
SPV OP KOERS; PRELUDE OP DE TOEKOMST

Ben Venneman

Inleiding

Dit artikel is een bewerking van de voordracht die ik heb gehouden tijdens de studiemiddag op 26 mei jl. in Lelystad. De middag stond in het teken van de plaatsbepaling van de SPV en de wijze waarop de presentietheorie de helpende hand kan reiken om een inhoudelijke koers te bepalen.

Er zijn veel vragen hoe de SPV zich in de nabije toekomst zal ontwikkelen. Wie zijn we, wat doen we, met welke kwaliteit, en welke keuzes maakt de beroepsgroep?

In mijn voordracht heb ik deze vragen op de eerste plaats gespiegeld aan de drie SPV-profielen uit 1989, 1998 en 2004. Aan de hand van vier mogelijke veranderrichtingen geef ik aan hoe we als beroepsgroep onze koers kunnen bepalen. Vervolgens geef ik suggesties voor een kwaliteitsprofiel waarmee de SPV beroepsgroep inhoud kan geven aan haar werk in de dagelijkse praktijk. De bijdrage van Andries Baart wordt niet in dit artikel verwerkt.

Wie zijn we?

Gedurende het 25 jarig bestaan van de NVSPV zijn er drie profielen voor de beroepsgroep SPV verschenen. In 2002 is een beroepscode toegevoegd. Het belang van een profiel en een beroepscode ligt niet alleen in een heldere uitdrukking van wat je als beroepsgroep wilt zijn maar ook hoe anderen ons vak kunnen waarderen. Daarnaast heeft het de functie om de positie te verduidelijken ten opzichte van beroepsgenoten en andere disciplines, en het organiseren van onderwijs. Maar bovenal is het een antwoord op de vraag: Wat legitimeert onze aanwezigheid?

Het antwoord probeer ik te vinden door te vergelijken hoe de SPV zichzelf door de jaren heen heeft beschreven vanuit de karakteristieken van de SPV profielen. Ik kijk naar kenmerken, kwalificatie, taken, kennis/vaardigheden of competenties en de positionering. Ik probeer een lijn te destilleren uit deze profielen die mogelijk voeding geeft aan de toekomstige koers.

1989 Functieprofiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Het profiel is een afgeleide van het Verpleegkundig Beroepsprofiel van de NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid), vandaar dat er gesproken wordt van een functieprofiel.

De SPV wordt beschreven als een professional die integrale hulpverlening biedt aan cliënten en/of diens leefomgeving, zowel individueel als in groepsverband, zelfstandig in vaak complexe omstandigheden.

Er wordt een indeling in functies en taken gehanteerd: diagnostische, curatieve, evaluatieve, signaal, schakel en vertaalfunctie. De SPV komt je voornamelijk tegen in de RIAGG, op poliklinieken, een Paaz-afdeling of bij het CAD, de GGD en de Reclassering.

Als kwalificatie krijgt de SPV het volgende etiket mee: specialistische verpleegkundige op het 1e deskundigheidsniveau - HBO-V. De SPV beschikt over een bijzondere deskundigheid op een deelgebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening en een erkende voortgezette opleiding is noodzakelijk: eis uit NRV-profiel, hij is breed inzetbaar. In het functieprofiel wordt niet gedifferentieerd naar werkvelden, specifieke doelgroepen of aandachtsgebieden.

De doelgroep cliënten wordt niet beschreven in criteria, wel waar ze te vinden is: in de directe leegomgeving, in de thuissituatie.

Het takenpakket ziet er als volgt uit: Cliëntgericht werken, curatieve taken (inclusief 24 uren bereikbaarheid), preventieve taken, dienstverlenende taken, taken in team en organisatie.

De beschrijving van kennis en vaardigheden liggen op de volgende gebieden: curatie, preventie en dienstverlening, sociale kaart, wetgeving en ten slotte innovatie binnen de GGZ.

Reflectie:

In de tekst wordt sterk de nadruk gelegd op de verbijzondering van het verpleegkundige beroep. Hoewel de meeste SPV-en werkzaam zijn in de RIAGG is er (nog) geen specifieke verwijzing naar de indeling Jeugd, Volwassenen, Ouderen te herkennen. Het functieprofiel geeft vooral een generalistische beeld van werkzaamheden van de SPV.

