

---

# DE SPV EN HET NIGHTINGALE MYSTERIE

## Een vertoog over de positie van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige als professional in de GGZ

### Inleiding

In dit artikel wil ik schrijven over de positie van de sociaal psychiatrische verpleegkundige in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Werkzaam als sociaal psychiatrisch verpleegkundige op een afdeling Sociale Psychiatrie van een Riagg bemerk ik dat de status die je als sociaal psychiatrisch verpleegkundige op de werkvloer hebt, vaak minder zichtbaar is dan die van de omringende disciplines. Natuurlijk kun je stellen dat dit een logisch gevolg is van het feit dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen binnen de GGZ nu eenmaal een lagere opleidingsachtergrond hebben naast academisch gevormde disciplines als artsen en psychologen. Alhoewel een SPV op een Riagg veel solistischer werkt dan in de kliniek, blijft ook hier de 'verlengde-arm-constructie' naast de medici een rol spelen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheden van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen is geringer dan die van bijvoorbeeld psychiaters.

Ik vraag mij echter af of dit de enige argumenten zijn om te kunnen stellen dat SPVen zich in geringe mate profileren als professionals binnen hun organisatie. Dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen professionals zijn, staat voor mij onomstotelijk vast. Of hun status als professional ook als professionele beroepsgroep voldoende zichtbaar is, betwijfel ik. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen lijken zich steeds meer te richten op individuele verdieping van hun curatieve mogelijkheden. Daarnaast lijkt onder druk van ondermeer reorganisaties in

de GGZ de toegenomen werkdruk op SPVen weinig ruimte te bieden voor een collectieve verdieping van : 'waar sta je als professionele beroepsgroep in dit zich veranderende werkveld'. Dit ontaardt ondermeer in een wegvallen van gezamenlijke SPV-activiteiten. SPV-overleggen en intervisie als beroepsgroep, verdwijnen van het toneel.

Zo kom ik tot de volgende gedachte:

### **Ingrid Beckering Vinckers**

*Ingrid werkt als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Riagg Zuidhage afdeling sociale psychiatrie, sectie behandelpsychiatrie te Den Haag*

*'Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen profileren zich onvoldoende als professionals in het veld van de GGZ'.*

Door eerst stil te staan bij wat een 'professional' eigenlijk is en vervolgens de mogelijke oorzaken te belichten die aan dit onduidelijke profiel ten grondslag liggen, wil ik in dit artikel uiteindelijk proberen zicht te krijgen op wat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan doen om zich beter te profileren als professional in de GGZ.

### **Wat is een professional?**

Alvorens te kijken naar de specifiek professionele kanten van het beroep sociaal psychiatrisch verpleegkundige lijkt het goed eerst in zijn algemeenheid stil te staan bij wat iemand maakt tot

een professional in zijn beroep. Wanneer ik de meest recente versie van "de dikke van Dale" opsla bij het woord 'professional', lees ik de volgende verklaring: " iemand die een tak van sport als zijn beroep beoefent". Enerzijds lijkt deze uitleg een wat verzochte omschrijving voor wat het vak sociaal psychiatrisch verpleegkundige inhoudt. Anderzijds valt niet te ontkennen dat deze omschrijving een onderscheid impliceert tussen de 'gewone sportbeoefenaar' en de 'sportman die hier zijn beroep van heeft gemaakt'.... Gewoon een partijtje tennis maakt iemand nog geen Navratilova. Zo betekent het bieden van lichamelijke of geestelijke verzorging aan een vriend of familielid ook niet dat iemand tegelijkertijd een professionele sociaal psychiatrische verpleegkundige zou zijn. In die zin is van Dale's omschrijving een bruikbare metafoer.

