Want beloven is één ding, waarmaken is twee. En bij verkiezingen geldt: resultaten uit het verleden zijn een betere garantie voor de toekomst dan beloftes.


**Oproep: welk (GGZ-)onderwerp is jou het meest bijgebleven in de afgelopen kabinetsperiode? Laat weten via [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl)**

**Dan kijken wij wat de partijen daarover hebben gezegd.**






Volgens het CBS werkten in 2014 (de meest recente cijfers) bijna 84.000 mensen in de Geestelijke Gezondheidszorg, verdeeld over 63.000 voltijdsbanen. Daar is de eerste lijn (o.a. de POH-GGZ) niet in meegenomen.




Van de ongeveer 4.000 artsen die er volgens het CBS (2013) in de reguliere GGZ-instellingen werken, zijn er 'slechts' 2305 psychiater. De overige zijn basisarts (al dan niet in opleiding tot psychiater), verslavingsarts, geriater, neuroloog of huisarts




Werknemers in de GGZ zijn redelijk tevreden over hun werk: 15,2% is zeer tevreden, 53,3% is tevreden, 26,8% is deels tevreden, deels ontevreden. Slechts 4,8% is (zeer) ontevreden (Bron: AZWinfo). Overigens lijkt de werkdruk te stijgen, blijkt uit een [peiling van de CNV](#). Uit [onderzoek van de SP](#) eind 2015 bleek dat het merendeel ontevreden was over de kwaliteit van de geleverde zorg.




Neemt de werkgelegenheid in de GGZ af? Dat is de vraag. In de begroting van het ministerie van VWS is het voor de GGZ gereserveerde bedrag al jaren stabiel of zelfs stijgend. Het beeld van een krimpende werkgelegenheid ontstaat doordat grote instellingen inderdaad krimpen, maar wel ten gunste van kleinere organisaties, zelfstandigen, de gemeente en de eerste lijn. Zie ook ons [artikel in mei 2016](#).




In het Big-register staan 14.109 GZ-psychologen en 4.425 psychotherapeuten ingeschreven. Verpleegkundigen die in de GGZ werken worden in de BIG niet apart geregistreerd.




Het is schatten hoeveel verschillende beroepen er in de GGZ zijn. Wij hebben in ieder geval geen uitputtend overzicht gevonden. [WerkeninDeGGZ.nl](#), een initiatief van het Opleiding en Ontwikkelingsfonds voor de GGZ, verwijst naar [Youchooz.nl](#), dat tot 52 verschillende beroepen komt.




De GGZ is een vrouwenberoep: slechts 28% is man. Daarmee is de GGZ iets geëmancipeerder dan de zorg als geheel: daar is slechts 16% man. Binnen de GGZ werken ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke psychiaters. Voor verpleegkundigen geldt dat zeker niet: vrouwelijke verpleegkundigen komen in de GGZ tweemaal zo vaak voor als de mannelijke variant. (bron: AZWinfo)



Voor de broodnodige verwarring: er bestaan Verpleegkundig Specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen. Verpleegkundigen Specialisten zijn oorspronkelijk HBO-opgeleide BIG-geregistreerde verpleegkundigen die ook een twee- of driejarige masterstudie hebben voltooid. Gespecialiseerd verpleegkundigen hebben zich door middel van een vervolgopleiding verder gespecialiseerd in een bepaald werkveld.



De transitie naar de generalistische Basis-GGZ heeft gevolgen: 81 % van alle huisartsen werkt samen met een POH-GGZ. In 2016 waren er 5200 hulpverleners werkzaam als POH-GGZ, verdeeld over 1300 Fte (bron: Nivel)



Ongeveer een derde van alle (cliëntgebonden) werknemers in de GGZ is verpleegkundige: ruim 22.000 in totaal. Dat zijn verpleegkundigen op Mbo niveau, op Hbo-niveau, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en Verpleegkundig Specialisten samen. Aparte getallen zijn niet voorhanden.

## WERKEN IN DE GGZ: FEITEN EN CIJFERS

Op de stoel van de

## BALIEMEDEWERKER

*“Ik denk dat je voor dit werk vriendelijk, open en behulpzaam moet zijn, maar ook stressbestendig. Er speelt altijd van alles tegelijk en soms moet je echt aanpoten”*



Mijn dag begon met het openen van het pand. Om half 9 kwamen de eerste cliënten binnen voor hun behandeling. Ik bood hen koffie of thee aan en nieuwe mensen stelde ik op hun gemak. Ook wees ik de weg en liep mee naar de behandelkamer als dat nodig was. Zeker in het begin vinden sommige mensen het moeilijk om binnen te lopen in een ggz-kliniek. Het is dan erg belangrijk dat ze zich snel thuis gaan voelen.

Verder beheerde ik de agenda's van de behandelaars en nam ik natuurlijk de telefoon aan. Ook ondersteunde ik in drukke tijden het secretariaat. Ik controleerde tussentijdse verslagen van de behandelaars op spellingfouten en stuurde deze door naar de huisarts van cliënten. Ook vroeg ik op verzoek van de behandelaren dossiers op uit ons archief.

Het werk was leuk, afwisselend en soms spannend. Op mijn eerste werkdag belde een collega van een andere locatie om mij te waarschuwen voor een cliënt. Het was deze persoon verboden om nog in onze gebouwen te komen, maar hij was toch op weg naar onze locatie toe. Even later zag ik hem inderdaad voor onze deur heen en weer drentelen. Mijn instructies waren om direct de politie te bellen als hij binnen zou komen en op de noodknop onder de balie te drukken. Hij kwam op een gegeven moment onze ontvangstruimte in, maar er waren gelukkig genoeg mensen om me heen om de situatie rustig af te handelen.

Ik denk dat je voor dit werk vriendelijk, open en behulpzaam moet zijn, maar ook stressbestendig. Er speelt altijd van alles tegelijk en soms moet je echt aanpoten. Ik heb zelf oefentherapie Mensendieck gestudeerd en miste in dit werk het zelf behandelen van mensen. Daarom ben ik na een jaar gestopt bij Dimence en begonnen als oefentherapeut. De achtergrond van mijn collega's achter de balie was heel verschillend. Er waren mensen die een secretaresseopleiding hadden gevolgd, maar ook iemand die eerder in de reisbranche werkte. Helemaal afscheid heb ik niet genomen van het werk, want zo nu en dan word ik nog gevraagd als invalkracht. Dan doe ik dit werk nog steeds erg graag.

*Leonoor Pol heeft als baliemedewerker bij Dimence gewerkt.*



Eigenlijk ben ik een soort manusje van alles. Ik houd me bezig met beleidsvoorbereiding, beleidsuitvoering, het jaarplan, verantwoording naar financiers en toezichthouders en diverse projectmatige activiteiten. Bij Transfore is er gelukkig veel ruimte het beroep van beleidsadviseur persoonlijk in te vullen.

Wat ik vooral leuk vind is om samen met patiënten en collega's te kijken hoe je de organisatie beter kan maken. Het is leuk als je - ondanks de nodige problemen - iets neer kan zetten. Soms zijn dat kleine tastbare dingen: een rondleiding die georganiseerd wordt door patiënten, of als organisatie meedoen aan een sportactiviteit.

Wat ik precies doe is lastig uit te leggen. Ik ben bijvoorbeeld een groot voorstander van eHealth, maar we zien al jaren dat het gebruik achterblijft bij de mogelijkheden. Als early adopter met een missie, verkondig ik mijn verhaal, bij wijze van spreken door op een zeepkist te gaan staan. Ik ga veel naar medewerkers toe om dingen te laten zien, ik organiseer scholing. In beleidstermen: in een brede context mogelijkheden scheppen om eHealth te implementeren. Welke belemmeringen zijn er? Welke mogelijkheden? Daarbij moet ik oog houden voor de werkelijkheid, de mogelijkheden die mensen hebben en wat ze (niet) willen.

Er zijn natuurlijk ook minder populaire projecten. Neem de ROM. Veel mensen vinden dat die door hun strot geperst wordt. Op zo'n moment wil ik kijken hoe we dat, met respect voor het werk, toch kunnen regelen. Maar tegelijkertijd moeten we in beeld houden waar het om gaat, in dit geval kwaliteitsverbetering. We voldoen nu aan de normen, dan kunnen we nu . gaan kijken wat er echt mee willen!

Ik geef gevraagd en ongevraagd advies. Soms gaat dat om nieuwe dingen. Daarbij maak ik een aantal afwegingen: persoonlijke interesse, de vraag of het aansluit en nuttig is voor de organisatie, of er tijd is voor iets nieuws. Ik heb tijd gekregen om dat uit te zoeken, maar soms is het ook in een oogwenk helder. Lijkt het een bruikbaar iets, dan lees ik me verder in en overleg in een vroegtijdig stadium met bijv. de directie over voor- en nadelen, de mogelijke beren op de weg. Dan bespreken we samen of we er mee verder moeten gaan. Soms ligt het initiatief ook bij de directie, die je vraagt om iets uit te zoeken.

Voor beleidsadviseur heb je niet zozeer een specifieke opleiding nodig, denk ik, het gaat meer om competenties. Ervaring in het veld is belangrijk, je moet weten hoe de hazen lopen. Zeker bij de forensische psychiatrie: die is extra ingewikkeld omdat je met twee ministeries te maken hebt. Zelf heb ik de SPH-opleiding gedaan, diverse post-HBO-opleidingen, waaronder een middenkader-opleiding en ik doe nu een psychologie-studie. Ik geef nog een halve dag in de week therapie. Om voeling te houden met het werk waar het uiteindelijk om gaat en de realiteit die daarbij hoort niet uit het oog te verliezen.