Bepalende kenmerken zijn: de zelfstandige rol in complexe situaties, het aangaan van een relatie met cliënt en omgeving, lijn aanbrengen in de complexiteit van problemen, verantwoordelijkheid nemen voor continuïteit in de zorg en het inschakelen van anderen (familie, de omgeving of huisarts) in de zorg.

1998 Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige

Dit profiel is geschreven na het verschijnen van de Contourennota opleiding tot SPV (1991) en het COOSPV (Centraal Overleg Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen) advies inzake de opleiding tot SPV (1994). Omdat uit onderzoek onder de beroepsgroep (Van Hooff & Wolf, 1995) was gebleken dat meer dan de helft een VO had gevolgd, leek het legitiem dit ook terug te laten komen in het vernieuwde profiel van de SPV. De NVSPV onderstreepte met dit profiel het belang om de SPV te positioneren als specialist. Niet alleen om redenen van positionering in het krachtenveld van de GGZ-verpleegkunde, maar ook omwille van de noodzaak om goede GGZ-verpleegkundige zorg op hoog niveau te kunnen bieden. In het profiel zijn verpleegkunde, sociale psychiatrie en preventie de bepalende uitgangspunten. Er wordt aandacht besteed aan de autonome verantwoordelijkheid in het realiseren van een eigen SPV aanbod. Bij de beschrijving van het profiel wordt geleund op het (inter)nationale format van verpleegkundig specialisten. De indeling is naar domeinen en rollen: Directe zorg, preventie en consultatie, innovatie en zorgbeleid, deskundigheidsbevordering en coaching. De rollen zijn behandelaar, consultant, innovator, dienstverlener, opleider en coach.

De werkplek van de SPV wordt omschreven als een breed GGZ-gebied met daarin een nieuw werkterrein, dat van de OGGZ. Om zich te onderscheiden van de basis GGZ-verpleegkundige worden de begrippen verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer verbijzonderd naar de dagelijkse praktijk van de SPV.

De SPV activiteiten richten zich op behandeling, zorgverlening en zorgcoördinatie. In dit profiel wordt duidelijk waar het de SPV om te doen is: geestelijke gezondheidsproblemen benaderen in relatie tot de omgeving, het actief beïnvloeden van menselijke vermogens en het bevorderen, herstellen en behouden van geestelijke gezondheid. Benadrukt wordt de gerichtheid op en samenwerking met het (cliënt)systeem. Bemoeizorg wordt als nieuw begrip geïntroduceerd. Dit profiel gaat uit van een SPV die uiteindelijk over beroepscompetenties op VO niveau beschikt.

De doelgroep wordt nu wel benoemd. Het gaat om cliënten uit de categorieën jeugd, volwassen en ouderen. Aanvullend wordt gesproken over het werken met kortdurende en langdurige psychische en psychiatrische problematiek, de SPV is multiprobleem georiënteerd, en heeft speciale belangstelling voor mensen die vastgelopen zijn of in een geïsoleerde sociale en/of emotionele situatie verkeren.

Als belangrijke methodieken en vaardigheden worden genoemd:

- Een verzameling van systeem-, communicatie en gedragstherapeutische methodieken en technieken, sociaal-psychiatrische handelingskaders.
- Sociaal-psychiatrische diagnostiek, behandeling/begeleiding plan en evaluatie van zorg.
- Opbouwen van hulpverleningsnetwerken rondom een cliënt / problematiek / zorgcoördinatie.
- Specifieke vaardigheden met betrekking tot crisisinterventie, acute psychiatrie en OGGZ.
- Preventie vaardigheden: consultatie, advies & voorlichting.
- Zorginnovatie en beleidsontwikkeling op team-, instellings- en regionaal niveau.
- Coaching en deskundigheidsbevordering.