In het woord professional ligt het woord 'professie' besloten hetgeen een begrip is dat met name uit de sociologie voortkomt. Het verwijst naar beroepsgroepen met speciale kenmerken. Deze kenmerken hebben betrekking op zowel de groep zelf als op de maatschappij (Grijpdonck, 1993). Naarmate de sociologie zich als afzonderlijke wetenschappelijke discipline ontwikkelde werd meer aandacht besteed aan beroepsvorming en beroepsontwikkeling. Dit bracht ook een nieuw jargon met zich mee. Waar men vroeger sprak over beroepsvorming, spreekt men tegenwoordig over professionaliseringsprocessen. Vanuit de sociologische optiek wordt dit professionaliseringsproces gekenmerkt door twee aspecten: institutionalisering en legitimering. Onder institutionalisering wordt "het ontstaan van een sociaal kader van een min of meer vast patroon van

activiteiten" verstaan. Er is sprake van een legitimeringsproces wanneer beroepsbeoefenaren "streven naar erkenning en aanvaarding door andere beroepsgroepen, opdrachtgevers, afnemers en de samenleving als geheel van hun verklaring en zingeving van de werkelijkheid" ( Mok, 1973; van der Krogt 1981).

Om deze sociologische frasen ook inhoudelijk te kunnen begrijpen lijkt het mij goed aan de hand van de literatuur een doorsnede te geven van de voorwaarden waar men aan moet voldoen om het predikaat 'professional' te kunnen dragen.

Een professional beschikt middels een uniforme opleiding over een vastgestelde op het beroep toegespitste theoretische kennis.

De autoriteit van de professional wordt erkend en gesanctioneerd door de samenleving. De autoriteit van de professional wordt erkend door zijn cliënten. Een ethische code reguleert de relaties van professionals met cliënten en collegae. Er is sprake van een professionele cultuur die wordt ondersteund door formele beroepsorganisaties (van der Arend, 1992). Een professional heeft een coherente kernvisie op problemen en oplossingen in zijn vakgebied. Een professional beschikt over methoden en instrumenten om de problemen in kaart te brengen en om oplossingen te realiseren. Een professional beschikt over hoge persoonlijke kwaliteiten om kennis over te dragen en te communiceren met klanten e.a. disciplines. Professionals dienen zich te houden aan hun door hen afgelegde beroepscode ( P. van Delden, 1991). Bovenstaand profiel van een professional is uiteraard niet van de ene op de andere dag ontstaan.

Onder invloed van verschillende maatschappelijke veranderingen is sprake geweest van een gestaag groeiproces van de professionalisering van beroepsgroepen.

In het verleden werd onder professionals iets anders verstaan dan tegenwoordig.

Professionals waren veelal personen met een hoge opleiding die hun beroep als zelfstandige uitvoerden. Bijvoorbeeld artsen, advocaten en rechters zetten zich in voor respectievelijk gezondheid, orde en rechtvaardigheid. Zij stonden in hoog aanzien. Deze historische professionals benaderden hun beroep eerder vanuit een soort levensinstelling in plaats vanuit een primaire vakgerichtheid. Doordat zij voor eigen rekening en risico werkten legden zij geen verantwoording af aan een 'baas' of werkgever. Om de eindverantwoording van hun werkzaamheden goed te regelen en botsingen met het maatschappelijk belang te voorkomen werden ondermeer broederschappen, tuchtraden en beroepscode's in het leven geroepen (van Doorn 1966). Bij de huidige professional zijn nog resten van de oude professional te herkennen. Nog steeds zijn professionals hoog opgeleid en hebben zij verantwoordelijk werk. Een persoonlijke levensvisie en een daaruit voortvloeiende beroepskeuze blijkt ~ zij het wat meer versluierd ~ ook in onze huidige maatschappij een actuele basis voor beroepsvorming te zijn. Dat 'Florence Nightingale- en Albert Schweitzer-gevoelens' anno 1995 volledig zouden zijn verdwenen uit de onderliggende beweegredenen om bijvoorbeeld een beroep in de gezondheidszorg te kiezen, betwijfel ik. Desalniettemin zijn er bij de huidige professional fundamentele verschillen te bespeuren. Tegenwoordig werken

veel professionals in vergelijking tot hun voorgangers niet meer alleen voor eigen rekening en risico. Zij zijn veelal in een dienstverband of aan een organisatie verbonden werkzaam. "Veel van deze in dienstverband werkende professionals voelen zich meer verbonden met hun beroepsgenoten binnen en buiten de organisatie dan met de organisatie waar zij toevallig werken" (Auer, 1994).

