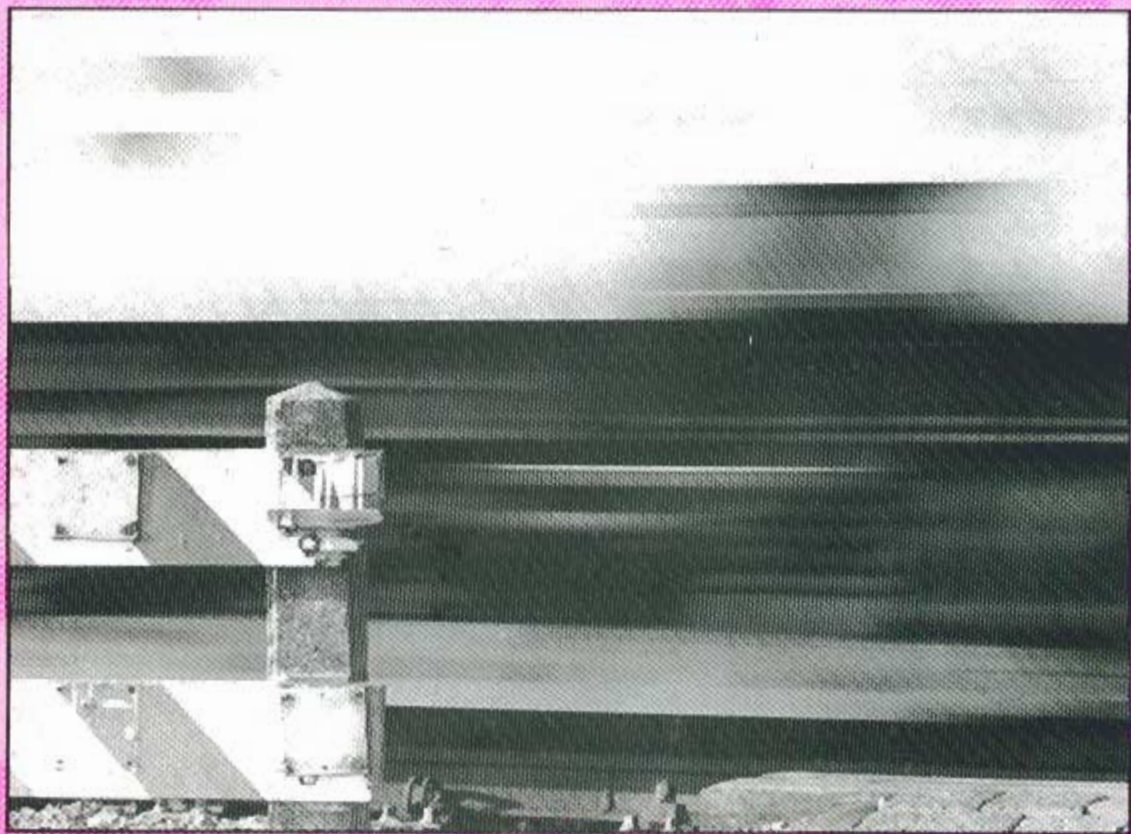


PLEKTRUM

8e jaargang, nr. 27, november 1989

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

10 jaar NVSPV



Kolofon

'Plektrum' is het verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt in februari, juni en november.

Kontributie voor de NVSPV f 75,— per jaar. Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het tarief f 25— respectievelijk f 37,50. Voor donateurs f 46,—. Adres: Melisse 21, 8252 DK Dronten.
Postrekening 4424927 NVSPV, .
Drenten.

Dagelijks bestuur

Eric Duffels (voorzitter)
05134-1898
Lies van 't Slot (sekretaris)
02152-64558
Robelf Dudink (penningmeester)
03210 -17879

Kopij

Kopij voor het Plektrum dient te zijn getypt. Maximale lengte van de artikelen 5 a 6 blz.

Redactie-adres:

Harry de Graaft
Ungeedijk 17
4014 MB Wa0eningen
03446-1291

Aan dit jubileumnummer werken mee:

Redactie

Harry de Graaft
Cor Augustijn (foto's)
Henk Hiemstra
Gerard Lohuis
Ria de Laat (verzending)

Technische uitvoering

Zetfdruk: Pankreat, Utrecht

Aantal ieden: **680**

Copyright

Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf. Deze artikelen mogen worden overgenomen met bronvermelding, maar na overtoa met de redactie.

Inhoud

Van de redactie	3
Geschiedschrijving NVSPV	4
door Eric Duffels, voorzitter NVSPV	
Ontwikkeling van de NVSPV en het SPV-beroep.....	7
door Hans de Vos, SPV Riagg Deventer	
De SPV aan bod; verleden, heden en toekomst	9
door Prof. B.R.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie RUU	
SPV, een soort kontenwasser?	10
een interview met H. Meijs, directeur Riagg Utrecht	
door Harry de Graaff	
De SPV en de psychiater in het multidisciplinair team.....	13
door E.J.M.F. Gerritsen, inspekteur Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht	
De NVSPV en de GGZ-opleiding	17
door M. Morsman, SPV en stafdocent Rijks Hogeschool Groningen	
Het professionaliseringsproces van de VO-SPV	29
door Dory Schopman, stafdocent en koördinator VO-SPV te Utrecht	
Het verfrissende van het funktiegericht	22
door Ben Stoelinga, beleidsmedewerker afd. GGZ van de Nat.Raad voor Volksgezondheid	
Een sociaal psychiatrisch verpleegkundig boeket.....	25
door Marjon Arends, SPV en docent VO-SPV te Utrecht	
Het centraal orgaan Opleidingen van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	28
door Frans Verberk, SPV en lid werkgroep COOSPV	
Perestrojka in hulpverleningsaanbod.....	30
door G. Raaf	
Beroepsprofiel en funktieprofiel, de volgende stap.....	33
door Frans va nVugt, SPV Krisiscentrum Utrecht	
NVSPV, AbvaKabo: een verbond?	39
door Pim van Loon, bestuurder AbvaKabo	
Ervaring met de beleidsformulering van de NVSPV	41
door G. Kromwijk, studente beleid en management Gezondheidszorg te Rotterdam	

Van de redactie

Het tienjarig bestaan van de NVSPV is voor de redactie van het Plektrum aanleiding geweest om een jubileumnummer uit te brengen. Een extra dik nummer dat in overleg met het bestuur van de NVSPV z'n vorm en inhoud heeft gekregen.

De tien jaren die de NVSPV nu achter zich heeft mogen gerust tien woelige jaren genoemd worden, waarin op het terrein van de opleiding, profilering en samenwerking met andere instanties het nodige ontwikkeld is.

Aanleiding genoeg om een aantal prominente figuren die in dit proces een rol gespeeld hebben, te vragen om vanuit hun ervaring en deskundigheid hierover een stuk te schrijven. Door de een werden de dozen met herinneringen van zolder gehaald, terwijl de ander zich verdiepte in toekomst, visies en idealen. Anders gezegd, de redactie wil met dit nummer een tijdsbeeld vastleggen van wat er in de afgelopen jaren bereikt is.

Zo komen de SPV-opleidingen én de V.O.-opleiding aan bod, alsmede de salarisontwikkeling en een stuk profilering. Ook is er een artikel dat vooruitblik met betrekking tot het opleidingsveld van de COOSPV.

Bij een jubileum hoort een feest. Een vooruitblik op wat er op het jubileumfeest van 23 november gaat gebeuren vindt u in de vorm van bijdragen van een aantal sprekers die op deze dag ten tonele verschijnen.

Op deze dag zal tevens het nieuwe beleidsplan van het bestuur voor de komende vijf jaar gepresenteerd worden. Een tijdsbeeld voor waar de NVSPV zich in de komende vijf jaar op wil richten. Daaruit zal blijken dat 'onze vrijwilligersvereniging' steeds professioneler draait. 'SJAPOO' zou Mart Smeets hierover zeggen.

De redactie wil alle schrijvers voor hun bijdrage aan dit nummer hartelijk bedanken.

Twee prominenten, die aan de vereniging een belangrijke bijdrage hebben geleverd, hebben door verschillende omstandigheden geen bijdrage aan dit nummer kunnen leveren. Het zijn Fedde Bergsma, een zeer actief lid en Roei van de Bos, die één van de oprichters van het Plektrum is.

Ook in dit feestnummer aandacht aan Theo Fredriksz. Theo is al enige tijd met zijn redactiewerkzaamheden gestopt. De redactie bedankt hem voor zijn jarenlange bijdrage aan het oude 'Bulletin' en het nieuwe Plektrum en zijn inzet voor de vereniging. Tot slot wensen we u veel leesplezier en hopen u aan te treffen op 23 november a.s. in Ede.



'feestnummer met prominente figuren'

Geschiedschrijving NVSPV

door Eric Duffels; voorzitter NVSPV

Ontstaan en bestaan van de beroepsorganisatie van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland.

Voorgeschiedenis

Met het ontstaan van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige als specifieke beroepsgroep binnen de verpleegkunde, bestond direct al een behoefte om zich als specifiek verpleegkundig kollektief te organiseren. Binnen de bestaande vak- en/of beroepsorganisaties van verpleegkundigen of in het algemeen van werkers in de gezondheidszorg vond deze zich sterk evoluerende beroepsgroep te weinig erkenning om de specificiteit met betrekking tot haar beroepsidentiteit te kunnen uitdragen. Dit vond mede haar oorzaak in een algemeen zoeken van beroepsbeoefenaren, maar ook van instituten binnen de geestelijke gezondheidszorg naar een nieuw beeld wat zich begon af te tekenen binnen deze sektor van de gezondheidszorg. De ambulante geestelijke gezondheidszorg begon in 1972 definitief haar opmars met de instelling van het fusieorgaan van instituten voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, te weten de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG). Een van deze fusiepartners waren de Sociaal Psychiatrische Diensten. Bijna alle SPVen waren toen werkzaam bij deze diensten. SPVen van de verschillende instellingen ontmoetten elkaar op landelijke bijeenkomsten die werden georganiseerd vanuit de sectie sociale psychiatrie van de NVAGG. Deze bijeenkomsten kregen bekendheid als Vergaderingen van Kontaktpersonen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen' vorm gegeven door de zogenaamde Stuurgroep SPV. De 'Vergadering van Kontaktpersonen SPV' en de Stuurgroep SPV kunnen worden beschouwd als de voorlopers van de huidige representatieve beroepsorganisatie voor SPVen, de NVSPV en haar bestuur.

Initiatief tot herstructurering van het beroepskollektief.

Tijdens een bijeenkomst van de 'Vergadering van Kontaktpersonen SPV' in Utrecht ontstond een discussie rondom het functioneren van het toenmalige SPV-beroepskollektief en haar Stuurgroep SPV in relatie tot de doelstelling van de NVAGG als koepelorganisatie van lidinstellingen. Naar aanleiding van deze discussie werd staande de vergadering een commissie samengesteld, die zich zou gaan bezig houden met de vraag: Moet er een vereniging van SPVen worden opgericht? De leden van de commissie besloten onder de naam 'Adhoc-Kommissie SPV-belangen' werkzaam te zijn.

Aktiviteiten van de Adhoc-Kommissie SPV-belangen

De commissie had tot taak zich bezig te houden met een oriëntatie op de wijze waarop de beroepsbelangen van de beroepsgroep sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland functioneel behartigd zouden kunnen gaan worden.

Met de NVAGG werd uitgebreid overleg gevoerd in hoeverre zij als koepelorganisatie van lidinstellingen nog functioneel een paraplu kon zijn voor een beroepsorganisatie. Uit de statuten van de NVAGG bleek overduidelijk dat er binnen haar structuur geen mogelijkheden waren voor participatie van beroepsgroepen. Historisch was het echter verklaarbaar dat de beroepsgroep SPVen onderdak heeft gehad van de NVAGG. De bevindingen van de Adhoc-Kommissie SPV-belangen gaven duidelijk aan dat verdere participatie met de NVAGG onmogelijk en zelfs disfunctioneel zou zijn. Een functionele belangentegenstelling was de belangrijkste reden om als beroepsgroep andere wegen te gaan. Ook de NVAGG constateerde dit en stelde beëindiging van haar relatie met de Stuurgroep SPV vast.

Er werden vervolgens tal van gesprekken gevoerd met vak- en beroepsorganisaties. Van

belang hierbij was om de kollektieve beroepsgroep van SPVen als representatieve groep binnen een vakorganisatie aansluiting te laten krijgen. Voorts speelde in de oriëntatie met de vak- en beroepsorganisaties nog een ander punt, namelijk of aansluiting gezocht moest worden bij een typische vakorganisatie danwei bij een zich duidelijk profilerende beroepsorganisatie.

Presentatie van de discussienota 'Werknemersorganisatie voor SPVen'.

De Adhoc-Kommissie SPV-belangen kwam in haar discussienota tot vier scenario's, welke aan de bijeenkomst van 'Vergaderingen van Kontaktpersonen' op 15 december 1977 werden gepresenteerd, te weten:

1. Oprichting van autonome vereniging van SPVen;
2. Als kollektief direkt aansluiting zoeken bij een vakorganisatie;
3. Als kollektief direkt aansluiting zoeken bij een beroepsorganisatie;
4. De combinatie van 1 met 2 of 3.

Bij de beschrijving van de scenario's werd uitgegaan van een schematisch overzicht van positieve en negatieve aspecten.

Bij ontstaan eigen vereniging:

(Uit: Discussienota: Werknemersorganisatie voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen) Positieve aspecten:

- de beroepsverbondenheid blijft intact;
- een autonome vereniging schept duidelijkheid met betrekking tot de eigen beroepskategorie;
- het kunnen ingaan op specifieke eigen belangenbehartiging;
- het biedt alle faciliteiten die eigen zijn aan de in de doelstelling geformuleerde taak opdracht van een willekeurige beroepsorganisatie.

Negatieve aspecten:

- beroepsorganisatorische versnippering van verpleegkundigen en daarmee van werkers in de gezondheidszorg;
- in verhouding tot andere beroepsorganisaties een zeer beperkt aantal leden;
- een uiterst smalle representativiteit bij nationale alswel internationale overlegsituatie;
- relatief zeer hoge beheers- en personeelkosten, als gevolg daarvan een extreem hoge financiële belasting voor de leden.



E/c Duffels

Bij direkte aansluiting bij vakbond:

Positieve aspecten:

- garanties met betrekking tot de kollektieve behartiging van de materiële belangen van haar leden;
- bijstaan bij individuele vragen en conflicten van haar leden uitsluitend met betrekking tot de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden;
- men is op grond van het lidmaatschap aangesloten bij een van de erkende vakcentrales.

Negatieve aspecten:

- spreiding van werknemers uit eenzelfde beroepsgroep over verschillende vakbonden;
- beroepsbelangenbehartiging speelt nauwelijks een rol.

Bij directe aansluiting bij beroepsorganisatie:

Positieve aspecten:

- optimale kollektieve belangenbehartiging met betrekking tot het beroep en uitoefening ervan;
- bijstaan bij individuele vragen en conflicten van haar leden met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten;
- research ten behoeve van de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundige en verzorgende.

Negatieve aspecten:

- spreiding van werknemers uit eenzelfde

beroepsgroep over verschillende beroepsorganisaties;

- weinig of onvoldoende aandacht voor de hartiging van de belangen op materieel nivo;
- geen relaties met de erkende vakcentrales.

Besluit van de Vergadering van Kontaktpersonen

Tijdens de bijeenkomst van 15 december 1977 werd het besluit genomen om te streven naar de ontwikkeling van een zelfstandige beroepsorganisatie met de mogelijkheid van een samenwerking met een vakorganisatie welke was aangesloten bij de erkende vakcentrale.

Werkgroep NVSPV

Een werkgroep nam de taak om bovenstaande te realiseren. Ze begon haar werkzaamheden medio '78. De Werkgroep kwam voor het eerst bijeen in Amsterdam; ook daar werd de eerste financiële bijdrage geleverd om het werk mogelijk te maken; porti was de belangrijkste onkostenpost. De eerste bedrage betrof f25,— per lid van de werkgroep; dit tegenover de huidige kontributie van f75,— per lid per jaar!

De werkgroep bereidde een organisatiestructuur voor om tot oprichting te komen van een zelfstandige beroepsorganisatie, waarbij er een relatie zal bestaan met een vakorganisatie welke een aansluiting heeft bij de erkende vakcentrale. De statuten werden met het oog op deze beide uitgangspunten geschreven. Vervolgens bereidde de werkgroep een constituerende vergadering voor van de NVSPV. Deze vergadering vond plaats op 20 november 1979 in een lokaliteit van het Psychiatrisch Ziekenhuis Licht en Kracht in Assen.

NVSPV een feit

Deze bijeenkomst kan worden gezien als een manifestatie van SPVen in Nederland, die het belang van de oprichting van een autonome beroepsorganisatie voor SPVen onderschreven. De NVSPV was hiermee een feit. Haar eerste bestuur werd bij akklamatie gekozen.

De eerste jaren van de NVSPV

Door het bestuur werden voor de eerste jaren

het vormgeven van de verenigingsreggeving, het uitwerken en de totstandkoming van een samenwerkingskontraat met de AbvaKabo als belangrijke taken gezien. Het huishoudelijk reglement van de vereniging werd uitgeschreven en vervolgens vastgesteld. Ledenadministratie en financieel beheer werd opgezet.

Samenwerking met AbvaKabo

Door het bestuur werd een aparte werkgroep ingesteld welke in samenspraak met de AbvaKabo een samenwerkingskontraat tussen de beide organisaties moest voorbereiden. In 1982 werd er tenslotte een samenwerkingskontraat gesloten. Hierbij kreeg de NVSPV door middel van kwaliteitszetels zitting in een beroepsinhoudelijke commissie van de AbvaKabo, die het groepsbestuur Gezondheidszorg moet adviseren. Voorts is er participatie mogelijk geworden binnen een werkgroep die CAO-vraagstukken behandelt.

