
HET EINDE VAN DE SPV, LEVE DE SOCIAAL PSYCHIATRISCHE VERPLEEGKUNDE

Sociale psychiatrie is in naam verbonden met de verpleegkundige beroepsuitoefening door de functie Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. Dat is bijzonder want er bestaat niet zoiets als een sociaal psychiatrisch psycholoog of sociaal psychiatrisch maatschappelijk werker. Om de een of andere reden is het voor die beroepen nooit nodig gebleken die titel toe te voegen. Is sociale psychiatrie voor die beroepen zo vanzelfsprekend dat zij dat niet meer expliciet aan hun titel hoeven toe te voegen? Of zijn het juist alleen de verpleegkundigen die zo expliciet hebben gekozen voor het hanteren van sociale psychiatrie als uitgangspunt? Zelfs zo dat zij het aan hun titel hebben toegevoegd. Ook is het alleen onder verpleegkundigen gebruikelijk zo expliciet onderscheid te maken tussen klinisch en intramuraal werkenden. Ik ken geen wijkarts, geen wijkpsycholoog of wijkmaatschappelijk werkende. Er bestaat voor die beroepen geen aparte opleiding om extramuraal te werken. Blijkbaar is noch de setting waar iemand werkt noch de sociale psychiatrie voor andere dan verpleegkundige beroepsbeoefenaren een kenmerk om beroepen te onderscheiden. Er is hier toch iets vreemds aan de hand.

Het brengt mij vanzelf op de vraag: wat kenmerkt de SPV: de sociaal psychiatrische benadering, de ambulante benadering of de verpleegkundige benadering? Of is de SPV juist een beroepsbeoefenaar die alles combineert en is dat wat haar uniek maakt?

De antwoorden op deze vragen zullen helpen een antwoord te geven op de centrale vraag van vandaag: Sociale Psychiatrie: vergane glorie of met nieuw elan 2000 in?

Naar mijn mening zal dat nieuwe elan gevonden moeten worden in het uitbuiten van de kracht die door de combina-

tie van sociale psychiatrie en verpleegkunde ontstaat. Ik zal dit toelichten aan de hand van een blik op de historie van verplegen in de GGZ en een analyse van de actuele stand van zaken rondom verplegen in de GGZ.

Op grond hiervan zal ik conclusies trekken over de vraag: wat is het verpleegkundig gehalte van de sociale psychiatrie en het sociaal psychiatrisch gehalte van de verpleegkunde? Ik zal daaraan vervolgens consequenties verbinden voor de beroepsuitoefening en positionering van de SPV.

Mw. Marian de Leeuw

Auteur is verpleegkundige en sociologe, werkzaam bij de H.C. Rumke-groep te Den Dolder, als opleider voor de verpleegkundig specialist in de GGZ.

Verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ door de jaren heen.

Bij sociale psychiatrie gaat het in de kern om het volgende: het gaat om cliënten in hun sociale en culturele context, hun behoeften, keuzen en inbreng en de directe omgeving. De hulpverlener bemoeit zich actief met risicogroepen. Het ziektemodel staat niet voorop en er is samenwerking met allerlei maatschappelijke voorzieningen. De focus ligt bij preventie en praktische problemen (Onderwater e.a., 1999).

Deze opvatting van sociale psychiatrie is ook te herkennen in de historie van verplegen in de GGZ. zoals ik die met Jef Nieuwenhuis en Maria Schilt opgetekend heb (De Leeuw e.a., 1997). Deze orale geschiedenis geeft de praktijk van verplegen in de GGZ weer

zoals deze door verpleegkundigen uit die tijd beleefd werd.

De door ons geïnterviewde verpleegkundigen waren bijna allemaal werkzaam in de kliniek. Zij hebben allen verschillende tijden meegemaakt waarin verschillende visies overheersten. Daardoor zijn hun taken en rollen ingrijpend veranderd. Waren verpleegkundigen aanvankelijk vooral oppassers, gaandeweg worden zij ook activiteitenbegeleider, belangenbehartiger, sociotherapeut, crisisinterventor, zorgverlener, begeleider en vertrouwenspersoon. De opleiding volgde deze ontwikkeling en er kwam steeds meer aandacht voor de toepassing van theorieën en methodieken in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Er ontwikkelt zich een 'psychiatrisch verpleegkundig gedachtengoed' dat niet alleen haar wortels heeft in de psychiatrie maar uitdrukkelijk ook in de verpleegkunde als kennisgebied.