*Dirk Dijkslag is beleidsadviseur bij Transfore, instelling voor forensische ggz*

**Er is geen specifieke opleiding voor beleidsadviseur. Veel beleidsadviseurs in de GGZ hebben een opleiding bestuurskunde of gezondheidswetenschappen gevolgd. Vaak wordt wel Hbo of Universitair niveau gevraagd, aangevuld met werkervaring in het specifieke werkveld.**

Op de stoel van de

## BELEIDSADVISEUR

*"Ervaring in het veld is belangrijk, je moet weten hoe de hazen lopen"*





Op de stoel van de

## CASEMANAGER IN EEN F-ACT TEAM

“Zoeken naar mogelijke oplossingen”

De cliënten in mijn case-load hebben een ernstige psychiatrische aandoening, we begeleiden hen ambuland, dus in de thuissituatie. Er zijn cliënten die gemotiveerd zijn voor behandeling, maar er zijn ook mensen in mijn case-load die gedwongen begeleiding/ behandeling krijgen via een rechterlijke machtiging.

Onze cliënten hebben een psychiatrische kwetsbaarheid, wij ondersteunen hen op verschillende levensgebieden (dagbesteding, psychische en lichamelijke gezondheid, wonen en financiën en relaties) afhankelijk van wat er nodig is. Het doel is herstelgericht werken en zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en opname/escalatie voorkomen. Dat betekent dat ik nauw contact onderhoudt met mijn cliënten en met familie/ betrokkenen en zicht houdt op medicatie-inname of toedienen, indien nodig. Naar gelang de noodzaak of behoefte kunnen we vanuit het team de zorg opschalen naar dagelijks contact of het regelen van dagbehandeling of zetten van andere disciplines in (psycholoog, ervaringswerker, verslavingsdeskundige). In crisissituaties bespreken we in teamverband hoe de situatie te benaderen en bepalen de interventies. De onderhoudende contacten bestaan uit ondersteunende gesprekken, een stukje wandelen of een kop koffie drinken. Belangrijk is dat ik een band opbouw met mijn cliënt, in de meeste gevallen ga je een jarenlange relatie met elkaar aan. Doordat je cliënten regelmatig ziet en bij hen thuis komt signaleer je het toch eerder als er iets niet goed gaat. Als het even kan zoek ik actief contact met de familie. Belangrijk, want het is prettiger voor zowel hulpverlening als betrokkenen om zorg te delen. Contact met de familie wordt ook erg door de instelling (GGZ-NHN) gestimuleerd.

We hebben een hecht team, waarin we goed samenwerken, maar ook kritisch naar elkaar kunnen zijn. We ondersteunen elkaar waar nodig bij huisbezoeken en crisissituaties. Als iemand even niet zeker is van zijn interventies, of zich niet veilig voelt is het heel prettig om terug te kunnen vallen op een teamlid.

Ik heb een verpleegkundige opleiding op Mbo-niveau en daarna een interne opleiding voor casemanager gevolgd bij GGZ-NHN. Dat betekent dat ik nu op Hbo-niveau werk en ben ingeschaald. Het verschil met een SPV is niet heel groot. We hebben het daar wel eens over, er zijn marginale verschillen, maar in de praktijk is het hetzelfde werk.

Het mooie van dit werk is dat wij voor mensen het verschil kunnen maken. Daar hebben we grote vrijheid in, in de meeste gevallen beslis je samen met de cliënt wat er nodig is of moet je een inschatting maken van de ernst van een situatie. Dat je veel verantwoordelijkheid hebt dat maakt ook dat je werk er toe doet.

*Ghislaine Capaan is casemanager FACT bij GGZ-NHN*



# DOCENT

*“Aanbieden van het Sociaal-Psychiatrisch gedachtegoed”*

Op dit moment zit ik toetsen na te kijken en probeer de feedback zó te formuleren dat mensen er van leren. Daarbij moeten ze gebruikmaken van theoretische kennis, praktische kennis, de kennis die cliëntsystemen als expert van hun eigen situatie inbrengen. Uiteindelijk moeten ze de vraag kunnen beantwoorden: “Hoe kan ik het goede goed doen?”

Wij bieden ze, bijna dwingend, het Sociaal-Psychiatrische gedachtegoed aan, vanuit vijf punten: tegengaan van marginalisering en uitstoting; geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief; wisselwerking tussen het individu en de omgeving; hulpverlening gericht op de persoon en de context; hulpverlening gericht op meerdere niveaus van functioneren.

Het leuke van het onderwijs is dat het wel een beetje op hulpverlening lijkt: cliënten én studenten, ze willen allebei iets leren. Verder zitten achter iedere student honderden cliënten. Goed onderwijs draagt in die zin bij aan goede cliëntenzorg. Onze studenten zijn uiterst gemotiveerd en gericht op het verbeteren van hun professioneel functioneren.

Eén van onze uitdagingen is om het leren zodanig te faciliteren dat diepgang wordt gerealiseerd. Werkervaring en levenservaring spelen hierin een rol. Dat merkte ikzelf bij het afronden van mijn master. Ik geloof in het concept van ‘samen leren’ en vind het belangrijk dat studenten ‘zin’ hebben om te leren.

Op mijn dertigste werkte ik als SPV in het crisiscentrum. Lang verhaal kort: ik ben om allerlei redenen overstapt naar het onderwijs. Na een aantal jaren ben ik toch deels teruggegaan naar het SPV werk. Dat doe ik nog één dag in de week. Omdat ik het leuk vind, maar ook om contact te houden met de praktijk.

Of het een uitstervend vak is? Ik denk het niet. Er is nu een mooi opleidingscontinuüm, waarbij de post HBO-SPV tussen de HBOV en de M-ANP zit. De verpleegkundige, de SPV en de verpleegkundig specialist kunnen in de praktijk goed naast elkaar en met elkaar samenwerken. In de meeste functiegebouwen komt de SPV terug, En bij de meeste FACT-teams is de SPV erg geliefd. Bij de POH-GGZ idem. Het opleidingsklimaat binnen de GGZ is momenteel onvoorspelbaar. Bij ons komen de klassen wel vol; dat is niet overal zo. Maar over vijf jaar kan het zomaar andersom zijn.

*Marlies van Bommel is docent aan de (post-Hbo) SPV-opleiding van de HAN.*

**Voor docent op de Hbo-SPV moet je uiteraard zelf SPV zijn, de docentopleiding voor verpleegkundigen hebben gevolgd plus een masteropleiding binnen een Hogeschool.  
Voor gastdocenten gelden andere voorwaarden.**





Op de stoel van de

## DRAMATHERAPEUT

“vaktherapeuten moeten zich profileren, het beroep is nog onvoldoende bekend”

Als dramatherapeut in de kinder- en jeugdpsychiatrie behandel en observeer ik kinderen en gezinnen in de spelkamer. Dat kan heel verschillende doelstellingen hebben. Het kan bijvoorbeeld gaan om emotieregulatie; leren (h)erkennen en adequaat uiten van emoties, identiteitsontwikkeling, vergroten van het zelfvertrouwen of zicht krijgen op de interacties tussen ouders en kinderen....

Als voorbeeld een oefening die ik doe: we rollen een bal over en weer. Dat doen we steeds harder, en ik vraag het kind om te stoppen als het te hard gaat. Zo'n oefening laat zien of het kind zijn grenzen aan durft te geven en zich kan reguleren. Soms zie je dat een kind het niet leuk meer vindt, maar niets zegt. Dat kun je met hem bespreken en oefenen.

Een soortgelijke oefening: naar elkaar toe lopen en het kind laten aangeven wanneer je te dichtbij komt. Beide oefeningen koppelen we aan een stoplicht: groen betekent dat je door mag gaan, oranje dat je op moet letten en rood dat je moet stoppen. Je lichaam geeft ook signalen als je op moet letten, maar deze moet je eerst leren herkennen om te kunnen leren wanneer je moet stoppen. Via spel gaan we zoeken naar deze signalen om vervolgens tot oefenen te kunnen komen.

Het lijkt soms op psychomotorische therapie (PMT), maar PMT is gericht op sportactiviteiten. Bij dramatherapie ligt het accent meer op rollenspel, verbeelding en fantasiespel. De spelvormen zorgen voor een veilige en vertrouwde sfeer.

Grotere instellingen hebben vaak meerdere vaktherapeuten (naast drama ook muziek, beeldend en PMT), dan kan je kijken waar de voorkeur van een kind of de ouders ligt. Kleine praktijken hebben meestal een keuze. Dat is niet erg, er zijn geen echte contra-indicaties. Belangrijk is dat een kind letterlijk in beweging te krijgen is.

De toekomst van het vak is onzeker. Vaktherapeuten moeten zich profileren, het beroep is nog onvoldoende bekend. Ook is er weinig evidence based behandeling, wat tegenwoordig steeds belangrijker is. In grotere instellingen zie je dat er op vaktherapie bezuinigd wordt. Ik hoop dat de kracht en de meerwaarde van vaktherapie de komende jaren steeds beter in beeld gaat komen.

Het bijzondere van het werk is, is dat het zo ervaringsgericht is. De informatie die je krijgt is niet alleen verbaal. Bij verbale informatie weet je immers nooit zeker of mensen het kunnen omzetten in handelen. Dat is ook gelijk het mooiste van mijn werk: non-verbale therapie maakt heel veel zichtbaar en voelbaar.

*Steffie van der Sande werkt als dramatherapeute bij Kinderpsychiatrisch centrum REBIS te Cuijk.*

Zie voor meer informatie ons [artikel van maart 2016 over vaktherapie](#)

De opleiding tot dramatherapeut is een vierjarige opleiding die gevolgd kan worden bij diverse Hogescholen in Nederland. Bij sommige opleidingen is het eerste jaar een gemeenschappelijk jaar voor alle vaktherapieën, waarna een driejarige specialisatie volgt tot muziek- beeldend- of dramatherapeut. Bij andere hogescholen zijn de specialisaties vanaf het eerste jaar gescheiden.