Het opbouwen van externe relaties

De NVSPV bouwde vervolgens aan de ontwikkeling van overlegsituaties met instituties binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hieronder kunnen worden gerekend: de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV), Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Sektorale Kerngroep van de HBO-raad, Werkgroep MGZ-opleidingen, richting GGZ, Voortgezette Opleiding SPV, Coördinatiecentrum Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding in de GGZ (CRINO) en de Nederlandse Maatschappij voor de Verpleegkunde (NMV).

Op initiatief van de NVSPV werd het autonome orgaan Centraal Orgaan Opleidingen van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (COOSPV) opgericht naar het model van de ontwikkeling van een adviesstructuur voor opleidingsvraagstukken ten behoeve van de Minister van WVC en HBO-raad. Binnen het COOSPV heeft de NVSPV twee kwaliteitszetels.

Studiedagen

Belangrijke plaats hebben door de jaren heen de studiemiddagen ingenomen. Themata binnen de uitoefening van het vakgebied kwamen aan de orde. De vereniging

mocht over het algemeen een groot aantal vakgenoten op de studiebijeenkomsten welkom heten. Belangrijke studiemiddagen waren:

- De beroepsverantwoordelijkheid NVSPV
- Akute crisisdienst. SPV in de knel?
- De SPV en de geriatrische zorg
- Het sociale in de sociale psychiatrie; netwerkbeïnvloeding
- Sociale Psychiatrie, chroniciteit en de rol van de SPV daarin
- Vrouwenhulpverlening
- Case-management en de sociaal psychiatrie verpleegkunde

- Opleiding en werkveld.

NVSPV in de toekomst

Uiteraard is hier nog geen geschiedschrijving op mogelijk, maar wel heeft het bestuur, door middel van het door haar ontwikkelde beleidsplan, de kiem gelegd voor verdere uitbouw van activiteiten. De vereniging zal hierbij echter wel tot prioriteitsstelling moeten komen, gelet op haar draagkracht. Daarom zal er naar een nauwere en vernieuwde samenwerking gezocht moeten worden met de vakorganisatie.

Ontwikkeling van de NVSPV en het SPV-beroep

door Hans de Vos; SPV RIAGG Deventer en oudvoorzitter NVSPV

Ter gelegenheid van het tweede lustrum van onze vereniging, de NVSPV, is mij gevraagd een bijdrage op schrift te leveren. Een belangrijke reden om hier positief op in te gaan is voor mij dat een vereniging uit leden behoort te bestaan die allen een bijdrage leveren aan het voortbestaan van de vereniging. Naar ik hoop kan deze bijdrage als zodanig gezien worden.

Moelijk was aan het verzoek dat dit niet nader gekoncretiseerd werd en het aan de schrijver werd overgelaten welk(e) onderwerpen) behandeld werd(en). Ik heb besloten dat het karakter van mijn bijdrage er een zou dienen te zijn van enkele los van elkaar staande opmerkingen over het verleden, het heden en de toekomst van onze vereniging of anders gezegd van ons beroep als sociaal-psychiatrie verpleegkundige. In mijn herinnering is het al weer lang geleden dat enkele collegae besloten hadden de schouders te zetten onder het initiatief een beroepsvereniging op te richten voor spv-en. Een initiatief geboren uit noodzaak enerzijds en een gevoelde behoefte anderzijds. Noodzaak omdat de NVAGG besloot geen beroepsgroepenafvaardiging meer te laten bestaan binnen die verenigingsstructuur. Het enige platform van spv-en in Nederland zou

hiermee verdwijnen en dit zou betekenen dat er geen, centrale, aandacht meer zou bestaan voor het beroep spv. Een gevoelde behoefte om toch de professionele ontwikkeling en de gezamenlijke belangenbehartiging ter hand te nemen. Voor mij persoonlijk waren beide elementen van belang actief te worden bij de oprichting en de eerste bestuursactiviteiten. Velen, die geen spv waren, hadden al zoveel geschreven dat wij ons niet dienden te professionaliseren daar dit m.n. de flexibiliteit niet ten goede zou komen. Terwijl ik juist behoefte had aan een, duidelijke plek in het veld van beroepsgroepen in de (a)ggz.

Ook verwachtte ik van een beroepsvereniging dat deze zou kunnen waken herhaling te voorkomen van een m.i. historische fout t.a.v. onze rechtspositie. Enkele collegae hadden m.i. de oppertone opvatting zelf zorg te kunnen dragen voor een salarisregeling voor onze beroepsgroep en gingen namens de beroepsgroep, zonder dat dit overigens democratisch besloten was, overleggen met NVAGG/WAGG (voor jongere collegae onder ons: dit was voordat er een CAOAGGZ bestond).

Iedere collega wordt hedentendage nog gekonfronteerd met dit feit: een aanvangssalaris wat + f 500,— lager is. Wij (als bestuur) be-

gonnen destijds met de konstatering dat de spv nog geen professie was en baseerden dat op een, aangedragen, wetenschappelijke doorlichting van ons beroep. Hoe staat het eigenlijk met onze professionalisering? Mijn indruk is dat er hard aan gewerkt is en wordt en wel door onszelf als beroepsgroep (een gegeven wat als nieuw mag worden getypeerd in de verpleegkundige wereld): er is een beroepsprofiel ontwikkeld, er wordt deelgenomen aan diverse overlegorganen zoals opleidingsinstituten, COOSPV, de inspektie etc. etc. Een kenmerk van een professie is dat er invloed kan worden uitgeoefend op micro-, meso- en macronivo. Op deze nivo's werken heeft de vereniging vorderingen gemaakt. Maar zijn we er hiermee? Mijns inziens niet. 21-9 jl. schrok ik door in de krant te lezen dat een promovendus in de verplegingswetenschappen konkludeerde dat de psychiatrisch verpleegkundige zich erg liet leiden door de inrichting waar hij werkzaam is en dat er daardoor grote verschillen ontstaan in de taakopvatting van verpleegkundigen in psychiatrische instellingen. Een bevinding die m.i. van belang is omdat in het beleidsplan van onze vereniging een dergelijke ontwikkeling wordt verwacht voor de spv in het 'Dekkeriaanse' tijdperk. Hiermee is de noodzak van een beroepsvereniging te hebben én er lid van te zijn wel aangetoond. Deze kan zorg dragen dat er uniformiteit bestaat t.a.v. de opleidingen en de door de beroepsvereniging gestelde eisen kan toetsen. Een vereniging die gerund wordt door collegae die veel, zo niet alle vrije tijd steken in de toekomst, onze toekomst. Een compliment voor al die mensen lijkt me op z'n plaats. Mogelijk wordt het nog eens werkelijkheid; een burofunktionaris. Deze zou de taak van bestuur en commissies een stuk kunnen verlichten. Is er geen VUT-collega of zoiets die zijn/haar tijd nuttig wil besteden?

De schouders zullen er nog zeker onder moeten; er zijn/komen diverse opleidingen tot spv die zich los van elkaar lijken te ontwikkelen en meer belang lijken te hechten aan het eigen voortbestaan dan aan het professioneel ontwikkelen van het beroep spv. Deze ontwikkelingen dienen zeker getoetst te worden aan de opvattingen van de beroepsvereniging. Er verschijnen al nota's e.d. die beschrijven dat er meer psychoterapeutische



'VUT collega of zoiets...'

deskundigheid besteed dient te worden aan de psychiatrische patiënt. Is dit nu geen taak van de NVSPV om zorg te dragen dat onze beroepsgroep hierin verder geschoold en erkend wordt? M.i. is dit een terrein wat door onze beroepsgroep geclaimd dient te worden daar wij als beroepsgroep sinds jaar en dag op genoemde doelgroep gericht zijn. Een al te passieve houding past hier niet en roep bij deze het bestuur op om de komende tijd ook aan dit onderwerp aandacht te besteden.

Naar ik hoop wordt ons verenigingsblad een blad waarin collegae een aantal zaken beschrijven die het beroep aangaan. Dit zou meer op een pragmatische/beschrijvende wijze te geschieden opdat de professionele ontwikkelingen inzichtelijk gemaakt kunnen worden en zodat ook iedereen een bijdrage kan leveren.

Tot slot wens ik ons allen toe dat wij nog vruchtbaar kunnen samenwerken aan de ontwikkeling van ons beroep ten dienste van de psychiatrische patiënt. Op naar het volgende lustrum!

'De SPV aan bod; verleden, heden en toekomst'

door prof.dr. B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Net als bij een geboorte lijken ook de eerste indrukken bij het leren van een beroep heel belangrijk. Na een halfjaar Krisiscentrum in Amsterdam, startte ik in 1972 met mijn opleiding sociale psychiatrie bij de Amsterdamse GG & GD. Daar werd de dienst uitgemaakt door de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, al bestond volgens de gebruikelijke medische traditie ook daar het gezag uit het toezicht dat enkele zenuwartsen uitoefenden. Maar het werk werd vooral gedaan door de 'dames', die er ieder een enorme wijkpraktijk op nahielden. Als arts-assistent werd je ingeschakeld voor de klusjes. Alleen als je werkelijk goed bevonden werd, mocht je mee op pad om de 'kelders' van de ambulante psychiatrie te verkennen, en vooral om te er-

varen en te zien hoe de SPV omging met chronische psychotici, psychopaten en burens.

Ik meen nog steeds dat ik van die soms heel nukkige spv's en het werk in de psychiatrie geleerd heb. Dat leren ging niet door theoretische uitleg of cursussen, maar door ervaren en zien. Voelen waar de grenzen van het territorium van de patiënt liggen en oppassen voor de hond. Hoeveel bakjes koffie kun je op een middag huisbezoek verwerken? Nog steeds ben ik bezig om zo goed mogelijk het geleerde te beschrijven en te omschrijven. Ik herken dat aan de reacties op mijn boek 'Acute psychiatrie'. Vele spv'en lezen dit boek met dat prettige gevoel van herkenning en ze stellen het op prijs om alles nog eens



'...allereerst solidair met de psychiatrisch zieke...'

precies te kunnen nalezen. Sommige collega-psychiaters ergeren zich daarentegen aan het gebrekkige 'theoretische niveau' en de weinig precieze aandacht voor diagnostiek. Degene die de titel heeft bedacht voor de RINO-bijeenkomst in Utrecht destijds: 'Het voetvolk in de frontlinie' heeft het goed begrepen.

De discipline van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen is duidelijk in de lift. Maar daar zijn vele redenen voor aan te voeren. Net als de wijkverpleegkundige heeft de spv als B-verpleegkundige zich ontworsteld aan de dominantie van de medicus in het ziekenhuis. Het gaat om verpleegkundigen die behoefte hebben aan zelfstandigheid, eigen verantwoordelijkheid en ook om een verdere eigen beroepsontwikkeling en identiteit. In de RIAGG staat men op ooghoogte met de psychiater, de psychotherapeuten en de maatschappelijk werkende. Tot zover gaat het vooral om de ontwikkeling van een eigenstandig beroep in relatie tot de andere disciplines.

Het gaat echter om meer. De geestelijke gezondheidszorg heeft zich van tijd tot tijd een hele hoop doelen gesteld. Geen psychisch zieke mens meer, persoonlijke ontplooiing en groei. De hooggespannen verwachtingen van de psychotherapie en de maatschappij hervorming zijn bijgesteld. Niet terug naar af, maar wel met de voeten op de grond. De discipline van maatschappelijk werkenden heeft hier op veel plaatsen nog grote moeite mee. De spv door zijn of haar lange scholing te midden van zieke mensen is van nature al veel meer gelouterd. Er bestaat veel minder behoefte de cliënt te genezen. Men is daarentegen allereerst solidair met de psychiatrisch zieke, men erkent de handicaps en daar start pas het verhaal. In de geschiedenis van de psychiatrie strijken altijd psychiaters met de eer, omdat ze beter konden schrijven, vertellen en omdat ze meer aanzien genoten. De werkelijke successen worden echter alleen op de werkvloer bereikt. En daar is de spv werkzaam. De toekomst van het vak wordt bepaald door de verhouding tussen ambachtelijkheid en bescheidenheid. Die ambachtelijkheid wordt niet verworven in het laboratorium. De dagelijkse werkelijkheid vormt de leerschool, terwijl de school of academie een bescheiden ondersteunende functie kan bieden.

SPV: Een soort kondenwasser?

Henk Heijs, directeur van RIAGG Stad Utrecht, 44 jaar. Jurist van origine, hetgeen terug te vinden is in werkstijl. Zoals een vos wél zijn wilde haren verliest, raakt hij zijn streken niet kwijt. Verder: actief in werkgeversorgaan de W.A.G.G. De geïnterviewde en interviewer kennen elkaar al meer dan 10 jaar, waardoor van een zuivere journalistieke weergave van dit onderwerp geen sprake zal zijn. De achtergrond van dit thema is de visie die Henk Heijs heeft op het beroep SPV. De titel 'kondenwasser' is enigszins gechargeerd, maar duidt daarmee wel de richting van zijn denken aan.

We draaien eerst warm met een discussie over voetbalgeweld. Welke straf zou afdoende zijn om de raddraaiers voorgoed te doen stoppen met hun aktie. Werkkamp, een pak slaag of een verplichte begeleiding van de RIAGG? Daarna worden we echt serieus. Schakelen we de bandrekorder aan en betrekken onze stellingen. Ik mag de eerste zet doen....

In een eerder gesprek met mij vertelde je dat een S.P.V. bereid moet zijn om iemand te wassen als dat nodig is. Wil je dat nog eens uitleggen?

Ja, dat wil ik. Kijk de naam S.P.V. bestaat uit drie trefwoorden: sociaal, psychiatrisch en verpleegkundige. Die woorden moet je in de praktijk terug kunnen vinden. Dat wil niet betekenen dat de S.P.V. zich niet steeds therapeutisch mag bekwamen. Het is dus niet alleen konden wassen zoals jij steeds beweert. Maar als je bij iemand op huisbezoek gaat en je treft een schrijnende situatie aan en je zegt dan: 'Maar dit is mijn taak niet', en wijst dan naar de GG & GD, de huisarts, wijkverpleegkundige, de reinigingsdienst, gezinszorg. Dat vind ik flauwekul. Vooral als er dan niets gebeurt. Iedereen wijst naar elkaar.

Harry de Graaft, S.P.V. en redactielid Plektrum, in gesprek met Henk Heijs

Als S.P.V. zal je een voorbeeld moeten geven. Eerst handelen en dan als casemanager organiseren. Dit is hetgeen dat je juist in je opleiding geleerd hebt. Dit is een duidelijke taak voor een S.P.V.. Ook het organiseren van bijvoorbeeld dagactiviteiten voor chronische cliënten. Je kan dan niet zeggen: 'Ik doe het niet, want het is niet mijn hobby'.

Maar sociaal psychiatrische hulpverlening waar je steeds op hamert, is een rekbaar begrip. Ook bij mensen met psychiatrische stoornissen kun je bepaalde psychotherapeutische technieken toepassen en dat is het terrein dat bijvoorbeeld de erkende psychotherapie juist laat liggen. Sociale psychiatrie is juist bij uitstek ons terrein. Dus niet alleen bezig zijn met de primaire taken.

Ik vind dat veel S.P.V.-en dit ook kunnen, maar dat is een aparte discussie: psychotherapie versus sociale psychiatrie. Een verschil met psychotherapie is de eigen motivatie die daarbij belangrijk is. Komt de cliënt, dan krijgt deze de aandacht, komt hij niet houdt het op. Die aandacht en tijd is in de sociale psychiatrie juist essentieel. Het tempo is laag, soms tot in het oneindige. Maar dit zijn juist de elementen die de S.P.V. erin moet houden.

Maar iets anders. Het valt mij vaak op, hoe moeilijk S.P.V.-en een casus kunnen presenteren en goed schriftelijk verslaan waar het om gaat. Om goed interdisciplinair te kunnen werken heb je dit nodig. De S.P.V. is geen solist. Op het terrein van woord en gebaar valt wel degelijk wat te verbeteren. Op bijeenkomsten die ik bijwoon valt het mij steeds op hoe moeilijk een S.P.V. een casus volgens bepaalde logika helder en duidelijk weet te presenteren. Denk je dat dit komt door een lacune in de opleiding?

Het is natuurlijk een oude mannenklacht die ik uit. Maar als je kijkt naar het traject dat een S.P.V. doorlopen heeft, dan is het toch iemand met basisschool, MAVO/HAVO, waarbij

toch niet het hoogste aksent ligt op spreken en schrijfvaardigheid. Daarna de beroepsopleiding als verpleegkundige en daarna de S.P.V.-opleiding....! Er zijn natuurlijk uitzonderingen....! Ik vind dat er bij de meesten toch te weinig aandacht aan is besteed.

Komt de discipline S.P.V. daarmee niet goed uit de verf? Het zijn over het algemeen doeners, geen praters. Zelden lees je een publiekelijk stuk van hun hand?

Ik weet niet of dat het is. Soms denk ik dat S.P.V.-en zich teveel afzetten tegen psychiaters. Ze moeten niet zeggen: 'Wat een psychiater kan, kunnen wij ook. Dat verlies je. Dat is gewoon niet zo. Je hebt een eigen kwaliteit. Je moet leren om deze beter te presenteren. Je moet dit alleen niet op dezelfde manier als de ander doen. Zo kreeg ik laatst een stuk van de N.V.S.P.V. onder ogen over nascholing. Verschrikkelijk...! Regionaal, super-boven-regionaal overleg.... net de psychotherapieopleiding!

Het is niet altijd deskundigheid die bepaalt wie wat mag in de G.G.Z.. Het is vaak alleen het medische monopolie die dat bepaalt. Het lijkt dat tegenwoordig op grond hiervan deskundigheid weer wordt afgepakt.