Opvallend in alle persoonlijke verhalen is dat, ongeacht de tijd of de heersende visie, verpleegkundigen kiezen voor een positie naast de patiënt. Steeds weer blijkt dat de drijfveer te zijn: het naast de patiënt willen staan, hem willen leren kennen en begrijpen als mens en niet als zieke en hem zorg bieden die meer oplevert dan alleen genezen van de ziekte maar ook het kunnen leven met de ziekte. Dat is wat onveranderd is gebleven in verplegen in de GGZ door de jaren heen.

Het is een benadering die goed aansluit bij sociale psychiatrische uitgangspunten en die ook door de jaren heen bij alle verpleegkundigen op een of andere manier aanwezig is. Het verhaal van de verpleegkundige uit de jaren negentig geeft weer hoe groot inmiddels het sociaal psychiatrisch gehalte van verplegen in de GGZ is geworden:

"(...) zo kon ik meer dan ooit mijn idealen in praktijk brengen. Wij zijn specialisten in het aanleggen van noodverbanden als er crisis is. Op deze manier voorkomen en bekorten we

opnames bij mensen die aan allerlei psychische stoornissen leiden.

De psychische stoornis bepaalt niet of wij iemand in zorg kunnen nemen. Dat wordt bepaald door de mogelijkheid van samenwerking tussen verpleegkundige en patiënt en de mogelijkheid om voldoende veiligheid in te bouwen" (p. 80)

De huidige verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ

Ook nu zijn er veel sociaal psychiatrische uitgangspunten en gedachten terug te vinden in de verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ.

Verschillende documenten en visies daarover markeren de overgang naar de 21e eeuw. Allen zijn van belang bij het bepalen van het sociaal psychiatrisch gehalte van de verpleegkunde.

Verpleegkundig beroepsprofiel

Onlangs werd het nieuwe beroepsprofiel voor de verpleegkundige gepresenteerd. Daarin staat weliswaar geen definitie van verplegen maar de essentie van verplegen wordt wel beschreven:

'de verpleegkundige ondersteunt en beïnvloedt beroepsmatig de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op de behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen' (Leistra, 1999, p.11).

In gewoon Nederlands komt dat erop neer dat de verpleegkundige de patiënt helpt bij het omgaan met ziekte en de gevolgen daarvan voor zijn dagelijks leven.

Het beroepsprofiel stelt dat de verpleegkundige uitgaat van de beleving van de zorgvrager en de manier waarop de zorgvrager met zijn problemen omgaat. Zo krijgt zij inzicht in zijn behoeften en in de wijze waarop de zorgvrager zijn situatie beleefd. De relatie tussen de zorgvrager en zijn sociale netwerk en tussen verpleegkundige en

zorgvrager zijn hierbij van groot belang. Verder beschrijft het beroepsprofiel op welke manier verpleegkundigen aandacht geven aan de omgeving. Het gaat dan zowel om het sociaal netwerk; de verpleegkundige betreft dit netwerk bij de zorgverlening en houdt daarbij rekening met de mogelijkheden en behoeften van het netwerk. Het gaat ook om de fysieke omgeving, zoals een veilige en gezonde leefomgeving. Verpleegkundigen hebben ook uitdrukkelijk taken op het gebied van preventie en ook maatschappelijke taken als het signaleren van gezondheidsbedreigende woon- en werkomstandigheden en sociale onrechtvaardigheid.

In de eerste plaats is het beroepsprofiel natuurlijk bedoeld voor alle verpleegkundigen, algemeen of in de GGZ of waar dan ook. Sociale psychiatrie wordt daarom begrijpelijkerwijs niet als specifiek uitgangspunt benoemd. Toch vind ik vele elementen terug die de sociaal psychiatrie uitgangspunten ondersteunen: de aandacht voor beleving van de zorgvrager, het belang dat gehecht wordt aan een vertrouwensrelatie met de patiënt en het betrekken van het sociale netwerk.