Gedicht Zó

Ik draag de laatste loodjes  
in een koffer op mijn rug  
ze wegen weinig tot niets

Ik loop voorwaarts  
hef mijn handen in de lucht  
ze zijn vrij en ongeremd

Ik gooi de laatste loodjes  
van mijn schouders  
lichter dan een veer

Ik huppel opgelucht verder  
met de laatste loodjes  
van mijn voeten bevrijdt

stap ik in de toekomst  
het licht ademt op mijn lippen  
ik lach spontaan

zo wil ik wel gaan

© Gisele Vranckx



# CONGRES GALERIJ

# SYMPOPNA

2017

<p>De complexiteit van stress 19 april 2017</p>	<p>De veelkleurigheid van agressie 17 mei 2017</p>	<p>Persoonlijke psychiatrie 21 juni 2017</p>
<p>GGZ Verpleegkunde: Over de schutting 28 juni 2017</p>	<p>De dokter en het geld 6 oktober 2017</p>	<p>Multideskundigheid 31 oktober 2017</p>



Op de stoel van de

# ERVARINGSDESKUNDIGE

*"Cliënten plaatsen behandelaars toch vaak op een voetstuk"*

Ik werk twee dagen per week als ervaringsdeskundige bij GGZ Delfland, bij een FACT-team voor cliënten met een dubbele diagnose, dus meestal een psychiatrische diagnose (psychoses, persoonlijkheidsstoornis) in combinatie met verslaving. Voor GGZ Delfland was ik in 2010 de eerste betaalde ervaringsdeskundige. Nu zijn er al 7 in vaste dienst bij het FACT-team.

Als ervaringsdeskundige ben ik een verlengstuk van het team, een extra zorgfunctie. Doordat ik zelf een opname en een psychose achter de rug heb, kan ik beter plaatsen wat een cliënt meemaakt. Een ervaringsdeskundige staat dicht bij de cliënt dan een behandelaar. Dat wil zeggen, zo ervaart de cliënt dat. Cliënten plaatsen behandelaars toch vaak op een voetstuk, ik kan dan een brug slaan.

Vorig jaar heb ik bijvoorbeeld een cliënt naar werk helpen begeleiden. Ik zorg er dan voor dat hij in contact komt en blijft met een Individueel Traject Begeleider.

Mijn taken zijn heel verschillend. Om te beginnen zijn er een aantal activiteiten, die ik regel. Eens per twee weken is er een lotgenotengroep, die bereid ik voor en die leid ik. Elke maand is er ook een activiteit die ik (mede-)organiseer. Dat kan van alles zijn, een boswandeling, een themabespreking over bijvoorbeeld beschermd wonen. En eens in de drie maanden is er een eetavond: bijvoorbeeld een barbecue, stampot of snert. Na opname geef ik mensen ambulante ondersteuning bij hen thuis.

In groter verband heb ik ook wel eens een presentatie gegeven aan behandelaars over bejegening.

Ik heb niet de echte opleiding voor ervaringsdeskundige gevolgd. Binnen GGZ-Delfland heb ik wel gesprekstechnieken geleerd en een cursus basispsychiatrie. En eind januari ga ik beginnen met de WRAP-cursus bij Phrenos, dat zou een mooi verlengstuk zijn voor de lotgenotengroep. Ook begeleid ik stagiaires van Pameijer. Hiervóór heb ik veel vrijwilligerswerk gedaan en ben ik afgevaardigde voor de GGZ in de WMO-adviesraad geweest. Over mijn ervaringen in de psychiatrie heb ik in 2009 en 2011 twee boeken geschreven: 'Schizofrenie als levensweg' en 'Ervaring schizofrenie samen delen'.

*Maarten van Nieuwkerk werkt als ervaringsdeskundige bij GGZ-Delfland*

Voor mensen die zelf ervaring hebben (gehad) met psychiatrische problemen of verslaving, en die die ervaring willen inzetten binnen de GGZ, is er tegenwoordig een uitgebreid scholingsaanbod. Dat aanbod varieert in lengte en intensiteit. Er zijn korte trainingen en uitgebreide opleidingen op Mbo en Hbo-niveau. Voor een compleet overzicht kun je terecht op de site van [de ervaringsdeskundige](#).

Lees ook [ons artikel van maart 2016](#) over de ervaringsdeskundige.



Geestelijk verzorger zijn in de GGZ van een grote stad met veel verschillende culturen, dat is onmogelijk in 400 woorden samen te vatten. In één woord: kleurrijk! En uniek in Nederland: ik maak deel uit van een team van 6 geestelijk verzorgers, met alle een verschillende kijk op het leven waar wij in ons werk uitdrukking aan geven. Ik heb een joodse collega, een humanistische, een islamitische, een katholieke en een hindoe-collega. Zelf ben ik van protestantse origine en heb Theologie gestudeerd aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en Spiritualiteit in Nijmegen. Al mijn collega's hadden ervaring in een ander beroep voordat zij aan dit werk begonnen. En dat werk houdt in, in de kern, dat we mensen bijstaan die het zwaar voor hun kiezen krijgen. We voeren veel gesprekken en nemen daar de tijd voor. Patiënten vertellen: hun familiegeschiedenis en lotgevallen in het leven, de verliezen die zij moesten incasseren, hun eenzaamheid, hun vragen en boosheid over wat hen overkomen is, onmacht... Maar ook: wat hen op de been houdt en hoop geeft, de liefde voor hun dierbaren of een huisdier, kunst, muziek, de liefde voor God, de kracht van meditatie of gebed.... Bij dit alles hebben mijn collega's en ik als het ware een tas paraat waar levensinzichten in zitten, en rituelen, spelvormen, een lied of een gedicht die verlichting bieden en troosten. Want onze gesprekspartners zoeken samenhang in het verhaal dat ze over zichzelf vertellen; zij zoeken naar betekenis, zodat het leefbaar wordt en er iets van toekomstperspectief ontstaat. Soms is er al veel bereikt als je met de ander ergens hard om kunt lachen.

Dit soort gesprekken voeren we elke dag, met mensen persoonlijk die in crisis of chronisch ziek zijn, maar ook in groepen bij de verslavingszorg, op opnameafdelingen voor ouderen of op forensische afdelingen. We verbreden ons werkterrein naar de ambulante zorg: wat kunnen we voor mensen betekenen die intensieve zorg aan huis krijgen of een verslavingstraject in hun thuissituatie gaan voortzetten en dan soms in een gat vallen? Dat is nog zoeken, onze formatie is beperkt. Bovendien zijn er ook altijd nog de meer "gewone" hoogten en diepten van het leven. Wij vieren vol overgave feest met elkaar: de zondagse kerkdiensten, Kerst en Pasen, Holi en Divali, Suikerfeest en Joods Nieuwjaar. Daar doen bewoners en patiënten van allerlei afkomst en geloofsovertuiging aan mee. We doen uitvaarten als bewoners overlijden en houden herdenkingsbijeenkomsten. Jaarlijks herdenken we met respect de overleden bewoners en patiënten in een gezamenlijke bijeenkomst.

Tenslotte dragen we ons steentje bij aan de kwaliteit van de zorg door middel van spiegelbijeenkomsten, houden we ons beschikbaar voor moreel beraad en klinische lessen over zingeving, herstelgerichte zorg en de presentiebenadering. Never a dull moment. Maar altijd met verwondering over de veerkracht van mensen en ons menselijk vermogen om elkaar te (ver)dragen en in ere te houden.

*Mineke Kroes is Geestelijk Verzorger bij de Parnassia Groep, regio Haaglanden.*

Op de stoel van de

## GEESTELIJK VERZORGER

*"Zoeken naar betekenis, zodat het leefbaar wordt"*

Om Geestelijk Verzorger te worden heb je een HBO of WO opleiding nodig, op het gebied van geestelijke verzorging, zoals theologie, religie en levensbeschouwing, humanistiek of leraar godsdienst pastoraal werk. Vaak met een specialisatie in geestelijke verzorging.

De lijst van algemene en bijzondere instellingen die deze opleidingen verzorgen, staat op de website van het beroepsregister van geestelijk verzorgers [www.skgv-register.nl](http://www.skgv-register.nl)



Op de stoel van de

## GGZ-AGOOG (in opleiding)

"Het geeft me een goed gevoel als het met andere mensen ook goed gaat"

Over een paar maanden studeer ik af als Sociaal Pedagogische Hulpverlener (SPH), met het certificaat GGZ-agoog. Dat betekent dat ik extra competenties heb binnen de SPH-opleiding. Om er een paar te noemen: ik ben extra geschoold in het ondersteunen van de cliënt in het herstelproces, bij rehabilitatie, bij netwerkontwikkeling en om mensen te motiveren en te ondersteunen bij gedragsverandering.

Als je de GGZ-agoog vergelijkt met een verpleegkundige, heeft de verpleegkundige meer kennis van psychiatrie, maar die kijkt ook meer vanuit een medisch perspectief. Wij denken minder in ziektebeelden, meer in sociaal perspectief.

In vergelijking met andere SPH-specialisaties heb ik diepgaandere kennis van de GGZ. Vanaf het tweede jaar van de opleiding is de helft van de tijd voor algemene SPH-vakken, de andere helft van de tijd is specifiek voor de GGZ. Zo zijn er meer specialisaties. Er zijn ook mensen die voor de Minor Toegepaste Psychologie kiezen, dan wordt je nog wat algemener opgeleid.

Twee jaar geleden (in mijn tweede jaar) heb voor het eerst stage gelopen in het GGZ-werkveld, bij een beschermde woonvorm in Gouda. Ik had totaal geen ervaring met psychiatrie en verslaving, maar ik zag wel de uitdaging om daar dingen te gaan doen. Ik vind het een heel bijzonder vak: het is onvoorspelbaar, je moet snel inspringen op actuele situaties. Voor mij is er veel nieuw, en daarmee ook veel kansen om mezelf te ontwikkelen.

Daarbij, en dat klinkt misschien wat braaf, het geeft me een goed gevoel als het met andere mensen ook goed gaat. Dat is wel één van de leuke kanten van dit werk, dat ik daaraan bij kan dragen.

Er is veel aan het veranderen in de GGZ. Vroeger was het: jij bent de cliënt en ik ben de hulpverlener. Tegenwoordig krijgt de cliënt meer de regie. We noemen het eigenlijk ook geen cliënten meer, maar deelnemers. De focus ligt meer op herstel en zelfregie. De overheid wil dat ook en dat is waarom expertise van de GGZ-agoog zo goed aansluit op de actualiteit.