Zoals je weet ben ikzelf een voorstander van een grote mate van zelfstandigheid voor alle disciplines, dus ook die van jullie. Maar die wel ingebed is in een multi-disciplinaire samenwerking. Daarbij zal je moeten accepteren dat een medikus, of hij nu een briljante ster is of een lummel, op bepaalde gebieden meer te vertellen heeft... Je moet een psychiater niet raadplegen uit wantrouwen, maar uit behoefte aan samenwerking. Een toetsing van je eigen mening. Ik denk dat een S.P.V. een onmisbare schakel is. Nogmaals: scholing!

Als je kijkt naar de kreet 'kwaliteit', wat tegenwoordig in zwang is, dan moet je de mensen ook in beleid laten meedenken. Haal je deze verantwoordelijkheid weg, dan vermindert de motivatie.

Wat is nu kwaliteit? Wat is de kwaliteit van de bakker: dat de koekjes lekker smaken. Wat is de kwaliteit van ons werk: dat de cliënt op bepaalde dingen mag rekenen. Je houdt natuurlijk altijd een ontevredenheid in vraag en aanbod. Je moet je wel voortdurend af blijven

vragen of je een betere service moet verlenen en niet altijd: bla, bla, bla we zouden eventueel dit... of... eh... dat... Ik zou het gezond vinden als het N.c.G.v. (Nederlands centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) een onderzoek doet naar de functie van de S.P.V. Ik vind dat de G.G.Z. nog behoorlijk in de schaduw van de publiciteit staat. Van de totale belangstelling voor de gezondheidszorg. Als je bijvoorbeeld kijkt naar zo'n actie van de kankerbestrijding Ik denk dat er op ons gebied ook zeer schrijnende situaties zijn en er is ook veel behoefte aan onderzoek. Wij zijn toch een ondergeschoven kind. Alleen onze cliënten zullen niet zo gauw voor de kamera verschijnen.

Je noemde eens dat de S.P.V. niet zoveel moet willen kletsen, maar moet handelen...

Elke beperking in het kletsen vind ik fantastisch. Met z'n allen bezig zijn over allerlei zaken, vind ik niet goed. Je moet wel allemaal betrokken zijn, maar niet allen beleid willen maken. Vroeger werd alles in de groep besproken en daarna per individu uitgewerkt. Ik denk dat nu een omkering aan de gang is. Individueel voorbereid, multidisciplinair bekeken en daarna individueel verder. Ik blijf erbij dat je beter een keer te veel een second opinion kun vragen dan eenmaal te laat.

In de vroegere casuïstiekbespreking ging het volgens mij zo: Je houdt een hoed op, iedereen gooit er een geldstuk in en achteraf blijf je tien verschillende muntsoorten te hebben

en daar moet je het mee doen...! Mijn mening is, dat hoe zelfstandiger je durft te werken, hoe makkelijker je adviezen van een ander durft te aksepteren.

Vind je dat binnen de tegenwoordige RIAGG een S.P.V. zonder V.O. voldoende kan functioneren?

Ik vraag mij af of inderdaad een V.O. voor iedereen noodzakelijk is. Ik geloof niet in een speciale V.O. voor de S.P.V. Het is beter om te kiezen voor een V.O. naar je specifieke voorkeur. Een V.O. moet echter geen standaard worden. Ik geloof niet zo in het woord specifieke V.O./S.P.V. Misschien is het beter om met een soort puntenstelsel te werken als je zoveel cursussen gedaan hebt, krijg je een hogere schaal.

Het gesprek gaat daarna over op keuvelen over koetjes en kalfjes en interne nieuwtjes. Wel interessant, maar niet geschikt voor een interview in het Plektrum. De rekorder zetten we daarom maar uit.

Als de tijd om is, spoeden we ieder naar onze eigen afspraken. Henk naar een vergadering, ik naar een cliënt die op mij wacht. 'Ik heb nog nooit een hulpverlener horen vragen of hij/zij eens een dagje bij mij stage kwam lopen. Dan zou men eens zien hoe het er hier aan toe gaat', zei hij bij het afscheid. 'Dan heb je hier je eerste aanvraag', antwoordde ik.

'It's lonely at the top', dacht ik bij het weggaan.



De SPV en de psychiater in het multidisciplinaire team

door E.J.M.F. Gerritsen, psychiater en geneeskundig inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid voor Utrecht en Flevoland

De NVSPV heeft mij verzocht om vanuit mijn ervaring als geneeskundig inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid enige kanttekeningen te maken bij de taken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige met name in relatie tot de taken van de psychiater. Voor een goed begrip voor de achtergrond van waaruit de navolgende standpunten worden geformuleerd, zal eerst de plaats van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid worden geschetst. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid heeft een toezicht houdende taak op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, zowel voor de verwaarloosde krankzinnige individueel als voor de kwaliteit van de zorg geboden door personen en organisaties werkzaam op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Haar taken en bevoegdheden ontleent zij met name aan de Krankzinnigenwet (1884 Stb. 96), waarin de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid haar bestaansrecht vindt, en de Gezondheidswet (1956 Stb. 54), waarin de taken en bevoegdheden van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarvan genoemde inspectie deel uitmaakt, worden beschreven.

De belangrijkste taakomschrijving in laatstgenoemde wet is neergelegd in artikel 36, waarbij het Staatstoezicht o.a. wordt belast met de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de Volksgezondheid. In het kader van deze bijdrage geldt dan ook dat het Staatstoezicht is belast met het toezicht op de naleving van de op grond van de ziekenfondswet en A.W.B.Z. gestelde erkenningsnormen en voorwaarden voor de RIAGG's waarin met name de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid wordt genoemd. Omdat de inspecteur in zoveler organisaties, instellingen en organen een geregeld gast is, omdat hij overlegt met directies, medewerkers en patiënten heeft hij een globaal en

soms zelfs een gedetailleerd inzicht in het niveau van de zorg zoals deze in de voorzieningen wordt geboden. Situaties van enigerlei zwaarte, zoals (bijna) ongevallen, directieperikelen, ernstige problemen met medewerkers, capaciteitsproblematiek worden hem gemeld, terwijl een ieder bij hem klachten kan indienen over de zorg. Over suïcides wordt aan hem uitvoerig gerapporteerd. De inspecteur loopt als het ware met een zorgmeter voor de GGZ en peilt het niveau van zorgverlening.

Zoals bekend streeft de G.I.G.V. ernaar de zorgmeter te objectiveren door middel van het instrument van de referentiekaders en de toetsingskaders. Daarmee wordt het mogelijk gemaakt op landelijk niveau normen vast te stellen waaraan de zorg zou moeten voldoen. De referentiekaders hebben de status van aandachtspunten niet van regel of wettelijk voorschrift. Omdat de instellingen op de hoogte worden gebracht van deze aandachtspunten, en overigens deze in discussie met de Inspectie kunnen bijstellen, kunnen zij ook zelf de geboden zorg toetsen. In de praktijk van mijn werk nu, in de regio Utrecht en Flevoland en tijdelijk in Noord Brabant en Limburg blijkt mijn zorgmeter als het gaat om de samenwerking psychiater en sociaal psychiatrisch verpleegkundige vooral in RIAGG-verband in een aantal gevallen naar negatief uit te slaan, dat wil zeggen dat naar mijn mening in die gevallen de verantwoordelijkheden voor en uitvoering van bepaalde werkzaamheden niet zodanig geregeld zijn dat er op optimaal verantwoorde wijze zorg geboden wordt. Gelet op de aard en het karakter van de door de RIAGG geboden hulp ligt het m.i. voor de hand dat binnen de multidisciplinaire teams de verantwoordelijkheden van de aanwezige disciplines goed omschreven zijn en dat daarbij de verantwoordelijkheden ook gelegd worden bij die discipline die voor de desbe-

treffende verantwoordelijkheid de deskundigheid bezit. Voor de psychiater betekent dit dat beslissingen omtrent bepaalde typisch medisch/psychiatrisch zaken binnen het team worden voorbehouden aan de psychiater. In de praktijk blijkt om verschillende redenen in de naar mijn idee daarvoor in aanmerking komende gevallen de psychiater niet of niet op de juiste wijze te worden ingeschakeld. In mijn optiek heeft ieder lid van het team zijn eigen specifieke deskundige inbreng.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is een gespecialiseerde psychiatrisch verpleegkundige. Het is een psychiatrisch verpleegkundige met kennis van de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving. Hij is in staat deze wisselwerking in te schatten ten behoeve van de diagnostiek en de behandeling. Hij heeft op grond hiervan in het behandelplan een eigen taak zowel naar de patiënt als naar diens omgeving, gaat na wat de effecten van de uitvoering van het behandelplan zijn, rapporteert daarover aan het behandelteam waarna het plan zo nodig bijgesteld wordt enz. enz.

Van de drie peilers waarop de psychiatrische theorievorming rust, de sociale, de psychologische en de biologische, heeft de SPV met name deskundigheid in de sociale aspecten van de mens ontwikkeld. De psycholoog, neuropsycholoog heeft in dit multidisciplinair samengestelde team zijn specifieke kennis over de psychologie de psycho-dynamiek en de psychopathologie en levert zijn bijdrage vanuit deze optiek aan de diagnostiek en behandeling. Vergelijkbare opmerkingen zijn te maken over de andere teamleden. De psychiater is in dit multidisciplinaire team de deskundige die geacht wordt kennis te hebben van al deze aspecten en het diverse tot een geheel, dus uiteindelijk één behandelplan, kan smeden.

Hij is dus uitdrukkelijk niet alleen lid van dit team om zijn medisch biologische kennis, maar vooral ook om zijn vermogen tot het vormen van een integrerende visie gebaseerd op alle drie de peilers. Kort gezegd hoewel de deskundigheid van de aparte teamleden onmisbaar is en de zorgverlening tot hoog niveau verheft, dient in de daarvoor in aanmerking komende gevallen de psychiater de eindverantwoordelijkheid daadwerkelijk te dragen.

Voorbeelden

Aan de hand van een drietal voorbeelden zal ik mijn standpunt nader adstrueren, te weten:

- a. de wijze waarop medecijnen worden voor geschreven;
- b. het opnemen van patiënten in klinische voorzieningen;
- c. het gevolgde beleid bij suïcidale patiënten.

Kern van mijn betoog zal zijn dat door verantwoordelijkheden voor de drie genoemde activiteiten bij anderen dan psychiaters neer te leggen het niveau van de zorg in het geding is.

Ad a. Het voorschrijven van medicijnen

Het is een alom verspreide gewoonte bij RI-AGG's om medicijnen aan patiënten voor te schrijven op grond van diagnostische observaties gedaan door leden van het multidisciplinair team. Het gaat hierbij om patiënten die al lang bekend zijn en bij wie de medicatie bijgesteld wordt. Maar het gaat soms ook om patiënten die nog niet bekend zijn. Vooral in de praktijk van alledag van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige is dit gebruik ingeslepen. De specialist gaat af op de observaties van de verpleegkundige en schrijft, zonder de patiënt nog zelf te observeren, medicijnen voor of hij laat dat de huisarts doen.

Als motief hiervoor wordt o.m. het volgende aangevoerd:

1. De grote deskundigheid en ervaring van de SPV. De arts/specialist heeft vaak geen toegevoegde waarde.
2. Het gebrek aan psychiaters en het gebrek aan tijd van de psychiater.
3. De weerstand van de patiënten tegen psychiaters.
4. Het feit dat de wet deze handelwijze niet verbiedt.

Ad 1. In het licht van het voorgaande behoort het tot mijn stellige overtuiging de arts/psychiater te zijn die op geleide van observaties van de andere teamleden maar nadrukkelijk ook op grond van eigen onderzoek de medicijnen zal voorschrijven. Zoals uiteengezet ligt de meerwaarde van de psychiater in zijn kennis van alle aspecten en zijn vermogen om op grond van dat totaalbeeld tot de juiste medicatie te komen. Voorschrijven van medicijnen aan cliënten van de

RIAGG door de huisarts acht ik om redenen die onder 4 zullen worden uiteengezet geen juiste weg. Overleg tussen huisarts en specialist spreekt vanzelf.

Ad 2. In een derde wereld land als Iraq staan 60 psychiaters ter beschikking voor 16 miljoen inwoners. Meer dan de helft van deze psychiaters vestigde zich in de hoofdstad. (Giel M.G.V. juni 1988) Nederland met een vergelijkbaar aantal inwoners (15 miljoen) heeft 1900 psychiaters tot zijn beschikking. Ook hier bestaat een voorkeur bij deze psychiaters zich te vestigen in grote steden en vooral in Amsterdam. Dit staat niet in verhouding tot de werkelijke behoefte zoals deze in het land bestaat.

In de derde wereld worden om het extreme gebrek aan artsen en specialisten op te vangen primary health workers opgeleid om basale medische maar ook 'specialistische' zorg te verstrekken. Zij schrijven neuroleptica, antidepressiva, anti-epileptica enz. voor. Door gebruik te maken van een relatief simpele handleiding en zgn. beslissingsbomen geven zij aan patiënten medisch 'specialistische' zorg die aan hen anders onthouden zou worden (V.B. Wankiiri, Community Mental Health Care, A manuel for health workers W.H.O. 1982). Dit neemt niet weg dat het niveau van de geestelijke gezondheidszorg ondanks de activiteiten van deze health workers laag blijft. Hoogwaardige deskundigheid ontbreekt. In Nederland zijn psychiaters in voldoende mate voor handen. Helaas bestaat er momenteel een tendens bij psychiaters om RIAGG's en APZ'en te verlaten en zich vrij te vestigen. De GGZ wordt hiermede mijns inziens niet gediend. In mijn ervaring raakt een RIAGG of een APZ met een helder geformuleerd psychiatrisch beleid, met een krachtige en stabiele leiding, zijn psychiaters niet kwijt en trekt gemakkelijk nieuwe aan. Een teko-^{*} aan psychiaters mag kortom in mijn visie geen reden blijven van suboptimale zorg.

Ad 3. Het meegaan in weerstanden bij de patiënt of diens familie tegen psychiaters is bijna altijd ongewenst en een kunstfout. Het handelt veelal om acceptatieproblematiek en vooroordelen van de patiënt en meegaan in eigen weerstanden van de hulpverlener. Een helder geformuleerd beleid blijkt ook de weerstand bij de patiënt op te kunnen lossen.

'De dokter is de meest deskundige, zeker als het om diagnostiek gaat en het voorschrijven van medicatie. Hij is daarvoor ook verantwoordelijk en moet dus ook de patiënt zelf onderzoeken', behoort de reactie van de SPV in een dergelijke situatie te zijn. In mijn ervaring, en van de collega's met wie ik samenwerkte, blijkt de weerstand dan als sneeuw voor de zon, of in elk geval spoedig, te verdwijnen.

Ad 4. Is het voorschrijven van geneesmiddelen via derden wettelijk toegestaan? Mag een arts zonder de patiënt onderzocht te hebben op grond van informatie verkregen, b.v. van een SPV, een recept voorschrijven? In de Wet uitoefening Geneeskunst (art. 1, tweede lid) en de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (artikel 1, eerste lid, onder 1) is geregeld dat met name artsen geneesmiddelen mogen voorschrijven, die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Deze bevoegdheid geldt in beperkte zin ook voor tandartsen en verloskundigen, maar dat is in dit kader niet van belang. De arts dient, zoals in Artikel 8 van de Wet uitoefening geneeskunst is bepaald, op het recept het geneesmiddel en de toedieningswijze te vermelden, alsmede de naam van de patiënt. Het recept dient door de voorschrijvende arts ondertekend te zijn dan wel voorzien te zijn van zijn paraaf. Meer is wettelijk niet voorgeschreven. In de jurisprudentie wordt in een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege onder andere het verstrekken van voorgeparaafde recepten aan niet bevoegden ontoelaatbaar geacht, en in een andere uitspraak werd het een arts verweten een recept uitgeschreven te hebben enkel en alleen op grond van mededelingen van de assistente. Hoewel de wet in dit opzicht niet duidelijk is, stel ik dat in een juiste beroepsuitoefening door artsen en specialisten het voorschrijven van geneesmiddelen pas op verantwoorde wijze kan geschieden indien de arts de patiënt heeft onderzocht. De breedte of diepgang van dit onderzoek kan variëren, maar het dient plaatsgevonden te hebben. De dokter behoort, naar mijn mening, de patiënt, eenmaal ingesteld op medicatie die hij langdurig moet gebruiken (ik denk aan langwerkende neuroleptica of aan antidepressiva), minimaal eenmaal per drie maanden zelf te onderzoeken. Ik voel mij in mijn opvatting hierover gesterkt door de nota van de Ameri-

can Psychiatric Association: Guidelines for Psychiatric Practice in Community Mental Health Centers, dec. '88. Deze nota komt tot dezelfde aanbevelingen. Sociaal psychiatrische verpleegkundigen zouden dan ook mijns inziens van de teampsychiater moeten *eisen* dat deze handelt op de zoeven beschreven wijze. Zo niet dan wordt de patiënt tekort gedaan. Ik meen dit hierboven te hebben duidelijk gemaakt. Het voorschrijven van psychofarmaca, in elk geval als het om instellen ervan gaat, via de huisarts levert bij mij ook vragen op over de mate van zorgvuldigheid en dus wenselijkheid. De patiënt consulteert immers een specialist en mag derhalve ook de medicatie van hem verwachten. Overigens ook als de huisarts langwerkende of langdurig psychofarma voorschrijft is periodiek onderzoek door de psychiater, b.v. eenmaal in de drie maanden, aanbevelenswaardig.

Ad b. Het opnemen van patiënten in klinische voorzieningen.