Reflectie:

Meer dan voorheen wordt de inhoud van het werk van de SPV gedicteerd door de specifieke doelgroep waarmee wordt gewerkt. Er lijkt sprake te zijn van beginnende kennisdomeinen in het SPV-vak. Een belangrijke ontwikkeling is de herkenbaarheid van SPV werk in crisisinterventie, netwerkbenadering, systeemtherapeutisch werken of steunende en structurende behandeling bij verschillende doelgroepen, en van voorkeur tot langdurige zorg. De consequente toepassing van nieuwe therapeutische (deel) technieken of methodieken zorgt voor een 'therapeutisch' beeld van de SPV. De volgende aspecten worden zichtbaar gemaakt: het streven naar een professional op expertniveau, de profilering van de eigen positie en rol in de GGZ, de wensen rond het opleidingsniveau (post-hbo).

2004 Beroepsdeelprofiel SPV

Dit profiel wordt geschreven in een periode waarin voor de GGZ en Welzijnsector het proces van vermaatschappelijking aardig op stoom raakt. In de grote groep van GGZ-verpleegkundigen neemt de SPV een eigen plaats in. Hoewel er grote veranderingen op komst zijn -subsidiering van de MGZ-GGZ opleiding stopt in 2007 (opleidingsstructuur); onduidelijkheid over de plaats van GGZ verpleegkundigen zowel in de Federatie (FVGGZ) als het beroepenveld (beroepsstructuur)- wordt in dit beroepsdeelprofiel de keuze gemaakt om sociale psychiatrie weer tot kern van de werkzaamheden van de SPV te benoemen. Het beroepsdeelprofiel verwijst nadrukkelijk naar de SPV taak (3 kernopgaven) om verantwoordelijkheid te nemen voor de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen. De autonome rol in de uitvoering van zorg - individueel, groeps- en in de omgeving - wordt onderstreept. De specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van crisis en acute psychiatrie, behandelingen, eerste lijnszorg, consultatieve dienstverlening, preventie, OGGZ en zorgcoördinatie worden vertaald in concrete kerntaken en competenties. De SPV wordt gekwalificeerd als een verpleegkundige die werkzaam is in een deelgebied van de GGZ-verpleegkunde, op gespecialiseerd verpleegkundig niveau. Als doelgroep wordt een brede groep cliënten aangemerkt, in alle leeftijdscategorieën met kortdurende en langdurende begeleidingstrajecten. Kenmerkend voor de doelgroep is dat het om mensen gaat die moeite hebben met het verwoorden van zorgvragen, waarbij sprake is van een (dreigend) sociaal isolement, demoralisatie en een hoge kwetsbaarheid binnen het sociale systeem omdat de problemen zich voordoen op meerdere niveaus van het functioneren. De beschrijving van de zorgvrager,- professie,- en organisatiegebonden taakgebieden van de SPV levert een brede waaier op van specifieke kerntaken en competenties.

Reflectie:

Met dit beroepsdeelprofiel wordt nog duidelijker omschreven dat het werkterrein van de SPV de sociale psychiatrie is.

Ook wordt de verpleegkundige behandel functie tot uitdrukking gebracht en worden een aantal specifieke taken in de GGZ genoemd: OGGZ, acute psychiatrie, preventie/consultatie (onder andere de SPV in de eerste lijn).

Het bestuderen van de drie profielen levert volgens mij het volgende beeld op van de SPV:

1. de SPV-beroepsgroep is **volgzaam**: zij volgt de ontwikkelingen in het nationale beleid en inrichting van de GGZ;
2. de SPV beroepsgroep is **herkenbaar**: in 25 jaar beroepsontwikkeling is de SPV uitgegroeid naar een herkenbare en gewaardeerde GGZ-verpleegkundige;
3. de SPV beroepsgroep is **breed inzetbaar**: werkt in alle GGZ-domeinen, maakt in het laatste beroepsdeelprofiel een keuze voor bepaalde doelgroepen en het domein sociale psychiatrie;
4. de SPV-beroepsgroep is **innovatief**: haakt in op nieuwe ontwikkelingen, voegt gemakkelijk nieuwe technieken en methodieken toe aan het handelingsrepertoire en neemt het voortouw in GGZ-verpleegkundige ontwikkelingen.

Hoe nu verder?

