

Topbaan of tobbaan?

De GGZTotaal-XL van maart

Als je de kranten moet geloven, is het een drama in de ggz. We kunnen er inderdaad niet omheen, er spelen de nodige problemen. Personeelstekort, afdelingen die moeten sluiten, agressie, hoge werkdruk, een teveel aan bureaucratie en protocollen, zorgverzekeraars die de dienst uitmaken, psychiaters die weglopen, verwarde mensen op straat, wachtlijsten. En misschien ben ik er nog een paar vergeten.

Je zou bijna gaan denken dat het een vreselijke job is, werken in de ggz. Het lijkt mee te vallen. In haar artikel '[Misschien wordt het morgen beter](#)' in het magazine van februari 2018, ruim een jaar geleden, maakte Jeannet Appelo aannemelijk dat de ggz nog steeds een aantrekkelijke werkgever is, waar veel mensen voldoening vinden in hun werk en zich met hart en ziel inzetten. Desondanks: verpleegkundigen kiezen er niet voor om in de ggz te werken, de psychiaters lijken massaal weg te lopen vanwege het gebrek aan invloed.

Zelf blijf ik daarbij met de vraag zitten, of de beroepsgroep van psychiaters het probleem in de afgelopen decennia niet over zichzelf heeft afgeroepen, door alle macht naar zichzelf toe te trekken, ook op de plaatsen waar hun expertise niet per se noodzakelijk was. Dat gaat uiteindelijk natuurlijk knellen.

Het tekort aan verpleegkundigen is een ander verhaal. De werkdruk (ook die van de psychiaters) speelt natuurlijk in de hele zorg, maar de ggz lijkt een extra imago-probleem te hebben: te weinig concreet en een lage status.

In januari zoomden we in op de [wachtlijsten](#) die, behalve voor de hulpverleners, natuurlijk in de eerste plaats een ramp zijn voor degenen die er op staan. In dit e-magazine van maart zal het vooral over het personeelstekort gaan.

In het afsluitende artikel van dit magazine beschrijft Stijn Ekkers zijn loopbaan in de ggz, nu hij (weer eens) van baan verandert. Wat je ook mag vinden van dat voortdurende overstappen van de ene naar de andere baan, uit zijn verhaal '[Van stadscowboy naar diepzeeduiker](#)' blijkt



één ding: hij vindt het werk in de ggz zó boeiend en indrukwekkend, dat hij wel tien banen tegelijk zou willen hebben.

Daarvóór: Jeannet Appelo trapt af met een overzicht. Hoe groot is dat personeelstekort eigenlijk? En wat zijn de gevolgen? Maar vooral: welke oplossingen zijn er geprobeerd en nog voorhanden? In '[Is er straks geen behandelaar meer te vinden?](#)' probeert ze de zaken op een rij te krijgen.

Als werken in de ggz leuk is, waarom werken er dan niet méér mensen in de ggz? Voor twee beroepen lichten we dat uit: de [verpleegkundigen](#) en de [psychiaters](#). Daarmee doen we de psychologen, de vaktherapeuten en de agogen tekort, maar die zullen zich grotendeels herkennen in wat er speelt bij de verpleegkundigen en de psychiaters.

Ook de ervaringsdeskundigen komen hier niet aan bod, maar zij kunnen zich verheugen op een themamagazine van GGZ Totaal in juni.

Hamp Harmsen tenslotte, gooit het over een heel andere boeg. Eén van de vele (deel-)oplossingen om het personeelstekort aan te kaarten, is het inzetten van beveiligers. Je leest het goed: beveiligers. Als hulpverlener niet gekwalificeerd, als beveiligers wel, en dus ingehuurd om te worden ingezet bij situaties die dreigend of gevaarlijk zijn. Hoe dat werkt lees je in '[Klappen opvangen is niet mijn favoriete hobby](#)'.

IS ER STRAKS GEEN BEHANDELAAR MEER TE VINDEN?

HET PERSONEELSTEKORT IN GETALLEN, DE GEVOLGEN EN DE MOGELIJKE OPLOSSINGEN.

Niemand die iets met de ggz te maken heeft zal het zijn ontgaan: er is een groeiend personeelstekort en dat heeft ernstige gevolgen. De sector staat daar overigens niet alleen in, de hele zorgsector heeft het moeilijk met het vervullen van vacatures, n t als het onderwijs, het openbaar vervoer en de bouw. Terwijl enkele jaren geleden de werkloosheid torenhoog was en veel personeel ontslagen moest worden. Maar dat terzijde.

Personeelstekort in de ggz: waar hebben we het eigenlijk over?

Volgens het CBS werken er bijna 100.000 mensen in de ggz, gemiddeld werken zij 75%, maakt ongeveer 75.000 fte. Daarin zitten alle functies, van tuinman tot psychiater. Helaas zijn lang niet alle vacatures vervuld: volgens recente cijfers van GGZ Nederland, zijn de tekorten fors. Uitgesplitst naar de verschillende BIG-geregistreerde beroepen gaat het om de volgende cijfers:

	In loondienst	Tekort in 2018
Psychiaters	2.290	270
Gz-psychologen	6.810	540
Klinisch psychologen	1.780	90
Verpleegkundig specialisten	600	50
Hbo-verpleegkundigen	7.330	760
Mbo-verpleegkundigen	10.570	680

DOOR: JEANNET APPELO



Indrukwekkende cijfers, de werkelijkheid is nog iets ernstiger. GGZ Nederland heeft de telling namelijk onder haar eigen lidinstellingen gehouden en niet iedere ggz-instelling is lid. Zo komt het Capaciteitsorgaan op een tekort aan psychiaters van 319 uit, ruim 15% m er dan GGZ-Nederland berekent. Voor de andere beroepen zal ongeveer hetzelfde gelden.

Tegelijkertijd is het probleem ook weer niet zo ernstig als het lijkt, of op een andere manier ernstig: veel verpleegkundigen en (vooral) psychiaters laten zich inhuren als zzp-er. De vacature is dan weliswaar ingevuld, maar staat nog wel open. Voor psychiaters gaat dat om 10%-15%.

Over zowel de [verpleegkundigen](#) als de [psychiaters](#) is in dit magazine een apart artikel opgenomen.

Ondanks vele acties is het de vraag of het tekort opgelost gaat worden. De gemiddelde leeftijd is relatief hoog, in de komende decennia zullen veel mensen met pensioen gaan. Of die uitstroom opgelost gaat worden met nieuwe aanwas, is onzeker.

Oplopende wachtlijsten en afdelingen die sluiten

Het gevolg laat zich raden. Afdelingen sluiten en wachtlijsten lopen op. De cijfers daarover moeten wel met enige voorzichtigheid worden bekeken, want de indruk is onontkoombaar dat de situatie soms wat ernstiger wordt voorgesteld om politieke druk uit te oefenen. Soms wordt er ook gewoon verkeerd geteld. Van dat laatste gaf het Capaciteitsorgaan onlangs een voorbeeld: het psychiatertekort daalde tussen 2017 en 2018 spectaculair, van 823 naar 319. Een kwestie van het schrappen van de dubbel getelde vacatures.