Contourennota

De Contourennota is de nota waarin het COOV (De Leeuw, 1998) een standpunt inneemt over de toekomstige beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGZ. Het COOV stelde daartoe een werkgroep in die op basis van een analyse van de zorgvraag, het zorgaanbod en de ontwikkelingen in het beroep een achttal uitgangspunten formuleerde die de beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGZ moeten sturen. Die uitgangspunten zijn;

Verpleegkundigen richten zich primair op het behoud van gezondheid en welzijn

Geestelijke gezondheid wordt opgevat als meer dan alleen het behandelen en genezen van psychiatrische stoornissen. Het gaat ook om huisvesting,

dagbesteding en welzijn ten behoeve van mensen met psychiatrische stoornissen. In feite bedoelen we geestelijk volksgezondheid waarbij er sprake is van een keten van zorg.

In aansluiting hierop wordt in de Contourennota de definitie van verplegen in de GGZ van Venneman (1996) aangehaald als degene die het beste weergeeft dat verpleegkundigen uitgaan van een brede opvatting van gezondheid en zorg.

Enkele kernelementen uit de definitie: het gaat om het bevorderen, herstellen en behouden van geestelijk gezondheid; geestelijk gezondheid is een dynamisch proces op alle niveaus van functioneren; verpleegkundige zorg richt zich op het behouden of ontwikkelen van een balans in draagkracht en draaglast en tussen cliënt en omgeving; daarbij is een continue dialoog noodzakelijk.

Verpleegkundigen nemen als uitgangspunt voor hun werk dus niet ziekte en het herstel daarvan, maar wat nodig is om de gezondheid te bevorderen en behouden. Ook in deze definitie wordt de cliënt gezien als iemand in zijn sociaal-culturele context. De verpleegkundige richt zich ook op het ontwikkelen van maatschappelijke steunsyste-men waarin de cliënt participant en onderhandelingspartner is.

Ook de andere uitgangspunten voor GGZ verpleegkunde ondersteunen dit streven:

GGZ-verpleegkundigen hebben taken in de eerste lijn

Vermaatschappelijking betekent samenwerking met andere aanbieders en beroepsbeoefenaren in de GGZ en daardoor zal preventie en dienstverlening ook in de eerste lijn gaan plaatsvinden. Vanuit hun rol als belangenbehartiger voor de cliënt nemen verpleegkundigen een centrale en coördinerende positie in en zijn zij in staat zorgvraag en zorgaanbod op een doelmatige en doeltreffende wijze op elkaar af te stemmen. Verpleegkundigen dienen een rol te spelen in indicatiestelling en als poortwachter.

GGZ verpleegkundigen dienen in elke setting inzetbaar te zijn

Afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt zal de verpleegkundige in staat moeten zijn in elke setting zorg te verlenen. Substitutie en extramuralisering verandert niets aan de uitgangspunten van de verpleegkundige beroepsuitoefening. Wel zal de context waarin ze werken veranderen en wisselen al naar gelang de behoefte van de cliënt.

De beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGZ is meer behoeftegestuurd

De zorg die verleend wordt is de uitkomst van een afstemmingsproces tussen zorgvrager en zorgverlener.

Zorg dient primair gestuurd te worden door de behoefte van de cliënt in zijn specifieke situatie. Deze benadering draagt er het meeste toe bij dat de cliënt tot zijn recht komt en de zorg zoveel mogelijk aansluit op zijn/haar behoefte.

Kwaliteit en doelmatigheid zijn kenmerken van de verpleegkundige beroepsuitoefening

Het leveren van kwalitatieve zorg tegen zo gering mogelijke kosten zal in de toekomst een dwingende factor zijn die ook voor verpleegkundigen steeds meer de zorgverlening zal gaan bepalen. Uit oogpunt van professionalisering is het van belang dat verpleegkundigen in de GGZ laten zien wat zij, tegen welke kosten, bieden. Zij dienen daarover verantwoording af te kunnen leggen. Wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen tot het ontwikkelen van evidence based zorg.

De Contourennota richt zich op de beroepsuitoefening van alle verpleegkundigen in de GGZ. Hoewel het niet als zodanig benoemd wordt, zijn toch duidelijk sociaal psychiatrische uitgangspunten hierin te herkennen.