Volgens mij zorgen de huidige ontwikkelingen in de GGZ ervoor dat de SPV nu echt kleur moet gaan bekennen. De huidige ontwikkelingen in de opleidings- en beroepenstructuur en het verschijnen van het visiedocument van GGZ-Nederland roepen op zijn minst het gevoel van een paradox op. De opleidings- en beroepenstructuur voor de SPV is onduidelijk aan het worden terwijl de oriëntatie van de GGZ (visiedocument GGZ-Nederland) werkzaamheden en competenties op het gebied van de sociale psychiatrie vereisen. In de dagelijkse praktijk neem ik waar dat de SPV toenemend een eigen plaats inneemt in de eerste lijn, OGGZ, verslavingszorg en op wijkniveau. De SPV komt je in principe tegen in alle lijnen van de GGZ.

Kortom op uitvoerend niveau lijken we stevig in het zadel te zitten, werken we in de vier GGZ-domeinen zoals deze door GGZ-Nederland zijn geformuleerd: geneezing, preventie, vermaatschappelijking en bemoeizorg.

Waarom dan toch kleur bekennen?

Veel SPV-en, vooral de groep oudere SPV-en, hebben hun socialisatie en carrière gemaakt in de meer therapeutische GGZ. Daarnaast hebben ze de ontwikkeling meegemaakt naar een meer medisch-psychiatrisch georiënteerde GGZ waarin beperkingen worden opgelegd aan het sociaal-psychiatrisch werken (insnoering en inperking door toenemende bureaucratie en een bedrijfsmatige GGZ). Ook is er een tendens naar de traditionele sociale psychiatrie: SPV-en die zich in hun activiteiten richten op de mens met langdurige GGZ- problematiek en kwetsbaarheid in het maatschappelijk functioneren. Een trend naar het samen optrekken van inzichten van Welzijn en Zorg.

Ik denk dat we nu een serieuze kans hebben om de plaats in te nemen in het hart van de GGZ zoals staat beschreven in het laatste beroepsdeelprofiel: werken voor en met de groep mensen die buiten de boot dreigt te vallen en in hun eigen omgeving toenemend in een (dreigend) sociaal isolement terecht komt, kwetsbaar is op vele fronten, maar tegelijkertijd ook een gelukkig leven wil hebben.

In mijn denken moeten we afscheid gaan nemen van het werken in het domein Genezen en de fundamentele keuzen maken om terug te keren naar het werken in wijken, buurten en gemeenschappen.

De laatste jaren wordt door studies van Kal (2001; 2002; 2004) Hortulanus et al. (2003) en de Raad voor Maatschappelijk Ontwikkeling (2001) duidelijk dat vermaatschappelijking ook een keerzijde heeft. Burgers die in een bijzonder kwetsbare positie zitten, lichamelijk gehandicapt, chronisch zieken, en mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem hebben grote moeite om in de

tredmolen van de samenleving mee te komen. Een grote groep mensen met een psychiatrische achtergrond heeft moeite om op eigen kracht het burgerschap inhoud en betekenis te geven. Ze leven letterlijk en figuurlijk aan de rand van de maatschappij, in de plinten van de samenleving, de wijk (Kal, 2001; Kal & Onstenk, 2002).

Kal (2001), Baart (1998; 2002; 2003) en Hortulanus et al. (2003) onderstrepen het grote belang van de inspanningen die de samenleving moet leveren om betekenisvol burgerschap voor de meest kwetsbaren mogelijk te maken. Sociale relaties vormen een wezenlijk onderdeel van het menselijk bestaan. Men is op elkaar aangewezen, op allerlei manieren met elkaar verbonden en ingebed in een netwerk van verwanten en niet-verwanten en onderdeel van verschillende gemeenschappen.

De SPV beroepsgroep kan, zoals zij tot nu toe heeft gedaan en zoals beschreven staat in het huidige beroepsdeelprofiel (Morsman & Venneman, 2004), deze ontwikkelingen aangrijpen en de kwetsbare burgers ondersteunen in het innemen van een eigen, zelfstandige plaats in de samenleving. Insluiten staat daarbij voorop, in tegenstelling tot uitsluiting en marginalisering dat nu voor deze doelgroep geldt (Kunneman, 2000). Van oudsher is dat ons vak!

Koers veranderen, welke richting?