Maar zelfs als je mogelijke fouttellingen en de politieke druk niet meerekent, blijven de gevolgen ernstig. Een kleine en verre van volledige opsomming:

- In 2013 overleed in een [Eindhovense instelling](#) een vrouw. Volgens de aanklacht van het Openbaar Ministerie was de zorg onvoldoende geweest als gevolg van het personeelsgebrek.
- Een jaar geleden werd in [Noord-Nederland](#) een opnamestop afgekondigd bij de verslavingszorg. De instelling had moeite om voldoende gezondheidszorgpsychologen en psychiaters te vinden die in de regio wilden werken.
- Het [Amsterdamse Arkin](#) kondigde in maart 2018 aan op termijn afdelingen te moeten sluiten, hetzelfde geldt voor de [Eindhovense PAAZ](#), die vooral een gebrek aan psychiaters heeft.
- De wachttijden nemen toe tot onverantwoorde proporties (lees daarover meer in [de GGZTotaal-XL van januari](#).)

En voorlopig zal dat blijven, voorspelt [GGZ Nederland](#), want de tekorten zullen alleen maar toenemen. Nóg een kanttekening: [bij Lentis](#) (als voorbeeld) vertrokken in drie jaar tijd bijna de helft van het aantal psychiaters. Uit onvrede over het beleid, maar ook om zich later in te laten huren als zelfstandig ondernemer. Die psychiaters zijn dus niet zomaar ‘weg’, ze werken alleen niet meer voor een grote instelling.

Is er een oplossing voorhanden?

Het probleem is gesignaleerd en er wordt aan gewerkt, zoveel is wel duidelijk. Het Ministerie heeft begin 2018 (voor de héle zorg) het actieplan ‘[Werken in de Zorg](#)’ gestart, met een ambitieus doel: de personeelstekorten moeten in 2022 zo goed al opgelost zijn. Dat is niet niks, want het Ministerie laat ook weten dat zónder actie het tekort zal oplopen tot 100 á 125 duizend medewerkers, zo’n 10% van de werknemers in de zorg. Een beter imago, meer stageplekken, inspirerender en uitdagender onderwijs, flexibeler werken, minder administratieve taken. Het mag wat kosten: voor het hele programma is een bedrag van 347 miljoen euro uitgetrokken.

Maar ook de ggz als sector zit niet stil. Afhankelijk van de manier van tellen werken er 75.000 tot 84.000 mensen in de ggz, er dreigt een tekort te ontstaan van zo’n tien procent. Enige urgentie is dus wel op zijn plaats.

En zo vinden we in de media regelmatig acties en voorstellen van instellingen, overheid, belangenverenigingen en beroepsgroepen om het personeelstekort aan te pakken. Zes voorbeelden:

- Vijf ggz-instellingen in het noorden van het land bieden gezamenlijk 18 betaalde [opleidingsplekken voor hbo-Verpleegkunde](#) binnen een GGZ-instelling aan. In een periode van 2,5 tot 4 jaar worden de studenten opgeleid tot hbo-verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt in samenwerking met de hogescholen.
- GGZ Nederland vindt dat [het voor meerdere beroepsgroepen](#) mogelijk moet zijn om een behandeling te kunnen starten. Welke professional de regie over een behandeling kan voeren is onder meer afhankelijk van de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt; het zogenaamde regiebehandelaarschap. Hij/zij is de enige die een behandeling mag opstarten en die tijdens de behandeling als centraal aanspreekpunt voor het

multidisciplinair team is. GGZ Nederland denkt dat het personeelstekort en de werkdruk kan worden verminderd als meerdere professionals daartoe bevoegd zijn.

- Nog steeds is het voor sommige beroepsgroepen lastig om in de ggz aan het werk te komen. Inefficiënte regelgeving met betrekking tot vergoedingen is daar doorgaans de oorzaak van. De Hbo-psycholoog is daarvan een voorbeeld en ook de [Nederlandse Associatie van Physician Assistants](#) (NAPA) klaagt over de lastige regelgeving waardoor de Physician Assistant slechts mondjesmaat kan worden ingezet.
- Effectiever en efficiënter behandelen is al enige jaren een item. Te denken valt aan kortere behandelingen, gebruik van e-health en diverse vormen van zelfhulp. Er is de afgelopen jaren dan ook een breed aanbod ontstaan van behandelvormen via internet, al dan niet blended of begeleid.
- Meest recente loot aan deze tak is de in India woonachtige psychiater, die [via Skype](#) haar consulten voor Dimence doet.
- Deeltaken waar niet per se een opleiding in de zorg voor nodig is, worden - waar mogelijk - gedaan door ongeschoold (of: anders geschoold) personeel. Eén voorbeeld is dat van de beveiliging, waar Hamp Harmsen in het artikel ‘[Klappen opvangen is niet mijn favoriete hobby](#)’ over schrijft.
- De inzet van ervaringsdeskundige komt al regelmatig voor en is breed gewaardeerd. In [het onderhandelaarsakkoord](#) dat betrokken partijen in juli 2018 afsloten, is afgesproken om meer gebruik te maken van ervaringsdeskundigen bij zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problemen. Hoewel ervaringsdeskundigen officieel geen vervanging zijn voor behandelend personeel, lijkt de grens tussen beiden soms te vervagen.

“Inzicht in psychische problematiek is niet alleen nuttig in de ggz”

Verpleegkundigen maken geen aanstalten om in de ggz te gaan werken

Door Willem Gotink



De psychiaters lopen weg, de verpleegkundigen komen niet opdagen. Ondanks de grote personeelstekorten in de zorg gold er tot voor kort nog bij veel HBO-V opleidingen een [numerus fixus](#), want toelaten van studenten is één ding, een opleiding moet ook over voldoende docenten en stageplaatsen beschikken. Die numerus fixus is per 1 september aanstaande afgeschaft, dus wellicht trekt het aantal studenten aan. Maar dan nog. Is de opleiding voor verpleegkundige eenmaal gestart, dan is het maar de vraag of de studenten kiezen voor de ggz.

Niet dus: een jaar geleden bleek [uit onderzoek](#) (in opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen), dat slechts 4% van de hbo-v na de opleiding kiest voor de ggz. Bij Mbo-studenten ligt dat percentage op 9%, ruim tweemaal zo hoog.

Kornelis Jan van der Vaart is docent aan de HBO-V van de Hogeschool Utrecht. Hij heeft wel een idee hoe dat komt, al benadrukt hij dat het speculeren blijft. “Een aantal studenten heeft natuurlijk al een keuze gemaakt: zij zijn in dienst van een instelling en volgen de opleiding - betaald door de werkgever - op de hogeschool. Maar voor ons is dat een minderheid, het merendeel van onze studenten volgt het voltijdstraject en doorloopt dus stages bij verschillende instellingen en werkvelden.”