Behoeftegestuurde en belevingsgerichte zorg

In de verpleegkunde tekenen zich twee oriëntaties af in de behoeftegestuurde verpleegkundige zorg en diagnosegestuurde verpleegkundige zorg (Boeije e.a., 1997; Pool en Grypdonck, 1997, Schout, 1998). In de Contourennota wordt behoeftegestuurde zorg als richtinggevend voor de GGZ beschouwd. Behoeftegestuurde zorg wordt in de scenariostudie 'Een verzorgde toekomst' (Boeije, e.a., 1997, p.176) als volgt omschreven: *'zorgverlening waarbij verpleegkundigen zich laten sturen door de behoeften en beleving van de patiënt en diens naasten. Zowel formele kennis als praktijkervaring worden op hun waarde geschat. Verpleegkundigen en verzorgenden richten zich op lichamelijke en op bestaansproblemen. Door de beleving van de patiënt te combineren met gegevens uit andere bronnen, waaronder wetenschappelijk onderzoek, vormt de beroepsbeoefenaar zich een beeld van de situatie. Dit beeld fungeert als uitgangspunt voor de zorg. De zorg is effectief als de patiënt oordeelt dat zijn welzijn is verhoogd. Waar mogelijk worden integrale oplossingen geboden*

De scenariostudie richt zich niet op verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ maar toch blijken de resultaten toch goed toepasbaar in de GGZ. In het onderzoeksrapport 'Toekomstscenario's van de psychiatrische verpleegkunde' (Raben, 1999) werden de standpunten van verpleegkundigen in de GGZ over de toekomstige beroepsuitoefening onderzocht.

Verpleegkundigen in de GGZ kiezen nadrukkelijk voor behoeftegestuurde zorg in combinatie met een voorkeur voor centrale regie. Men kiest voor solidariteit met de patiënt en tegen

tweedeling als het gaat om toegankelijkheid van de zorg. Zorgcoördinatie wordt geclaimd als een verpleegkundige functie bij uitstek. Geestelijk gezondheidsproblemen worden breed gedefinieerd en geplaatst in de context van het systeem en maatschappelijke context. Diagnosegestuurde zorg, de zorg waarbij de verpleegkundige op grond van observaties en informatie van de patiënt en zijn omgeving vaststelt wat het probleem is en deze beschrijft in professionele termen, lijkt minder goed aan te sluiten bij sociale psychiatrie.

Het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleegkundigen

In 2001 zullen de eerste verpleegkundigen afstuderen die zijn opgeleid in het nieuwe opleidingsstelsel. Dan pas zal duidelijk worden hoe deze nieuwe verpleegkundigen in de praktijk functioneren.

Gassman (1998) meent dat de eindtermen van de opleiding zoals coördinatie en continuïteit van zorg goed aansluiten bij de regietaken van persoonlijk begeleiders in de dagelijkse uitvoering van psychiatrische thuiszorg. Andere kwalificaties gericht op het begeleiden van leefgroepen en behoeftebepaling zullen in de praktijk verder toegespitst moeten worden op zorgverlening aan huis. De afgestudeerden zijn beginnende verpleegkundigen en zij beschikken over startkwalificaties. Deze zullen in de praktijk door middel van werkervaring en bij- en nascholing verder ontwikkeld moeten worden.

Met spanning wordt dus afgewacht hoe verpleegkundigen die gekozen hebben voor de GGZ differentiatie het doen. Op grond van de brede opleiding mogen we verwachten dat zij een brede visie hebben op gezondheid in de GGZ en dat zij beschikken over de competenties om in hun zorgverlening de behoeften van de patiënten en hun omgeving te leren kennen en daar een passend zorgaanbod op te geven. Bovendien zullen deze verpleegkundigen beschik-

ken over competenties op het gebied van preventie en zullen zij in alle soorten settings inzetbaar zijn.

Als de belofte wordt waargemaakt zullen straks dus ook beroepsmatig gezien de schotten tussen intramuraal en extramuraal werkenden verdwijnen.

De praktijk van verplegen in de GGZ

Uit de praktijk van de psychiatrische thuiszorg blijken een klinisch psychiatrische ervaring in combinatie met kennis van de sociale psychiatrie, kunnen invoegen in de thuissituatie en resultaatgericht kunnen functioneren belangrijke vereisten te zijn om goed te kunnen functioneren. Bovendien bleken veel klinisch opgeleide verpleegkundigen stagen hebben gelopen in psychiatrische thuiszorgprojecten en speciale bij- en nascholing hebben gevolgd Gassman (1998).