Een koers veranderen gaat niet vanzelf. Welke verander-richtingen zijn nuttig en kan de SPV-beroepsgroep gebruiken om deze, naar mijn overtuiging, zinvolle opdracht vanaf nu op te pakken. Om dit toe te lichten gebruik ik vier strategieën die bij verandering om de hoek komen kijken:

"mijn neus bloed" (adaptie), 'de natuur een handje helpen' (evolutie), 'van pop naar vlinder' (metamorfose) en 'de Praagse lente' (revolutie).

'Mijn neus bloed' (Adaptie)

Adaptie betekent dat de SPV haar positie in de veranderende GGZ-omgeving consolideert. Blijf behouden wat we tot nu toe hebben bereikt, blijf het vak actualiseren (= aanpassen aan de markt) en waar nodig bijstellen om ons werk zo goed mogelijk uit te kunnen voeren. Op het gebied van vermaatschappelijking en het volgen van mensen met een langdurige psychiatrische handicap blijven we werkgevers en collega's duidelijk maken welke plek de SPV heeft in het aanbod voor deze doelgroep. Het gaat hierbij niet om fundamentele veranderingen, de SPV past zich aan bij de vraag van de 'markt'. Populair gezegd: zitten blijven waar je zit, geen keuzes maken en maar hopen dat moeilijke tijden op termijn weer overgaan in 'vette jaren'. Het gevaar van deze veranderingsstrategie schuilt in een gevoel van genoegzaamheid, de ramen dichthouden en te laat tot de ontdekking komen dat de wereld om ons heen veranderd is.

'De natuur een handje helpen' (Evolutie)

Evolutie staat voor een geleidelijke verandering. Deze veranderstrategie verwijst naar allerlei processen die ertoe leiden dat een bepaalde populatie (de SPV beroepsgroep) overleeft, zich aanpast aan een veranderende omgeving of ter ziele gaat. De redenering is dat de populatie die het beste aansluit bij de eisen die de omgeving oplegt, zal overleven. We zitten in een periode dat er drastische veranderingen worden doorgevoerd. We moeten ons bewust zijn dat ook de SPV kan verdwijnen als we in de valkuil stappen van traagheid, onszelf afzwakken, geen keuzes maken. Een natuurlijke gang van zaken is dat er nieuwe functies geboren worden die de oude van de zorgmarkt verdrijven.

Deze vorm van verandering kun je wel degelijk sturen. Door niet alleen op je eigen innerlijke kompas te varen, maar je als beroepsgroep primair in te stellen op wat de omgeving vraagt, welke uitdagingen er zijn. Niet alleen de 'calculerende' SPV zijn, maar heel nauwkeurig een eigen weg zoeken: door bestaande ontwikkelingen in de eerste lijn en de wijk uit te bouwen, gevoelig te zijn voor de verwachtingen van nieuwe partijen die je tegenkomt, goed luisteren

naar wat de doelgroep van ons vraagt en daarop ons aanbod richten. De NVSPV en de beroepsgroep manifesteren zich in heldere taal wie ze zijn én maken keuzes voor de toepassing van sociale psychiatrie!

'Van pop naar vlinder' (Metamorfose)

Metamorfose duidt op een schoksgewijze verandering. Het geeft een ontwikkeling aan in fasen. In het begin heb ik via de drie profielen een ontwikkeling aangeduid. Elk stadium heeft een eigen dynamiek gehad en een overgangsfase naar een nieuwe periode. Kenmerkend voor een metamorfose is, op tijd de bakens verzetten, niet te lang blijven voortborduren op een bepaald stramien of succesformule.

De SPV beroepsgroep staat nu weer voor een overgangsfase en heroriëntatie: zoeken naar een nieuwe identiteit (SPV in de maatschappelijke gezondheidszorg), nieuwe doelstelling (zie ook de drie kernopdrachten in het Beroepsdeelprofiel SPV, 2004), nieuwe inrichting van het vakgebied (welke methodieken, presentie als fundament?). De valkuil bij een metamorfose strategie is het niet op tijd inzetten van de verandering, te laat de neergaande lijn stoppen en ombuigen.