Van der Vaart ziet de motivatie van ‘zijn’ studenten veranderen in de loop van de studie. “In het eerste jaar willen ze allemaal in het ziekenhuis werken, het liefst bij de kindergeneeskunde. Die voorkeur verandert in de loop van de studie. Ze komen in contact met andere vormen van verpleging, het beeld van werken in een ziekenhuis verandert.

Stageplekken

“In die periode kunnen ze ook een keus maken voor de ggz, maar dan moeten ze daar eerst mee in aanraking komen. Daar ligt wel een probleem: veel ggz-instellingen willen liever geen beginnende studenten (dat geldt overigens ook voor veel ziekenhuizen) en bieden vooral stages aan voor derde- en vierdejaars studenten. De studenten hebben dan vaak al een keus gemaakt. In de eerste twee jaar kunnen we ze nog sturen, in latere jaren krijgen ze steeds meer ruimte om hun specifieke voorkeur uit te spreken over een stage.

Het zou voor het maken van een keus dan ook zeker helpen als er meer stageplekken in de ggz zouden komen, vooral voor tweedejaars.”

De docent snapt dat dat een probleem is, onervaren mensen die op een psychiatrische afdeling gaan werken, maar hij zou daar graag over meedenken. “Scholen zijn best bereid om daaraan mee te werken. De studenten moeten toch ergens ervaring opdoen.”

“Eén van de klinieken waar we mee samenwerken, heeft een duidelijk profiel en een duidelijk inwerkprogramma. Sommige studenten vallen daar voor. Die denken tijdens zo’n stage ‘hier kan ik wat betekenen’ en maken na twintig weken ook een bewuste keuze om in de psychiatrie te gaan werken.

Werken in de ggz is zonder praktijkervaring moeilijk tastbaar te maken. Dat moet je ontwikkelen. Luisteren en praten is moeilijker aan te leren dan een infuus aanleggen. In die zin is de beloning van een les over psychiatrie minder dan een praktijkles over een verpleegkundige handeling als het aanleggen van een infuus.”

Imago en stigma

Van der Vaart geeft les in psychiatrie. Hij ziet dat het vak wisselend aanslaat. “De één vindt het heel interessant, de ander kan er niets mee, vindt het te weinig concreet en heeft de nodige vooroordelen. Ik probeer dat beeld zoveel mogelijk te nuanceren, ook door ervaringsdeskundigen uit te nodigen. Dat werkt goed. Inzicht in psychische problematiek is natuurlijk niet alleen nuttig voor het werken in de ggz. Ook in het ziekenhuis en de wijk kom je mensen met psychiatrische problemen tegen. Dat probeer ik wel duidelijk te maken.”

“Misschien is dat ook wel een reden om niet te kiezen voor de psychiatrie, het stigma wat mogelijk aan de ggz kleeft. Het profiel van een ziekenhuis is duidelijker. Ziekenhuizen zijn tastbaarder, met een gebouw en een duidelijke doelstelling. De ggz is voor veel mensen vager. Werken in de ggz lijkt daarnaast een wat lagere status te hebben.”

Nascholing

Behalve het leveren van stageplaatsen heeft Van der Vaart nog een tip voor de ggz-instellingen. “Het valt me op dat mensen die bij een ziekenhuis solliciteren, zich vrij snel specialiseren en een aanvullende opleiding kunnen volgen. ggz-instellingen zijn daar trager in, daar krijgen verpleegkundigen die mogelijkheid vaak pas als ze al een tijdje in dienst zijn.”

Daarin lijkt hij voor een deel gelijk te hebben. In onderzoek van het Nivel (gepubliceerd 2018, cijfers over 2017) staan zorgverleners in de ggz onderaan als het over tevredenheid gaat wat betreft het scholingsaanbod: slechts een kleine 60% is daar tevreden over. Ook wat betreft het aanbod van individuele werkbegeleiding door de direct-leidinggevende scoort de ggz-verpleegkundige laag: slechts 13% kreeg een dergelijk aanbod (in de andere sectoren varieerde dat van 16% tot 34%).

En nog geen 30% van de verzorgenden in de ggz is tevreden of zeer tevreden over de loopbaanmogelijkheden, tegenover 35% tot 58% in de overige sectoren.

Bij deze laatste cijfers is wel een kanttekening te maken. Hoewel slechts 60% tevreden is over het scholingsaanbod, heeft ruim 90% van de ggz-verpleegkundigen in het afgelopen jaar aan nascholing gedaan en kreeg 80% die nascholing vergoed. Daarin staan de ggz-verpleegkundigen dan weer bovenaan.

Personeelstekort veroorzaakt mindere kwaliteit van zorg en gezondheidsklachten

De beroepsvereniging voor verpleegkundigen (V&VN) herhaalde eind 2018 [een ledenpeiling](#) onder verpleegkundigen om te zien of de aanpak van werkdruk en personeelstekorten in de zorg werkt. 17.000 verpleegkundigen deden aan de peiling mee. Een kleine vier procent daarvan (663) werkt in de ggz.

Op verzoek van GGZTotaal splitste de V&VN de cijfers apart uit voor ggz-verpleegkundigen. Die lijken in veel opzichten dezelfde ervaringen te hebben als hun collega’s uit andere sectoren:

- 86% ervaart in het werk een tekort aan verpleegkundigen. Dat heeft consequenties: 31% moet extra diensten draaien; 26% moet soms plotseling invallen. Volgens 43% van de respondenten wordt er onvoldoende gekwalificeerd personeel ingezet; 31% ziet dat er stagiaires worden ingezet als volwaardige krachten.
- Binnen de ggz meldt 22% dat andere beroepsbeoefenaren (basisartsen, psychologen) worden ingezet als verpleegkundige.
- Zo'n 75% ervaart een toename van de werkdruk, al wijt 25% dat aan andere oorzaken dan het personeelstekort.
- Maar liefst 82% ervaart dan ook stress door het personeelstekort, 35% heeft er zelfs gezondheidsklachten door.
- Ook de kwaliteit van de zorg komt er volgens 78% door in het geding, 39% ziet de veiligheid achteruit gaan.
- Om in de zorg te blijven werken is meer waardering nodig. Van leidinggevenden, samenleving en patiënten (samen 84%). Maar ook meer salaris (62%); meer tijd om kennis bij te houden (53%) en meer collega's (55%).

In het kader van de leesbaarheid vermelden we niet alle cijfers van de zorg als geheel. Een paar opvallende verschillen: in de hele zorg moeten beduidend meer extra diensten worden gedraaid (60% tegenover 31% in de ggz), maar in de ggz worden veel vaker andere beroepsbeoefenaren ingezet als verpleegkundige (22% tegenover 4%); er wordt door de ggz-verpleegkundige iets meer stress ervaren (82% tegenover 71%).