Dit laatste gegeven vind ik ~ als sociaal psychiatrisch verpleegkundige ~ een opmerkelijke conclusie in de literatuur. Wanneer ik kijk naar mijn eigen beroepsgroep binnen de organisatie waar ik werk (Riagg), moet ik het tegenovergestelde constateren. Ik merk weinig tot niets van het hierboven door Auer geschetste collectieve gedachtengoed en beroepsverbondenheid onder mijn collega--beroepsgenoten binnen en buiten de organisatie.

Aan de hiervoor genoemde voorwaarden die van Delden (1991) en van der Arend (1992) aanvoeren om zich 'professional' te mogen noemen, lijkt de beroepsgroep SPV ruimschoots te voldoen. De beroepsgroep SPV mag zich dus in principe 'professional' noemen.

Hoe komt het dan dat dit "eigen gezicht" dat de beroepsgroep SPV in feite bezit zo weinig krachtig in de organisatie naar buiten treedt?

In het volgende deel van deze verhandeling hoop ik enig antwoord te kunnen bieden op dit vraagstuk.

### **Onduidelijk profiel**

Welke oorzaak ligt ten grondslag aan het onduidelijke profiel dat de sociaal psychiatrische verpleegkundige als professional heeft binnen de GGZ? Wanneer ik iets wil schrijven over de mogelijke oorzaken die aan boven-

staand vraagstuk ten grondslag liggen, kom ik tot de volgende gedachten. De 'roots' van het huidige verpleegkundig beroep ligt bij religieuzen. Dienstbaarheid aan de samenleving was een algemeen ingeburgerd "tribute to God". Deze religieuzen waren uitsluitend vrouwen die in het verzorgen van zieken ~ uit veelal de lagere sociale klassen van de samenleving ~ een levensvervulling zagen weggelegd. We zien dus dat het verpleegkundig beroep van oudsher een vrouwenberoep is. Door ondermeer ontkerkelijking en een toegenomen industrialisatie binnen de samenleving, verandert de rol van werkers in de verpleging. Het lijkt mij een belangrijk gegeven ten aanzien van mijn vraagstelling dat vrouwen in dit veranderingsproces aan de wieg stonden van de maatschappelijke ontwikkelingen die 'verplegen' tot een professie heeft doen uitgroeien. In mijn zoektocht naar het professionele gezicht van de sociaal psychiatrische verpleegkundige kwam ik in dit verband de volgende uitspraak tegen: "Vrouwen, dus in het algemeen ook verpleegkundigen, worden gesocialiseerd naar een psychologisch patroon waarbij de nadruk ligt op afhankelijkheid, passiviteit, dienstbaarheid en zorg voor anderen welzijn. Hoewel dit de verpleegkundige in hoog aanzien doet staan bij de patiënt, draagt het tevens bij aan een lage status van het beroep" (Hammenga, 1990; van den Arend, 1992). De schrijver van dit citaat suggereert hiermee dat de exclusieve socialisatie van vrouwen debet is aan de versluiserde professionele status van bijvoorbeeld het beroep sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Enerzijds lijkt mij deze gedachtengang plausibel. Er zijn inderdaad parallellen

tussen de socialisatie van vrouwen en de socialisatie van het verpleegkundig beroep te trekken. "Dienstbaarheid" en "afhankelijkheid" als verlengde arm van de medici, "passiviteit" qua gering ontwikkelde beroepsautonomie en "zorgen voor", zijn in beide socialisatiepatronen herkenbaar. Veel vrouwelijke verpleegkundigen rekenen ook in ons huidige bestel hun rollen als huisvrouw, moeder en partner, tot hun exclusieve taak. Zij oriënteren zich dan ook minder op hun rol als professional dan op hun taak in het gezin.

Op de werkvloer binnen de organisatie (Riagg) vertaalt zich dit ondermeer in of een groot verloop, of veel parttime werken. Ook de toename van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen om zich in het vak inhoudelijk te specialiseren middels deeltechnieken uit andere disciplines kun je zien als een sterke drang tot curatie, oftewel hulpverlening/dienstbaarheid. Zo blijkt mijns inziens ~ op de werkvloer ~ een hang tot dienstbaarheid bij veel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een hogere collectieve prioriteit te hebben, dan het belang zich als professionele beroepsgroep collectief te profileren. Deze neiging zich steeds verder te specialiseren lijkt voor veel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen de kapstok te zijn waaraan zij hun predikaat 'professional' ontlenen. Ik vraag mij echter af of deze kapstok geen door SPVen gecreëerde mythe is die zij gebruiken om hun status als professional binnen hun organisatie te verhogen. In wezen zijn wij met onze sociaal psychiatrisch verpleegkundige scholing toch reeds professional? Is al deze curatieve dienstbaarheid geen blijk van een nog steeds aanwezige hang naar "willen zorgen voor"?