Na mijn afstuderen wil ik eerst een tijdje als flexwerker aan de slag, om ervaring op te doen en te kijken wat er allemaal mogelijk is. Waarschijnlijk wordt het daarna een beschermde woonvorm, of in ieder geval iets waar mensen 24 uur per dag aanwezig zijn. Dat lijkt me het meest uitdagend en ik heb het idee dat ik daar het meest mijn persoonlijke kwaliteiten kwijt kan.

*Anna Oudenaarden is vierdejaars student aan de Christelijke Hogeschool in Ede. Ze doet als major SPH en als verdiepingsminor GGZ-agoog*

**GGZ-Agoog wordt je als specialisatie binnen de Hbo-opleiding SPH die op verschillende hogescholen gegeven wordt, óf door het volgen van de post Hbo opleiding. De Post-Hbo-opleiding staat bij de meeste Hbo-instellingen open voor professionals met een MWD of SPH diploma, die al werkzaam zijn in de GGZ.**

Lees hier [het beroepscompetentieprofiel van de GGZ-agoog](#).

Lees hier ons [artikel over de GGZ-agoog van maart 2016](#)



Donderdag 15 uur. Remi is er nog niet. Hij komt vaak te laat. Of helemaal niet.

15.20 uur. "Sorry hoor, ik moest lopen, het is glad" Ik geef hem warme chocolademelk uit de automaat.

Remi ziet er weer extravagant uit. Z'n kroeshaar in ingenieuze staartjes, vlinderstrikje, grote hoed. Zijn jas is niet dik genoeg voor de kou van vandaag. Op mijn vraag hoe het met hem gaat betreft zijn gezicht. De grote, donkere ogen keren naar binnen: zijn veel te kleine woonruimte benauwt hem, zijn begeleider is ziek, geen werk, niks gehoord van zijn vader. Hij mist zijn vorige woonruimte, een appartement waar hij zich goed voelde. Daar moest hij weg, naar zijn mening volkomen onterecht. Zijn buurvrouw had last van hem. Hij begrijpt dat niet. Zijn hobby is nou eenmaal muziek en hij deed altijd heel zachtjes. Gesprekken en afspraken met begeleiding, bemiddelaar van de woningbouwvereniging en de buurvrouw hielpen niet.

De behandeling waarvoor hij komt is traumatherapie. Remi is niet zijn echte naam. Zo noem ik hem in mijn hoofd, omdat hij niemand heeft. Door omstandigheden en zijn (overlevings) gedrag is hij van jongs af aan verlaten en weggestuurd. Dat patroon herhaalt zich steeds. Sinds het gedwongen vertrek uit zijn vertrouwde appartement, lijkt het alsof zijn power hem ook in de steek laat.

We werken met een vragenlijst. Het valt hem zwaar. Hij antwoordt open en eerlijk dat hij eenzaam is, niemand durft te vertrouwen en het vertrouwen in zichzelf aan het verliezen is. In de beschutte en veilige omgeving van de therapie durft hij eerlijk te zijn. Maar in de buitenwereld laat hij dat niet zien. Dan is hij kwetsbaar en een prooi. Hij wil de schijn ophouden. Anderen en zichzelf laten geloven dat het goed met hem gaat, dat hij het ver zal schoppen. Dat hij ooit een beroemd muzikant zal zijn. Rijk en gelukkig. Dus haar goed, extravagante kleding aan, hoed op en lachen maar. Een stralende buitenkant die verdriet maskeert. In therapie durft hij de binnenkant te laten zien en kan hij wat ellende verwerken. Met begeleiding, schuldsanering en jobcoaches komt er misschien toekomstperspectief.

We bespreken samen wel eens of ik hem over een tijd(je) zal bezoeken in de gevangenis of op televisie zal zien. Hopelijk het laatste, maar ik vrees het eerste. En hij heel diep van binnen misschien ook. Hoewel...hij was er weer vandaag, zij het te laat.

*Ellen Bosselaar is klinisch psycholoog/EMDR practitioner, OPSY*

Voor de opleidingen psycholoog, GZ psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut zie het stroomschema op [bladzijde 27](#)

Lees ook ons artikel over de [psychologische disciplines in het magazine van maart 2016](#)

Op de stoel van de

## KLINISCH PSYCHOLOOG

*"Zijn buurvrouw had last van hem. Hij begrijpt dat niet"*





# Verder ontwikkelen en nieuwe inspiratie opdoen?

## Bij ons kun je je o.a. opleiden tot:

Gezondheidszorgpsycholoog / Psychotherapeut / Ggz-agoog / Klinisch psycholoog / Klinisch neuropsycholoog / Cognitief gedragstherapeut / Cognitief gedragstherapeutisch werker / Systeemtherapeut / Systeemtherapeutisch werker / Seksuoloog / Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) / Infant Mental Health generalist of specialist / Psychotraumatherapeut / Psychotraumahulpverlener / Consulent seksuele gezondheid / Psycholoog-mediator / Psycholoog-family mediator / Kind- en jeugdpsycholoog NIP/NVO / Orthopedagoog-generalist / SRH coach / Autismespecialist / Spelpsychotherapeut

Bekijk snel ons aanbod op [www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl)

Wij helpen je graag verder in je carrière!

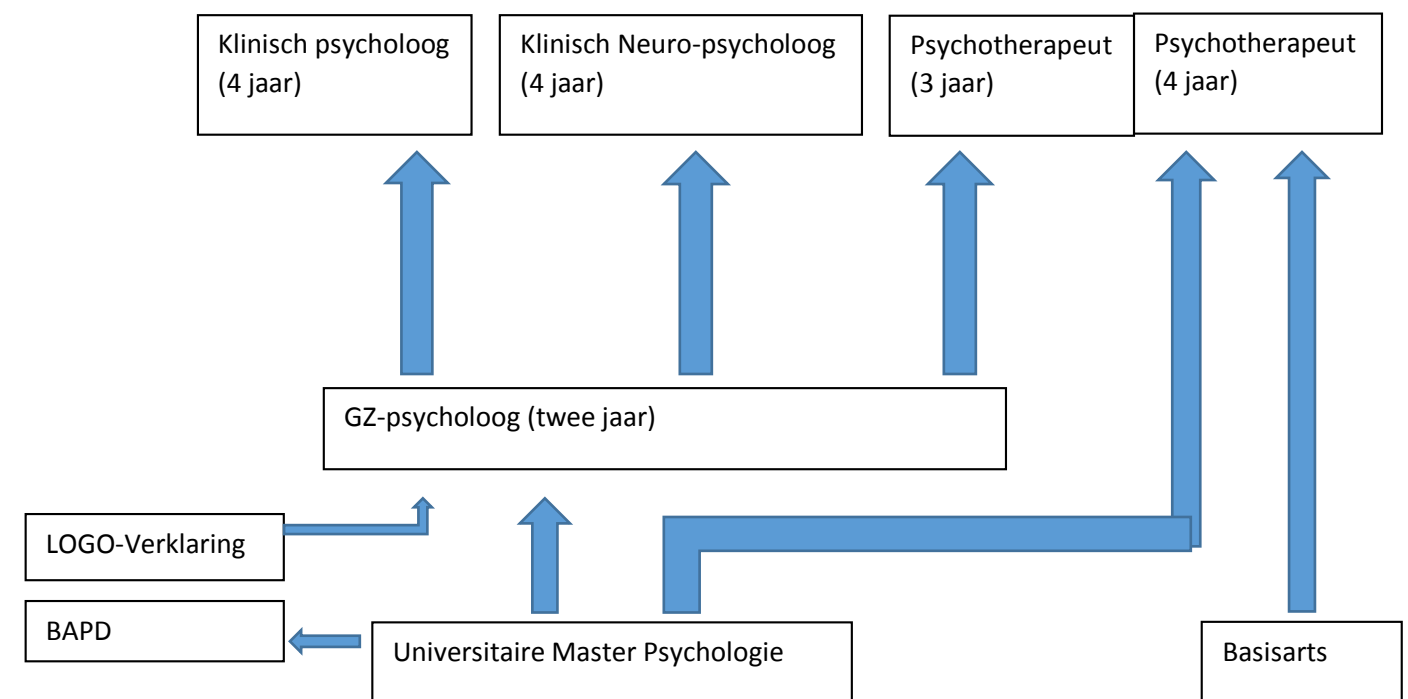
**RINO**  
**GROEP**

## STROOMSCHEMA

De structuur van de belangrijkste opleidingen in de psychologie. Na de basisstudie psychologie kan gekozen worden voor de tweejarige opleiding voor GZ-psycholoog, of de vierjarige opleiding voor psychotherapeut. De laatste opleiding staat ook open voor basisartsen.

GZ psychologen kunnen doorgaan voor klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog (beide vier jaar), of het driejarige traject voor psychotherapeut.

Zie ook: [Aan alleen een basisstudie heb je weinig in de GGZ](#)





Op de stoel van de

## MANAGER

“Uitgangspunt is dat de cliënt beter wordt van alles wat wij doen”



Ik werk als directeur in de GGZ voor een onderdeel waar alle vormen van begeleiding worden uitgevoerd. Dan moet je denken aan dagbesteding, beschermd wonen en ambulante thuisbegeleiding.

Ons Wmo bedrijf heet MindUp. Als directeur van dit zorgonderdeel van GGZ Friesland heb ik heel veel uiteenlopende taken.

Mijn uitgangspunt is dat de cliënt beter wordt van alles wat wij doen. We betrekken daarom zoveel als mogelijk cliënten bij besluitvorming. Ik ben vanuit mijn positie voortdurend aan het onderzoeken hoe we beter kunnen worden in wat wij doen. Dat betekent bijvoorbeeld dat ik gesprekken voer met cliënten, met medewerkers, met de gemeenten, met behandelaars en collega instellingen. Op basis van die gesprekken bedenk ik de koers die wij varen, passend bij de kaders van onze organisatie. Van de cliënten en medewerkers leer ik in elk gesprek wel wat nieuws!