Zoals de psychiater heel uitdrukkelijk een centrale taak heeft bij het voorschrijven van geneesmiddelen, zo heeft hij deze ook bij de beslissing of en waar een patiënt dient te worden opgenomen. Hij is daar, als geen ander teamlid, toe opgeleid en is als enige in staat in vogelvlucht het geheel van sociale, psychologische en biologische factoren te overzien welke het besluit tot opname al dan niet beïnvloeden. Hoewel het in de andere takken van specialisaties in de geneeskunde heel gebruikelijk is dat de specialist, in overleg met de huisarts, bepaalt of opname geïndiceerd is, schijnt dit in de psychiatrie niet te gelden. Mijns inziens zou deze handelwijze voor de psychiatrie te meer moeten gelden. Het gaat om een belangrijk moment in het leven van een mens: opname in een voorziening voor psychiatrische zorg ook al is dit uit vrije wil.

De wetgever eist overigens de verklaring van een psychiater bij opname tegen de wil van de patiënt en accepteert alleen in bijzondere noodsituaties die van een andere arts (Krankzinnigenwet).

Ik zie geen reden waarom bij patiënten die zich vrijwillig laten opnemen deze specialistische kennis onnodig zou zijn. Er is bovendien alle reden om in het specialisme van de psychiatrie het niveau van zorg zo hoog mogelijk te doen zijn. Bij voortdurend dreigt ni-

velling en normvervaging. Ideaal is het dan om de SPV en psychiater als duo te laten functioneren in crisisdiensten van RIAGG's.

Ad c. Het gevolgde beleid bij suïcidale patiënten

Het in noodsituaties stellen van een diagnose en vervolgens besluiten welk behandelbeleid gevolgd moet worden en waarbij de keuze opname of niet moet gemaakt worden, wordt onder meer duidelijk geïllustreerd bij de psychotische patiënt (met name bij de eerste psychotische periode) en de depressieve patiënt met name als ingeschat moet worden of sprake is van suïcidaliteit alsmede hoe serieus deze is.

Ongetwijfeld levert de SPV hier ook een belangrijke bijdrage, bijvoorbeeld door informatie te vergaren over de draagkracht de draaglast van de omgeving van de patiënt in relatie tot de ziekte en nog gezonde kanten van de patiënt. Maar ook hier geldt dat de SPV in geval van enige twijfel het oordeel van de psychiater zou dienen te vragen vanwege zijn reeds genoemde integrerende visie waarbij alle aspecten aan bod kunnen komen. Het spreekt voor zich dat uitzonderingen op de hierboven geformuleerde regels bij tijd en wijle voorkomen. Dit behoren altijd uitzonderingen te blijven, een enkele individuele situatie te betreffen terwijl altijd de dokter dient te beslissen of het om zo'n situatie gaat.

Conclusie

Er is alle reden om de taken van de leden van een behandelteam duidelijk te formuleren en te onderscheiden. Het referentiekader RIAGG tweede versie GIGV augustus 1986 stelt dat als documentatie bij een kwaliteits toetsing onder meer 'de taak- en functiebeschrijvingen van de medewerkers waarbij vermeld worden de verantwoordelijkheden en bevoegdheden' beschikbaar moeten zijn. Ik meen, zo zal u duidelijk zijn geworden, dat mijn opvattingen zoals hierboven weergegeven zijn in deze taak- en functieomschrijvingen tot uiting behoren te komen. De NVSPV, zo mocht ik begrijpen, bereidt een functieprofiel SPV voor. Ik denk dat zo'n profiel broodnodig is. Duidelijkheid over een ieders plaats in een team zal bij respect voor een ieders deskundigheid de zorg ten goede komen.

De NVSPV en de GGZ-opleiding

door Martin Morsman;
SPV en docent Rijkshogeschool Groningen

In deze bijdrage zal ik een drietal ontwikkelingen nader beschouwen, die mijn inziens in de afgelopen tien jaar van grote invloed zijn geweest.

1. Beroepsinhoudelijke ontwikkelingen

Ten tijde van de oprichting van de NVSPV was in 'het Veld' de discussie in volle gang over de verpleegkundige identiteit van het SPV-beroep. De opvattingen waren zeer uiteenlopend. SPV-en, die zichzelf sociaal psychiatrisch werker noemden waren geen uitzondering. Werker suggereerde een eigen (methodisch-agogische) aanpak, terwijl 'verpleegkundig' vaak werd opgevat als het hulpe van de dokter.

Zoals bekend hebben de NVSPV-leden zich uitgesproken voor de verpleegkundige identiteit, uitgaande van het profiel van de Raad voor Volksgezondheid. Deze beslissing heeft zeker bijgedragen aan de erkenning van het SPV-beroep.

Op verzoek van de GGZ-opleiding te Groningen heeft de RINO-NOORD een inventarisatie gemaakt van de te verwachten behoefte aan SPV-en bij de lid-instellingen. Hieruit bleek dat de SPV-en steeds meer de plaats (gaan) innemen van andere disciplines, met name ten koste van het Maatschappelijk Werk. Binnen CAD's, Reclasseringen e.d. wordt de combinatie van 'brede band werker' én verpleegkundig zijn (kennis van psychiatrische beelden, medikatie en dergelijke) gewaardeerd.

De Groninger MGZ-opleiding maakte een vergelijkbare ontwikkeling door. Tot zo'n tien jaar geleden onderdeel van de Academie voor Sociale en Culturele Arbeid, daarna een 'status aparte' en sinds september jl. onderdeel van de afdeling Verpleegkunde van de Rijks Hoge School Groningen. Vakinhoudelijk ligt er voor de opleidingen de uitdaging verpleeg-theoretische onderbouwing te geven aan de SPV-beroepsuitoefening, zonder het theoretisch/agogisch aspect te verwaarlozen.

2. De HBO-V en de GGZ-opleiding

De opkomst van de HBO-Ven speelt zich in dezelfde periode af als het ontstaan van de NVSPV. De NVSPV-discussie over de inzetbaarheid van de HBO-V heeft in positieve zin bijgedragen aan de professionalisering en profilering van het SPV-beroep. De laatste jaren is er een landelijke tendens waarneembaar dat steeds meer HBO-V afgestudeerden zich aanmelden voor de GGZ-opleiding. Tegelijkertijd loopt de instroom van B-verpleegkundigen terug. Om op deze ontwikkeling te kunnen inspelen worden door de opleidingsinstellingen uiteenlopende oplossingen gekozen. Enkele voorbeelden:

a. B-verpleegkundigen volgen algemene modules in het eerste jaar, samen met V-HBO-Ven en AGZ-studenten. Daarnaast volgen GGZ-studenten veldspecifieke modules. Deze veldspecifieke modules worden samen gevolgd met HBO-V afgestudeerden. Deze HBO-Ven volgen geen algemene module, maar lopen stage.

b. GGZ-studenten volgen een gezamenlijk propedeutisch jaar met V-HBO-Ven en AGZ-studenten, gevolgd door een veldspecifiek tweede jaar. HBO-Ven volgen alleen het tweede jaar.

Opleidingen worden geacht volgens de jongste wettelijke eisen een propedeutische fase in te voeren.

3. De overheid en de GGZ-opleiding

De afgelopen periode zijn er nogal wat overheidsmaatregelen uitgevaardigd die van groot belang zijn voor de GGZ-opleidingen:

A. Verlaging van de leeftijdsgrens voor studiefinanciering maakt tweede-kans onderwijs minder aantrekkelijk; gevolg hiervan is een versnelde terugloop van de B-verpleegkundige instroom.

B. Door de werking van de Harmonisatiewet worden studiejaren meegeteld als een student aan hetzelfde instituut een nieuwe studierichting kiest. Lang studeren betekent



'studiefinanciering'

'korten' op de financiering. HBO-V studenten die een GGZ-opleiding willen gaan volgen, betekenen voor een opleidingsinstituut een lage of zelfs *negatieve* bekostiging.

C. De Wet op het Hoger Beroepsonderwijs (aug. 1986) brengt onderscheid aan in een 4-jarige voltijds HBO-opleiding en kortere, resp. deeltijdsopleidingen. De voltijds-afgestudeerden mogen de internationale titel 'Bachelor' voeren, de overigen 'Baccalaureus'. Op het eerste gezicht lijkt dit niet zo'n probleem; What's in the name? Toch heeft dit onderscheid verstrekkende gevolgen. Zo worden aan de Rijks Universiteit Limburg geen MGZ-afgestudeerden meer toegelaten voor de eerste-graads-leraren-opleiding.

D. De zogenaamde STC-operatie (**S**chaalvergroting, **T**aakstelling en **C**oncentratie) in het Hoger Beroeps Onderwijs, leidt tot sanering van kleine studierichtingen.

De GGZ-opleidingen spelen hierop in met uiteenlopende oplossingen, zoals:

- *extensief onderwijs*, d.w.z. zoveel mogelijk docentonafhankelijke (zelf)studie
 - *schaalvergroting: grote aantallen studenten om zetten en vergroting van de groepen*
 - *samenvoegen van studierichtingen*, bijvoorbeeld in het eerder genoemde propedeutisch jaar.
- Bovenstaande overheidsmaatregelen illu-

streren het gegeven dat de GGZ-opleiding een vreemde eend in de onderwijlsbijt is.

Tot slot

Hoe de GGZ-opleiding er over tien jaar uit zal zien, laat zich moeilijk voorspellen. De huidige financiering voor HBO-V afgestudeerden zou kunnen leiden tot zelfbekostiging van het onderwijs (vergelijk de huidige V.O.-SPV). De gezamenlijke GGZ-opleidingen voeren regelmatig overleg. De afstemming van de opleidingen onderling met de NVSPV is in deze voor het onderwijs roerige periode, zeer belangrijk. De instelling van de COOSPV draagt bij aan deze afstemming van het onderwijs.

De GGZ-opleiding Groningen kent een al jaren bestaand overleg met vertegenwoordigers (SPV-en) van het werkveld. Dit directe overleg is zeer waardevol voor de afstemming tussen opleiding en de praktijk. In de COOSPV lijkt een vergelijkbaar structureel overleg tussen de regionale overleggenheid en de basisopleiding op het 3e nivo dan ook zeer gewenst.

Eén ding moge uit bovenstaande blijken, de NVSPV kan zich nog jaren met opleidingsvraagstukken blijven bezighouden.

Het professionaliseringsproces van de VO-SPV

door Dorry Schopman

koördinator VO-SPV Hogeschool Midden Nederland

Van bijscholing naar opleiding tot verpleegkundig specialist!

Professionalisering heeft zich in de laatste decennia niet alleen beperkt tot de sociaal psychiatrisch verpleegkundige of tot de beroepsvereniging (nu alweer het 2e lustrum). Ook de vervolgopleiding voor de spv-en heeft zich sterk ontwikkeld. Onderstaand verslag over dit professionaliseringsproces bevat eerst een historische schets, gevolgd door een uiteenzetting over de huidige opleiding en tot slot een voorzichtige blik in de toekomst.

Historische schets

De geschiedenis van de opleiding gaat terug tot in 1966. In dat jaar werd op verzoek van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor Geestelijke Volksgezondheid in Nederland en het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg een 'aanvullende cursus voor verpleegsters in Sociaal Psychiatrisch werk' gegeven. Deze cursus werd dus op particulier initiatief georganiseerd. Zij omvatte 360 lessen en kostte f 1000,-. De behoefte aan deze bijscholing ontstond enerzijds door de als inadequaate ervaren beroepsopleiding (diploma A+B en B-nazorg aantekening), anderzijds door het veranderende werkterrein van de Sociaal Psychiatrische Diensten. De cursus bevatte onderwerpen die 'afgestemd waren op raakvlakken van het werk met psychologie, sociologie en antropologie'. Bovendien werd de persoonlijkheidsvorming gestimuleerd door 'kritisch denken en verbreding van kennis'.

Om voor deze cursus subsidie te verkrijgen werd zij in 1973 ondergebracht in de structuur van de kaderopleidingen. Gevolg hiervan was dat de opleiding moest voldoen aan het leerplan van de kaderopleiding intramuraal. Wel kreeg de opleiding, waarvan het aantal uren werd uitgebreid tot 502 uur, een eigen naam en wel Kaderopleiding

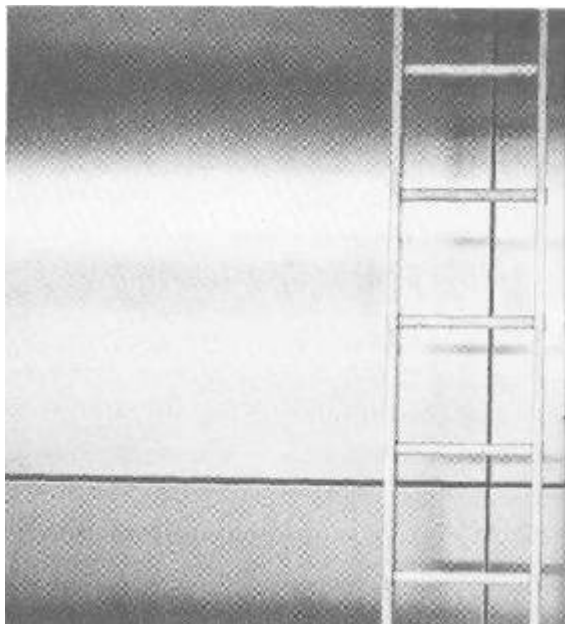
Extramurale Geestelijke Gezondheidszorg (Kader EMGGZ). Aandachtspunten binnen deze opleiding waren:

- het verwerven van kennis en vaardigheden t.a.v. organisatie-structuren en het teamfunctioneren;
- het ontwikkelen van een therapeutische aanpak van individuen, gezinnen en groepen.

Alhoewel de staf zoveel mogelijk de opleidingswensen van het werkveld, verwoord door de NVAGG, de NVSPV en de spv-en probeerde te verwezenlijken legde het leerplan toch teveel beperkingen op aan de mogelijkheid tot beroepsverdieping. Inbedding van de opleiding in de structuur van de Kaderopleiding had nog meer nadelen. De spv-en volgden een kaderopleiding, maar werden niet opgeleid tot kader en bekleedden na de opleiding ook geen kaderfunctie. Daarnaast volgden de spv-en in feite opnieuw een HBO-opleiding, terwijl de M.G.Z. opleiding ook een HBO-opleiding is. De opleiding kende ook veel goeds, waarbij o.a. gedacht kan worden aan verdere persoonlijkheidsontwikkeling en aan sociaal psychiatrisch verpleegkundige behandelingsmethoden. Vele spv-en zullen zich ook de (interdisciplinaire) trainingsweken in Maarssen herinneren. Echter gezien de bovengenoemde bezwaren had deze opleiding dus consequenties voor de maatschappelijke erkenning van de spv. Dankzij de inspanning van de spv-en zelf, de NVSPV en de opleidingsstaf werd er in 1984 toestemming gegeven door het Ministerie van Onderwijs om de Kaderopleiding EMGGZ in te bouwen in de toekomstige structuur van het vervolg hoger beroepsonderwijs met een voorlopige erkenning als tweede fase opleiding. Een belangrijke rol hierbij speelde de beleidsvisie van de subcommissie C.O.O.V.-H.B.O.. Dit was een commissie van het Ministerie van Onder-

wijs en Wetenschappen, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Geneeskundige Hoofdinspectie. Deze commissie bevelde aan 'om gezien het specifieke karakter van de opleiding alsmede de specifieke eisen die aan de beroepsuitoefening van de spv worden gesteld de opleiding in te passen in de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, studierichting Beroepsinnovatie en toegepast onderzoek'.

Met ingang van augustus 1984 werd de Kaderopleiding EMGGZ ingevoegd in de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, studierichting Beroepsinnovatie. De opleiding werd uitgebreid naar 720 uur. Doch ook nu was de opleiding gebonden aan de voorwaarden die het Ministerie van Onderwijs stelde. Ik noem hierbij het verplicht stellen van de component 'onderzoek', naast de componenten 'begeleiding' en 'beroepsverdieping'. Een andere voorwaarde van het Ministerie, nl. de multidisciplinaire instroom heeft de staf met behulp van de NVSPV en de NVAGG weten te omzeilen, zodat de opleiding uitsluitend openstond voor spv-en. Dit betekent dat er in de opleiding meer gedaan kon worden aan de verbreding en verdieping van de beroepsuitoefening ten behoeve van de kwalitatieve ontwikkeling en vernieuwing van de hulpverlening in de extra-murale geestelijke gezondheidszorg. Binnen de component 'beroepsverdieping' kregen de methodieken en trainingen die reeds deel uitmaakten van de Kader EMGGZ, zoals groepswerk, systeemgerichte benadering, wijsgerige antropologie enz., een plaats. Tevens werd er meer aandacht besteed aan het verlenen van zorg in specifieke situaties, zoals crisisinterventie en langdurige begeleiding van chronische cliënten. In de component 'begeleiding' nam naast consultatie supervisie een belangrijke plaats in. Om de professionaliteit te vergroten en de identificatie met het beroep te versterken achtte de staf het noodzakelijk dat spv-en met V.O. aan beroepsgenoten supervisie kunnen geven. Hiertoe werd een speciaal supervisie onderwijsprogramma ontwikkeld. Menig net afgestudeerde spv heeft reeds supervisie ontvangen van een beroepsgenoot. In het kader van professionalisering zijn verpleegkundig onderzoek en de theorie over verpleegkundig handelen belangrijke aspecten. In de component 'onderzoek' stond dan



ook niet het kennis producerend onderzoek doch de professionele wijze waarop de praktijk wordt uitgevoerd centraal. Dat dit toepassingsgerichte onderzoek veel weerstand opriep werd duidelijk door de veelvuldig gehoorde kritiek 'jullie leiden spv-en op tot onderzoekers!' Langzamerhand won de gedachte dat toepassingsgericht onderzoek bijdraagt tot praktische probleemoplossing en de competentie van de spv verhoogt meer veld.