'De Praagse lente' (Revolutie)

Bij een revolutie denk ik al gauw aan een verandering doordat er een dramatische verschuiving is geweest. De huidige ontwikkelingen in ons vakgebied en de GGZ vergelijk ik voor het gemak maar met een kleinschalige aardverschuiving met beperkte revolutionaire veranderingen als gevolg. Het stoppen van de subsidie voor de opleiding in 2007 is een voorbeeld van een aardverschuiving. Deze kleinschalige gebeurtenis kan onder de huidige omstandigheden grote gevolgen hebben. Opletten en actie is het devies: eigen onderwijs is de kurk van het SPV beroep, dus alle zeilen bijzetten. Ten tijde van revolutionaire veranderingen bestaat de kans dat nieuwe partijen een plek opeisen. Voor de SPV en de NVSPV betekent dit dat zij duidelijk moet maken of er een eigen sociaal psychiatrische plek in het GGZ veld is en wat tot het vakgebied hoort. Welke groepen cliënten worden door SPV-en bereikt en met welk aanbod? Welke SPV staat op de barricade om een grote groep te mobiliseren om een eigen opleiding te behouden? Maar vooral: hoe lang accepteren SPV-en de mismatch tussen cliënten en instellingen onder druk van een doorgeschoten marktwerking en bedrijfsvoering?

Tussentijdse conclusie:

De beroepsgroep SPV heeft in haar korte geschiedenis een logische en natuurlijke ontwikkeling doorgemaakt. Anno 2005 lijkt de logica te worden ingehaald door de wet van de remmende voorsprong. Immers iedereen roept nu dat sociale psychiatrie hét aanbod is voor alle cliënten die op het gebied van vermaatschappelijking en bemoeizorg ondersteuning nodig hebben. Ik bespeur een tendens dat vooral collega GGZ-verpleegkundigen dit hard roepen. De SPV beroepsgroep werkt ondertussen 'stilletjes' door op de ingeslagen weg: de sociale psychiatrie als herkenbaar gedachtegoed met een eigen visie en een duidelijke plek te behouden in het GGZ veld. Mijn devies zou zijn: 'wacht niet af en laat een duidelijke stem horen'. De SPV beroepsgroep heeft genoeg in huis om de eigenstandige rol die zij thans in de GGZ-verpleegkunde inneemt, te behouden. Adaptie levert stilstand op, evolutie is te voorzichtig, metamorfose lijkt me te afwachtend, revolutie staat voor: krachtadig staan voor ons vakgebied. Gezien de huidige ontwikkelingen lijkt het mij meer dan logisch om de pijlen vooral te richten op de cliëntengroep zoals hierboven omschreven: de mens/burger met langdurige, complexe psychosociale en psychiatrische problematiek die een eigen plaats wil in de samenleving.

Wat doen we?

Aan de hand van het huidige beroepsdeelprofiel SPV (2004) werk gaan maken van zichtbaarheid! Het profiel blijft hangen in een beloftevol document als SPV-en op de werkvloer hier geen invulling aan geven.

Ik wil voorstellen dat de SPV beroepsgroep zich nog meer dan voorheen laat gelden en het heft in eigen hand neemt om het vakgebied sociale psychiatrie uit te dragen. En mijn persoonlijke opvatting is het werkterrein van de SPV bepaald wordt door de leefwereld van haar cliënten: de maatschappelijke context. Dat betekent wel dat nog duidelijker gemaakt moet worden welke kwaliteit geleverd wordt, dat deze toetsbaar en overdraagbaar is.

Inzicht, toetsbaarheid en overdraagbaarheid van kwaliteit, kunnen op basis van de volgende vier aspecten beschreven worden:

- visie (visionair);
- rollen en vaardigheden (persoonlijk);
- methoden en instrumenten (instrumenteel);
- producten en diensten (dienstbaar).

Deze factoren staan voor de visionaire, instrumentele, persoonlijke en dienstbare kant van de SPV - de SPV beroepsgroep.

Kernvisie

De kernvisie wil ik aanduiden als het fundament van ons werk: de sociale psychiatrie. In de sociale psychiatrie ligt de visie opgesloten hoe wij kijken naar geestelijke gezondheidsproblemen, de ontstaansgrond, de invloed van de omgeving en wat de SPV daaraan kan bijdragen. Al meer dan 75 jaar heeft de sociale psychiatrie ons een fundament voor ons werk verschaft.

Onze visie is gebaseerd op de oriëntatie in de maatschappelijke gezondheidszorg.