Opvallend is dat 78% van de ggz-verpleegkundigen de kwaliteit van de zorg achteruit zien gaan door de tekorten. In de overige sectoren is dat 'slechts' 35%.

De overige cijfers zijn vergelijkbaar, ze zijn terug te vinden op de site van [de V&VN](#)

Actieprogramma 'Werken in de Zorg'

Begin 2018 lanceerde het Ministerie van VWS het actieprogramma 'Werken in de Zorg'. Het doel van het programma is behoorlijk ambitieus: de personeelstekorten moeten in 2022 naar nul of daar dichtbij. Geen gemakkelijke opgave, want als we niets doen zal, volgens het ministerie, het tekort in 2022 opgelopen zijn tot 100 á 125 duizend medewerkers. In de zorg werken zo'n 1,2 miljoen mensen, dus het ministerie vreest voor een tekort van ongeveer tien procent. Een fors gedeelte daarvan is verpleegkundige, Hbo dan wel Mbo.

Het actieprogramma is breed: de zorg moet een beter imago krijgen, zodat meer leerlingen, studenten, zij-instromers en herintreders kiezen voor de zorg, stelt het ministerie. Verder moet iedere leerling en student kunnen rekenen op een stageplek. Inspirerender en uitdagender onderwijs, permanent leren en ontwikkelen, flexibeler werken, minder administratieve taken, zijn de belangrijkste overige doelstellingen.

In totaal is een scholingsbedrag van 320 miljoen euro vrijgemaakt.

“Ik verbaas me ook wel eens over dat mega-salaris”

Psychiater die als zzp-er werkt, doet dat niet alleen voor het geld

“Zorg dat personeel zich gewaardeerd voelt, dat professionele autonomie meer wordt dan een holle frase, dat de arbeidsvoorwaarden wel in orde zijn en dan, pas dan, is er een kans dat personeel de grote instellingen niet meer de rug toekeert. Tot die tijd wordt er gestemd met de voeten.”

Tot zover psychiater Isis Elzackers drie weken geleden in [Trouw](#), als reactie op een paginagroot artikel over [zzp-ende psychiaters](#). De psychiater in het artikel waar zij op reageerde was helder over zijn motieven: “Ik doe het omdat ik hiermee goed verdien, ik ben duur”. Voorzitter van de beroepsvereniging voor psychiaters, Damiaan Denys, gaf in hetzelfde artikel de schuld aan een systeemfout binnen de ggz.

Wat de oorzaak ook is, er lijken steeds meer psychiaters de ggz te verlaten, uit onvrede met de organisatie van het werk, om daar vervolgens weer als zzp-er in terug te keren. Dat het hoge uurtarief ook een motivatie is, wordt in ieder geval op de sociale media met klem tegengesproken.



Wij vroegen drie psychiaters naar hun beweegredenen om als zzp-er te gaan werken. Ze wilden om uiteenlopende redenen liever niet dat hun naam in het artikel vermeld werd, vandaar dat Frans, Linda en Irene niet hun echte namen zijn.

Maar eerst: hoeveel tekort is tekort?

Eind 2018 waren er volgens het Capaciteitsorgaan 319 vacatures voor psychiaters op een totaal van 3782. Dat is 8,4%. Dat was een jaar eerder nog 22,2% (823 op de 3711). Die spectaculaire daling heeft voornamelijk te maken heeft met een nieuwe manier van tellen: veel instellingen bleken hun vacatures bij meerdere bureaus uit te zetten en bovendien voor langere periodes. Het Capaciteitsorgaan heeft die dubbeltellingen er nu uitgehaald en heeft het tekort daarmee ruimschoots gehalveerd. GGZ Nederland voerde een soortgelijke telling uit onder haar lid-instellingen: daar zijn ‘slechts’ 270 vacatures op een totaal van 2290 (11,8%).

Vermoedelijk is het werkelijke tekort nóg kleiner: van de drie psychiaters die wij spraken, stond in twee gevallen de vacature nog open, terwijl die wel vervuld is, zij het door een zzp-er. GGZ Nederland weet niet voor hoeveel van de functies dat geldt, de belangenvereniging vermoedt dat die cijfers ook niet bijgehouden worden.

‘Iedereen doet maar of dat mega-salaris normaal is’

Het gesprek met Frans is kort, maar duidelijk. “Ik ben pas sinds kort psychiater en nog zoekende in wat voor setting ik precies wil werken. Ik verander dus regelmatig van baan en dan is werken als zzp-er het meest praktisch. En nee, ik ben niet vies van veel geld. Dat speelt zeker mee.”

Over een jaar of twee wil hij een definitieve keus maken. “Dat zal op vakinhoudelijke gronden zijn, maar ik sluit de ogen zeker niet voor de financiën.”

Schertsend: “Zeeland is best een leuke provincie.” Daarmee verwijst hij naar Emergis, waar het tekort aan psychiaters in de afgelopen jaren dusdanig opliep, dat een jaarsalaris van twee ton betaald werd om het gat te dichten.”

Bij zowel Linda als Irene ligt dat een stuk genuanceerder. Linda: “Ik verbaas me ook wel eens over dat mega-salaris, en ook over het feit dat iedereen maar doet of dat normaal is. Het uurtarief kan inderdaad oplopen tot € 180,- per uur. Al moet je daar in meenemen dat dat exclusief is. Alle premies gaan er nog af, vakantiegeld en doorbetaling bij ziekte en vakantie is er niet bij. Maar dan nog is het veel. Al doe ik in drie dagen wel het werk wat iemand in loondienst in vijf dagen doet.”

Ook bij Irene ligt de kern van de motivatie niet in het uurtarief: “Ik krijg meer betaald, maar dat is niet de reden om als zzp-er te gaan werken. Ik heb aanvankelijk wel een marktconform tarief gevraagd en dat ook gekregen. Maar nu doe ik het anders: bij één werkgever krijg ik alleen de cliëntgebonden tijd betaald, ik word bijvoorbeeld niet betaald voor werkoverleg. Bij de ander heb ik gevraagd: ‘Bij welk tarief lijden jullie geen verlies?’ Dat tarief is het geworden.”

‘Verantwoordelijk voor de fouten, maar niet betrokken bij het beleid’

Voor zowel Linda als Irene was de organisatie van het werk veel belangrijker om over te stappen naar het zzp-schap dan het geld. Linda werkte aanvankelijk in loondienst voor een grote instelling in het westen van het land, in een forensische setting, “Ik had daar veel moeite mee, je moet opdraven als er een psychiater nodig is en bent vervolgens verantwoordelijk voor allerlei beslissingen waarbij je niet betrokken bent geweest. Daardoor werd ik vaak gezien als een lastpak. Ook al woonde ik wel beleidsvergaderingen bij, als eindverantwoordelijke was ik vaak niet op de hoogte van het beleid.”