In het noorden des lands werd niet zo lang geleden de evaluatie van project Verpleegkundige methodiekontwikkeling ten behoeve van de psychiatrische thuiszorg afgesloten met het verschijnen van een onderzoeksrapport (Boomsma e.a., 1999). Het project is sociale psychiatrie in optima forma en het laat zien dat het de verpleegkundigen zijn die dat gestalte geven.

Verpleegkundigen geven het project vorm op basis van hun verpleegkundige deskundigheid. Deze is beschreven in een methodiek voor acute psychiatrische thuiszorg en een methodiek voor langdurige psychiatrische thuiszorg. Kernelementen van de acute psychiatrische thuiszorg methodiek zijn: oriëntatie op problemen; gericht op crisis; steunen en begeleiden; structureren; huisregels versus therapeutische setting; voorlichten; samenwerken en coördineren; signaleren (p. 79/80). Kernelementen van de langdurige thuiszorg methodiek zijn: opbouwen van een vertrouwensrelatie; omgevingsgericht; signaleren van verslechtering of verbetering van de situatie van de cliënt; voorlichting; crisisinterventie; steun, begeleiding en belangenbeharti-

ging; dagbesteding; coördinatie van behandel- en verpleegafspraken (p.95/96). Een van de conclusies van het rapport is dat de verpleegkundige in de psychiatrische thuiszorg niet alleen methodisch, maar ook creatief, flexibel en autonoom dient te zijn. Daarvoor zou het wenselijk zijn een post-initiële opleiding voor transmurale verpleegkundigen in de GGZ te ontwikkelen. Medewerkers in het project waren vooral B- verpleegkundigen. De zorgverlening staat beschreven in verpleegplannen en verpleegkundige diagnoses. Ook blijken standaardverpleegplannen bruikbaar in dit project. Ook verpleegkundigen die er niet uitputtend in doorgeleerd hebben en die veelal vooral over klinische ervaring beschikken, blijken de principes van sociale psychiatrie in de praktijk te kunnen brengen. Het beschrijven van de werkwijze van deze verpleegkundigen geeft inzicht in hoe verpleegkundigen sociale psychiatrie in de praktijk gestalte geven.

Het advies aan het CONO

Het laatste wapenfeit is het advies van de werkgroep Beroepencluster Verpleging aan het CONO. Het advies gaat over de gewenste beroepenstructuur binnen de GGZ verpleegkunde en moet gezien worden binnen een groter traject waarin over alle beroepen in de GGZ de gewenste beroepenstructuur beschreven wordt. In de notitie 'Verpleegkundige beroepen in de GGZ' (De Leeuw en Raben, 1999) wordt voortgeborduurd op de hier eerder besproken publicaties over verpleegkundige beroepsuitoefening maar er worden ook meer specifieke uitspraken gedaan over welke beroepen er in de GGZ verpleegkunde zullen moeten komen. Grofweg zullen er drie soorten beroepen komen: de basisverpleegkundige die is afgestudeerd met de GGZ differentiatie; de gespecialiseerde verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. Duidelijk wordt aangegeven wat voor soort functionarissen dit zullen

moeten zijn en welke opleiding daarbij aansluit.

Een belangrijke uitspraak in het advies is dat het gedachtegoed van de sociaal psychiatrische verpleegkunde behouden moet blijven. Het wordt niet meer exclusief gekoppeld aan het beroep SPV maar de sociale psychiatrie is bijvoorbeeld ook nadrukkelijk uitgangspunt voor de beroepsuitoefening van de verpleegkundig specialist.

Conclusie

Om de vraag van vandaag te beantwoorden: 'Sociale psychiatrie: vergane glorie of met nieuw elan 2000 in?', wil ik eerst een andere vraag beantwoorden: hoe groot is het sociaal psychiatrische gehalte van verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ?