De toevoeging **maatschappelijk** dragen we niet voor niets al jaren mee in de aanduiding van de beroepsopleiding MGZ-GGZ. In het boek Sociale Psychiatrie (Onderwater et al., 2004) staan veel verwijzingen naar de kernvisie en in het Beroepsdeelprofiel SPV staan drie kernopgaven die de visie van de SPV presenteren.

De presentietheorie geeft ook invalshoeken/uitgangspunten waarmee de visie gevuld kan worden. Andries Baart heeft op de studiemiddag van 26 mei jl. uitgebreid stilgestaan bij de gezamenlijke opdracht van presentie en sociale psychiatrie.

Rollen en vaardigheden

De SPV treedt op in gebruikelijke rollen: behandelaar, consultatiegever, belangbehartiger, opleider. De presentie vult aan: bondgenoot, zedenpreker. In de wijkgerichte hulpverlening wordt ook gesproken over community connector. Rollen hebben geen betekenis als ze niet gevuld worden met persoonlijke kwaliteit en vaardigheden. Naast methodische kwaliteit, kennis en houding is er dus sprake van jezelf inzetten. Brinkman (2004) somt agogische vaardigheden op die als vanzelfsprekend horen bij de hulpverlener/SPV die zijn werk sociaal psychiatisch uitvoert: het delen van gevoelens, een tegenbeeld tonen, verduren, giften waarderen, aanmoedigen, betrappen, uitgraven, ruziën, doen opbiechten, profileren, solidariseren, verzetten.

De komende jaren zullen we ons moeten richten op vaardigheden die binnen de context van het werken in 0e en 1e lijn passend zijn. We kunnen niet klakkeloos onze ervaringen uit de 2e en 3e lijn overplanten. Elke context vraagt opnieuw nadenken over de wijze van diagnostiek, interventies en de resultaten waar je op uit bent.

Methoden en instrumenten

Door de jaren heen heeft de SPV zich bediend van allerlei methoden en instrumenten. In alle jaargangen van Sociale Psychiatrie staan regelmatig

casuïstische beschrijvingen van goede praktijken. Het gaat om individuele en groepstherapeutische methoden, praktische en maatschappelijke hulpverlening, preventieve methoden, methoden van belangenbehartiging, netwerkbegeleiding, zorgcoördinatie, acute psychiatrie en crisisinterventie.

Opvallend vind ik wel dat wij in ons vakgebied weinig tot niets onderzoeken op effectiviteit. We hebben vaak 'dichtbij-oplossingen' voor soms zeer complexe en voor veel hulpverleners bijna niet te verduren situaties. Ik denk dat we nog meer dan gebruikelijk is, onze sociaal psychiatrische praktijken moeten gaan beschrijven met aandacht voor uitvoering en evaluatie. Om vervolgens door middel van onderzoek deze casuïstiek te blijven volgen.

Producten en diensten

Hebben we eigen producten? Moeten we wel spreken over producten in weerwil van een steeds meer op commercie drijvende GGZ? Zijn er specifieke SPV-diensten die onze 'klanten' graag consumeren? Ik denk dat 'klanten' vaak krijgen wat ze niet willen, soms te weinig, maar ook regelmatig te veel. Een herkenbaar product vind ik bijvoorbeeld acute psychiatrie. Een aanbod waarin de SPV als hulpverlener op een eigen en professionele wijze verschijnt. Een beginnend product herken ik ook in het werken binnen huisartsen praktijk. Maar daar geldt ook: wat is specifiek voor onze SPV werkwijze, of worden we een verlengstuk van de instelling met eigen belangen. Durven we dit door huisartsen gewaardeerde werk echt op sociaal-psychiatrische leest te schoeien? Ook het werken in wijken kan een eigen herkenbaar en te onderscheiden product worden. Kortom: er zijn uitdagingen genoeg en de vraag doet zich voor of de beroepsgroep er niet toe is zich te specialiseren?

De vier kwaliteitsmaten zijn voor mij een (marketing) instrument om de SPV te helpen zichzelf en als beroepsgroep zichtbaar te maken met een herkenbaar profiel. Andries Baart heeft in zijn bijdrage de aanvullende waarde van de presentietheorie voor het SPV-vakgebied over het voetlicht gebracht.