Van de voorzitter van de Raad van Bestuur, krijg ik een financieel kader waarbinnen ik alles mag organiseren. Ik doe erg mijn best om met de beperkte middelen die er zijn, zoveel mogelijk zo goed mogelijk te doen. Dat maakt mijn werk heel uitdagend. Onze medewerkers krijgen trainingen en workshops, zodat zij goed geschoold zijn voor hun werk. Onze cliënten krijgen een zorgaanbod, wat past bij herstel-ondersteunende zorg. Ook

ben ik steeds op zoek naar nieuwe mogelijkheden om werk voor onze cliënten te organiseren. Zo kunnen zij vakmanschap en werkervaring opdoen waarmee zij meer mee kunnen doen in de samenleving. Om te kunnen investeren in goede leermiddelen en apparatuur verkopen wij onze producten en leveren wij diensten aan verschillende bedrijven. Ook ben ik steeds op zoek naar geschikte huisvesting voor cliënten die bij ons wonen en aan het trainen zijn om weer zelfstandig te kunnen wonen. Omdat wij verwachten dat onze cliënten werken aan hun herstel, is het noodzakelijk dat wij zelf ook voortdurend werken aan onze ontwikkeling. Tegelijk ben ik verantwoordelijk voor de veiligheid van onze cliënten. Ik zorg er daarom voor dat wij onze processen op orde hebben en dat wij onze certificering echt verdienen.

Als directeur begeleid ik zelf geen cliënten maar ik ben veel op de werkvloer en kijk goed om me heen. Ik werk in een managementteam waarin iedereen zich met passie en plezier inzet voor onze doelgroep. Wij geloven in wat wij doen en geven nooit op. Hoewel de buitenwereld onze cliënten niet altijd begrijpt waarderen wij juist de veerkracht en vechtlust van onze cliënten. We zien dat goede begeleiding het verschil kan maken in het herstelproces van de cliënt. Daar draag ik heel graag mijn steentje aan bij.

*Ingemarit van der Wal is directeur van MindUp*

**Voor directiefuncties is de opleiding niet vastgelegd. Vaak wordt een opleiding op WO/HBO+ niveau gevraagd, aangevuld met managementopleiding (bijv. MBA).**



“Vroeger werkte ik met kinderen en jongeren, door de bezuinigingen werd ik helaas boventallig. Ik werk nu met volwassenen. Om precies te zijn met vluchtelingen, mensen met een eerste of tweede psychose en mensen uit de forensische psychiatrie. Natuurlijk zijn daarin overeenkomsten, maar ook grote verschillen.

De vluchtelingen die ik zie zijn ernstig getraumatiseerd. Zang, muziek en beweging helpt om hen in de hier-en-nu te krijgen, bijvoorbeeld door eenvoudige Afrikaanse liedjes te zingen en met ritme instrumenten te werken. Deze mensen hebben last van herbelevingen en angst voor uitzetting. Verbale technieken helpen daar niet bij, je krijgt de problemen alleen maar het hoofd uit door beweging en muziek. Ik probeer om mensen weer in contact te brengen met hun lijf, zodat ze meer in hun kracht komen en uit het denken gaan.

Mensen met een eerste of tweede psychose zijn aan het oprabbelen in de dagbehandeling en krijgen twee uur per week muziektherapie. Ze zijn overgevoelig voor prikkels. Muziek brengt ze in contact met hun lijf zonder dat ze overprikkeld raken. En ze ontspannen erdoor.

Bijna altijd zitten ze in een rouwproces: de psychose heeft vaak een streep door hun carrière gezet en daar moeten ze mee leren leven, net als met de psychosegevoeligheid. Muziek ontspant. Ook hier in het doel; in het hier en nu zijn, in je lijf en uit je hoofd, ontspannen, kracht ervaren en hierdoor meer grip op je leven krijgen.

Binnen de forensische psychiatrie zijn mensen door de rechter geplaatst vanwege een strafbaar feit, terwijl ze verslaafd zijn en/of hebben een psychose hebben (gehad). Vaak stoere mannen, met een slechte hechting en een zachte binnenkant, die je met muziek tevoorschijn ziet komen. Ze laten eerder hun kwetsbaarheid zien. “Ik heb me in geen jaren zo ontspannen gevoeld”, zei laatst iemand.

In mijn eigen praktijk “zingjezelf” werk ik veel met stembevrijding. Stembevrijding leert je zingen wie jij precies bent, het geeft je energie, kracht en ruimte.

Het leuke van dit vak: muziek raakt heel direct, metéén. Het brengt je in contact met je lijf, je gevoel. Muziek verbindt mensen met zichzelf en elkaar. Vroeger werkte ik als behandel coördinator, ik kwam vaak moe thuis. Nu maken we samen muziek, we zingen, ik krijg energie van mijn werk.

Door de transitie naar de gemeente is het onduidelijk hoe het er voor de vaktherapieën gaat uitzien.

Binnen de Reinier van Arkelgroep is afgelopen jaren enorm bezuinigd op vaktherapien, vooral binnen de kinder en jeugdpsychiatrie. Onbegrijpelijk, juist kinderen en jongeren ontwikkelen en leren door het opdoen van vaak positieve ervaringen binnen de vaktherapieën.

*Brigitte Ubachs is muziektherapeut bij volwassenenzorg van de Reinier van Arkel Groep*

Op de stoel van de

## MUZIEKTERAPEUT

*“Stoere mannen met een zachte binnenkant, die je met muziek tevoorschijn ziet komen”*

De opleiding tot muziektherapeut is een vierjarige opleiding die gevolgd kan worden bij diverse Hogescholen in Nederland. Bij sommige opleidingen is het eerste jaar een gemeenschappelijk jaar voor alle vaktherapieën, waarna een driejarige specialisatie volgt tot muziek- beeldend- of dramatherapeut. Bij andere hogescholen zijn de specialisaties vanaf het eerste jaar gescheiden.

De meeste Hogescholen bieden ook een parttime opleiding aan.

[Lees ook ons artikel van maart 2016 over vaktherapie](#)



Op de stoel van de

## POH-GGZ

“Enorm boeiend vanwege de diversiteit aan problematiek”

Sinds juli 2014 ben ik werkzaam als POH-GGZ in verschillende huisartsenpraktijken. Mijn achtergrond is maatschappelijk werker. Om het benodigde POH-GGZ certificaat te behalen, volg ik verschillende modules, zoals bijv. motiverende gespreksvoering, werkstress, burnout en overspanning, cognitief gedragstherapeutisch werker en psychopathologie. Daarnaast heb ik supervisie, en samen met collega's POH-GGZ intervisie.

Als POH-GGZ ondersteun ik de huisarts door de hulpvraag van de patiënt verder te exploreren. Het is belangrijk dat de patiënt na consultatie van de huisarts liefst binnen een week bij mij terecht kan. Voor de patiënt een laagdrempelige manier om stappen te zetten richting hulpverlening. Klachten kunnen variëren van problemen in de thuissituatie, bijv. relatie- of gezinsproblematiek, problemen op het werk, burnout, depressie, angst, verslaving, communicatie, rouw, zelfbeeld, of assertiviteitsproblematiek. Mijn taak is om samen met de patiënt te onderzoeken wat de precieze hulpvraag is, zelf de begeleiding te starten of door te verwijzen naar basis GGZ of specialistische GGZ.

De functie van POH-GGZ is enorm boeiend vanwege de diversiteit aan problematiek en mijn taak de patiënt te begeleiden in het proces naar herstel. Een gemiddeld traject bestaat uit zes tot acht gesprekken. Hierbij maak ik gebruik van thuisopdrachten en de mogelijkheid van e-health.

Als voorbeeld een casus, om een indruk te geven van wat er zoal gebeurt in de praktijk;

Ellen, een vrouw van middelbare leeftijd met twee volwassen dochters, heeft haar man 3 jaar geleden verloren vanwege zelfdoding. De eerste jaren na deze heftige gebeurtenis ging het naar omstandigheden redelijk goed met haar. Zij heeft samen met haar kinderen haar leven weer opgepakt. Vorig jaar kreeg zij klachten van extreme moeheid en depressiviteit. Tijdens de gesprekken bleek dat er richting haar man onbeantwoorde vragen waren en m.b.t. de familie boosheid vanwege hun rol in het proces na zijn dood. Door deze gevoelens te (h)erkennen, konden we hiermee aan de slag. In een 'brief' aan haar man heeft zij haar vragen aan hem gesteld en deze bij mij hardop voorgelezen. Ook de boosheid naar haar familie hebben we onderzocht: wat wilde ze daarmee? Door er met mij over te praten heeft Ellen besloten dat dat voldoende was. Door tijdens de gesprekken ruimte te maken voor haar gevoelens, merkte ze dat ze stapje voor stapje met meer afstand kon kijken naar deze traumatische periode. Zij kreeg meer rust, ging beter slapen, en na 8 gesprekken konden we de begeleiding beëindigen.

*Arina Groeneveld werkt als POH-GGZ bij meerdere huisartspraktijken in Giessenburg, Vuren en Werkendam*

De opleidingseisen voor de POH-GGZ liggen nog niet vast. Een aantal zorgverzekeraars stellen als voorwaarde dat de opleiding POH-GGZ aan een Hogeschool is behaald. Andere zorgverzekeraars laten de keus volledig aan de huisarts.



Een groot deel van mijn tijd zie ik als psychiater vrouwen met een psychiatrisch ziektebeeld die zwanger zijn of willen worden. Binnen de zorglijn psychiatrie en zwangerschap begeleidt ons team, dat bestaat uit een psychiater, een verpleegkundig specialist, een spv-er, een systeemtherapeut en een psychomotorisch therapeut, deze vrouwen tot zes maanden postpartum. Het gaat vaak om vrouwen met stemmingswisselingen, angstklachten en, of een persoonlijkheidsproblematiek. In combinatie met een zwangerschap kunnen zij niet meer alle psychofarmaca gebruiken. In overeenstemming met de richtlijn geef ik advies over medicijnen die zij nog wel mogen innemen.

