

---

# MEDIAAN

## Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland: een enquête

**Dhr. B. Koekkoek** (1973) is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en junior-onderzoeker bij Altrecht en het Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP).

**Dr B.K.G. van Meijel** (1960) is verpleegkundige en lector @ggz@-verpleegkunde bij de Hogeschool INHOLLAND te Amsterdam

**Prof. dr. A. Schene** (1956) is psychiater en hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam

**Prof.dr G Hutschemaekers** (1958) is psycholoog, hoogleraar aan de Radboud Universiteit te Nijmegen en directeur van het Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP).

### Inleiding

De beroepsgroep van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) vormt de grootste groep professionals in de institutionele ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ze biedt behandeling en begeleiding aan een uiteenlopende groep van patiënten, van oudsher vooral aan diegenen met langerdurende en ernstiger psychiatrische problematiek. In 1995 werden SPV-en in een studie van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (tegenwoordig het Trimbosinstituut) de 'bescheiden, harde werkers van de extramurale GGZ' genoemd (van Hoof en Wolf, 1995; p. 122). Hard werken lijken SPV-en vooral te doen in de directe patiëntenzorg want in de wetenschappelijke en vaktijdschriften is, met dit tijdschrift als uitzondering, relatief weinig van en over hen te vinden. In het kader van een groter onderzoek naar chronisch niet-psychotische patiënten vroegen wij SPV-en daarom naar een aantal kenmerken van hun dagelijkse werk en de context waarin ze hun werk doen. Recente ontwikkelingen zoals de opkomst van vrijgevestigde SPV-en, concurrerende kleine GGZ-organisaties, veranderingen in het verpleegkundig opleidingsstelsel en een mogelijke wettelijke erkenning van het verpleegkundig specialisme waren mede aanleiding om de beroepsgroep opnieuw in beeld te brengen.

### Achtergrond

In 1997 werden op basis van een toenmalige enquête en aanvullende interviews verschillende bedreigingen geformuleerd voor het SPV-beroep. De inpassing van ambulante professionals in de Ziekenhuis-CAO, de verschuiving van ambulante taken naar psychiatrisch verpleegkundigen en het zich niet meer bezig houden met verpleegkundige kerntaken werden destijds opgemerkt (zie Wolf e.a., 1997). Ook op dit moment, ruim tien jaar later, staat het SPV-vak onder druk, vooral door de al jaren dreigende opheffing van de vier (voorheen zeven) SPV-opleidingen. De praktijkgerichte SPV-opleiding heeft nooit een duidelijke status in het onderwijstermen (HBO, post-HBO opleiding of iets anders?) gehad en wordt vanaf 2007 niet langer gefinancierd door het Ministerie van OCW. Hoewel de beroepsgroep en de HBO's manieren hebben bedacht om deze maatregel het hoofd te bieden is dit een reële bedreiging voor de toekomst, wat al blijkt uit het ter ziele gegaan van de opleiding binnen drie hogescholen. De erkenning als verpleegkundig specialist volgens artikel 14 van de Wet BIG (zie ook Koekkoek, 2006) dreigt daarnaast aan de SPV voorbij te gaan.

Het is het afgelopen decennium niet veel anders geweest: het jubileumboek van de NVSPV (van der Padt, 1999) droeg de titel 'hoopvol bezorgd'. Naast bedreigingen zijn er echter ook kansen voor SPV-en, bijvoorbeeld als vrijgevestigde professionals. Huisartspraktijken kunnen hun zorg inkopen, patiënten kunnen er rechtstreeks gebruik van maken via het Persoons Gebonden Budget en in nieuwe GGZ-organisaties kan de SPV als kleine zelfstandige aan de slag. In de bespreking van de resultaten zullen we terugkomen op deze actuele zaken en bovendien bekijken in welke mate het wat sombere beeld van ruim 10 jaar geleden (Wolf e.a., 1997) bewaarheid is geworden.