Wanneer deze gedachte op waarheid berust, zou dit voor een deel kunnen verklaren hoe het komt dat sociaal psychiatisch verpleegkundigen minder geneigd zijn zich zowel binnen als buiten hun werkorganisatie collectief te profileren als professionele beroepsgroep. Individuele professionalisering van het beroep wordt door de meeste SPVen belangrijker en bevredigender geacht dan zich als professionals collectief te profileren naast collega-professionals als medici en psychotherapeuten.

Ook de opleiding tot sociaal psychiatisch verpleegkundige lijkt in dit proces een bijdrage tot bovengenoemde mythologisering van het beroep te leveren. Voor een deel zal dit gelegen zijn in het feit dat er (nog) geen volledig uniform opleidingsmodel voor de opleiding tot SPVen is. Wanneer ik echter terugkijk op mijn eigen ervaringen uit zowel de basisopleiding als de voortgezette beroepsopleiding tot SPV constateer ik dat er vooral veel aandacht wordt besteed aan verdieping van ondermeer methodiek, ethiek, preventie, curatie en supervisie. Op zich valt niet te ontkennen dat er in de huidige beroepsopleiding veel valt te leren wat bruikbaar is voor de directe uitoefening van het vak SPV. Een duidelijke bijdrage tot het ontstaan van een professionele beroepscohesie komt echter onvoldoende uit de verf. SPVen wordt met name voorgehouden dat hun kracht ligt in het beoefenen van een "eclectische" werkwijze. Uit allerlei deelgebieden kan de SPV een graantje meepikken in zijn curatie. De opleiding tot SPV kenmerkt zich vooral door een functiegerichte in plaats van een beroepsgerichte scholing. In dit verband is het niet verwonderlijk uit de literatuur te vernemen dat de organisatiegraad van het verpleegkundig beroep een der

laagste schijnt te zijn van alle beroepsgroepen. Nederland en België zouden wat dit betreft ver achter liggen bij de ontwikkelingen in de V.S. en Engeland. De huidige opleiding die in wezen staat voor aflevering van een professionele beroepsgroep richt zich in haar aanbod met name op verdieping van de hulpverlening, maar niet op de maatschappelijke situatie van het beroep (van der Arend, 1992). Een "Florence Nightingale"- gevoel blijft zo levend.....

Een andere invalshoek is dat de laatste kwart eeuw in toenemende mate mannen hun intrede doen in het verpleegkundig beroep. In de literatuur (Hammenga, 1990; van der Arend, 1992) kom ik opvallend weinig tot geen conclusies tegen die het "mannelijk aspect" in het professionaliseringsproces van het verpleegkundig beroep belichten.

Wanneer ik om mij heen kijk op de werkvloer van mijn organisatie valt mij op dat mannelijke collega-SPVen over het algemeen meer fulltime werkzaam zijn en een sterkere neiging dan hun vrouwelijke collega's vertonen om zich te ontwikkelen in management en coördinerende functies. Ook hier zie je dat carrièreplanning echter een individuele keuze blijft en geen collectieve aanzet betekent tot een duidelijke profilering als professionele beroepsgroep.

Tot slot van dit hoofdstuk wil ik stilstaan bij de vraag wat onze collega-artsen en -psychologen nu wel herkenbaar maakt als professional binnen en buiten de organisatie van de GGZ.