Irene’s verhaal is soortgelijk. Ook zij werkte aanvankelijk in loondienst, bij een Fact-team. “Er vonden in die instelling veel veranderingen plaats en het was mijn verantwoordelijkheid om die veranderingen binnen mijn team uit te dragen. Weliswaar had ik inspraak in het beleid, maar om dat goed te doen heb je veel tijd nodig. De ggz is zo complex, het maken van beleid binnen een instelling is gewoon een dagtaak. Om daar dan op een goede manier over mee te praten moet je je veel kennis eigen maken en dat kon ik naast het patiëntgebonden werk niet opbrengen. Bovendien is eens per maand mee vergaderen niet voldoende om echt invloed uit te oefenen en werd er lang niet altijd iets gedaan met de inbreng van de psychiaters. Zo werd ik dus verantwoordelijk voor zaken waar ik me niet in kon vinden.”

Gevoel van vrijheid

“Ik had al een tijdje het idee om een eigen praktijk te beginnen”, vertelt Irene. “Daar kwam bij dat ik me op een gegeven moment minder goed voelde, tegen burnout aan. Een gesprek met de bedrijfsarts leverde de suggestie op om zzp-er te worden.” Dat pakte goed uit: “Het is misschien wat vreemd, als zzp-er doe je in principe hetzelfde werk, maar het geeft minder frustratie, meer het gevoel van vrijheid.”

Linda: “Als zzp-er word je natuurlijk helemaal niet meer gekend in het beleid. Je bent interimmer en dan hoor je er niet helemaal bij. Je wordt ook wat vaker van de ene naar de andere afdeling geplaatst, terwijl continuïteit wel belangrijk is. Waarschijnlijk zal ik het ook niet jarenlang zo blijven doen, maar deze constructie geeft me ook de mogelijkheid om even rond te kijken wat ik wil.”

Bijkomend voordeel is de werkplek, zowel de inhoud als de regio: “De forensische setting vond ik erg zwaar, je moet tegen een stootje kunnen. Daar komt bovenop dat er in de Randstad veel gehaibaai is. In de provincie is het allemaal wat vriendelijker.

Bovendien wordt in deze instelling de medische staf wat meer betrokken, dat maakt ook veel uit.”

Terug naar een vast dienstverband als er iets verandert

Als het probleem is dat psychiaters verantwoordelijk zijn voor het beleid, zonder daarin betrokken te worden, wat is dan de oplossing?

Linda: “Tegenwoordig zie je steeds meer duaal management, directies zien steeds vaker dat er ook iemand van de inhoud nodig is. Al heb ik wel bewondering voor die psychiaters die ook een beleidsfunctie vervullen.”

Irene is pessimistischer: “Uiteraard voel ik me ook wel eens bezwaard dat ik andere psychiaters met bepaalde problemen laat zitten, zoals bijvoorbeeld diensten. Toevallig hoeven er bij de instellingen en waar ik nu werk geen diensten gedraaid te worden, maar op andere plekken is dat me nooit gevraagd: omdat ik er maar kort werkte maar ook omdat zzp-ers daarvoor te duur zijn. Dat wordt dan dus alleen door de psychiaters in loondienst gedaan.

Misschien ga ik ook nog wel eens terug naar een vast dienstverband. Maar ik ben wel bang dan weer in dezelfde situatie te belanden. Er zouden dingen moeten veranderen, maar ik zie niet goed hoe ik dat als individuele psychiater kan bewerkstelligen. De beroepsvereniging zou daar een rol in kunnen spelen, maar die lijkt het probleem niet te zien zoals ik en gaat naar mijn idee teveel mee in het systeem zoals het nu is. Ik weet voor nu even geen betere oplossing.”

‘Geen actie ondernemen in de hoop dat het wel beter zal worden’

Vlak voor het laatste interview, met Irene, kom ik een artikel uit 2011 tegen in het tijdschrift voor psychiatrie over [de arbeidstevredenheid van de Nederlandse psychiaters](#) van Koerselmans (e.a.). Met enig voorbehoud concluderen de auteurs dat de onderzochte psychiaters een “haast specifiek te noemen combinatie laten zien van een relatief hoge tevredenheid over het werk met het ervaren van forse werkstress.” Maar: “Die tevredenheid wordt geschaad door stressbronnen in de organisatorische en administratieve sfeer en niet zozeer door andere factoren, zoals moeilijke patiënten of suïcides”. Een conclusie met voorspellende waarde, gezien het aantal psychiaters dat de ggz nu, acht jaar later, lijkt te verlaten. De auteurs waarschuwen dan ook, dat het de vraag is hoe lang de hoge arbeidstevredenheid blijft bestaan en adviseren daarom de werkstress te verminderen.

De auteurs hebben daarbij nog wel een prikkelende toevoeging over het verminderen van de werkstress: “Het is zeer de vraag of we dat alleen aan de psychiaters zelf kunnen overlaten, (...) omdat psychiaters geneigd zijn om stressfactoren met passieve copingstrategieën tegemoet te treden: er niet over praten, geen actie ondernemen en zaken op hun beloop laten in de hoop dat het wel beter zal worden.”

Irene: “Volgens mij is dat wel kenmerkend voor de hele gezondheidszorg. Veel wordt geslikt. Je wilt ook niet snel toegeven dat het teveel is, je wilt er iets van maken. Dat we alleen maar mopperen is wat overdreven, maar iets meer actie zou geen kwaad kunnen.”

“Klappen opvangen is niet mijn favoriete hobby”

DOOR: HAMP HARMSEN



Beveiliging op de HIC. Een doorgewone werkdag

05.00

Azis rekt zich nog eens uit als de wekker om 05.00 afgaat. Even later slurpt hij aan een vers gezette Senseo. Een lange dag vandaag. Met nog een kleine 3 kwartier op de teller zal hij straks om 05.45 beginnen met zijn reguliere rondes Objectbeveiliging om daarna zijn plaats in te nemen in de loge van hetzelfde object. Tot 07.00 zal het rustig zijn, maar dan stromen de eerste werknemers binnen. “Goedemorgen” begroet hij ze plichtmatig terwijl hij zijn derde automaatkoffie wegdrinkt. Het leven van een objectbeveiliging is geen spektakel. Hij kijkt op zijn horloge en telt de minuten af tot hij als crisisondersteuner op de HIC FACT kan gaan starten. Soms niet minder saai, maar altijd beter dan de saaie rondes en loge waarin hij nu zit.

Azis is beveiliging van beroep, 26 jaar en sinds twee jaar bij zijn huidige baas. Na zijn VMBO volgde hij een opleiding tot beveiliging. Azis leek dat wel wat. Zorgen dat alles veilig blijft. Hij zag voor zichzelf wel een toekomst bij een oliemaatschappij of een ministerie. Of bijvoorbeeld een politicus beveiligen! Nadat hij klaar was met de opleiding had hij een aantal jaren wat aan gerommeld. Totdat Etan, zijn huidige baas hem benaderde. Of hij zin had voor hem te komen werken? Daar had Azis wel oren na.