### **Omvang van de beroepsgroep**

Het totale aantal in Nederland werkzame SPV-en is onbekend en kan alleen via extrapolatie worden geschat. Via drie methoden hebben wij het waarschijnlijke aantal SPV-en vastgesteld op 2700 tot 3000. De eerste methode baseert zich op de organisatiegraad van de professie, die rond de 70% zou liggen (Verberk, persoonlijke mededeling). Bij een ledenaantal van 1946 bij de start van de enquête zou dit resulteren in 2780 SPV-en. De tweede methode baseert zich op de vorige grote enquête onder SPV-en in 1993, toen het aantal werd geschat op 1550. Bij een geschatte gemiddelde uitstroom van 30-35 gediplomeerden per opleiding (in totaal zeven in Nederland) zou er sinds 1994 een aantal van 3200-3300 SPV-en zijn bijgekomen. Echter, rekening houdend met een jaarlijkse uitstroom van 150 collega's vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd mogen we ervan uitgaan dat in dezelfde periode circa 1800-1900 SPV-en het vak verlieten. Deze berekening resulteert in een aantal tussen de 2700 en 2900 SPV-en. Een derde indicatie geeft het groeipercentage van de SPV-beroepsgroep tussen 1985 en 1992, dat 7% per jaar bedroeg. Bij een ongewijzigde groei zou ook volgens deze berekening het aantal SPV-en op ongeveer 3000 uitkomen. We nemen dus aan dat het gemiddelde van de gevonden waarden, 2850, een redelijke schatting van het totale aantal is.

### **Vraagstelling en onderzoeksontwerp**

Graag wilden wij een recent beeld krijgen van de beroepsuitoefening van SPV-en. We vroegen ons af wat de persoonlijke kenmerken van SPV-en en hun werksituatie zijn met als doel deze te vergelijken met de resultaten van de eerder genoemde enquête uit 1995. De 1e auteur deed al eerder kleinschalig onderzoek onder SPV-en (Koekkoek, 2004; Koekkoek e.a., 2008) doch hier was een grootschalig kwantitatief onderzoek het best passend bij de vraagstelling. Wij gebruikten een internetenquête om de gestelde vragen te beantwoorden waarbij we dankbaar gebruik maakten van de ervaringen met eerdere enquêtes in Groot-Brittannië (White & Brooker, 2001) en Nederland (van Hoof en Wolf, 1995). De eerste schriftelijke versie werd getest onder een groep van 27 SPV-en waarna verschillende vragen werden verwijderd en enkele formuleringen werden aangepast. Vervolgens werd een digitale versie van de enquête getest onder 6 SPV-en waarna technische fouten werden verwijderd en de gemiddelde invulduur werd berekend.

Het ledenbestand van de beroepsvereniging werd gebruikt als steekproefkader omdat deze groep eenvoudig toegankelijk is en gezien haar omvang (ca. 2000 leden) waarschijnlijk een representatieve afspiegeling is van de beroepsgroep. Het kan niet geheel uitgesloten worden dat niet-leden verschillen van leden, hetgeen de representativiteit van de enquête zou verminderen. Echter, de in dit onderzoek gestelde vragen betreffen vooral demografische kenmerken van de professional en feitelijke kenmerken van de werksituatie. We hebben geen reden om aan te nemen dat het al dan niet lid zijn van de beroepsvereniging deze kenmerken beïnvloedt.