In 1986 werd de voortgang van de VO echter ernstig bedreigd. De Minister van Onderwijs en Wetenschappen besloot om de bekostiging van de tweede fase opleidingen met ingang van het studiejaar 1989 af te bouwen. Het gevolg van dit besluit was dat er een periode van onderzoek en overleg aanbrak over de wenselijkheid van VO voor spv-en en de bekostiging daarvan. Hierbij waren betrokken de spv-en met VO, de NVSPV, de NVAGG, de Rino Utrecht, CRINO, Inspectie Geestelijke Volksgezondheid en de management beraden van de RIAGG's. Vrijwel iedereen, ook van werkgevers zijde, stelde zich op het standpunt dat een VO voor spv-en belangrijk is. Daarnaast werd opgemerkt dat de opleiding enige aanpassing behoefde in overleg met het werkveld en dat de tijdsinvestering verminderd diende te worden.

Huidige VO-SPV

In bovengenoemde periode werd vanuit enkele RINO's het initiatief genomen tot het oprichten van een Voortgezette Opleiding Geestelijke Gezondheidszorg (VO-GGZ) voor



'Hoogst Maatschappelijke Erkenning'

intra- en extramuraal werkenden HBO-opgeleiden die multidisciplinair van opzet zou moeten zijn. In overleg met het Rino-Utrecht en met ondersteuning van de NVSPV is betoond dat de VO-SPV als een zelfstandige opleiding deel uitmaakt van de VO-GGZ. Dit betekent dat de VO-SPV monodisciplinair van instroom zal blijven en haar landelijke functie zal continueren. Het aantal uren is teruggebracht van 720 naar 580 uur (VO-GGZ heeft 420 uur). Het onderwijs is gebaseerd op het concurrency-principe. Volgens dit principe is het werk onderdeel van de opleiding. Ervaringen opgedaan in de werksituatie en het onderwijsaanbod worden met elkaar verbonden. Praktijk-opdrachten zijn een integraal onderdeel van de opleiding en zijn gericht op de verschillende zorgcategoriën.

Uitgangspunt voor de bijgestelde opleiding is de beroepsverdieping. Innoverend hieraan is de methodische systematische praktijkvoering. De spv-en krijgen modellen aangereikt die een aanzet geven tot:

- * een systematisering van de informatie verzameling, zodat zij aanknopingspunten voor behandeling kan bieden,
- * fasering van het proces van probleemoplossing,
- * evaluatie van de sociaal psychiatrische praktijkvoering,
- * het beschrijven van vergelijkbare cliënten categorieën met als doel een protocolaire omgangswijze te ontwikkelen,
- * het overdraagbaar maken van het beroep.

Deze kernelementen komen terug in de taken van de spv. Deze taken zijn onder te ver-

delen in direct op de cliënt gerichte taken zoals langdurig gestructureerde begeleiding, acute psychiatrie, kortdurende hulpverlening en tertiaire preventie. Daarnaast zijn er de op de natuurlijke en professionele omgeving van de cliënt gerichte activiteiten zoals dienstverlening en preventie. De kernelementen worden gerelateerd aan de zorgcategoriëen waarvoor de activiteit bedoeld is.

Dit alles mondt uit in de volgende onderdelen: methodisch verpleegkundig handelen, journalistieke vaardigheden, systeemgerichte benadering, directieve therapie, crisisinterventie, groepswork, sociaal psychiatrisch praktikum, training, preventie en dienstverlening, ouderenzorg, konsultatie, supervisie, methodiek van supervisie en supervisie op supervisie.

Samenvattend kan gezegd worden dat de opleiding streeft naar een voortschrijdende professionalisering van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig handelen. Dit komt tot uiting in de systematiek, het planmatige en de evaluatie van het handelen, de zorgrelatie en de overdraagbaarheid.

Blik in de toekomst

Naast een voortdurende actualisering van de opleiding aan de gestelde beroepseisen en de wensen van het werkveld gaar er gewerkt worden aan programma-evaluatie en aan de instelling van een begeleidingscommissie. Om de samenwerking met het werkveld vorm te geven ligt het in de bedoeling een aantal projekten te starten. Hierbij wordt gedacht aan een evaluatieprojek methodisch verpleegkundig handelen. Ook dienen er sociale netwerkstrategieën ontwikkeld te worden voor de chronische psychiatrische cliëntengroep met als doel de maatschappelijke integratie van deze groep te bevorderen. In het kader van 1992 kan er gekeken worden naar een internationalisering, waarbij samenwerking of uitwisseling tot de mogelijkheden behoort. Voor de verre toekomst dient bekeken te worden in hoeverre er een toename is van de behoefte aan een academische titel. De graad 'master degree' dient dan gericht te zijn op 'skills' en niet op 'science'. Want waarom zoude spv-en, die een groot deel van het meest moeilijke en ingewikkelde werk op het uitvoerende veld binnen de AGGZ doen, niet ook de hoogste maatschappelijke erkenning kunnen verkrijgen?

Het verfrissende van het 'functiegericht'

door Ben Stoelinga, beleidsmedewerker kamer GGZ van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid

Meer en meer worden de troepen in de GGZ, waartoe ik ook u als SPV reken, geconfronteerd met niet hanteerbare marsorders. Onder het mom van het 'functionele' manoeuvreert menig manager van een mono- dan wel multidisciplinaire en - methodisch magazijn zich het slagveld van de marktrelaties op met het vaandel van de competitie in de hand, waarop groeigroepen, stressmanagement, therapieën, cursussen en meer van dat moois staan afgebeeld. En ondertussen blijft het multi-leger, niet anders dan bij Waterloo, conservatief in echelons opgesteld.

Wie spreekt van 'functioneel', of beter: 'functiegericht', bedient zich van termen die per definitie algemeen of globaal zijn: behandelen, begeleiden, verplegen, verzorgen etc. Let wel: globaal is niet hetzelfde als vaag! Een functiegericht omschrijving van zorg aan mensen met psychische problemen mist de exactheid van omschrijving die hun aanrijpingspunt niet in de hulpvraag hebben, maar in het aanbod: instellingen, methoden of beroepsgroepen. Edoch: die exactheid is een schijn-exactheid! Waar kan men als verzekerde in de AWBZ momenteel rechten aan ontlenuen? Aan: hulp 'door of vanwege een RIAGG', of 'RIBW'. Wilt u met pech langs de weg 'hulp door of vanwege een ANWB', of wilt u een wegwacht? En wanneer komt u voor psychotherapie in aanmerking? Niet als u 'pech' heeft, maar: in aanmerking voor psychotherapie komen diegenen die geïndiceerd zijn voor psychotherapie. En welke hulp denkt u dat de niet-klinisch werkzame psychiater biedt? Psychotherapie misschien? Nee, de niet-klinisch werkzame psychiater biedt niet-klinische psychiatrische hulp door een psychiater. U ziet exacter kan gewoon niet!

Het algemene karakter van een functiegericht omschrijving van zorg aan mensen

met psychische problemen laat ruimte voor multi-interpretatie. Functie is echter, daar mag geen misverstand over bestaan, niet hetzelfde als instelling, methode of beroepsgroep. Natuurlijk moeten functies uiteindelijk worden uitgevoerd door voorzieningen, maar functioneel is nu juist dat de huidige automatische en starre koppeling tussen functie en voorziening wordt losgelaten: **wie** in de toekomst **welke** functies (of taken) **waar** (binnen of buiten de muren) levert, wordt op voorhand niet vastgesteld! De RIAGG-ftjncf/e is dus niet functioneel. Zo ook de *psychiater-functie* of de *SPV-functie*. Een instelling of beroepsgroep kan immers meerdere functies/taken tegelijk of na elkaar uitoefenen.

Een stap verder: is het functioneel op voorhand een onderscheid te maken tussen professionele hulpverleners en niet-professionele hulpverleners (vrijwilligers)? Een RIAGG-directeur schetste recentelijk op een congres van een stichting waar vrijwilligers dagbesteding organiseren voor psychiatrische patiënten, het volgende beeld. Vrijwilligers nemen ten opzichte van professionele hulpverleners niet dezelfde positie in als amateurwielrenners ten opzichte van professionals. Het aanbod van vrijwilligers is, zo stelde hij, anders dan in de wielrennerij, kwalitatief niet slechter, maar 'anders'. Amateurwielrenners zijn echter niet slechter dan professionele renners, soms zelfs beter: ze komen eerder bij de finish. Zo ook de vrijwilliger, die is soms beter, soms slechter, maar in ieder geval niet 'anders'. Hier wordt op subtiële wijze, een indeling gepresenteerd die zinvol kan zijn voor huidige AWBZ aanbieders van zorg om zich te onderscheiden van hen die doorgaans met een gemeentelijke habbekrats het wiel moeten zien rond te draaien. Het onderscheid is echter niet zinvol (disfunctioneel) voor de afnemers van de zorg. Functiegericht wil immers ook zeggen, dat de kwaliteit van zorg in de eerste

plaats wordt afgemeten aan de waarde die de interventie heeft toegevoegd aan de (aanvangs)situatie van de cliënt. Voor de ene cliënt betekent dit dat het resultaat 'herstel' zal zijn, voor een ander dat zijn of haar situatie gestabiliseerd is en dat terugval werd voorkomen. Een derde zal als resultaat beter maatschappelijk of minder geïsoleerd functioneren etc.

Nu wil het gegeven, dat voor sommige cliënten het organiseren van een zinvolle besteding van de dag, dankzij of ondanks het vrijwillige karakter van de interventie, zeer veel waarde (kwaliteit) toevoegt aan de situatie waarin zij verkeren. Natuurlijk, 50 uur dagbesteding per week is soms wel, maar niet altijd voldoende. De kwaliteit van het bestaan kan vergroot worden met een uur begeleiding, 1/2 uur training alledaagse vaardigheden en/of 2 uur *casemanagement* per week erbij.

De directeur stelde op dat congres, dat (onbetaalde) vrijwilligers en (betaalde) professionals elkaar aanvullen. Door onderscheid dat hij tussen beide creëert, komt het accent te liggen op de vraag: *wie vult wat aan?* (de professional de vrijwilliger, of de vrijwilliger

de professional) en niet op de vraag *wat vult wat aan* en vooral *voor wie*, voor welke groep cliënten!

Het disfunctionele van de GGZ is op dit moment dat iets als 'dagbesteding' voor mensen met voortdurende of intermitterende psychische problemen aan de rand van de GGZ staat en financieel zelfs grotendeels er buiten. De Amerikanen hebben dat toch op enkele plaatsen slimmer (functioneler) aangepakt. Kern van de zorg buiten de muren voor psychiatrische patiënten is de dagbesteding. Daaromheen, als een soort schil, functioneert de begeleiding, de medicatieverstrekking, het bed en het casemanagement.

Nu dan de beroepsgroep SPV. In het kader van de verfrissende functiegerichtheid, concentreer ik me hier slechts op uw naam, uw titel: sociaal psychiatrisch verpleegkundige, kan dat eigenlijk nog wel, als alles anders wordt. Functioneel is, dat in uw beroepsomschrijving iets doorklinkt van de problematiek, de groep cliënten, waarmee u zich verbindt.

'Sociaal' is dubieus. In de eerste plaats: bestaat er niet-sociale problematiek? In de



'...welke hulp?'

tweede plaats roept sociaal, onbedoeld, het beeld op als zou u niets met het 'bio' (het lichaam), of de 'psycho' van doen hebben, terwijl deze combinatie (het *bio-psycho-sociale*) bij uw cliënten wordt aangetroffen en daarom de kracht van uw beroepsgroep is! In de derde plaats wordt 'sociaal' ten onrechte geassocieerd met 'extramuraal'. Nu bent u niet verantwoordelijk voor onterechte associaties, maar het lijkt me handig, dat u buitenstaanders -of managers- duidelijk maakt dat 'sociaal' ook binnen de muren (of binnen de dagbesteding) kan. Sterker nog: moet! U zou in de toekomst niet alleen vóór, maar ook achter de voordeur van het intramurale plaats moeten kunnen nemen, teneinde de gang naar de achterdeur (waarachter u ook weer staat opgesteld) zo kort mogelijk te houden. Op deze manier ziet u de cliënt nog eens.

'Psychiatrisch': kan, als het maar niet wordt opgevat als 'van de psychiater' en als er maar geen onderscheid wordt gemaakt met 'psychisch'. Naar mijn idee is de koepel, van de instelling waar u nu nog -in de instellingsgerichte omschrijving- het meest werkzaam bent, hard bezig, de zorg langs twee lijnen (psychisch en psychiatrisch) te organiseren. Functioneel heet: één gemeenschappelijk kader voor de problematiek, waarbinnen ver-

schillende aanvangssituaties aanwezig zijn en verschillende doelen of resultaten nastreefd worden. Uw beroepsgroep richt zich nu, en wat mij betreft in een functiegerichte zorg nog meer, op een groep cliënten waarvoor 'resultaat enerzijds een relatieve betekenis heeft in de zin van beperkte of geen verandering of kans op herstel, anderzijds een absolute betekenis heeft, in de zin van kans op ingrijpende vormen van zorg (het risico voor opnemings).

Tot slot 'verpleegkundige': ja en nee zou ik zeggen. Ja: u bent en blijft opgeleid tot het toedienen van een injectie, een pil of capsule, u heeft kennis van psychopathologie en psychopharmaca (inclusief de bijwerkingen van beide). Nee: verplegen is niet uw enige functie of taak, het gaat ook om met name om 'begeleiden'. Als u in de toekomst, als onderdeel van het begeleiden, opteert voor het case-managementschap, dan zal u, als alles goed gaat, als budgethouder ook moeten beschikken over enige financieel-economische kennis en vaardigheden.

Over dit 'multi-functionele' vaandel van de SPV en over de daarbij passende positie op het slagveld van de marktrelaties in een functiegerichte zorg, wil ik graag met u op 23 november nader van gedachten wisselen.



'Een sociaal psychiatrisch verpleegkundig boeket'

door Marjan Arends, SPV en docente aan de VO SPV te Utrecht

De NVSPV gaat mij aan het hart. Tien jaar geleden ook en mocht ik mee helpen de vereniging op te richten. De SPV-en en hun beroepsontwikkeling is ook een hartzaak en tevens mijn eigen belang. Vandaar dat ik er op mijn manier een steentje aan bijdraag.

De laatste tien jaar heeft het beroep op verschillende fronten verscheidene ontwikkelingen ondergaan. Door de RIAGG vorming zijn we beter in zicht gekomen en hebben we een opwaardering gekregen. We kunnen ons op verschillende manieren specialiseren en dat gebeurt ook. Eén manier van specialisatie is je te scholen in één of meerdere therapeutische stromingen. Mijn overtuiging is dat de SPV kennis en kunde van verschillende therapeutische stromingen in zijn/haar bagage moet hebben om zijn/haar behandeling kreatiever te verrichten. Dat uitgangspunten van de direktieve therapie en de systeembenadering een belangrijke hoeksteen vormen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige attitude.

Inleiding

Allemaal hebben we een mensvisie vanwaaruit we onszelf en de ander tegemoet treden. Deze mensvisie is ook het uitgangspunt binnen de hulpverlening. In de loop der jaren ontwikkelt iedere hulpverle(e)n(st)er een daarbij passende visie op problemen en/of disfunctioneren, die dan tot basishouding wordt verheven. Zo vormt zich een beroepsopvatting met een persoonlijke kleur. Ik zie mezelf en ieder ander als een persoon met mogelijkheden en beperkingen, afhankelijk van aanleg, ontwikkeling omgeving, gezin/familie, sociaal economisch en kulturele factoren. Al deze elementen beïnvloeden elkaar. Klachten en/of problemen, groot of klein zijn blokkades. Blokkade's die zich op alle nivo's van menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, interaktioneel en sociaal kunnen voordoen. Door deze blokkades ontstaan er op één, maar vaak op meerder of alle nivo's cirkulaire processen. Deze vicieuze cirkels worden in stand gehouden door mythen bepaald door sexe, ras en classesocialisatie.

De SPV heeft vanuit de basisattitude 'zorg' voor de cliënt, oog voor lichamelijke, psychologische en sociale aspecten. De doelgroep dwingt ons een breed behandelaanbod te hebben. Van simpele praktiese tot aan de meest ingewikkelde interventie.

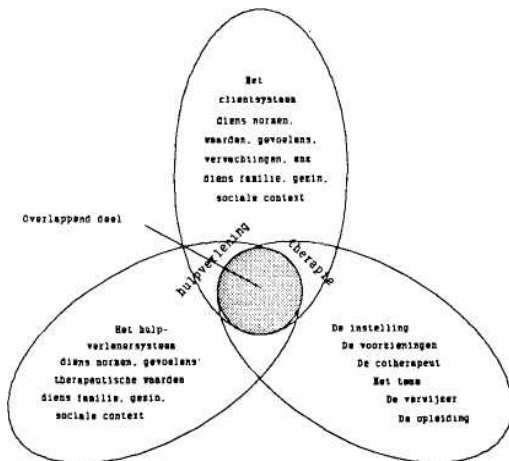
- Kliënten worden geleerd hoe belangrijk het is om goed te slapen, eten, bewegen etc. Structureren van hun dagritme
- Om inzicht te krijgen in de (vastgeroeste) patronen op de verschillende nivo's en hiermee om te gaan, gebruiken we verschillende theoretische kaders.
- Het direkte en uitgebreidere netwerk worden bij de behandeling betrokken.
- Sociale aspecten zoals huisvesting, werk en vrije tijdsbesteding worden onder de loep genomen en zover mogelijk geoptimaliseerd.