Allereerst is het denk ik van belang te constateren dat medici en psychologen een volstrekt andere beroepssocialisa-

tie hebben doorgemaakt als SPVen. Beide beroepen zijn sterk gestoeld op 'kennis en theorie' en niet primair voortgekomen uit een overwegend religieuze traditie. Medici hebben van oudsher een belangrijke maatschappelijke status en zijn reeds veel langer bekend met zich

organiseren binnen genootschappen, tuchtraden en beroepscode. Medici en psychotherapeuten kunnen zich ook als zelfstandig beroepsbeoefenaar vestigen binnen de GGZ en hebben dientengevolge een grote beroepsbekendheid. Een belangrijk verschil met de professionele status van SPVen versus artsen en psychologen is gelegen in het feit dat alle drie beroepsgroepen wel een beroepsregistratiemodel hanteren maar dat de inhoudelijke voorwaarden hieromtrent zeer uiteen lopen. Psychiaters dienen bijvoorbeeld regelmatig aan hun beroepsvereniging een overzicht te kunnen geven over het aantal face-to-face contacten dat zij binnen een bepaald tijdsbestek hebben behandeld. Ook wordt er stelselmatig getoetst of de betrokken beroepsbeoefenaar zijn vakliteratuur bijhoudt. Van de uitkomst van deze toetsingen hangt af in hoeverre iemand gekwalificeerd genoeg wordt geacht om zijn beroep te kunnen voortzetten.

De opleiding tot SPV en de beroepsorganisatie van SPVen liggen niet automatisch in elkaars verlengde. Wanneer iemand eenmaal zijn basisopleiding SPV heeft voltooid vindt er registratie plaats. Deze functioneert echter uitsluitend als een eenmalige toetsing en registratie van het feit dat iemand zijn diploma MGZ-GGZ heeft gehaald. Alhoewel er binnenkort in het kader van de wet BIG ook van verpleegkundigen nieuwe registratie en nascholing worden vereist, is er voor

afgestudeerde (sociaal psychiatrische) verpleegkundigen tot dusver geen sprake geweest van toetsingen gedurende hun verdere loopbaan. Op deze wijze straalt de huidige beroepsgroep SPV een weinig professioneel karakter uit. Zij lijkt in haar huidige vorm meer op een semi-professionele beroepsgroep. Haar huidige opzet activeert SPVen ook niet om zich bewust te zijn van hun macht en professionaliteit als beroepsgroep. Dit lijkt zijn weerslag op de werkvloer te hebben. Een SPV-overleg verzandt niet zelden in een geringe opkomst of totale afwezigheid van deelnemers. Iedereen is druk bezig met zijn eigen curatie..... Deze toestand wordt nog versterkt doordat de organisatie/werkgever van SPVen een sterk platform van SPV-vertegenwoordigers ook niet snel zal stimuleren. De organisatie is immers met name geïnteresseerd in het leveren van arbeidskracht en productie.

### **Profileren als professional**

Wat kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige nu doen om zijn professionele status in de GGZ meer herkenbaar te maken naast die van haar omringende disciplines? In het hierop volgende deel van mijn betoog wil ik proberen hier enig antwoord op te geven.

*Wat kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige doen om zich beter te profileren als professional in de GGZ?*

In het voorgaande vertoog heb ik aan de hand van ondermeer literatuur (Eindadvies COOSPV, 1993; Verberk, NVSPV 1995) en eigen ervaringen en denkwerk, een beeld gegeven van de huidige positie van SPVen op hun

werkplek. Duidelijk werd dat ondanks het feit dat SPVen een beroepsvereniging (NVSPV) en een commissie COOSPV kennen, het profiel van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige als professional op de werkplek versluierd blijft. Uit de literatuur blijkt bovendien dat de laatste jaren hard is gewerkt om de opleidingseisen tot SPV een uniform karakter te geven. Er komt een nieuwe landelijke opleiding tot SPV waaraan mogelijk de titel 'verpleegkundig-specialist' gekoppeld wordt. Zoals eerder aangegeven zullen er ook in het kader van de wet BIG nieuwe regelingen voor nascholing van SPVen worden getroffen. Enerzijds denk ik dat dit een gunstige ontwikkeling betekent voor de positie van SPVen op hun werkplek. Deze ontwikkeling impliceert immers een aanzet tot meer beroepscohesie onder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Anderzijds vraag ik mij af of dit SPVen op de werkplek ook daadwerkelijk zal aanzetten tot collectieve activiteiten als beroepsintervisie en dergelijke.