## **Dataverzameling, respons en data-analyse**

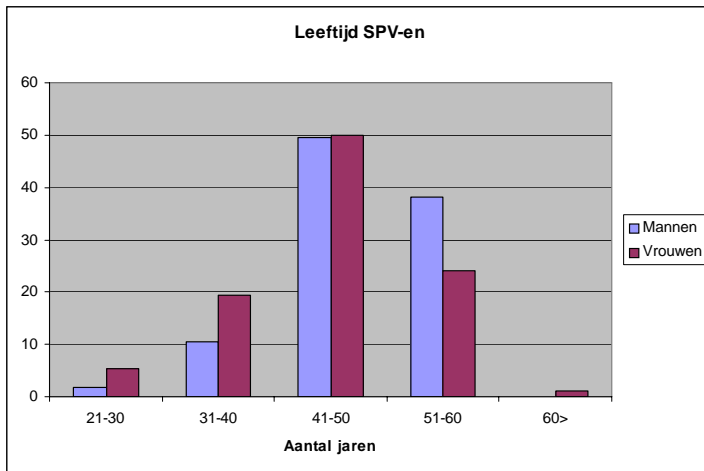
Alle genoemde leden ontvingen een brief waarin achtergrond, doel en procedures van de enquête werden uitgelegd. In de brief stond een link naar een Internetsite en tevens was het mogelijk om per post, telefoon of e-mail een schriftelijke versie van de enquête aan te vragen. Deze werd dan per omgaande, voorzien van een gefrankeerde antwoordenvolpde, retour gezonden. Gedurende 6 weken was de enquête via Internet toegankelijk. Na twee weken ontvingen alle leden een schriftelijke herinnering in de vorm van een briefkaart en na vier weken nog één. Van de 1946 verzonden uitnodigingen kwamen er 6 retour vanwege foutieve adressen. Er werden 776 enquêtes ingevuld, resulterend in een responspercentage van exact 40% ( $776/(1946-6)*100$ ). Dit is een zeer acceptabel percentage voor een Internet-enquête (waarbij de respons doorgaans lager is dan bij een schriftelijke enquête, Kongsved e.a., 2007). Bij de beroepsvereniging zijn demografische gegevens opgevraagd over het gehele ledenbestand, die zijn vergeleken met die van de respondenten. Daaruit bleek dat de deelnemers aan de enquête qua geslacht, leeftijd en ervaring een representatieve afspiegeling zijn van het totale ledenbestand. Voor de analyse van de data werd gebruik gemaakt van SPSS, versie 15. Voor de beschrijvende statistiek is gebruik gemaakt van frequentieverdelingen, gemiddelde waarden en standaarddeviaties.

## **Resultaten**

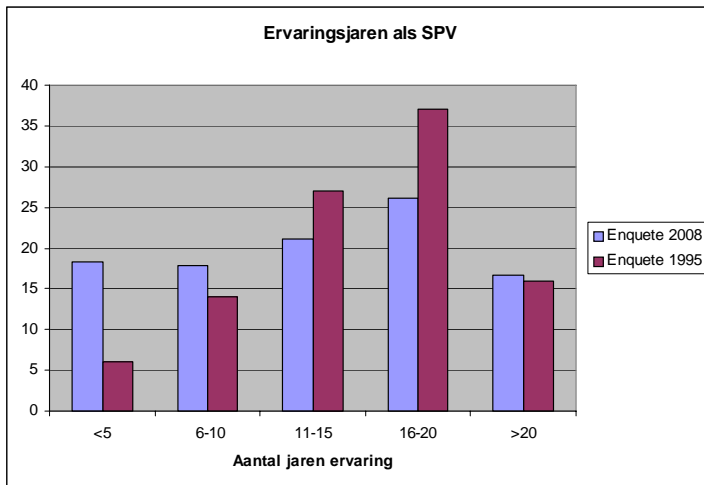
### ***Demografische kenmerken***

Van de respondenten was 54,2% vrouw, tegen 46,9% in de enquête van 1995. Het percentage vrouwelijke SPV-en is dus fors toegenomen en de man-vrouw verhouding is min of meer omgedraaid. De gemiddelde leeftijd van de SPV in 2008 is 46,6 jaar, tegen 40,6 jaar in 1995. De verdeling van SPV-en over vijf leeftijdscategorieën is grafisch weergegeven in figuur 1, waarin zichtbaar wordt dat veruit het grootste gedeelte van de beroepsbeoefenaren tussen de 41 en 50 jaar oud is en een minderheid jonger dan 30 of ouder dan 60. Tussen mannen en vrouwen zijn aanzienlijke verschillen, er zijn meer mannen van boven de 50, terwijl de enkele SPV boven de 60 altijd een vrouw is. In 1995 was 88% van de SPV-en tussen de 30 en 50 jaar oud (Wolf e.a., 1997), momenteel is dat 65%. De groep ouder dan 50 omvat echter ruim 30% van de SPV-en en brengt daarmee de gemiddelde leeftijd omhoog. Het aantal jaren ervaring als SPV lag, in tegenstelling tot de gemiddelde leeftijd, in deze enquête lager dan in 1995 (10,9 jaar versus 13,1 jaar). Het gemiddelde aantal jaren ervaring van de SPV-en die eerder als psychiatrisch verpleegkundige werkten (98,4% van het totaal) is 11,4 jaar. In figuur 2 is te zien dat de verdeling van ervaringsjaren in 2008 anders is dan die in 1995: er zijn minder zeer ervaren en meer 'onervaren' SPV-en.