Of zoals het beleidsplan van de NVSPV stelt: 'De SPV gaat uit van een integrale benadering van de cliënt en heeft kennis van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de mens en kan op ieder deelgebied afzonderlijke interventies uitvoeren of andere disciplines inschakelen en ondersteunen, ledere SPV geeft zijn/haar eigen invulling aan deze integrale benadering.

De systeembenadering kent geen cliënt. De cliënt ziet men enkel als een symptoomdrager van een gestoorde interactie in een systeem. Veranderde interactiepatronen dan verdwijnt ook het symptoom. De direktieve therapie geeft veel aanknopingspunten, hoe systeembenadering te gebruiken bij individuen. Beide benaderingen eisen een konkretisering van problemen in gedragscirkels. De direktieve therapie plaatst de problemen in een positieve kontekst. Het is essentieel te zien dat een individu onderdeel is van een klein systeem en dat dit systeem weer onderdeel is van een groter geheel; dit groter geheel is het aanknopingspunt om de maatschappelijke kontekst in de behandeling te betrekken. Of zoals de feministische visie zegt: het individuele is

maatschappelijk en het maatschappelijke is individueel.

Zowel systeembenadering, als direktieve therapie, als de feministische therapie hebben meerdere uitgangspunten, maar deze te benoemen zou te ver leiden voor dit betoog. Bovengenoemd kader is het uitgangspunt van mijn hulpverlening. Problemen omzetten in gedragscircels in eerste instantie op inter-aktioneel nivo en daarbij onderzoeken door welke interpunctie (mythe, waarheid) deze cirkel in stand blijft. Dit onderzoek wordt mede bepaald door mijn idee (waarheid) over problemen. Deze waarheden worden bepaald door de geschiedenis (socialisatie) van de hulpverlener. De hulpverlener geeft zijn/haar eigen invulling over het ontstaan van problemen en kan gevoed zijn door verschillende (therapeutische) scholen, zoals psychiatrisch, psychoanalytisch, lichaams-gericht therapeutisch etc. etc. Welke visie wordt gebruikt, wordt bepaald door het hulpverleningssysteem, (zie schema Skynner).



Wenselijk is een positieve kijk en een zo breed mogelijk scala van technieken te hebben, zodat de creativiteit van hulpverlener en cliënt zoveel mogelijk tot hun recht komen. Daarbij wil ik aantekenen dat dit niet betekent, dat de behandeling van de SPV gericht moet zijn op 'verandering'. Het zien van het krachtenspel van de interactiepatronen van cliënt (systeem) en hulpverleningssysteem

dwingt respect af voor de beperkingen van mensen, maar bovengenoemd kader biedt wel een kreativere omgang. Het is mijn keuze geweest me te verdiepen in systeembenadering, direktieve therapie, hypno-therapie, lichaamstherapie en dro-mentherapie. Van de opleidingen en cursus-sen die ik gevolgd heb, heb ik geleerd op verschillende manieren naar cliënten te kijken. De ernstig gestoorde cliënt bleek minder rigide zoals me aanvankelijk geleerd werd vanuit de klassieke diagnostiek van de (sociale) psychiatrie.

De geleerde technieken vanuit deze therapieën zijn niet altijd zonder meer toepasbaar, maar moeten aangepast worden aan de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt. Vanuit de lichaams-, hypno- en dromentherapie leerde ik op een andere manier naar problemen kijken dan vanuit de systeembenadering en probeer ik het te integreren, zodanig dat het een onderdeel wordt van de systeembenadering.

Door mijn gerichtheid op circulaire oorzakelijkheid zie ik hoe er vicieuze cirkels ontstaan in het samenspel van voelen, denken en handelen van individuen, waarbij ik merk dat lichaam en geest een slecht te onderscheiden eenheid is.

Vanuit de feministische therapie leerde ik hoe vicieuze cirkels worden bepaald door maatschappelijke factoren en hoe vicieuze cirkels in een groter verband plaatsvinden en zo kom ik weer tot mijn mensvisie waarmee ik startte.

Konklusie

SPV een verpleegkundig specialisme die vooral uitblinkt in een 'breedte' specialisatie, waarbij de biologische, psychologische en sociale aspecten het meest tot zijn recht komen, als we systeembenadering pragmatisch gebruiken en binnen deze benadering eklektisch te werk gaan.



'ernstig gestoorde cliënt blijkt minder rigide'

Het centraal orgaan opleidingen van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Door Frans Verberk, SPV en lid werkgroep C.O.O.S.P.V.

Platform voor opleidingsaangelegenheden

De opleidingen in de geestelijke gezondheidszorg De wereld van de geestelijke gezondheidszorg heeft jarenlang niet uitgeblonken in overzichtelijkheid voor wat betreft haar opleidings- en nascholingsmogelijkheden. De opleidingen en nascholingsactiviteiten in de geestelijke gezondheidszorg kennen tot op heden onvoldoende structurele afstemmingsprocedures; zij worden gekonfronteerd met tal van onduidelijkheden van organisatorische en financieel-technische aard. Vanuit organisatorisch perspectief gezien ontbreekt er een harmonisatie van opleidingen; dat wil zeggen dat er vanuit een onvoldoende onderlinge afstemming van functies binnen de geestelijke gezondheidszorg geen op elkaar afgestemd opleidingsbeleid bestaat. Door de organisatorische herstructurering binnen de geestelijke gezondheidszorg kwam dit verschijnsel nog duidelijker naar voren. Tevens speelt de overheid bij een afstemmingsbeleid voor opleidingen een niet onbelangrijke rol daar waar het gaat om de financiering. De basisopleidingen voor een vakgebied, de eerste opleidingsfase, zullen met ingang van het jaar 1992 slechts worden gefinancierd door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De nascholingsactiviteiten en opleiding voor specialist voor een specifieke functieuitoefening binnen de geestelijke gezondheidszorg, de tweede opleidingsfase, zullen gefinancierd gaan worden door het vakdepartement te weten het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Vanuit de geschetste ontwikkelingen is het daarom uiterst relevant dat alle betrokkenen, werkveld, opleidingen, overheid en beroepsorganisatie in gezamenlijkheid ieder van hun verantwoordelijkheid nemen bij de totstandkoming van een structuur waarbinnen de verschillende opleidingen functiegericht op elkaar kunnen worden afgestemd.

In maart 1983 is er een voorbereidingscommissie van start gegaan om een adequate beleidsontwikkeling met betrekking tot opleiding en deskundigheidsbevordering voor medewerkers van RIAGG's uit te diepen. In een latere fase werd de doelgroep uitgebreid tot alle beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.

(De Voorbereidingscommissie 'Commissie Opleidingsbeleid RIAGG's bracht in oktober 1984 haar rapport uit).

Instelling COOSPV

Binnen de door de voorbereidingscommissie aangegeven organisatiestructuur is er plaats voor overlegorganen van de verschillende beroepsgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op grond van deze ingestelde structuur ontleent het COOSPV haar recht van bestaan. In maart 1988 werd op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch verpleegkundigen (NVSPV) het COOSPV opgericht. Het is de bedoeling dat het COOSPV zich als autonoom orgaan gaat bezighouden met het formuleren van inhoudelijke normen en regels ten aanzien van (voor)opleiding en/of nascholing van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Het werkveld, de opleidingen en de NVSPV zijn op basis van vertegenwoordiging binnen het COOSPV hierbij betrokken.

Het COOSPV in de praktijk

Het COOSPV stelt zich evenals de andere overlegplatformen van beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg op als adviesorgaan ten behoeve van het Centraal Orgaan voor Nascholing en Opleiding (in het vervolg aangegeven als CONO) binnen de geestelijke gezondheidszorg. Voorts zal het COOSPV eveneens dienen als adviesorgaan ten behoeve van de HBO-raad. Hier gaat het om

de beroepsopleiding welke tot de eerste fase van onderwijs wordt gerekend. Om landelijk een representatieve vertegenwoordiging binnen het COOSPV te verkrijgen is gekozen voor een organisatorische opbouw van drie nivo's. Dit zijn de basisoverleegenheden (3e nivo), het Georganiseerd Overleg (2e nivo) en de bestuurslaag van het COOSPV (1e nivo).

De basisoverleegenheden (3e nivo)

Binnen deze basisoverleegenheden zijn te onderscheiden:

De zeven regionale overleegenheden, welke logistiek samenvallen met de zeven Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding. (De Minister van WVC zal zich bij effectuering van tweede fase opleidingen binnen de geestelijke gezondheidszorg bedienen van de RINO's). Een Regionale Overleegenheid COOSPV bestaat uit vertegenwoordigers van de regionale instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn SPV'en die werkzaam zijn binnen deze instellingen. Het COOSPV kent een eenheid welke gevormd wordt door vertegenwoordigers van de basisopleiding SPV; iedere opleiding kent één opleidingsvertegenwoordiger.

De Voortgezette Opleiding SPV kent eveneens een eenheid welke op dezelfde wijze een vertegenwoordiging kent als bij de basisopleiding SPV.

- Tenslotte bestaat de NVSPV als eenheid, die namens haar beroepsorganisatie een vertegenwoordiging kent in het COOSPV.

Op deze wijze zijn werkveld, opleidingen voor SPV'en en beroepsorganisatie in het COOSPV vertegenwoordigd, leder van deze eenheden heeft de mogelijkheid om initiatieven te ontwikkelen met betrekking tot opleidingsaangelegenheden die vanuit de respectievelijke overleegenheden kunnen worden ingebracht in het zogenaamde Georganiseerd Overleg COOSPV. De zeven regionale overleegenheden hebben naast het recht van initiatief met betrekking tot nieuw te ontwikkelen opleidingen, welke gedeponereerd worden in het Georganiseerd Overleg COOSPV, de mogelijkheid om op regionaal nivo een rechtstreeks werkoverleg te onderhouden met de op de regio betrokken opleidingsinstellingen en RINO.

Een regionaal platform voor functionele afstemming van opleidings- en nascholingsactiviteiten is hiermee een feit.

Het Georganiseerde Overleg COOSPV (2e nivo)

Dit overleg wordt gevormd door vertegenwoordigers van de hiervoor genoemde overleegenheden. Voorstellen komen dus via de vertegenwoordiger in het overleg. De status van dit overleg beweegt zich op het terrein van objectieve beleidsvoorbereiding en advisering ten aanzien van opleidings- en nascholingsvraagstukken ten behoeve van het bestuur van het COOSPV en HBO-raad. Na besluitvorming in het Georganiseerd Overleg zal advisering wat betrekking heeft op het eerste fase onderwijs plaatsvinden in de richting van de HBO-raad, het adviesorgaan van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen. Voor het tweede fase onderwijs gaat het advies door middel van haar vertegenwoordiging in het CONO naar dit adviesorgaan ten behoeve van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De bestuurslaag van het COOSPV (1e nivo)

Het bestuur heeft een taak met betrekking tot de coördinatie van de beheerszaken van het COOSPV. De coördinatie van beheerszaken is noodzakelijk om tot evenwichtig gewogen besluitvorming te komen. Het bestuur is samengesteld uit vijf leden van het Georganiseerd Overleg COOSPV en vertegenwoordigen het werk- en beroepsveld. De voorzitter van het COOSPV heeft zitting in het CONO.

Functies van het CONO

De functie van het CONO is om de Minister van WVC te adviseren met betrekking tot opleidingskwesties binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Opleidingen ten behoeve van beroepsbeoefenaren binnen de geestelijke gezondheidszorg worden in dit platform functioneel op elkaar afgestemd. Bijvoorbeeld: een advies uitgebracht door een van de overlegorganen van een van de beroepsgroepen aan het CONO zal door alle beroepsgroepen gewogen worden vooraleer een advies uitgaat naar de minister.

De geboden opleidingsstructuur van het COR en de daarop aansluitende organisatiestructuur van overlegorganen van de ver-

schillende beroepsgroepen bieden nu de mogelijkheid om tot de noodzakelijk geachte functionele afstemming van de beroepsinhoud van werkers binnen de geestelijke gezondheidszorg te komen. Dit komt het funktiegericht werken binnen deze sektor van de gezondheidszorg ten goede.

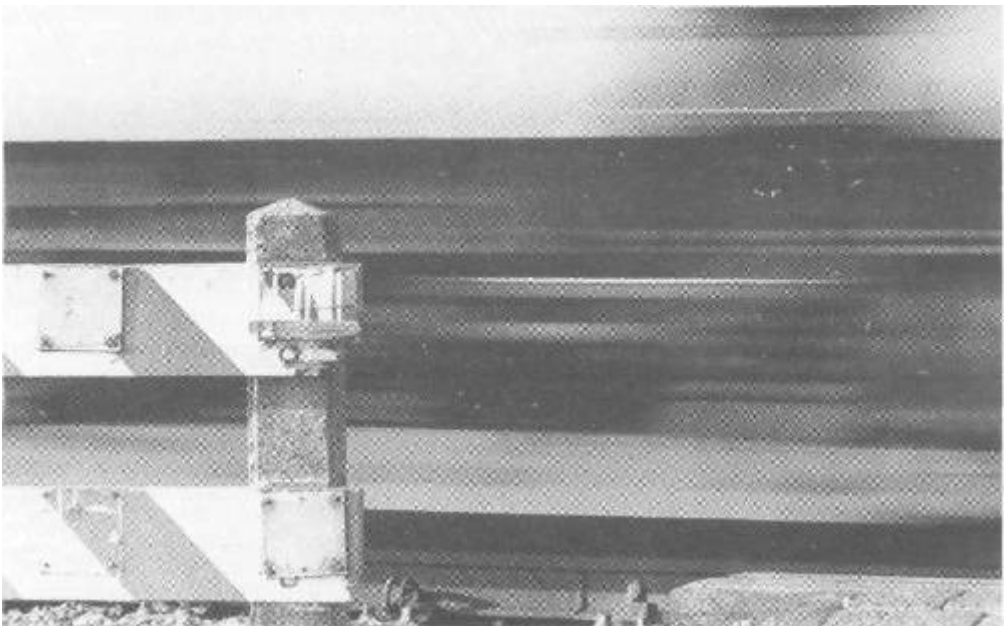
Effekt op de opleiding

Voor wat het eerste fase onderwijs betreft zal het uitgebrachte advies via de HBO-raad de Minister van Onderwijs en Wetenschappen bereiken. De minister zal door middel van de hem ten dienste staande structuur voor effect op betreffende opleiding zorgen. Wanneer de minister het advies met betrek-

king tot het tweede fase onderwijs akkoord, zal deze de uitvoering in handen leggen van de RINO's. De RINO's zullen vervolgens in samenwerking met de reeds bestaande opleidingen, een leerplan moeten opstellen waarna de opleiding van start kan gaan.

Professionalisering vakgebied.

De uiteenzetting in dit artikel over organisatiestructuur van het COOSPV geeft de mogelijkheden aan, die de beroepsgroep van SPV'en gezocht en gevonden heeft om effectief te werken aan een verdere professionalisering van dit specialistische vakgebied binnen de verpleegkunde.



'de NVSPV raast voort door de tijd.

Perestrojka in het land der SPV?

door G. Raaf: ijsbereider der NVSPV

Met de veranderde visie op geïstitutionaliseerde psychiatrie en de medische macht leek in de jaren '70-'80 de dooi door te breken in hulpverlenersland. Het ijzige juk van de medische macht leek zijn langste dagen te hebben gehad. Tegenwoordig kan je helaas jezelf de vraag stellen of de ijstijd weer terug komt.

Mij bekruipt daardoor de laatste tijd steeds meer de wens om me te hullen in een dikke winterjas als bescherming tegen de gure Siberische winter van het veranderd klimaat in onze sektor.

Er ontstaat een nieuw elan, dat net als de zure regen ons milieu verpest. De nieuwe hulpverleningszakelijkheid; 'kwantiteit' en 'kwaliteit' zijn de nieuwe stopwoorden. De tijden van de revolutie zijn voorbij. De kreten: 'Weg met de muren van de inrichting, inspraak, etikettering afgeschaft, een verbod op dwang' zijn verleden tijd. De klinisch dode, biologische psychiatrie is weer tot leven gekomen. Onderzoek wijst uit dat schizofrenie wel degelijk bestaat. De geleerden ontdekken een klassifikatiesysteem: de DSM.

Daarmee kunnen feilloze diagnoses gesteld worden om de ziekte nog beter onder controle te kunnen krijgen.

Desondanks worden er steeds meer mensen psychiatrisch opgenomen, las ik onlangs in de krant. Zijn er meer gekken of laten we ze eerder opnemen, is mijn voorzichtige gedachte daarbij.

RIAGG-en krijgen meer taken toebedeeld in de toekomstige GGZ, las ik ook. Hulp aan incestslachtoffers, daders, psychotische criminelen in Huizen van Bewaring. Zij allen zullen van onze hulp genieten, luiden de nieuwe beleidsplannen. De Inspektie GGZ wil steeds meer verantwoordelijkheid opnieuw bij de psychiaters leggen. De schreeuw om stuktuur en gezag.

Vroeger kon een RIAGG directeur nog wel eens een niet-medicus zijn, tegenwoordig is de trend het omgekeerde. Aldus blijkt dat de perestrojka voor ons nog niet ingetreden is. Integendeel!

Desondanks goed nieuws. De NVSPV bestaat alweer tien jaar. Er is veel gebeurd. Ooit begonnen als een klub liefhebbers en nu uitgegroeid tot een vereniging die gezien mag worden (waarom is eigenlijk niet elke SPV lid?).

Professionalisering

We ontwikkelen een beroepsprofiel waar andere disciplines met afgunst naar op zullen zien. We hebben de naam duizendpoot te zijn. Daarom kunnen we alles en doen we bijna alles, beschrijft dit profiel. Een probleem van een beroepsorganisatie als de onze is, dat wij 'doe'-mensen niet snel ergens warm voor lopen. Eerst werken en als er tijd over is, opkomen voor eigen rechten. Velen zijn lid, maar daar is ook alles mee gezegd (en velen zijn geen lid maar daar is *niet* alles mee gezegd!).