De literatuur ( Grijpdonck, 1991/1993; Hammenga 1990) laat over de wenselijkheid tot statusverhoging oftewel profilering tot professional, verschillende geluiden horen. Enerzijds wordt de hogere status die men door professionalisering wil bereiken en de autonomie van verpleegkundigen ten opzichte van (met name) artsen van belang geacht. Een eigen domein voor de verpleegkunde en een eigen 'kennisgeheel' worden voor verpleegkundigen belangrijke speerpunten geacht om een autonome status als beroepsgroep te ontwikkelen. Anderzijds worden er bij deze ontwikkelingen ook vragen gesteld. Zo stelt Grijpdonck in een in 1990 gehouden voordracht dat het hogere aanzien dat met professionalisering

gepaard gaat op gespannen voet staat met de centrale waarden van het beroep verpleegkundige. Dienstbaarheid aan de patiënt is daarin een belangrijke waarde. "Statusverhoging werkt de macht in de hand van de persoon met de hogere status. Voor de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt, en voor de relatie tussen de verpleegkundige en patiënt is daar niet noodzakelijk voordeel van te verwachten".

Hammenga (1990) stelt hiernaast dat verpleegkundigen in de gezondheidszorg de grootste beroepsgroep (qua aantalsmacht) zijn, maar dat haar macht wordt beperkt door haar plaats in de lijnstructuur van een arbeidsorganisatie. "Alhoewel verpleegkundigen vaak de grootste beroepsgroep binnen een organisatie zijn wordt dit gegeven (uit vooral ethische motieven) nauwelijks benut om betere condities voor de beroepsopleiding te scheppen". Volgens Hammenga kan " de relatieve gebruikswaarde van de verpleging aanzienlijk worden verhoogd, wanneer zij zich laat 'sponsoren' door arbeidsorganisaties en/of artsorganisaties. In ruil daarvoor zou de verpleging af moeten zien van fundamentele hervormingen en de dominante (= medische en of organisatie-) waarden en normen moeten aanvaarden".

Deze uitspraken van respectievelijk Grijpdonck en Hammenga lijken mij eveneens zeer van toepassing op de huidige en toekomstige positie van de SPV in de (A)GGZ ( zie van Hoof; Wolf, 1995).

Welke keuzen zullen sociaal psychiatrisch verpleegkundigen maken om zich in de AGGZ te profileren als professionals?

De bovengenoemde auteurs belichten

volgens mij twee belangrijke thema's die als uitgangspunt kunnen dienen om tot een focus te komen waardoor de professionele status van SPVen minder versluierd is. Grijpdonck stelt in haar betoog dat een duidelijke profilering als verpleegkundigen kan betekenen dat de verpleegkundige zijn (van oorsprong) dienstbare rol naar de patiënt toe in de waagschaal legt. Statusverhoging of professioneler optreden als verpleegkundige zou vervreemdend kunnen werken ten aanzien van de hulpvrager. Grijpdonck suggereert hiermee dat vervreemding van de centrale waarde 'dienstbaarheid', in wezen een deprofessionalisering van de status van het (sociaal psychiatrisch) verpleegkundig beroep kan inhouden. Hammenga stelt dat verpleegkundigen zich bewust moeten zijn van hun macht qua beroepsgrootheid en vindt ethische motieven als 'dienstbaar zijn aan' en 'zorgen voor', minder relevant. Hammenga suggereert met zijn betoog dat verpleegkundigen moeten afzien van professionaliseringsmodellen die geënt zijn op het 'op gelijke voet willen staan' met de medici. Verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van hun eigen gebruiks- en ruilwaarde binnen hun organisatie en zich als beroepsgroep meer commercieel in het veld van de GGZ begeven.

Wanneer ik de vraagstelling van dit hoofdstuk in verband breng met de zojuist geschetste thematiek kom ik tot twee mogelijke invalshoeken.

- ! SPVen kunnen zich in de GGZ beter als professional profileren door de centrale waarde 'dienstbaarheid' als focus te nemen om hun beroep een meer zichtbare status te geven binnen de (A)GGZ.
- ! SPVen kunnen zich in de GGZ beter als professional profileren door zich meer commercieel op de

arbeidsmarkt te begeven.

De SPV kan zich volgens deze invalshoeken dus laten leiden door 'een zorgmodel' en/of 'een commercieel model'.