Figuur 1 (Vertikaal = percentage SPV-en)



Figuur 2 (Vertikaal = percentage SPV-en)



### **Opleiding, functie en dienstverband**

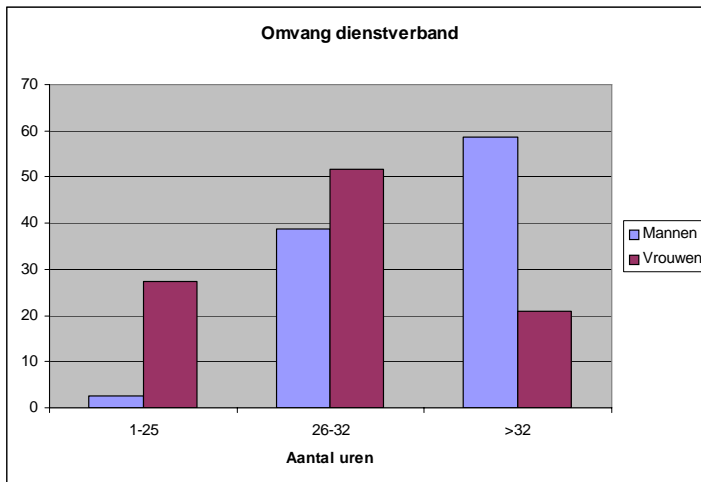
Van de deelnemende SPV-en had het overgrote deel (88,7%) de SPV-opleiding gevolgd, nog iets meer dan in 1995 (85,5%). Een groot deel van de respondenten (34,6%) volgde daarnaast een voortgezette opleiding: de VO-SPV (27,4%), de kaderopleiding (0,9%) of een andere VO (6,3%). Dat is minder dan in 1995, toen de helft van de SPV-en aangaf een dergelijke opleiding gevolgd te hebben.

Relatief kleine aantallen volgden opleidingen met een meer academisch karakter: een Masteropleiding in één van de gezondheidswetenschappen (2,4%), verplegingswetenschappen (0,9%) of de GGZ-VS (0,9%). De categorie 'anders' was relatief klein (6,3%) en door het grotere aantal keuzemogelijkheden niet goed vergelijkbaar met die categorie in 1995 (46,2%). Nagenoeg alle SPV-en (99%) zijn BIG-geregistreerd.

Bijna alle respondenten werken als SPV (91,8%), waarbij bijna driekwart alleen als SPV werkt en 17,6% ook een andere functie heeft en 8,2% uitsluitend een andere functie heeft. In 1995 waren deze percentages respectievelijk 77,0%, 18,5% en 4,5%. Populaire andere functies zijn: trainer/adviseur (7,9%), leidinggevende (7,5%), docent/onderzoeker/stafid (3,7%), preventiefunctienaris (5,0%) en 'anders' (1,2%).

De gemiddelde omvang van het dienstverband is gedaald: 31,6 uur per week ten opzichte van 33,1 uur in 1995. De verdeling van SPV-en over drie categorieën (figuur 3) laat zien dat het hoogste percentage 26 tot 32 uur (45,9%) werkt en een relatief groot deel meer dan 32 uur (38,3%). Vrouwen en mannen verschillen qua arbeidsurenpatroon, overeenkomend met het (nog altijd) algemene maatschappelijke beeld van langer werkende mannen.