Bij vrouwen die zwanger willen worden, zorg ik ervoor dat zij voor een eventuele zwangerschap optimaal zijn ingesteld op de juiste medicatie. Voor vrouwen die al zwanger zijn, is het heel belangrijk voor de ontwikkeling van de foetus dat zij met zo min mogelijk stress de zwangerschap doorkomen. Veel patiënten die ik zie zijn angstig. Daarom kiezen wij ervoor om hen zo mogelijk niet actief te behandelen, maar de nadruk te leggen op een steunende en structurerende begeleiding. Ook volgen de vrouwen als dit kan een psychomotore therapie, waarbij de nadruk behalve op ontspanningsoefeningen ligt op het contact maken met wat wij de 'bib' (baby in de buik) noemen. Ook na de zwangerschap blijven we de moeders zien. De kraamtijd is namelijk een kritieke periode voor het eventueel ontwikkelen van psychiatrische problematiek. De PIT-verpleegkundige, dit staat voor psychiatrische interventie thuis, bezoekt hen thuis en brengt daar de moeder-kind-video-interventiemethode waarmee wij werken in praktijk.

Het mooie aan mijn vak is dat ik kan bijdragen aan een goede en vroege hechting tussen moeder en kind die heel belangrijk is voor het verdere leven. Na zes maanden kan het gezin zelfstandig verder of verwijst ik de moeder door naar de juiste professional voor extra hulp. Het is heel waardevol dat je een nieuwe generatie de best mogelijke start in het leven kunt meegeven. Vooral de psychodynamische kant van het vak trekt mij aan en dan is het jammer om te zien dat de behandeltime die wij vergoed krijgen steeds korter wordt. Snel en kort past niet bij de overgrote meerderheid van mijn patiënten. Psychotherapie is niet te vergelijken met cognitieve of farmacotherapie. Bijvoorbeeld het overwinnen van weerstand kost tijd. Tijd is tegenwoordig helaas het duurste medicijn.

Ik ben in 1986 begonnen als psychiater na een studie geneeskunde met daarna de specialisatie psychiatrie. Achteraf gezien zou ik zeker weer hetzelfde beroep hebben gekozen.

*Monique Raats werkt als psychiater bij PsyQ Spijkenisse.*

Psychiater wordt je door na de 6-jarige studie voor basisarts ('medicijnen') nog 4,5 jaar door te studeren voor psychiater. Er zijn specialisaties voor jeugd- volwassenen- en ouderenpsychiater.

Op de stoel van de

## PSYCHIATER

*"Het mooie aan mijn vak is dat ik kan bijdragen aan een goede en vroege hechting tussen moeder en kind die heel belangrijk is voor het verdere leven"*







## Wie Wij Zijn, tussen verstand en verlangen

Frank Koerselman

In *Wie Wij Zijn* schrijft Frank Koerselman over wat de mens maakt tot wat hij is en alle tegenstrijdigheden die daar bij optreden. In een vijftal hoofdstukken zet hij uiteen wat in zijn visie mensen vormt, welke grote lijnen je daar in kunt aangeven en daarnaast maakt hij tegelijkertijd begrijpelijk dat mensen zo kunnen verschillen van elkaar. Als emeritus hoogleraar psychiatrie en psychotherapie heeft hij zich daar natuurlijk een leven lang mee bezig gehouden als professioneel mensenvorser. “Wie wil begrijpen wat mensen beweegt, kan niet om betekenis heen”.

In eerste instantie is er de psychiatrische bril. Maar wat volgt in het boek is veeleer een uiteenzetting en een visie op allerlei maatschappelijke ontwikkelingen en bewegingen. De psychiatrie vind je wel terug in het aanhalen van klassiekers als Freud, Skinner, Pavlov, Erikson en Bowlby. Hun opvattingen vlecht Koerselman kunstig in het door hem geschetste beeld van de mens in zijn wereld. Daarbij schuwt hij er niet voor om in subtiele bewoordingen actuele ontwikkelingen van kanttekeningen te voorzien.

Al lezend vind je jezelf terug in een doorwrochte cultuurfilosofische verhandeling over menszijn in zijn algemeenheid. Overigens komt Koerselmans achtergrond zo af en toe wel weer even om de hoek kijken in het hoofdstuk: ‘Mensen verschillen’ waarbij persoonlijkheidskenmerken worden behandeld. Dat het aangeven van grote lijnen op dit gebied niet

eenvoudig is, mag duidelijk zijn en Koerselmans verzucht dat je daarvoor niet bij de psychiatrie te rade hoeft te gaan. “In het DSM –concept leidt het stellen van zulke ‘diagnoses’ dus tot het plakken van etiketten zonder begrip. Voor ons inzicht in wat mensen bindt of scheidt, is dat niet erg behulpzaam.”

In het eerste hoofdstuk gaat Koerselman uitgebreid in op het aspect van betekenis geven. De factoren die daarin een rol spelen en hoe dat bepaald hoe mensen leven of hoe ze menen te moeten leven. Een mens geeft betekenis door antwoord te vinden op een aantal vragen: is dit relevant? Is het bekend? Is het positief of negatief? Is het hanteerbaar? Oftewel: Je hoort een knal: doet die er toe? Is het mij bekend? Is dit positief of negatief? Is het voor mij hanteerbaar? Een knal geeft op oudejaarsavond een geheel andere betekenis dan een knal op een grote groepsbijeenkomst waarbij een minuut stilte wordt aangehouden. Met herkenbare voorbeelden en een heldere uitleg neemt Koerselman ons mee in zijn betoog. Het hoofdstuk over betekenis geven leidt als vanzelf naar een hoofdstuk over normen en waarden waarin onze omgang met seksualiteit in de loop der tijden als voorbeeld dient waarmee hij zijn betoog illustreert. Het hoofdstuk over ‘Identiteit en sociale omgeving’ betreft meer actuele ontwikkelingen in de maatschappij in het betoog. Het boek eindigt met een hoofdstuk over levensbeschouwing en zingeving.

Maandlijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

Regelmatig kijkt Koerselman terug in het verleden, en dan vooral de vorige eeuw, om helder te maken welke grote maatschappelijke veranderingen hebben plaatsgevonden die van invloed zijn op de menselijke identiteit. Dat is een handige en begrijpelijke keus, veranderingen zijn op deze manier duidelijk te maken en we kunnen ons er over verbazen dat het nu allemaal zo anders gaat en waar dat dan door komt. Het kwetsbare van een dergelijke opbouw van je betoog is wel dat je het heden nauwelijks met afstand kunt bekijken zoals je dat met het verleden wel kunt doen. Als je in de lijst zit, zie je de foto namelijk niet. Maar dit punt terzijde, Koerselman zet een prachtig betoog neer, waarin hij allerlei psychologische inzichten begrijpelijk neerzet en daarmee in een klap ook diverse maatschappelijke thema’s meeneemt. Hij eindigt stijlvol: “Moed, beleid en trouw getuigen van een sterke identiteit. Ze zijn, anders dan de zeldzaamheid van de onderscheiding doet vermoeden, voor ons allemaal een richtsnoer om te worden wie wij kunnen zijn.”

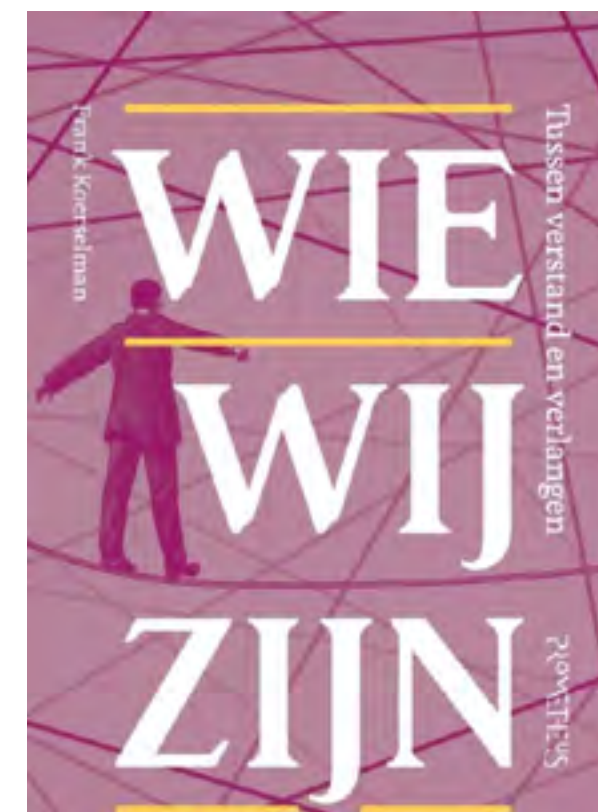
**Frank Koerselman:**

**Wie Wij Zijn, tussen verstand en verlangen**

**Uitgeverij Prometheus, 255 pagina’s;**

**prijs 19,95**

**ISBN13 9789035136991**





Op de stoel van de

## PSYCHOTHERAPEUT

*"Ik kijk anders naar patiënten dan een aantal collega's zonder psychotische ervaring"*

Voor de opleidingen psycholoog, GZ psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut zie het stroomschema op [bladzijde 27](#)

Lees ook ons [artikel over de psychologische disciplines](#) in het magazine van maart 2016

Bij mijn opleiding tot psychotherapeut was het een probleem dat ik wilde werken met mensen met psychose. Mensen met psychotische klachten zijn te kwetsbaar voor psychotherapie, zo was de opvatting. Ook in werksituaties kwam ik deze overtuiging tegen, steunen, structureren en toedekken was het devies. Ik dacht daar anders over en dat heeft soms tot een arbeidsconflict geleid. De laatste jaren is het wat normaler geworden om psychotherapie te geven aan mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Recent onderzoek naar de rol van trauma bij psychose en de veiligheid en effecten van traumabehandeling heeft daartoe sterk bijgedragen.