De Tweejarige BOL-opleiding tot beveiliging. Je krijgt 2 jaar lang les en praktijk. Het eerste jaar is vooral gericht op theorie en behaal je het erkende branchediploma Certificaat Beveiliging B. In het tweede jaar ben je vooral bezig in de praktijk en loop je stage.

Etan is eigenaar van een beveiligingsbedrijf. Met een kleine dertig werknemers in vaste dienst levert hij beveiligingsdiensten. Hij noemt zijn bedrijf een “totaalaanbieder op het gebied van beveiliging”. Nadat zijn medewerkers een aantal keren waren ingezet in de ggz zorg als beveiliging op een psychiatrische afdeling kon hij gemakkelijk deze nieuwe loot aan de stam binnen zijn totaalpakket aanbieden. Zorgbeveiliging! Zijn zorgbeveiligers bieden een veilige werkomgeving, zorgondersteuning en beperking van agressie en zijn medewerkers hebben ervaring en kennis op het gebied van de-escalatie, bescherming, veiligheid en fysieke zorgondersteuning voor zowel patiënten als medewerkers. Dat staat allemaal op de site van zijn bedrijf. Volgens Etan had Azis potentieel en paste hij binnen het profiel wat de klant wil. En Azis was goed met mensen.

De inzet van beveiliging op de afdeling kent vele namen. Veelvoorkomende zijn Crisis-Ondersteuner, Zorgbeveiliging, Zorgbegeleider, Crisis Interventor of Zorg-Ondersteuner. Het zijn geen beschermde titels en ze kennen geen BIG Registratie.

08.00

Anne is samen met haar twee collega's om half acht begonnen op de afdeling HIC FACT. De nachtdienst heeft geen bijzonderheden overgedragen. De Extra Beveiligde Kamer (EBK) is nog bezet door Dhr. Mastenbroek. Om negen uur, als de beveiliging en de Flexpool'er komen, zullen ze hem begeleiden op de afdeling. Dhr. Mastenbroek is ver heen. Verward, oninvoelbaar en met regelmaat dreigend en agressief. Zowel het team als behandelaren breken zich het hoofd over deze man die in goede doen een aardig persoon is, welhaast aimabel. Anne, 23 jaar, is sinds kort leerling af en als HBO-V'er werkt ze nu bijna 2 jaar op de HIC FACT, haar stage meegerekend.

09.00

Nadat Azis zijn rapport heeft overgedragen aan de receptioniste van het object, pakt hij zijn boeltje en snelt richting zijn auto. Over 25 minuten wordt hij verwacht op de HIC FACT. Zijn derde dienst deze week op die afdeling. Onderweg eet hij nog snel een boterham en iets voor negen uur stapt hij de afdeling op. "Goedemorgen allemaal!" 'Goedemorgen', ontvangt hij terug van enkele patiënten en Azis loopt naar de teamkamer. Hij bewapent zich met zijn pieper en de uitrijkaart voor zijn auto. "Goedemorgen Anne" zegt Azis, "Zelfde nog als gisteren?" Anne knikt. "Yep, zelfde als gisteren. We wachten op de inzet van de FlexPool en dan gaan we Dhr. Mastenbroek naar de afdeling halen."

Zorgbeveiligers vallen niet onder de Wet BIG. Op grond van art 7:457 Burgerlijk Wetboek, in de volksmond ook wel de WGBO-bepaling genoemd, hebben alleen degenen die rechtstreek betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelovereenkomst, toegang tot het patiëntendossier en de informatie daarin. Zorgbeveiligers zijn zijdelings betrokken bij de behandeling en worden ingezet voor beveiliging. Zij mogen niet in het dossier van de cliënt en hebben geen inzicht in behandelinformatie over de patiënt.

09.30

Quirine is teamleider van de HIC FACT en heeft om half 10 de Exelsheet op haar computer al bijna een half uur open staan. Nog langer staren naar de sheet zal de cijfers niet veranderen. De kosten van extra inzet, zowel verplegend als ondersteunend personeel, lopen niet in pas met de verwachting. Ver uit de pas zelfs en ze probeert te achterhalen waar het fout is gelopen. Voordat er opgeschaald wordt doorloopt ze standaard het stroomschema "Extra Inzet". Ze zal vanmiddag met de andere teamleiders met Etan spreken. Daar zullen ze flexibelere inzet van de beveiliging bespreken. Misschien dat dit gesprek de cijfers nog zal beïnvloeden voor einde kwartaal?

10.00

Azis laat Anne en de Flexpool'er de lead nemen. Hij hoeft alleen maar in te grijpen als het uit de hand loopt. Dus als Mastenbroek gaat schelden of slaan. Etan had hem geïnstrueerd vooral de verpleging te vragen wat zij willen. Doe wat zij vragen

en check voortdurend of je dat doet. En als het escaleert? Duik je erop, had Etan gezegd. Zorg in ieder geval dat de verpleging geen schade oplopen. Easy peasy, dacht Azis, en probeert zijn laatste matpartij voor de ogen te halen. Tijdje terug al weer. Het incident had er wel toe bijgedragen dat hij een cursus moest gaan volgen binnen de instelling waar hij werd ingezet. VAC oftewel Vaardigheidstraining Agressie en Conflicthantering. Azis en zijn collega leerden in de training hoe zijn samen met de verpleging fysiek veilig kunnen ingrijpen. Hartstikke mooi, maar in de praktijk, doen Anne en haar collega een stap terug, moet hij de eerste klappen opvangen. Nadat het alarm is ingedrukt kunnen ze met behulp van de toegesnelde collega's de VAC pas in praktijk brengen. Azis en een andere collega zijn trouwens één van de weinigen die de VAC hebben gevolgd. Andere en nieuwe collega's zullen de training nog moeten volgen. Maar dat is er nog niet van gekomen. En klappen opvangen is niet de favoriete hobby van Azis, daar heeft hij zijn eigen methode wel voor. Geleerd in de S.T.R.A.A.T. training.

Opschaling van zorgprofessionals komt voort uit de HIC ontwikkeling, de landelijke trend om niet meer eenzaam op te sluiten en visie om ernstig zieke mensen niet meer alleen te laten. Het is weinig voorspelbare inzet. Mede daardoor maar ook door arbeidsmarktkrapte en zwaardere zorg in de klinieken stijgen de kosten van personeelsinzet.