Figuur 3 (Vertikaal = percentage SPV-en)

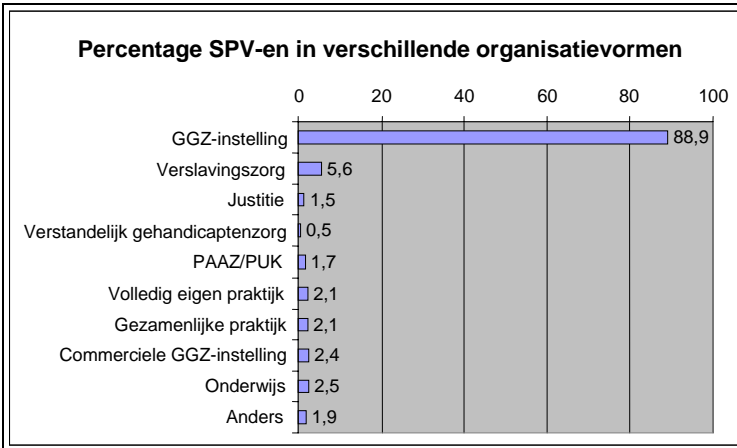


### Organisatie, afdeling en werkplek

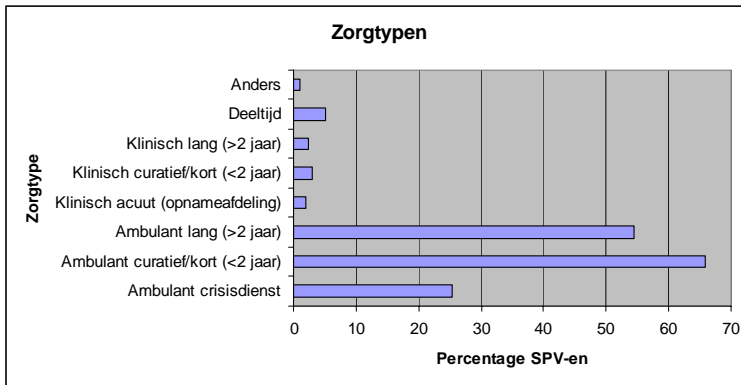
Veruit de meeste SPV-en (bijna 90%) werken voor een GGZ-instelling, veel minder in een andersoortige gezondheidszorginstelling (bijna 10%). Relatief weinig SPV-en werken in een eigen praktijk of commerciële GGZ-instelling (6,6%) en een klein deel in het onderwijs (2,5%) of elders (1,9%). Figuur 4 laat deze verdeling in detail zien (de percentages tellen niet op tot 100 omdat een aantal respondenten in meer dan één organisatie werkt).

SPV-en zijn het meest werkzaam op afdelingen waar curatieve zorg wordt geboden die korter duurt dan twee jaar (65,9%). Het minst zijn zij werkzaam op acute opnameafdelingen (1,9%). Zoals verwacht mag worden werkt het overgrote deel ambulant en een klein deel klinisch of in deeltijd. Figuur 5 laat de percentages zien (die opnieuw niet optellen tot 100 omdat sommigen meer dan één werkplek hebben).

Figuur 4



Figuur 5



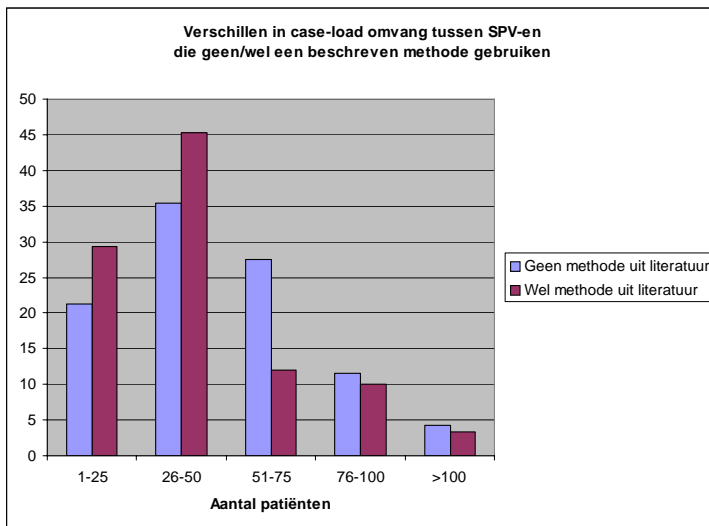
### ***Clënten, methodiek en supervisie***