Ik werk in een FACT-team als psycholoog/psychotherapeut. Ik geef onder andere traumabehandeling. In een FACT-team werken verschillende disciplines samen met cliënt en zijn/haar netwerk, en kan behandeling makkelijk opgeschaald en afgeschaald worden, afhankelijk van wat nodig is. We willen herstel ondersteunend werken. Bij herstel draait het om kwaliteit van leven, dat is iets anders als symptoombestrijding. Dat hebben we geleerd van de herstelbeweging, van cliënten zelf dus. In ons team werkt een ervaringsdeskundige die vanuit eigen herstelervaring cliënten ondersteunt. Maar ook ons leert hoe belangrijk het is aan te sluiten bij wat voor die ene persoon van belang is om een zinvol leven te kunnen leiden. Dat hoeft niet altijd te betekenen symptoombestrijding, soms wil iemand eerst vooral aan de slag met zijn familie, een andere woning of werk/dagbesteding. We investeren veel in relaties. Dat betekent voor mij heel concreet dat ik vaak buiten kantoor mensen zie: thuis, in de stad, in het zwembad. Maar ook dat ik betrokken blijf als behandelaar als iemand toch opgenomen raakt. Vanuit een goede relatie durft iemand eerder te kiezen voor een bepaalde behandeling. Ook mensen met een psychotische kwetsbaarheid kunnen herstellen, weerbaarder worden en een zinvol bestaan leiden. En profiteren van psychotherapie. Niet alleen in de maatschappij maar ook binnen de GGZ zelf is er lang stigmatiserend gedacht en gesproken over (on)mogelijkheden van mensen met psychose. Ik heb daar ook persoonlijk last van gehad.

Zelf ben ik, tijdens mijn studie, twee jaar psychotisch geweest, inclusief gedwongen opname, separaties en dwangmedicatie. Het heeft lang geduurd voor ik daar open over durfde te zijn. Ik was vooral angstig voor mezelf, niet serieus genomen te worden, veroordeeld te worden. Ik had veel last van zelfstigma. Het taboe is zó groot. De kreten waren toch vooral: "dat komt nooit meer goed" en "een baan en kinderen kun je vergeten". Die denkbeelden zijn nu gelukkig aan het veranderen. En ik ben het bewijs: het kan dus wel.

Twee jaar geleden heb ik pas openheid van zaken gegeven. Óók regelmatig tegen mijn cliënten. Waar ik bang voor was, gebeurde niet. Mensen vinden het bijzonder. Ze stellen vragen als 'welke medicijnen gebruikte jij' en 'dus een psycholoog kan ook psychotisch worden?'

Ook collega's reageerden positief en ze stonden er achter dat ik het aan cliënten zou vertellen. We hebben afgesproken dat ze het zouden melden als cliënten achter mijn rug zouden zeggen dat ze er moeite mee hadden. Maar dat is nooit gebeurd.

Van de extra kennis die ik heb als 'ervaringsdeskundige', heb ik altijd gebruik gemaakt. Cliënten zeiden al eerder: "U weet erg veel over psychoses."

Ik kijk anders naar patiënten dan een aantal collega's zonder psychotische ervaring. Mensen blijven lang hangen in het idee dat mensen met een psychotische kwetsbaarheid andere hersenen of genen hebben. Maar daar is geen bewijs voor. Psychose kan iedereen overkomen, en veel mensen hebben wel eens psychotische belevingen gehad. Wij zijn niet een ander 'soort' mensen.

Die wij-zij tegenstelling is kunstmatig, en kan stigmatiserend, schadelijk uitpakken. Het voetstuk waarop behandelaars vaak onbedoeld staan, is niet realistisch. Onze teampsychiater zei het laatst heel treffend: "Cliënten en hulpverleners, allebei gewone mensen".

*Clara Koek-Michels werkt als psychotherapeut bij een FACT-team van GGZ-NHN*



Ik werk als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij een RIBW ofwel een regionale instelling voor beschermd wonen. In deze functie geef ik gevraagd en ongevraagd advies aan de medewerkers op locatie die de bewoners begeleiden. Als een traject medisch inhoudelijk stagneert, doen ze in eerste instantie een beroep op de behandelaar. Soms adviseer ik hen daar wel inhoudelijk bij. Ik kom zelf in beeld als zij vastlopen in de begeleiding van het beschermd wonen. In mijn baan is het belangrijk dat je goed kunt analyseren en een hulpvraag in een bredere context kunt zien. Alleen dan kun je bepalen wat iemand nodig heeft. Ik werk samen met drie collega-SPV en we hebben elk onze eigen locaties. Op mijn locaties ben ik dus een bekend gezicht.

Geen dag is hetzelfde. De ene keer ben ik 's ochtends aanwezig bij een intakegesprek met een nieuwe cliënt. De andere keer schuif ik bij behandelaren aan in een zorgoverleg en praten we over cliënten met een ingewikkelde casuïstiek. Soms heb ik de cliënt zelf gesproken, maar soms ook niet. In tegenstelling tot de begeleiders op locatie heb ik geen eigen caseload.

Voor deze functie heb ik twaalf jaar in een behandelsetting gewerkt. Ik merk dat dit een voordeel is, want daardoor spreek ik de taal van de behandelaren. Leuk aan dit werk vind ik dat wij als SPV's een verbindende rol hebben in de organisatie. Omdat wij op meerdere locaties komen, zien we parallelle processen die we kunnen terugkoppelen aan de medewerkers. Bij een ingewikkelde problematiek kunnen we ook een waardevolle schakel zijn tussen de behandelaar en de medewerkers in de RIBW-locaties. Wel moet ik er op letten dat ik geen vertekend beeld krijg van de organisatie. In mijn baan word je namelijk alleen gevraagd als er een probleem is.

Veel trajecten gaan goed, maar het lukt niet altijd. Ik vind dat de complexiteit van het begeleid wonen binnen de ggz wordt onderschat. Het is bij ingewikkelde problematiek moeilijk om de zorg goed vorm te geven binnen de RIBW. Zo kunnen de medewerkers niet naar maatregelen grijpen, zoals dwangmedicatie of de deur op slot, die in een kliniek wel mogelijk zijn. In mijn gesprekken met behandelaren probeer ik dit aan te kaarten. Ik heb de opleiding sociaal psychiatrische verpleegkunde gevolgd en ben daarmee een generalist met expertise in het psychosociale domein.

*Karin Kraaij is werkzaam als SPV Zorgtoewijzing en Expertise bij Lister*

Op de stoel van de

## SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE

*"In mijn baan is het belangrijk dat je goed kunt analyseren en een hulpvraag in een bredere context kunt zien.*

*Alleen dan kun je bepalen wat iemand nodig heeft"*

**Je hebt toegang tot de opleiding SPV als je ná de Hbo-V twee jaar werkervaring binnen de GGZ hebt opgedaan. Verpleegkundigen op Mbo-niveau met specialisatie psychiatrie en óók twee jaar ervaring, kunnen met een assessment toegelaten worden.**

**Zie voor de opleidingen voor de verpleegkundige disciplines ook ons [artikel van maart 2016](#)**



Op de stoel van de

# SUPERVISOR

“De kunst om ingewikkelde problematiek  
behapbaar te maken”



Samen puzzelen op ingewikkelde problematiek, dat is wat ik het liefst doe. Daarom help ik hulpverleners in de volwassenen GGZ opdat zij hun cliënten nóg beter kunnen helpen. Ik superviseer collega-psychologen die in opleiding zijn tot cognitief gedragstherapeut. Op deze manier ben ik sparringpartner van therapeuten in opleiding.

Hoe kun je bepaalde technieken inzetten bij ingewikkelde casuïstiek? Wat wordt er mogelijk over het hoofd gezien? Wat roept de therapeut op door zijn of haar houding? Het is de kunst om ingewikkelde problematiek behapbaar te maken en op te delen in kleine stukjes. Zo kunnen de hulpverlener en de cliënt weer verder.

Tijdens intervisiemomenten wordt de dagelijkse praktijk besproken. Zo kwam een psychologe met de volgende situatie naar me toe. Ze was door haar werkgever op huisbezoek gestuurd. De cliënte, een eenzame, angstige en hoogbejaarde vrouw, wist niet goed wat ze van dit bezoek moest denken. Praten met een psychologe? En dan ook nog zo jong? In het kennismakingsgesprek gaat de psychologe in op de klachten van haar cliënte: ze heeft gevoelens van eenzaamheid en angst om dierbaren te verliezen. Na afloop stemt mevrouw in om een tweede afspraak te maken. De hulpverlener heeft het gevoel dat ze in dit gesprek ook echt iets moet doén. Aan het eind van het tweede gesprek vraagt zij mevrouw de komende periode haar gevoelens in een schema op papier te zetten. Mevrouw blijft vertwijfeld achter. De hulpverlener heeft niet het gevoel dat zij het opgegeven huiswerk gaat doen en vraagt mij hoe ze het volgende gesprek moet aanpakken.

Bij de begeleiding van hulpverleners keren een aantal vragen steeds terug. Welk doel heb je voor ogen? Welke tools zet je daarvoor in en wanneer doe je dat? De hulpverlener voelt dat de opdracht die zij mevrouw meegeeft niet helemaal goed uitpakt. Daarom zoeken we samen naar antwoorden op vragen als ‘wat is een goed moment om huiswerk mee te geven?’ en ‘hoe kun je aansluiten op het niveau en de behoefte van de cliënt?’. De aanpak bij deze specifieke cliënte wordt besproken en geoefend. Hiermee heeft de hulpverlener weer verschillende tools in handen voor het volgende gesprek.

[Rebecca Warner](#) heeft een eigen praktijk waarbinnen zij werkzaam is als cognitief gedragstherapeut, supervisie geeft aan therapeuten in het opleidingstraject tot GZ-psycholoog en/of cognitief gedragstherapeut VGCT. Daarnaast geeft zij als docent verschillende basiscursussen cognitieve gedragstherapie.