11.30

Etan meldt zich bij de receptie. Terwijl hij wacht Apt hij nog enkele openstaande diensten in de Appgroep Zorg van zijn bedrijf. Zaken gaan goed. Het contract met deze instelling levert hem geen windeieren op. Bijna het dubbele tarief ten opzicht van object- en eventbeveiliging en met de arbeidsmarktkrapte in de zorg en toegenomen onveiligheidsgevoelens booming business. Het lijkt wel alsof alleen de aanwezigheid van zijn mensen al voldoende is. “Stuur maar een mannetje.” krijgt hij wel eens te horen. Hij glimlacht. Het aankomend gesprek zal waarschijnlijk over de inzet van zijn mensen gaan. Uit de hoge inzetcijfers weet hij al waar het gesprek over zal gaan: flexibelere inzet van zijn mensen en de trainingen zullen nog even moeten wachten totdat de piek van de inzet voorbij is. Maar per saldo zal hij alleen maar meer uren wegzetten binnen de instelling. Hij heeft een gezegend bedrijf.

15.30

Azis rijdt naar huis. Snel ff wat eten en dan naar de sportschool. Hij heeft lekker gewerkt vandaag. Die Anna bevalt hem wel. Bijna even oud, knap, slim en aardig voor iedereen. Terwijl hij op de groep zit kan hij ook mooi naar iedereen kijken. En die Mastenbroek had zich lekker tam gehouden vandaag. Topjob! Wohla!

16.30

Quirine is tevreden. Ze sluit haar computer af. Met Etan zijn ze overeen gekomen dat ze ook halve diensten kunnen inzetten of dat diensten halverwege kunnen worden afgebroken. Dat

biedt de mogelijkheid iets meer te sturen op de kosten van inzet. Mastenbroek heeft het vandaag redelijk getrokken op de afdeling. Geen gedoe. Ze vraagt zich af hoelang het team dit nog trekt en doet een snel schietgebedje dat er niet een tweede Mastenbroek opstaat. Medewerkers zoals Anna zijn goud voor de afdeling maar Anna en het team zijn niet bestand tegen de mentale roofbouw die langdurige intensieve één op één begeleiding teweeg brengt bij haar medewerkers. Niemand tekent achter het kruisje voor langdurige begeleiding van verwarde agressieve patiënten met de voortdurende dreiging van geweld. Ze hoopt maar dat het CCE, Centrum voor Consultatie en Expertise, snel met een verlossend advies komt voor Mastenbroek. Voor hem, voor haar en voor iedereen. En voor Anna.

Zorg intensieve patiënten die over een langere tijd dwangmaatregelen ondergaan, zoals verblijf in een EBK, moeten volgens de richtlijn Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, geconsulteerd worden door het CCE. Het CCE richt zich op de meest complexe zorgvragen, waarbij zorgprofessionals vastlopen en de kwaliteit van bestaan van de cliënt ernstig onder druk staat. Met de expertise van het CCE kunnen professionals en zorgorganisaties probleemgedrag beter begrijpen en voorkomen.

17.00

In het midden van het land ruimt Sjaak de kartonnen bekers op en doet het licht uit in de vergaderruimte. Zijn werk als senior beleidsadviseur bij de landelijke branche organisatie is veelzijdig. Met de verschillende veldpartijen hebben ze die middag

een scrumsessie gehad over de groeiend aantal vraagstukken waar geen grip op lijkt te komen. Arbeidsmarktkrapte, zwaardere doelgroepen op klinische afdelingen, toegenomen agressie en geweldsincidenten, psychiaterkrapte, toegenomen inzet anders opgeleiden en waarborgen van kwaliteit van zorg. Er zullen nog wel enkele sessies nodig zijn voordat er zich concrete voorstellen aan de horizon aftekenen. Niet iedereen deelt de dilemma's van zijn sector. Morgen weer een dag.

20.30

Etan ontvangt een App. Of hij nog iemand kan leveren voor de nachtdienst op een afdeling waar iemand voortdurend in oog moet worden gehouden in verband met suïcidaliteit. Wie zou hij kunnen inzetten, vraagt Etan zich af? Azis? Die zou tot 05.30 kunnen.

Door Stijn Ekkers

Van stadscowboy naar diepzeeduiker

Wereldbaan en toch switchen

Waarheidsliefde. Feiten. Niet de onderbuik laten spreken. Op deze plek probeer ik doorgaans ontwikkelingen en achtergronden in ggz-land zo redelijk en onpersoonlijk mogelijk te beschrijven. Voor deze special over werken in de ggz maak ik een uitzondering. Want, toevallig of niet: ik heb een nieuwe baan. Tijd voor een korte terug- en vooruitblik.

De laatste jaren heb ik voor de GGD Amsterdam gewerkt, bij de tak Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg (mggz). Vooral gericht op toeleiden van mensen in (acute) sociaal-maatschappelijke of psychische nood naar zorg.

Mijn nieuwe werkgever is Centrum 45, waar mensen worden behandeld voor psychotraumaklachten die 'hun oorsprong hebben in ervaringen tijdens vervolging, oorlog en geweld'. Zij waren vaak al in zorg.

Verschillen

Het betekent voor mij een duidelijke verschuiving in zorgniveau: van de openbare nuldelijnszorg naar de topklinische derdelijnszorg bedoeld voor mensen wier problematiek dermate complex is dat de poh-ggz (eerstelijnszorg) of basis- en specialistische behandeling in de ggz (tweedelijnszorg) niet voldoende is gebleken. Dit is passende zorg via het 'stepped-care-principe': hulp waar nodig, niet zwaarder dan strikt noodzakelijk. Juist ook bij de meest complexe trauma's zijn de behandelresultaten van Centrum 45 gunstig.

GGZTOTAAL XL

Daarnaast verschilt de doelgroep en werksetting aanzienlijk. Van de openbare gezondheidszorg met vaak 'zorgwekkende zorgmijders' zoals psychotische en verslaafde daklozen die nauwelijks zelfredzaam zijn naar de keurige, hoogspecialistische zorg voor onder meer veteranen en militairen, geüniformeerde beroepsbeoefenaars en vluchtelingen. Van de 'straatpsychiatrie' en 'bemoeizorg' naar een rustige omgeving waarin wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan en innovatieve behandelingen zoals '3MDR' (virtual reality exposure) plaatsvinden.

Een laatste verschil zit hem in de financiering. De zorg die de GGD levert is een door de Wet publieke gezondheid verplichte taak van de gemeente om de gezondheid en veiligheid van haar inwoners te beschermen. Deze taak wordt vooral betaald via de WMO uit de gemeentelijke inwonerbijdrage. Toegankelijk dus voor iedereen, zonder verwijzing van de huisarts, maar dit houdt dus soms ook ongevraagde 'bemoeizorg' in.

Betaling van de eerste-, tweede- en derdelijn gaat daarentegen via de dbc-systematiek van de zorgverzekeraar, waar de huisarts als poortwachter fungeert. Overigens zijn er ook bemoeizorgteams (ACT) van de ggz die vanuit de WMO worden betaald.