De vier kwaliteitsmaten zie ik - samen met de inzichten, visie en principes van de presentiebenadering - als bouwstenen voor het SPV-vak.

Slotakkoord

Ik heb de NVSPV-profielen gebruikt om de ontwikkeling en profilering in de tijd te schetsen. Duidelijk werd dat de SPV op een kruispunt staat. De toekomst van de SPV wordt vooral door de beroepsgroep, maar zeker ook in samenspraak met belangrijke partijen in het veld (de cliënten, werkgevers, collega verpleegkundigen, opleidingen) ingekleurd. Om in 2015 nog even herkenbaar op de kaart staan, moeten er aanpassingen en keuzes gemaakt worden. Nu de durf tonen om onszelf te blijven onderscheiden, gaat zich dubbel en dwars uitbetalen. Ik wil graag positief vooruitblikken. Ook nadenken over de vraag hoe wij onze bescheidenheid verkopen.

Er zijn genoeg beren op de weg, ontwikkelingen die de SPV een flinke draai om de oren kunnen geven, toch moeten we blijven bouwen!!

Wat kan helpen is een beeld te vormen en ik wil dat beeld graag delen.

Het beeld van het profiel in 2015: een maatschappelijk georiënteerde, georganiseerde en geëngageerde SPV, opererend als generalist met een eigen specialisme:

- Een SPV die gespecialiseerd is in de toepassing van sociaal psychiatrische uitgangspunten en contextueel werkzaam is.
- Een SPV die in de leefwereld werkt; 'dichtbij' mensen werken die in de plinten van de maatschappij weggedrukt zijn!
- Een SPV die vooral werkzaam is in 0e en 1e lijn.
- Een SPV die niet schroomt eigen verpleegkundige praktijken op te zetten.

- Een SPV die nieuwe competenties zoals organiseren en faciliteren gebruikt om te werken aan, en in maatschappelijke steunsystemen.
 - Een SPV die een door de NVSPV gecertificeerde opleiding volgt: op postnieteel en op Master niveau.
-

Geraadpleegde bronnen

- Baart, A., (1998), Zorg geven aan armen: de opgave naderbij te komen, In: Sociale Overbodigheid, red. Laeyendecker et.al. Uitgave KSGV: 50 - 98
- Baart, A., (2002), Een theorie van de presentie, Utrecht: Lemma, 2e druk
- Baart, A. & M. Steketeer (2003), Wat aandachtige nabijheid vermag: Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties, In: Plemper E., et.al., Passie voor professionaliteit, Utrecht: Verwey- Jonker
- Brinkman F., (2004), Presentie in de praktijk; een verkenning in de maatschappelijke opvang, Utrecht: NIZW
- Hoogenboezem, G., (2003), Wonen in een verhaal; dak- en thuisloosheid als sociaal proces, Utrecht: De Graaff
- Hortulanus, R.P., et al., (2003), Sociaal isolement; een studie over sociale contacten en sociaal isolement, 's-Gravenhage: Elsevier Overheid
- Kal, D (2001), Kwartiermaken; werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond, Amsterdam: Boom
- Kal, D. & A. Onstenk (2002), Kwetsbaar en zorgzaam burgerschap; ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond, In: Modern Burgerschap, red. Horulanus R.P., & Machielse J.E.M., Uit serie het sociaal debat,'s-Gravenhage: Elsevier bedrijfsinformatie, 55 - 68
- Kal, D. (2004), De verbinding maken. Het verschil behoeden. Hoe het herwinnen van een plaats in de samenleving van belang is voor zingeving, In: Vragen naar zin; het perspectief van de GGz-cliënt, Tilburg: Uitgave KSGV, p. 34- 49
- NVSPV (1989), Functieprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, red. G. Lolinga en E. Duffels, Huizen
- Venneman, B.J.M (1998), Profiel SPV, Utrecht: NVSPV
- Venneman, B.J.M & M. Morsman (2004), Beroepsdeelprofiel SPV, Utrecht: AVVV
- RMO, (2001), Kwetsbaar in kwadraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen, Den Haag: RMO -advies 16

E-mailadres auteur Ben Venneman

info@benvenneman.nl