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige ben ik van mening dat in de huidige werksituatie van SPVen beide modellen in de (A)GGZ bruikbaar zijn. Getuige mijn voorgaande betoog denk ik dat het zorgmodel reeds langer daadwerkelijk geschiedenis heeft in de ontwikkeling van het (sociaal psychiatrisch) verpleegkundig beroep. Ook heden ten dage leggen SPVen zich op grote schaal toe op het zich specialiseren in bepaalde takken van hun werkgebied.

De keuze tot specialisatie is veelal deels persoonsgebonden en deels afgestemd op wat de hulpvrager vraagt. Hierbij is een belangrijke factor: de organisatie waar de SPV werkt. Welk behandelaanbod wil bijvoorbeeld een Riagg zijn cliënten aanbieden en welk specialistisch behandelaanbod vindt de organisatie van belang dat SPVen in hun bagage hebben.

In deze tijd van 'product-marktcombinaties' in de (A)GGZ en een groeiend aantal afgestudeerde SPVen (en tekort aan ambulante arbeidsplaatsen), lijkt het van belang dat de SPV ook vanuit een meer commercieel model naar zichzelf op de arbeidsmarkt kijkt. De specifiek door de SPV ontwikkelde specialismen zouden meer zichtbaar geprofileerd en geregistreerd moeten worden. Hierbij denk ik aan een model waarbij SPVen gedurende hun verdere loopbaan meer "voeling" blijven houden met een combinatie van hun beroepsorganisatie en hun beroepsopleiding. Ik zou er voor willen pleiten dat SPVen

tijdens hun totale opleidingstraject tot SPV een vak als "beroepsvorming" krijgen gedoceerd. Inherent hieraan denk ik dat het voor SPVen van belang is daadwerkelijk tijdens hun beroepsopleiding te merken dat de HBO-SPV en de beroepsorganisatie NVSPV in elkaars verlengde liggen. Op landelijk niveau is er wel een platform ~ het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) ~ dat zich bezighoudt met het opstellen van eindtermen voor de beroepsopleiding en nascholing van SPVen. Op de werkvloer echter, merk je hier weinig tot niets van.

Hiernaast is het van belang dat werkgevers (bijv. Riagg's) veel meer zichtbare "voeling" hebben ~ ten aanzien van hun SPVen ~ met de opleiding en beroepsorganisatie NVSPV. Zij bepalen immers mede het behandelaanbod dat hun organisatie de hulpvragers biedt. Bovendien zijn zij grotendeels verantwoordelijk voor de financiering van dit hulpaanbod.

Zolang er echter voor SPVen geen zichtbare dialoog op gang komt tussen opleiding, beroepsorganisatie, SPVen en werkgevers over de positie van de SPV als professional in de GGZ, denk ik dat SPVen geen aanstalten zullen maken om zich collectief in dit thema te verdiepen. Het gevolg zal zijn dat het profiel van de SPV als professional in de GGZ een mysterie zal blijven.....

### Conclusies

Op de werkvloer blijkt sprake van een 'zichtbare' en een 'versluisde' professionaliteit onder SPVen. Hun zichtbare professionaliteit komt op de werkvloer tot uiting in het zich individueel specialiseren in zorgverlening aan de cliënt. Zo zien we dat SPVen met name het 'zorgmodel' hanteren om zich als professional te onderscheiden naast

andere disciplines.

De versluiting van het professionele profiel van SPVen komt op de werkvloer echter tot uitdrukking in een weinig collectief opkomen voor eigen activiteiten als beroepsgroep. Weinig SPVen spannen zich binnen de organisatie in om voor de eigen discipline tijd te claimen voor intervisie en overleg over specifiek disciplinegebonden zaken. Zo wordt in feite beroepsgebonden tijd ingeleverd en geïncasseerd aan/door de werkorganisatie. SPVen leveren deze uren in aan 'zorgverlening' en vragen en krijgen hier niets voor terug. Deze "zelfverzorging" van SPVen getuigt niet van professionaliteit.

Hiernaast kunnen we constateren dat SPVen geen nauwe band hebben met hun beroepsvereniging NVSPV. Dit komt doordat (sociaal psychiatisch) verpleegkundigen niet zodanig gesocialiseerd zijn om zich bewust te zijn van hun macht op de werkvloer. Deze beroepssocialisatie heeft grotendeels te maken met het feit dat verpleegkundigen zich van oudsher richtten op individuele dienstbaarheid aan de patiënt. Beroepsvorming oftewel professionalisatie heeft binnen de verpleegkunde een relatief jonge geschiedenis naast die van bijvoorbeeld medici.