Een ander goed is dat de organisatie door bemoeienissen met beroepsopleidingen onze kwaliteit kan garanderen. Niet voor niets hoor je op de opleiding de kreet galmen: Jullie zijn de deskundigen in de GGZ, alleen zijn jullie niet in staat om dit duidelijk te maken. Wij zullen jullie hierbij helpen. Welhaast een onmogelijke opgave lijkt dit, omdat wij 'doe'-mensen bijna geen tijd hebben voor voordrachten op congressen, artikelen in vakbladen, maar wel een nobel streven van ons uit de put van de anonimiteit te trekken. Ach ja, als laatste: specialisatie.

Waar wij 'doe'-mensen altijd goed in zijn is hulp aan de lammen, blinden, doven: 'De psychiatrische patiënt, de kreupele van de samenleving'. We hebben ons gespecialiseerd in de 'chronisch psychiatrische patiënt' (DSM-III, hoofdstuk 5, vers 2). Daarom mogen we ons sinds kort 'case manager' noemen.

Aldus vindt eenieder in hulpverlenersland zijn plek en kunnen ze met zijn allen, tevreden (?) de volgende tien jaar ingaan en hopen dat, ook al zijn we warm gekleed, de ijstijd niet te lang duurt. Voor onze SPV voorlopig geen perestrojka, is mijn persoonlijke mening.

doe(i), doe(i)...

(Voor G. Raaf hopelijk nog geen verbanning naar Syberie!



Waar kunt u terecht voor info?

Adressen NVSPV bestuursleden:

- Voorzitter
Eric Duffels
~~Uranusstraat 28~~
~~8521 LX St. Nicolaasge~~
tel. 05134-1898

- Sekretaris
Lies van 't Slot
~~Spui 44~~
~~1273 MP Huizen~~
tel. 02152-54558

- Penningmeester
Robert Dudink
~~Moliceo 24~~
~~8252 DK Dronten~~
tel. 03210-17879

Ledenadministratie
Frans van Vugt
~~Postbus 639 5600~~
~~AP Eindhoven~~
tel. 040-424929

Redactie Plektrum
Harry de Graaff
~~Lingedijk 17 4014 MB~~
~~Wadenoyen~~
tel. 03446-1291

Postrekening 44 24 92 7
T.n.v. NVSPV te ~~Dronten~~.

NVSPV

Beroepsprofiel en functieprofiel, de volgende stap

door Frans van Vugt, SPV en oud-bestuurslid NVSPV

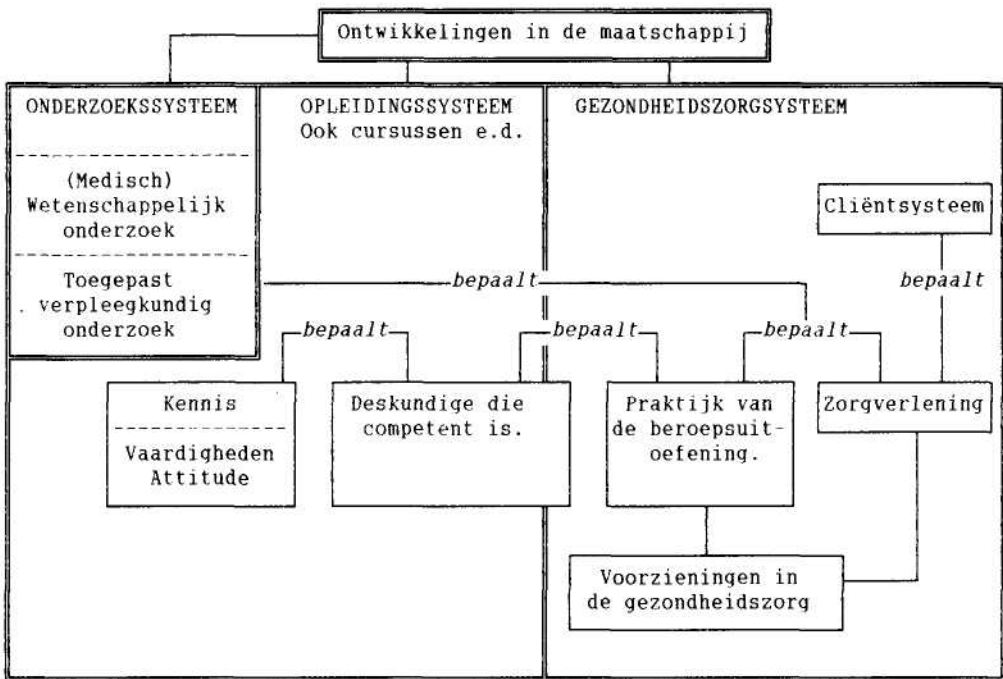
Tien jaar NVSPV en 23 jaar sociaal psychiatisch verpleegkundigen (Start B-Nazorg) zijn samen goed voor een verdere profilering en ontwikkeling van het sociaal psychiatisch verpleegkundig werken. In 1977 formuleerden sociaal psychiatisch verpleegkundigen -in studiedagen bijeen- een eerste profiel, namelijk de driedeling biologisch signaleren, psychologisch denken en sociologisch handelen. Nu, in haar 2de lustrumjaar presenteert de beroepsvereniging het functieprofiel van de sociaal psychiatisch verpleegkundige. Een hele belangrijke en waardevolle ontwikkeling. Een volgende stap dient gemaakt te worden. Ik ga u in dit artikel uitleggen welke stap en het waarom daarvan.

Uitgangspunt voor de profilering van verpleegkundigen is het verpleegkundig beroepsprofiel van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In het verlengde hiervan is dan ook het functieprofiel van de NVSPV ontwikkeld. Voor beide profielen geldt dat ze een antwoord geven op de kennis en vaardigheden en het takenpakket van de verpleegkundige c.q. de sociaal psychiatisch verpleegkundige. De genoemde profielen zullen vooral hun dienst kunnen bewijzen voor de verdere ontwikkeling van de beroepsopleidingen en taakomschrijving van het werkveld. Voor het evalueren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door beroepsgenoten onderling of ter reflexie van de eigen kundigheid, worden er m.i. echter te weinig handvatten aangereikt. Met name aan de methode en kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt nog te weinig aandacht besteed. In het verpleegkundig beroepsprofiel wordt kort ingegaan op het methodisch verpleegkundig handelen oftewel het verpleegkundig proces. In het functieprofiel van de sociaal psychiatisch verpleegkundige zien we dit onderwerp enigszins belicht onder de specifieke kenmerken van het functieprofiel.

Uiteraard impliceert een bepaalde mate van kennis en vaardigheid een zeker methodisch en kwalitatief werken, een explicitering lijkt mij echter op z'n plaats. Ik wil dan ook een pleidooi houden voor een aanvullend beroepsprofiel van sociaal psychiatisch verpleegkundigen.

kwaliteit van beroepsuitoefening

In een eerdere nota van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid 'Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' zijn de factoren die de kwaliteit beïnvloeden schematisch in beeld gebracht. Met enige aanpassing levert dat het schema in figuur 1 op. In het schema wordt duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van de praktijk van de beroepsuitoefening zeer bepalend is voor de kwaliteit van de zorgverlening. En daar draait het toch uiteindelijk om. Uiteraard speelt hier de functieomschrijving c.q. taakomschrijving alsmede de beschikbare middelen (de instelling waar u werkt en het beschikbare geld) ook een belangrijke rol. De Riaggen zijn zich dat ook bewust, gezien de activiteiten op het gebied van kwaliteitsnormering. We zitten dus in een gunstige tijd om de kwaliteit van de beroepsuitoefening aandacht te geven. De competentie of deskundigheid, waar een sociaal psychiatisch verpleegkundige op een gegeven moment over beschikt, is geen voldoende waarborg voor een in alle opzichten kwalitatief goede beroepsuitoefening. Een volgende stap, zoals ik reeds eerder vermeldde, is dan ook gelegen in het ontwikkelen van kwaliteitsmaatstaven voor de praktijk van de beroepsuitoefening. Het initiatief hierin dient uit te gaan van de NVSPV. Zij heeft een bijzondere verantwoordelijkheid in deze. De sociaal psychiatisch verpleegkundige heeft immers een eigen verantwoordelijkheid voor het scheppen van duidelijkheid omtrent zijn/haar beroep naar de beroepsbeoefenaars van de eigen en van andere disciplines. Een aanvullend beroepsprofiel, met maatstaven voor kwaliteit van de beroepsuitoefening, kan deze verantwoordelijkheid in



Schema invloedsvelden kwaliteit (Figuur 1).

belangrijke mate stimuleren en ondersteunen. Het kan als basis dienen voor verder te ontwikkelen vaardigheden en beroepsinnovatie. Het kan eveneens een leidraad zijn voor jonge collega's, die aan het begin staan van hun beroepsontwikkeling. M.a.w. de kwalitatieve ontwikkeling van het beroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen is gebaat bij richtlijnen betreffende haar normen, uitgangspunten en waarden. Tijd om wat verder in te gaan op de inhoud van zo'n aanvullend beroepsprofiel.

De inhoud van een aanvullend beroepsprofiel

A. Kwalitatieve maatstaven m.b.t. de beroepsuitoefening in directe relatie tot de afnemers (Cliënt-systemen).

- * Kennis en vaardigheden (reeds beschreven in het functieprofiel).
- * Methodische werkwijze sociaal psychiatrisch verpleegkundige:
 - Aangaan hulpverleningsrelatie
 - Verzamelen van gegevens
 - Interpreteren van gegevens
 - Bepalen van hulpverleningsdoelen

- Opstellen hulpverleningsplan
- Uitvoeren hulpverleningsplan
- Evalueren van hulpverlening.

B. Kwalitatieve maatstaven om een professionele beroepsuitoefening te waarborgen.

- * Indirect cliëntgerichte activiteiten.
- * Deskundigheidsbevorderende activiteiten.
- * Multi-disciplinaire samenwerking.
- * Bijdrage t.a.v. beleid gezondheidszorg.

Een opsomming van alle aspecten die in zo'n aanvullend beroepsprofiel opgenomen dienen te worden, geeft misschien wel een richting aan, maar nog geen instrument voor de opzet van bedoelde profiel. In Amerika is echter een instrument ontwikkeld dat, met enige aanpassingen, zeer goed bruikbaar is voor de Nederlandse situatie van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen*

Een instrument voor kwalitatieve beroepsprofilering.

Het instrument -dat ik u ga presenteren- moet u zien als een matrix, die gebruikt kan worden om de kenmerken van een kwalita-

tieve beroepsuitoefening verder te expliciteren en zichtbaar te maken. We gaan er daarbij vanuit dat het beroepsprofiel van de NRV en het functieprofiel van de NVSPV onverkort van toepassing blijven. De matrix is zodanig opgebouwd dat er een onderscheid is te herkennen op macro, meso en micro-niveau. Voorwaar begrippen die ons als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen niet onbekend in de oren klinken. De maatstaven op macro niveau zijn omschrijvingen in het kader van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig methodisch handelen. M.b.t. de fase waarin interventies worden gepleegd, is er een verdere differentiatie naar soorten interventies opgenomen. Op meso-niveau dienen criteria te worden beschreven die de kwaliteit nauwkeuriger kunnen meten. Het betreffen dan met name structurele, proces en evaluatie-criteria. Het micro-niveau is gereserveerd voor de opname van hulpmiddelen, die ontwikkeld zijn/worden voor de directe uitvoering van de betreffende maatstaf.

Kwalitatieve maatstaven op macro-niveau Maatstaf I... Theorie

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige past die wetenschappelijk ontwikkelde theorie toe, die nodig is om tot beslissingen te komen met betrekking tot de vereiste sociaal psychiatrisch verpleegkundige zorg.

Het karakteristieke van psychiatische en geestelijke gezondheidszorg is de toepassing van relevante theorieën, om het fenomeen van sociaal psychiatrische verpleegkundige zorg te voorzien van een basis voor interventies. Om vervolgens deze interventies te kunnen evalueren. Een primaire bron van deze kennis berust op de wetenschappelijke concepties van sociaal psychiatrische zorg. Een kenmerk hiervan is de pluralistische toepassing van onderzoeken, die door wetenschappers zijn gedaan omtrent het menselijk gedrag. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige gebruikt vooral die theorieën, die door zorgvuldige observatie inzicht geven in: de karakteristieken van een cliënt-systeem en de diagnostische aspecten van het geestelijk gezondheidsprobleem op biologisch, psychologisch en sociaal niveau.

Maatstaf II... Informatie verzameling

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige verzamelt voortdurend informatie; doet dit uitgebreid, nauwkeurig en systematisch.

Effectieve informatieverzameling en observatie van gedrag, communicatiepatronen, de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand en de sociale omstandigheden, stelt de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in staat degelijke en betrouwbare conclusies en behandelingsplannen voor diënt(systeem)interventies te maken.

Maatstaf III... Diagnostiek

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt verpleegkundige diagnoses en maakt daarbij gebruik van gestandaardiseerde classificaties omtrent geestelijke gezondheidsproblemen ten bate van het formuleren van diagnostische conclusies. Deze conclusies worden ondersteund door de ingewonnen informatie en komen overeen met gangbare hypothesen.

*Eén van de kenmerken van sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek is dat hierin het netwerk rondom cliënt(systeem) zichtbaar wordt gemaakt. Bij dat netwerk is de aan- of afwezigheid van andere zorgverlening c.q. dienstverlening inbegrepen. (Continuïteit van zorg). In eerste instantie zal er sprake dienen te zijn van een probleem diagnose waarop de interventies van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig handelen hun aangrijpingspunt vinden. Een differentiaal diagnose (oorzakelijk verband) dient binnen multi-disciplinaire oordeelsvorming plaats te vinden. * **

Maatstaf IV... Planning

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige ontwikkelt een hulpverleningsplan met specifieke doelen en interventies, die afgestemd is op een herstel van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht. Dit plan is op maat gesneden voor het betreffende cliënt-systeem.

In het op te zetten behandelingsplan dienen de (sub)doelen zo concreet mogelijk omschreven te worden. De te zetten stappen om betreffende doelen te bereiken worden zo zorgvuldig mogelijk uitgestippeld, zowel m.b.t. de directe leefwereld van het cliënt-systeem als daarbuiten (Bijv. belangenbehartiging). De doelen zijn zodanig gekozen dat ze aansluiten bij de belevingswereld van het cliënt-systeem, waarbij zoveel mogelijk de gezonde krachten van dit systeem worden aangesproken. Zo'n hulpverleningsplan staat borg voor een integraal op elkaar afgestemd geheel van zorgverlening.

Maatstaf V... Interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige fungeert als gids/coördinator bij het verpleegkundig hulpverleningsplan en voert de hierin opgenomen sociaal psychiatrisch verpleegkundige interventies uit. Hij/zij bewaakt hierbij of dit hulpverleningsplan de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid in stand houdt of herstelt. Bovendien het voorkomen van verdere ziekten en streeft naar revalidatie.

*De interventies dienen erop gericht te zijn het (dynamische) evenwicht tussen biologische, psychologische en sociale aspecten te herstellen en waar mogelijk te verbeteren. Aan de hand van de ordening van systematisch verzamelde gegevens en de daarop volgende sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek maakt de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, aansluitend op het hulpverleningsplan, gebruik van verschillende soorten interventies. De hierbij gebruikte theoretische referentiekaders kunnen per situatie en doel verschillen. Met andere woorden de sociaal psychiatrisch verpleegkundige gebruikt een eclectische wijze van werken.****

V-a... Preventieve interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige gebruikt psychotherapeutische (deeltechnieken) interventies om (vroegere) gezonde krachten van cliëntstelsel te herstellen of te verbeteren en om te voorkomen dat er verdere stoornissen in het functioneren zullen plaatsvinden.

V-b... Preventieve interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige staat cliënt, cliëntsystemen en groepen bij met praktische gezondheidszorg voorlichting. Geeft daarbij informatie door het aanreiken van voorbeelden c.q. instructies hoe een bevredigend gezondheidsevenwicht is te bereiken.

V-c... Zelfzorg interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkt doelgericht aan het bevorderen van adequate zelfzorg van cliëntstelsel met betrekking tot het lichamenlijk en geestelijk welzijn. Het aangrijpingspunt voor deze interventie zijn de dagelijkse activiteiten van cliëntstelsel. De autonomie en menselijke waardigheid van cliëntstelsel dient hierbij bevorderd te worden.

V-d... Somatische interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige gebruikt zijn/haar kennis voor biologisch signaleren en van somatische behandelingen en past zonedig daaruit afgeleide verpleegkundige vaardigheden toe.

V-e... Mantelzorg interventies

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige structureert en draagt zorg voor een therapeutische omgeving in samenwerking met cliëntstelsel en andere gezondheidszorg werkers. De continuïteit van zorg heeft hierbij de bijzondere aandacht van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Maatstaf VI... Evaluatie

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige evalueert de reacties vanuit het cliëntstelsel op de verpleegkundige interventies en gebruikt deze reacties om de geregistreerde informatie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnoses en behandelingsplan bij te stellen.

In het behandelingsplan dienen reeds evaluatiemomenten te worden ingebouwd. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen dienen, in overleg met cliëntstelsel, evaluatie-criteria te formuleren met betrekking tot de gestelde doelen in het behandelingsplan, teneinde de wijze van zorgverlening bij te stellen of te continueren.

Maatstaf VII...Cliëntbespreking

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige neemt deel aan cliëntbesprekingen en andere soorten cliëntgericht overleg om de kwaliteit van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zorg te waarborgen.