Op grond van de historie stel ik vast dat de verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ een prima voedingsbodem is geweest voor de sociale psychiatrie. Het besef dat gekken en gestoorden, psychisch ziek waren heeft er toe geleid dat men deze mensen als behandelbaar ging zien. Op zoek naar de oorzaken van dergelijke ziekten kwam er ook aandacht voor het voorkomen of bekorten van de opname. Daarmee kwamen de sociale omstandigheden als belangrijke beïnvloedende factor in beeld en daarmee kon de sociale psychiatrie tot bloei komen. Uit de persoonlijke verhalen van de verpleegkundigen door de jaren heen blijkt dat zij zich altijd hebben laten leiden door het naast de patiënt willen staan, hem willen leren kennen en begrijpen als mens, en zorg bieden die niet alleen gezondheidsproblemen verlicht maar ook ondersteuning bieden bij bestaansproblemen. Vaak tegen de verdrukking in. Het regime was streng en er was nauwelijks ruimte voor eigen initiatief. Toch werden ook toen al de gaatjes daarvoor gezocht. Met de maatschappelijke veranderingen, veranderde de psychiatrie en ook de verpleegkundige beroepsuitoefening

ning. Er kwam steeds meer oog voor de sociale omstandigheden, er werd meer naar patiënten geluisterd, meer gepoogd daadwerkelijk met patiënten te onderhandelen en zorg op maat te leveren. Uiteindelijk mondde dit uit in het opengaan van de deuren van het APZ en gingen patiënten drempelloos van voorziening naar voorziening. En verpleegkundigen gingen met hun mee. De historie laat zien dat sociale psychiatrie dieper geworteld is in de verpleegkundige beroepsuitoefening dan we wel eens denken. Op natuurlijke wijze sluit het al 70 jaar aan bij het gedachtegoed van alle verpleegkundigen in de GGZ.

Op grond van de actuele ontwikkelingen in de verpleegkunde en in de GGZ verpleegkunde concludeer ik dat ook daar de sociale psychiatrie als aandachtsgebied wel degelijk aanwezig is. In het nieuwe beroepsprofiel wordt gekozen voor een brede benadering: zowel gezondheids- als bestaansproblemen zijn aandachtsgebieden van verpleegkundigen. Daarbij staan de behoeften van de patiënt in zijn omgeving centraal. De visie en uitgangspunten van verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ sluiten naadloos aan bij die van de sociale psychiatrie. Ook de keuze van verpleegkundigen in de GGZ voor het wijkscenario sluit daarbij aan en in het CONO-advies wordt de sociale psychiatrie als richtinggevend gedachtegoed benoemd. De huidige praktijk laat zien dat ongeacht opleiding, verpleegkundigen in de GGZ steeds meer ook extramuraal gaan werken.

In alle documenten en ontwikkelingen zijn sociaal psychiatrische uitgangspunten aanwezig. Niet altijd expliciet benoemd, maar wel onmiskenbaar.

Het sociaal psychiatrisch gehalte van verplegen in de GGZ is dus groot en sociale psychiatrie is nauw verweven met de verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGZ, meer dan we in de gaten hebben. Het is eigenlijk helemaal

niet nodig de term sociale psychiatrie toe te voegen aan verpleegkunde want sociale psychiatrie is van *alle* verpleegkundigen. Sterker nog, het nieuw elan komt de laatste jaren vooral van de basis-verpleegkundigen die in veel gevallen altijd klinisch werkten maar nu de blik naar buiten richten en daardoor zowel klinisch, transmuraal als extramuraal sociale psychiatrie in de praktijk gestalte geven.

Het verpleegkundig gehalte van de sociale psychiatrie wordt prominent vertegenwoordigd door de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Zij hebben de term immers in hun naam staan. Toch vermoed ik dat zelfs door SPV-en het verpleegkundig gehalte van sociale psychiatrie onderschat wordt. SPV-en lijken bijvoorbeeld beter overweg te kunnen met de DSM-IV dan met verpleegkundige classificatiesystemen en verpleegkundige diagnostiek zoals bijvoorbeeld de NANDA diagnoses. Veel SPV-en noemen zich liever behandelaar dan verpleegkundige. Om met nieuw elan 2000 in te gaan en de sociale psychiatrie levend te houden zullen SPV-en zich vooral op hun verpleegkundige achtergrond moeten oriënteren. Nooit eerder lagen er zoveel kansen om de sociale psychiatrie te ontwikkelen als deskundigheids- en kennisdomein van *alle* verpleegkundigen.