Bewustwording van het belang je als groep verpleegkundigen te organiseren in een beroepsgroep, is pas later op gang gekomen. Zowel basis- als vervolopleidingen in de verpleegkunde besteden hier weinig specifieke aandacht aan in hun onderwijspakket. In die zin is het geen wonder te constateren dat SPVen zich veelal uitsluitend in de schaduw van het zorgmodel profileren als professional. Dit is immers

bekend en veilig terrein.....  
Mogelijk kan dit vertoog voor beroeps-  
genoten een begin zijn om een dialoog

met elkaar op te starten over dit thema.  
Immers, niet alle mysteries zijn erbij  
gebaat mysterieus te blijven!

### Geraadpleegde en geciteerde literatuur

- Arend A.J.G. van der,  
Beroepscodes: morele kanttekeningen  
bij een professionaliseringsproces van  
de verpleging, Uitgeverij Intro Nijkerk,  
1992.
- Auer C.,  
Professionals en opleiden: een  
begripsafbakening, Uit: Opleiders in  
Organisaties/Capita Selecta-afl. 20,  
1994.
- COOSPV Centraal Orgaan Opleidingen  
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige,  
Eindadvies inzake de opleiding tot  
sociaal psychiatrisch verpleegkundige,  
1992, 1993, 1994.
- Dale J.H. van,  
Groot woordenboek der Nederlandse  
Taal, Van Dale Lexicografie,  
Utrecht/Antwerpen, 1992-12e uitgave.
- Dane C.,  
Geschiedenis van de ziekenverpleging,  
Uitgeverij De Tijdstream, Lochem, 1972.
- Delden P. van,  
Professionals: kwaliteit van het beroep,  
Veen Uitgevers, Amsterdam/Antwerpen,  
1991.
- Grijpdonck M.,  
Professionalisering van de  
verpleegkundige zorg: mogelijkheden  
en grenzen, In: Nederlands/Vlaams  
tijdschrift voor Verpleegkunde, nr.1, p.  
28-35, 1991.
- Grijpdonck M.,  
Professionalisering en Verpleegkunde,  
In: Verpleegkundig Consult, sept. 1993.
- Hammenga H., Peet R. van der,  
Inleiding in de Verpleegkunde, Uitg. De  
Tijdstream, Lochem, 1990.
- Hoof F. van, Wolf, J.,  
Beroep: SPV, NcGv-reeks, 1995.
- Jonge J. de, Landeweerd J.A.,  
Beroepsontwikkeling van  
verpleegkundigen: een verkennende  
studie, In: Verpleegkunde pag. 12-22,  
1992/1993.
- Krogt T. van der,  
Professionalisering en collectieve  
macht: een conceptueel kader, Vuga,  
Den Haag, 1981.
- Mok A.L.,  
Beroepen in actie; bijdragen tot een  
beroepsociologie, Boom, Meppel;  
1973.
- Mok A.L.,  
Sociale ongelijkheid, beroep en  
organisatie, Stenfert Kroese, Leiden,  
1973.
- NVAGG,  
Beleidsvisie van de NVAGG,  
Nederlandse Vereniging voor Ambulan-  
te Geestelijke Gezondheidszorg,  
Utrecht, 1992.
- NVAGG,  
De Riagg en de verpleegkundige  
hulpverlening, Nederlandse Vereniging  
voor Ambulante Geestelijke  
Gezondheidszorg, Utrecht, 1993.
- NVSPV,  
Functieprofiel sociaal psychiatrisch  
verpleegkundige, Nederlandse  
Vereniging van Sociaal Psychiatrisch  
Verpleegkundigen, Huizen, 1989.
- Parkin P.A.C.,  
Nursing the future: a re-examination of  
the professionalization thesis in the light  
of some recent developments, Journal  
of Advanced Nursing, 21, p. 561-567,  
1994/1995.
- Verberk F.,  
De opleiding tot SPV, SP 13e jaargang,  
nr.40, Uitg. NVSPV, 1995.