Supervisor VGCT kun je worden nadat je je opleiding tot BIG geregistreerd GZ-psycholoog in combinatie met de opleiding tot cognitief gedragstherapeut VGCT hebt afgerond. Na 5 jaar werkervaring kun je de opleiding tot supervisor volgen. Na deze opleiding kun je therapeuten in opleiding tot GZ-psycholoog en/of cognitief gedragstherapeut VGCT superviseren in hun opleidings-traject en heb je de bevoegdheid om zelfstandig les te geven.



Ik werk binnen GGzE in een polikliniek voor mensen met een bipolaire stoornis. In de gespecialiseerde ggz ben ik medebehandelaar in een multidisciplinair team. Ik werk daarin samen met twee psychiaters, psycholoog, arts, SPV en ambulante verpleegkundigen. Voor de langdurige zorg van cliënten die zijn doorverwezen naar de basis ggz ben ik de regiebehandelaar. Als het nodig is kan ik terugvallen op het multidisciplinaire team, maar in principe ben ik dan de enige behandelaar. Door de basis ggz op deze manier te organiseren is onder meer de continuïteit van zorg geborgd.

Mijn dag begint met administratieve taken, controleren van labuitslagen, uitschrijven van herhaalrecepten en het screenen van nieuwe aanmeldingen. Daarna is er in de ochtend een kort overleg met het team over cliënten die in een crisissituatie zijn geraakt. Wij behandelen 400 cliënten, van wie ik er rond de 75 onder mijn hoede heb. In de loop van de dag zie ik gemiddeld zeven mensen voor een individueel consult. We praten over hun stemming, medicatie en herstel. Heel belangrijk in deze gesprekken is het vergroten van wat wij hun 'zelfmanagement' noemen. Dit houdt in dat zij zelf leren reageren op veranderingen of op triggers die hun stemming kunnen veranderen. Als hulpmiddelen gebruiken we daarvoor stemmingsdagboeken en een signaleringsplan. Zelfmanagement is alleen succesvol als de cliënt zijn ziekte accepteert. Daaraan gaat een heel proces van rouw en aanpassing vooraf. Het hebben van een psychiatrische aandoening gaat immers vaak gepaard met veel verlieservaringen. Daar praat je ook over.

Verder coach ik een verpleegkundig specialist in opleiding, verpleegkundigen en SPV's en verzorg ik een aantal lesavonden in de groepstrainingen psycho-educatie die wij geven. Samen met een psycholoog heb ik een cursus stemmingsmanagement 'Grip op je stemming' ontwikkeld die ik regelmatig geef. Verder is een speerpunt in de zorg tegenwoordig het verbeteren van de somatische zorg en het ontwikkelen van leefstijlinterventies. Ook hierbij ben ik betrokken. Dit soort innovaties horen typisch bij het beroep van Verpleegkundig Specialist. Ik heb de tweejarige opleiding bij opleidingsinstelling GGZ-VS gevolgd. Normaal duurt de opleiding drie jaar, maar omdat ik de post-hbo opleiding SPV al had gedaan en veel competenties kon aantonen, ben ik toegelaten tot het verkorte traject. De opleiding was pittig, maar ik heb veel geleerd. Als Verpleegkundig Specialist heb ik in de keten een grotere verantwoordelijkheid dan een SPV. Het is een verdieping van mijn vak die mij ligt.

*Marius Reijnen is werkzaam als Verpleegkundig Specialist GGz bij het Centrum Bipolair van GGzE.*

Op de stoel van de

## VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

*"Samen met een psycholoog heb ik een cursus stemmingsmanagement 'Grip op je stemming' ontwikkeld. Dit soort innovaties horen typisch bij het beroep van Verpleegkundig Specialist"*



Zie voor de opleidingen voor de verpleegkundige disciplines [ons artikel van maart 2016](#)



Op de stoel van de

## VERPLEEGKUNDIGE IN DE PSYCHIATRIE

"Vooral het contact met cliënten

maakt dit werk voor mij waardevol"



Ik werk 32 uur per week bij Arkin op de locatie Reigersbos als leerling-verpleegkundige. Na een loopbaan in de commerciële dienstverlening, heb ik het roer helemaal omgegooid. Als vrijwilliger was ik betrokken bij mensen met een psychiatrische stoornis en dat gaf mij zo veel voldoening dat ik hier mijn werk van wilde maken. Ik heb bewust voor de mbo-opleiding verpleegkundige in de psychiatrie gekozen omdat je dan na vijf maanden school direct aan de slag kan. Het is een BBL-traject van vier jaar. Ik volg nu het derde jaar en ga elke maand een week naar school. De 42 cliënten zijn verspreid over de gesloten en open afdelingen en de inleun- en aanleunwoningen. Voor cliënten aan het einde van het traject zijn er zogenoemde 'zwaaiwoningen' meer op afstand. Als leerling mag ik niet alleen op de gesloten afdeling werken, maar verder draai ik volledig mee. Het mooie van het werk is dat geen dag hetzelfde is. Op de open afdeling begint de dag met een wekronde. Daarna zorg ik ervoor dat de cliënten op tijd ontbijten en begeleid ik ze naar de dagopening van half 10. Op deze afdeling is het bieden van structuur erg belangrijk. Cliënten die zelfstandiger wonen, bieden wij minder structuur omdat het de bedoeling is dat zij steeds meer zelf hun leven gaan inrichten. Reigersbos is een rehabilitatiekliniek wat inhoudt dat wij zo veel mogelijk verantwoordelijkheden bij de cliënt zelf neerleggen. Na de dagopening begeleid ik de cliënten naar hun dagbesteding of werk. Ook als zij naar de tandarts of huisarts moeten, ben ik daarbij. Mensen op de afdelingen, maar ook in de meer zelfstandige woonvormen ondersteun ik bij de algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, ofwel ADL en HDL, zoals dat in zorgjargon zo fraai heet. Zo heb ik de hele dag afspraken met cliënten. Aan het eind van de dag rapporteer ik wat er die dag is gebeurd. Om dit werk leuk te vinden, moet je kunnen plannen, want er speelt altijd van alles tegelijk. Vooral het contact met cliënten maakt dit werk voor mij waardevol. Ik ben minder enthousiast over de opleiding. Er is geen aparte MBO-opleiding meer voor de psychiatrie en ik leer daardoor vooral dingen die in het ziekenhuis handig zijn, maar waar ik zelf nooit mee te maken krijg.

*Dominique Dijkstra werkt als verpleegkundige in de psychiatrie bij Arkin. Zij is nog in opleiding.*

Zie voor de opleidingen voor de verpleegkundige disciplines ons [artikel van maart 2016](#)



# OUDE KRANTEN:



Vacature in de GGZ voor "Meisjes van 16 jaar en ouder die er van houden om met mensen om te gaan en belangstelling hebben voor handwerken"

*Elke maand neemt de redactie de stapel oude kranten op haar bureau door, op zoek naar aanknopingspunten in het verleden die iets zeggen over verschijnselen van vandaag. Zijn er verschillen? Zijn er overeenkomsten? Breek- of startpunten? In een themamagazine over werken in de GGZ kunnen we natuurlijk niet anders dan er de vacaturepagina's uit vroeger tijden op naslaan. Er is wel wat veranderd in de loop van de jaren.*

Laten we 50 jaar geleden beginnen, in maart 1966. De Psychiatrische Inrichting Dennenoord, zoekt "jongens en meisjes, van Pr. Chr. Levensopvatting, ouder dan 17 jaar" voor een cursus van zes weken, met als doel "voorlichting te geven aan hen, die belangstelling hebben voor de moderne ontwikkeling in de psychiatrische behandeling en verpleging en overwegen om de opleiding voor het Rijksdiploma Ziekenverpleging B te gaan volgen." In hetzelfde jaar vraagt de psychiatrische inrichting 'Groot Bronswijk' in Wagenborgen (Gr.) een therapieleidster. "Meisjes van 16 jaar en ouder die er van houden om met mensen om te gaan en belangstelling hebben voor handwerken komen in aanmerking" staat er in de advertentie te lezen. Leest u nog even het artikel over de vaktherapeuten, een paar pagina's terug? Overigens is ook hier een Pr. Chr. Levensovertuiging gewenst, interne huisvesting is desgewenst mogelijk.

De St Joseph Stichting in Apeldoorn is iets moderner. De advertentie kopt: "Kies de psychiatrische verpleging als beroep!" Er wordt geen Chr. Levensovertuiging gevraagd, wel wil het St Joseph alleen jonge mannen opleiden. Er is blijkbaar veel fysieke kracht nodig in het Joseph.

In 2016, honderd jaar terug, lijken de zaken eenvoudiger, dat wil zeggen in de advertenties. In

de rubriek 'Personeel gevraagd' staat tussen de winkeljuffrouwen en de naaisters: "Brinkgreve te Deventer, een eerste verpleegster, gediplomeerd voor zieken- of krankzinnigenverpleging en leerling verpleegsters." Summiere informatie, maar wel to the point.

In het verderop gelegen Zutphen zijn ze iets uitgebreider. Daar "kunnen geplaatst worden leerling verpleegsters op een salaris van f 130,- tot f 250,- Persoonlijk aanmelden bij de geneesheer-directeur op werkdagen tusschen 1 en 3 uur namiddag."

Gaan we honderdvijftig jaar terug, maart 1866, dan worden de advertenties zeldzamer, maar roepen ook meer vraagtekens op. Wat te denken van het Krankzinnigengesticht te Franeker, waar "worden gevraagd twee bedienden, op een loon van f 80,- per jaar, benevens kost, inwoning, bewassing, geneeskundige hulp, medicijnen en vrije uniforme bovenkleeding." Je vraagt je af, wat de taak van deze heren gaat worden. Hoe dan ook: "Die hiertoe genegen zijn, worden verzocht zich in persoon aan het Gesticht te vervoegen."

In het Krankzinnigengesticht in Dordrecht wordt in diezelfde maand een timmerman gevraagd, onder dezelfde voorwaarden. Het inkomen ligt op f 200,- per jaar. Timmermannen worden blijkbaar een stuk beter gewaardeerd dan de 'bedienden'.

●  
*Deze aflevering van 'Oude kranten' is eerder gepubliceerd in de GGZTotaal van maart 2016*



GGZtotaal