Onder cliëntbesprekingen dienen al de gebruikelijke casusbesprekingen te worden verstaan, die binnen een organisatie als een vaste activiteit gepland zijn. Met ander soorten cliëntgericht overleg worden interne (ad hoc) consulten of collegiaal overleg rondom een cliëntstelsel bedoeld. In de maatstaven I t/m VI staan de aandachtspunten met betrekking tot de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zorg.

Maatstaf VIII...Deskundigheidsbevordering

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige neemt de verantwoording voor een voortdurende deskundigheidsbevordering en professionele ontwikkeling en draagt bij tot de

professionele groei van anderen.

Voor de deskundigheidsbevordering van de beroepsbeoefenaar zelf dient hij/zij de relevante literatuur over sociale psychiatrie en sociaal psychiatrisch verpleegkundige studies bij te houden. Een andere vorm, om aan deze maatstaf te voldoen, is het participeren in intervisie, (intercollegiale toetsing of het volgen van een studie. Voor het bevorderen van de professionele groei van anderen heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een bijzondere verantwoordelijkheid ten aanzien van beroepsgenoten in opleiding.

Maatstaf IX... Multi-disciplinaire samenwerking

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkt samen in en met multi-disciplinaire teams tijdens het beoordelen, plannen en uitvoeren van evaluatie-programma's en andere geestelijke gezondheidszorg activiteiten.

Hieronder dient men te verstaan dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen binnen een multidisciplinair overleg samenwerken om (evaluatiecriteria met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening (dus niet beroepsuitoefening) formuleren en samen met andere disciplines de resultaten hiervan toetsen, teneinde tot continuering of bijstelling van het hulpverleningsplan te komen. Ook dient onder deze maatstaf de samenwerking met hulpverleners in andere (gezondheidszorg) instellingen te worden gerekend. Een bijzondere vorm van zo'n samenwerking is de consultatie aan de eerste lijn.

Maatstaf X... Participatie in beleid gezondheidszorg

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige neemt samen met anderen deel aan het beoordelen, plannen, uitvoeren en evalueren van maatschappelijke gezondheidszorg organisaties en het daardoor geboden pakket aan zorg. Dit heeft tevens tot doel om primaire, secundaire en tertiaire preventie ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen te bevorderen.

Door participatie in het beleid kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van kwalitatief goede voorzieningen voor de gezondheidszorg. Aandachtspunten daarbij kunnen zijn: toegankelijkheid van de voorziening, selectiecriteria 'instroom', beschikbare mankracht, taakomschrijving, samenwerking andere instellingen etc.

Gegevens auteur

Frans van Vugt. sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkzaam op de afdeling krisiscentrum van de RIAGG Stad Utrecht. Schrijver is zeven jaar bestuurslid van de NVSPV geweest en voert momenteel de ledenadministratie van de vereniging. Correspondentie: ~~Grote Boerlaan 40, 5632 DP Eindhoven. Tel. 040-424929.~~

Maatstaf XI... Onderzoek

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige draagt bij tot verpleegkundige en geestelijke gezondheidsmethodieken door, innovatie van theorie en practicum. Neemt deel aan onderzoeksactiviteiten met betrekking tot sociaal psychiatrisch verplegen.

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen weten dat uit de ervaring met cliëntysysteem A geleerd kan worden, voor het geval zich een gelijksoortig probleem voordoeft bij een ander cliëntysysteem. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen stellen zich bij de beroepsuitoefening de vraag of een bepaalde tussenkomst effectief is geweest of niet en waarom dit zo is (Zie ook maatstaf VI). Zo kan men zich afvragen of een bepaalde interventie in het algemeen de gewenste resultaten geeft. Op zo'n moment toetst de sociaal psychiatrisch verpleegkundige de waarheidswaarde van de theoretische kaders, waarop ze hun interventie baseren. Anders gezegd, wanneer sociaal psychiatrisch verpleegkundigen niet alleen aandacht schenken aan de resultaten bij een 'individueel' cliëntstelsel, maar ook het effect bij overeenkomstige situaties bekijken, is de basis van toegepast onderzoek gelegd. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen hierover met elkaar dan in gesprek zouden komen (of via publikaties), dan kan dit op een snelle wijze een verzameling van getoetste kennis over sociaal psychiatrisch verpleegkundige interventies opleveren.

Invulling op Meso-niveau

In het kader van dit artikel gaat het te ver om de maatstaven op macro niveau met concept opzetten uit te werken. De opzet (per maatstaf) is om structurele, procesmatige en evaluatie-criteria uit te werken. Deze uitwerking zou plaats kunnen vinden door een in te stellen commissie van de NVSPV. Zij zou daarbij een coördinerende rol kunnen vervullen met betrekking tot de gegevens, die nodig zijn om genoemde criteria te omschrijven. Daarnaast zou men kunnen besluiten studiebijeenkomsten van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, betreffende

dit onderwerp, te stimuleren. Daarbij kan eveneens gedacht worden aan bestaande spv-overleggen in en tussen instellingen. Daarnaast zouden studenten aan de Voortgezette Opleiding voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen verzocht kunnen worden hun werkstukken aan dit onderwerp te besteden.

Invulling op micro-niveau

Op micro-niveau kunnen met betrekking tot

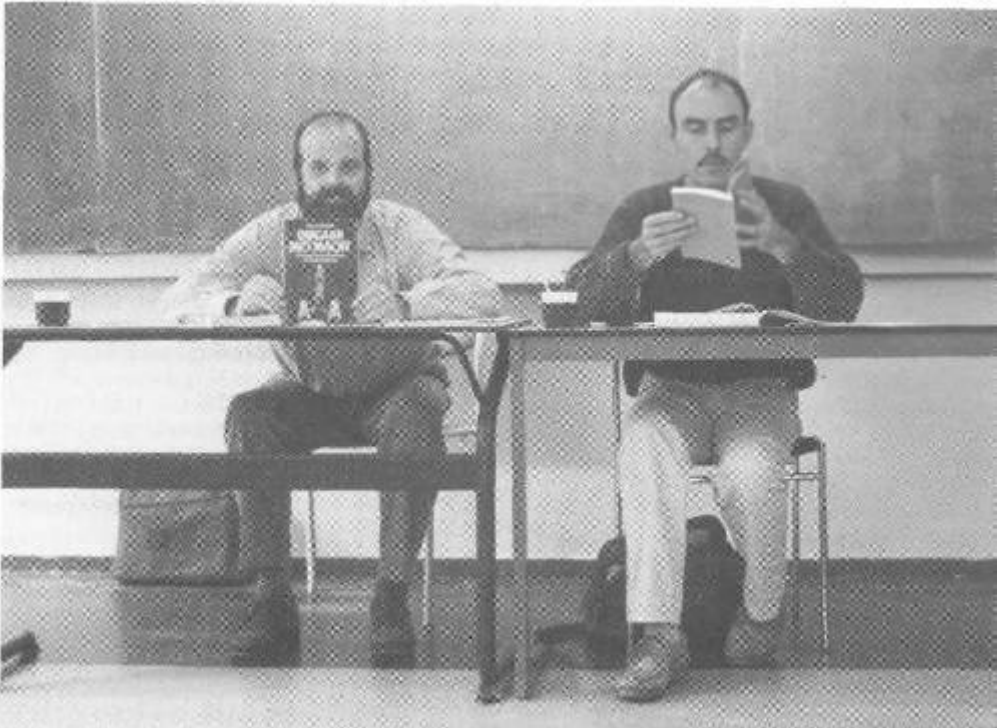
de diverse maatstaven hulpmiddelen, voor systematisch toegepast handelen, worden ondergebracht. Voorbeelden zijn daarvan te vinden in het boek Acute Psychiatrie van Gersons. Zoals een synopsis van enkele bekende ziektes met psychische component of een tabel voor onderscheid tussen gewone en depressief uitmondende rouw. Beide voorbeelden zijn in principe geschikt voor het gebruik als checklist.

Voetnoten

* Betreffende Amerikaanse model heet: 'Standards of Psychiatrie and Mental Health nursing Practice'.

** Voor de verschillende niveaus waarop de sociaal psychiatrische diagnostiek dient plaats te vinden verwijs ik, bij deze toelichting, naar Romme e.a. in 'Wat is sociale psychiatrie'.

*** De soorten interventies worden bij deze maatstaf opgenomen, ik beperk me tot een globale kwaliteitsomschrijving.



NVSPV - ABVAKABO: een verbond?

door Pim van Loon, bestuurder ABVA/KABO

Tienjarig bestaan van de NVSPV

AbvaKabo heeft sinds het begin van de tachtiger jaren (1982) een samenwerkingscontract met de beroepsorganisatie voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen - de NVSPV. Via het samenwerkingscontract wordt de wederzijdse competentie geregeld ten aanzien van beroepsinhoudelijke en belangenbehartigingszaken.

De NVSPV is voor AbvaKabo de overlegpartner op het terrein van de beroepsinhoudelijke belangenbehartiging voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en vertegenwoordigd, onder handhaving van de eigen identiteit, AbvaKabo in relevante commissies.

AbvaKabo treedt voorts niet naar buiten op het beroepsinhoudelijke terrein van de SPV dan in overleg met de NVSPV. Het is immers de NVSPV die daartoe namens AbvaKabo de meest aangewezen partij vormt. De NVSPV participeert in AbvaKabo op twee terreinen:

1. in de AGGZ-sector in de werkgroep AGGZ. Deze werkgroep is betrokken bij de CAO-onderhandelingen voor de sector Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.
2. in de Gezondheidszorg-sector in de werkgroep Beroepsoriëntatie Opleidingen Gezondheidszorg (BOGT). Het betreft hier belangenbehartiging in algemene zin op het gebied van opleidingen, beroepsuitoefening, wetgeving etc.

De materiële belangenbehartiging van AbvaKabo

Naar werkgebied van de leden (gezondheidszorg/bejaardenzorg en welzijn) wordt vanuit een achttal, verspreid over het land, gevestigde kantoren door regiobestuurders, veelal ondersteund door een per kantoor aanwezige jurist, belangenbehartiging ingevuld. Het betreft hier zowel individuele belangenbehartiging zoals het bijvoorbeeld optreden ingeval van dreigend ontslag als de ondersteuning van OR-leden. De collectieve belangenbehartiging betrek-



'van Loon: samenwerking inhoudelijk uitbouwen'

king hebbend op onder andere het CAO-overleg, de sociale zekerheid en pensioenbeleid, geschiedt vanuit het hoofdkantoor te Zoetermeer.

Aangewezen bestuurders zijn A. Wirtz (gezondheidszorg) en P. van Loon (welzijn-AGGZ) ondersteund door beleidsmedewerkers D. Zweedijk (gezondheidszorg) en mevrouw E. Snoey (welzijn-AGGZ).

Wat deden NVSPV en AbvaKabo samen?

Enkele concrete activiteiten die uit de samenwerking zijn voortgekomen en betrekking hebbend op beroeps- c.q. opleidingsinhoud:

- het commentaar op de Wet-BIG;
- het rapport Inzetbaarheid HBO-V als SPV;
- pleidooi bij de minister van Onderwijs voor behoud van de Voortgezette Opleiding Beroepsinnovatie in het kader van de herziening van het Hoger Onderwijs.

AbvaKabo en Beroepsinhoudelijke belangenbehartiging

In de organisatie AbvaKabo groeit het klimaat om de leden niet alleen van dienst te zijn op het vlak van de materiële belangenbehartiging (zoals het afsluiten van CAO's en ondersteuning bieden aan ondernemingsraadsleden).

Maar dit uit te breiden naar beroepsinhoud (vervaardiging van voorlichtingsmateriaal, advisering naar CAO-overleg en wetgeving).

Iets nieuws onder de horizon

Met ingang van 1 december 1989 is een (nieuwe) full-time formatieplaats -voor een stafmedewerker- tot stand gekomen ten behoeve van de beroepsinhoudelijke belangenbehartiging.

De aangestelde stafkracht zal werkzaamheden verrichten ten behoeve van de sectoren gezondheidszorg, kruiswerk en gezinszorg, maatschappelijke dienstverlening en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De werkzaamheden zullen onder andere betrekking hebben op:

- het vervaardigen van voorlichtingsmateriaal, zoals brochures en informatiefolders;
- het geven van voorlichting aan groepen werknemers (opleidingen);
- het (mede)organiseren van symposia en studiedagen;
- deelneming aan externe overlegcircuits, zoals van WVC, de Geneeskundige Hoofinspectie, Nationale Raad van de Volksgezondheid etc.
- adviseren van bestuurders met betrekking tot individuele belangenbehartiging in beroepsinhoudelijke zaken;

- schriftelijk en telefonisch beantwoorden van vragen van AbvaKabo-leden;
- propaganda en wervingsactiviteiten;
- voorbereiden en deelneming aan vergaderingen van de werkgroep BOG.

Uitwisseling van kennis en ervaring alsmede beroep op onderlinge ondersteuning zal de aantrekkingskracht van beide organisaties ten goede moeten komen.

AbvaKabo en NVSPV

In de achterliggende jaren heeft de onderlinge samenwerking beide organisaties geen windeieren gelegd.

AbvaKabo heeft zich duidelijk als de vertegenwoordiger van de SPV aan de CAO-onderhandelingstafel kunnen presenteren en daarbij de sector AGGZ ook concrete salarisverbetering weten te realiseren. De NVSPV heeft, onder de doortastende leiding van zijn voorzitter, kans gezien om doorlopend bij de verschillende instanties aandacht te krijgen voor verdere profilering van het beroep van SPV. De NVSPV is een gezonde, groeiende organisatie. Naar de toekomst gekeken zal het belang om de samenwerking verder voort te zetten en inhoudelijk uit te bouwen alleen maar toenemen. Het is nu de tijd om ieders deskundigheid aan te spreken en de krachten te bundelen.

Felicitaties passen bij een lustrum, daarom deze van harte. Een goed symposium en nog vele goede verenigingsjaren toegewenst.

PLEKTRUM

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen



Ervaringen met de beleidsformulering van de NVSPV

door Geranne Kromwijk
student beleid en management gezondheidszorg

Er is mij gevraagd voor de lustrum uitgave van het Plektrum iets op papier te zetten over mijn ervaringen met het beleidsformuleringsproces van de NVSPV. Niet zo eenvoudig als ik in eerste instantie dacht, omdat ik me afvroeg in hoeverre een persoonlijke ervaring interessant kan zijn voor anderen. Maar dat is uiteindelijk aan de lezer om te beoordelen.

In augustus 1988 ben ik als vierde-jaars student van de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg te Rotterdam in contact gekomen met de NVSPV. Een voor mij toen nog onbekende beroepsgroep, en dus zeker onbekende beroepsvereniging. De vraag was om de beleidsvorming te ondersteunen, met als eindproduct een beleidsplan voor de komende vijf jaar. Dit beleidsplan zou tevens mijn afstudeerscriptie worden.

Tijdens mijn studie is redelijk uitgebreid aandacht besteed aan beleidsvorming. Verschillende modellen en invalshoeken zijn de revue gepasseerd. Deze theorie biedt echter een procesmatig kader zonder een inhoudelijke invulling. Dat dit niet anders kan is vrij logisch, maar een bruikbare theorie is dus pas het begin. Want hoe krijg ik boven tafel waar de NVSPV voor staat, en hoe is een eenduidige beeldvorming te stimuleren binnen het bestuur omtrent de gewenste toekomst van de vereniging. Waar zitten de sterke en zwakke punten van de organisatie. Of met andere woorden, wat zal eventueel verder ontwikkeld moeten worden en hoe zijn de goede aspecten nog meer te benutten. Tenslotte kost het enige moeite om die kenmerken, in relatie tot ontikkelingen in de 'omgeving', te vertalen naar beleidsdoelstellingen. Waarop zou de NVSPV zich het beste kunnen richten zodat ook in de toekomst een goede behartiging van de belangen van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen mogelijk is. Vragen waar niet zomaar een antwoord op is en waarop meerdere antwoorden mo-

gelijk zijn.

Door tijdens bestuursvergaderingen hierover te discussiëren, contacten te leggen met externen betrokkenen en de veel al beschikbare informatie te ordenen, is langzamerhand aan het beleidsplan vorm gegeven. Vrij snel was duidelijk dat hier geen wetenschappelijk gefundeerd onderzoek voor nodig is. Jammer voor mij, omdat het als afstudeeronderwerp daardoor niet geschikt bleek, maar de inmiddels opgedane ervaring kon ik wel gebruiken bij het schrijven van een werkstuk. Zelf vind ik het een hele positieve leerervaring. Het was zowel voor mij, als voor het bestuur nieuw om op deze gestructureerde wijze aan beleidsvorming te doen. Door hun open houding en enthousiasme ontstond een sfeer waarin ik me als onervaren 'adviseur' nuttig voelde. Bovendien heeft het bestuur zelf veel werk verzet en keuzes gemaakt, wat de voedingsbodem vormt van het uiteindelijke beleidsplan zoals het er nu ligt. De fundamentele discussies die gevoerd zijn zijn niet als zodanig opgenomen in het beleidsplan, maar vergroten naar mijn idee wel de haalbaarheid. Hopelijk vormt het beleidsplan voor de leden die meer willen weten over de context van de activiteiten van de beroepsvereniging een informatief stuk. Momenteel ben ik aan het afstuderen. Het onderwerp van mijn scriptie is welke kwaliteitsbewakingsmethodieken, zoals deze momenteel ontwikkeld worden in de somatische gezondheidszorg, toepasbaar zijn bij de hulpverlening aan sociaal psychiatrische patiënten. De invalshoek vormt de kwaliteitsbewaking die de hulpverleners zelf uitvoeren. Het idee dat ik hierdoor in de komende tijd ook met Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen in contact zal komen bevalt me wel. Tot slot wil ik de NVSPV van harte feliciteren met haar tien jarig bestaan en een toekomst met interessante perspectieven toewensen.