Loopbaan: kort, maar krachtig

Maar deze verschillen zeggen natuurlijk weinig over de lijdens-



druk die mensen ervaren. Ook de aard van de problematiek hoeft niet per se te verschillen. Dat heb ik de afgelopen negen jaar dat ik in de zorg heb gewerkt op allerlei manieren van dichtbij meegemaakt.

Eerst als HBO-V-duaal-student, waar ik 'werkende lerende' in het ziekenhuis mijn propedeuse in de agz behaalde. De algemene gezondheidszorg? Nou ja, het wemelde er van de psychiatrie: levercirrose, ondervoeding, gevolgen van mislukte zelfmoordpogingen; allemaal gerelateerd aan ernstige psychische stoornissen. Daarna de overstap naar de ggz. Want hoe interessant de somatiek en verpleegtechnische vaardigheden ook waren, nog interessanter vond ik het met 'de mens achter de ziekte' te praten. In de ggz volgden achtereenvolgens klinische stages op de belangrijkste psychiatrieafdelingen (opname, open, gesloten) en in ambulante setting (F-ACT). Daardoor deed ik behalve kennis en ervaring op in de diverse soorten psychiatrische problematiek, ook leerde ik gaandeweg het beloop/stagering van de toestandsbeelden beter kennen.

Al snel wist ik dat de ambulante zorg mij het meest aan het hart lag. Het contact met mensen thuis was veel gelijkwaardiger en opener. Het beroep op de eigen kracht, weerbaarheid en

25 MAART 2019

verantwoordelijkheid van de cliënten sprak me aan. Net als de samenwerking met zoveel maatschappelijke actoren (huisarts, woningbouw, gemeente, politie etc.). Verder was de vrijheid van een eigen kleine caseload en tegelijkertijd deel uit te maken van een hecht team prettig. Sowieso was de werkdruk als leerling laag; ik hoefde geen productie te draaien én de administratieve last bleef mij grotendeels bespaard. Omgekeerd weerhouden precies deze elementen - hoge werkdruk, weinig patiëntencontact en beperkte autonomie – velen om níet in de zorg te willen werken.

Afgestudeerd, BIG-geregistreerd en met een baangarantie volgde een turbulente periode. Door bezuinigingen was er geen plek in dit FACT, wel kon de opleider mij plaatsen in de gesloten ouderenpsychiatrie. Terug de kliniek in dus.

De combinatie cognitie-somatiek-psychiatrie was zeer leerzaam. Delier, decorumverlies bij frontaalkwabdementie, manische bejaarden, dwangvoeding in het kader van persoonlijkheidspathologie; het was er allemaal. Maar de hiërarchie en het gevoel zelf opgesloten te zijn deden mij zo sterk terugverlangen naar het ambulante werk dat ik besloot mijn geluk te beproeven als wijkverpleegkundige.

Ook hier trof mij het grote aandeel comorbiditeit. Mensen met MS, kanker, nierfalen, morbide obesitas, lichamelijke en verstandelijk beperkten, beginnend dementerenden, of hun mantelzorgers, ook zij kampten vaak met depressieve klachten, angst en levensmoeheid. Maar daar was in de stopwatch-zorg naast de wond- en stomazorg, het gezwachtel en toedienen van sondevoeding nauwelijks tijd voor...

Even later lukte het alsnog terug te komen in de psychiatrie en volgden banen bij een FACT, een ACT en transmuraal team, waarbij ik tussendoor – niet verwonderlijk wellicht – persoonlijke averij opliep. In anderhalf jaar vier banen bij verschillende organisaties. Te veel, te snel, te goed willen doen. Dat nooit meer.

Vangnet

En toen, toen privé en professioneel de rust was teruggekeerd kwam die ene vacature in beeld: “De GGD Amsterdam is op zoek naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige”.

Pats! Baan en opleiding tot spv bij de grootste en oudste gemeentelijke geneeskundige dienst van Nederland. Ik twijfelde geen moment. En werd aangenomen.

Een kleine drie jaar werk ik nu als spv voor de GGD. Het team waar ik voor werk, Vangnet, houdt zich bezig met o.a. 24-uurs crisisopvang voor de politie, triage en zorgtoeleiding in de wijk, hygiënisch woningtoezicht, screening en plaatsing in de maatschappelijke opvang voor daklozen, hulp en repatriëring van gestrande toeristen, inzet bij middelengerelateerde evenementen zoals dance events en zorg voor veelplegers en hulpbehoevenden bij de Top 600/400. Onze vaste partners zijn: politie, ggz, woningbouw en huisartsen, maar er is haast geen instantie van de sociale kaart waar wij geen contact mee hebben. Samengevat doen we er alles aan om de gezondheid van de inwoners van Amsterdam te bewaken, de zelfredzaamheid te bevorderen en participatie te vergroten.

Het is de mooiste baan in de zorg die ik ooit heb gehad. Het is een beetje zoals bij het FACT of bij de crisisdienst, maar dan veel gevarieerder, uitdagender en spannender... Beoordelingen

op politiebureaus of 's nachts op huisadres met soms hele families en ambulancepersoneel die op je vingers kijken: check! Met de auto met ontheffing over de trambaan scheuren: check! Buurtonderzoek doen of inspectie van de meest bizarre hoarding-casussen: check! Crisisoverleg met de spoedeisende psychiatrie, politie, overheidsinstanties en familie in binnen- en buitenland: double check!

SPV-en van Vangnet werden niet voor niets lange tijd als de ‘cowboys van de stad’ gezien, want wat er ook is, 24/7 gaan we kijken en ons ding doen. De drie rode Andreaskruisen van Amsterdam symboliseren precies de waarden die goed bij Vangnet passen: vastberaden, barmhartig en heldhaftig.

Psychotraumazorg

En toen, toen gebeurde het weer. Ik had een praatje over mijn eindartikel op de landelijke spv-studiedag gehouden. Onderwerp: zingevende gespreksvoering. Na afloop werd ik benaderd door twee vrouwelijke therapeuten. Of ik zin had om behandelaar te worden bij Centrum 45. Behandelaar. Zoals gezegd doen we zo'n beetje alles bij Vangnet, behalve behandelen. Het deed precies een beroep op de andere helft van mijn zorgkant: bij Vangnet was het altijd actie en snel, maar betekenisgeving, rust en aandacht trokken mij evenzeer. Het was alleen te vroeg. Ik had nog veel te leren en indachtig mijn persoonlijk ervaringen wilde ik niet weer snel switchen. Een jaar later begon het toch te kriebelen. Na een dagje meelopen was de zaak snel beklonken. Traumazorg, een uitzonderlijk vakgebied. Een niet te missen kans. Ik waag opnieuw de sprong en duik het diepe in.

Stijn Ekkers is SPV, POH en historicus, werkzaam bij de GGD Amsterdam, binnenkort bij Centrum 45 en als docent verbonden aan Avans+.