Het is daarom belangrijk de verbinding te leggen tussen sociale psychiatrie en verpleegkundige theorieën en methodieken. Denk daarbij aan de methodieken en theorieën voor behoeftegestuurde en belevingsgerichte zorg, NANDA diagnostiek en het aansluiten bij verpleegwetenschappelijk onderzoek en theorievorming.

Alle verpleegkundigen in de GGZ werken, of zouden moeten werken, vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed. Het onderscheid tussen klinisch en extramuraal werken verdwijnt en daarom wordt het ook minder relevant om op basis daarvan onderscheid te

maken tussen verpleegkundige beroepen in de GGZ. Als het onderscheid tussen basis-verpleegkundige en SPV op die leest geschoeid blijft wordt dat steeds minder relevant. In de eerste plaats zijn we allemaal verpleegkundigen die met alle doelgroepen en in alle settings kunnen werken vanuit dezelfde uitgangspunten. Wel zijn er verschillen in deskundigheid: de complexiteit en verantwoordelijk die beroepsbeoefenaars aankunnen. SPV-en zijn de verpleegkundigen die beschikken over kennis van sociale psychiatrie en zij dienen vanuit deze specialisatie een voortrekkersrol te vervullen. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij niet gedragen als een *kleine* dokter maar als een *groot* verpleegkundige

Het nieuw elan voor de 21e eeuw is

naar mijn mening te vinden in het bundelen van de krachten van verpleegkunde en sociale psychiatrie. Laten we de sociale psychiatrie beschouwen als een methodiek die *alle* verpleegkundigen moeten hanteren, op welk niveau in welke setting dan ook. Dat geeft mogelijkheden van elkaar te leren en ons verder te ontwikkelen en geeft mogelijkheden om potenties in de verpleegkundige zorg tot bloei te brengen en de patiënt te geven wat hem het meest helpt. Daarom: Het einde van de SPV. Leve het gedachtegoed van de SPV!

Correspondentieadres:
H.C. Rümke Groep, locatie Zeist
De Coppel
Oude Arnhemseweg 260
3705 BK Zeist

Literatuur

Boeije, H.R. e.a. (1997), *Een verzorg-de toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: NIZW/vakgroep Verplegingswetenschap RU Utrecht

Boomsma, J., C. Dingemans, W. van den Heuvel (1999), *Verpleegkundige methodiekontwikkeling ten behoeve van de psychiatrische thuiszorg. Verslag van een ontwikkelingsproject voor acute en langdurende psychiatrische thuiszorg*. Groningen: Noorderlijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, RU Groningen

Gassman, P. (1998), *Psychiatrische thuiszorg in de 21^e eeuw, trends en verwachtingen*. Lezing t.g.v. het Symposium 'Psychiatrische thuiszorg en Methodiek' georganiseerd op 25 september door de Vakgroep Verplegingswetenschap van de RU Groningen

Leeuw, M.G.C. de, J. Nieuwenhuis, M. Schilt (1997), *Van oppasser naar verpleegkundige*. Utrecht: De Tijdstroom

Leeuw, M.G.C. de (1998), *Contourennota psychiatrische verpleegkunde*. Utrecht: COOV

Leeuw, M.G.C. de, C.J.T. Raben (1999) *Beroepencluster verpleging*. CONO Werkgroep Beroepencluster Verpleging

Leistra, E. e.a. (1999), *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom en Utrecht: LCVV

Onderwater, C.J.M., I. van der Padt, M. de Leeuw (1999), *Verpleegkundigen, verantwoordelijke partners in de GGZ*. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 99 (4), 369-375

Pool, A., M. Grypdonck (1997), *Diagnosegestuurd of behoeftege-stuurd? Twee oriëntaties voor de verpleegkunde*. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 10, 292

Raben, C. (1999), *Toekomstscenario's psychiatrische verpleegkunde*. Onderzoeksrapport, Almelo

Schout, G. (1998), *Bondgenoot of deskundoloog? De verpleegkundige praktijk vraagt meer dan diagnoses alleen*. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 2, 50-52

Venneman, B. (red.) (1996), *Ontwerpplan verpleegkundig zorgaanbod voor de GGZ*. Utrecht: Hogeschool Utrecht