Veel SPV-en (82,7%) hebben een eigen case-load met volwassen cliënten. Slechts 2,9% heeft helemaal geen cliëntencontacten, terwijl 6,2% deze wel heeft maar geen eigen case-load heeft (bijvoorbeeld omdat deze SPV-en uitsluitend intakes of crisisinterventie doen). De 7,6% die geen eigen case-load tussen de 18 en 60 jaar heeft omvat waarschijnlijk de SPV-en die in de jeugd- en ouderenzorg werken. Dit is een erg klein percentage, zeker in vergelijking met dat van 1995, toen ruim 30% op jeugd- en ouderenafdeling werkte, dus deze conclusie is - door onze manier van vraagstelling - mogelijk niet correct. De gemiddelde omvang van de case-load is ruim 48 patiënten, een aantal dat helaas niet te vergelijken is met 1995 omdat dit toen niet werd gevraagd. In een Britse enquête (White & Brooker, 2001) onder SPV-en (CPNs) werd een aantal van 38 patiënten gevonden (ruim 20% minder), in een Schotse (Naji et al., 1998) werd 37 gevonden en in een recente Ierse 61 (McCardle et al., 2007).

Gezien het relatief grote aantal parttimers in Nederland in vergelijking met Groot-Brittannië, hebben we de gemiddelde case-load omgerekend naar het full-time equivalent (36 uur). Dan zou het aantal patiënten per SPV bijna 55 bedragen, waarmee Nederland vergeleken met de Britse landen de op een na hoogste positie zou innemen.

Na correctie voor het aantal contracturen per week, deelden we de SPV-en in naar een 'kleine' case-load (minder dan 1 patiënt per contractuur) en een 'grote' case-load (meer dan twee patiënten per contractuur). Deze categorieën bleken erg symmetrisch verdeeld te zijn: 29,8% zat onder de 1, 27,3% boven de 2 en de grootste groep (43%) zat in het midden (tussen 1 en 2 patiënten per contractuur). Tussen de 'kleine' en 'grote' caseload-groepen vonden we geen grote verschillen: SPV-en met een grote case-load zijn iets ouder (bijna 2 jaar) en iets ervarener (bijna een jaar langer SPV) dan die met een kleine. Op deeltijdafdelingen zijn de case-loads kleiner, in crisisdiensten en kortdurende behandelafdelingen juist groter. Op afdelingen waar volgens een in de literatuur omschreven methode wordt gewerkt, is de case-load kleiner dan op andere afdelingen (figuur 6).

Figuur 6 (Vertikaal = percentage SPV-en)



Ruim een derde van de SPV-en (34,1%) gaf aan dat er geen gebruik werd gemaakt van een methodiek op de afdeling. Iets meer SPV-en (41,4%) meldden dat er gebruikt werd gemaakt van een afdelingsmethodiek en een kwart (24,5%) vermeldde dat zij een methodiek gebruikte die zowel op de afdeling gebruikelijk was als in de literatuur beschreven staat.

Een andere vraag betrof het participeren in intervisie en supervisie, hetgeen veel SPV-en doen (respectievelijk 65,4% en 3,1%). Een vijfde (20%) participeerde in geen van beiden, 11,5% juist in beide. Dit resulteerde in een gemiddelde van anderhalf uur (89,6 minuten) supervisie of intervisie per maand, de eerste doorgaans gegeven door een psycholoog/psychotherapeut (36,4%), collega verpleegkundige (27,3%), psychiater (21,6%) of ander (14,8%). Intervisie vindt meestal plaats met collega's (multidisciplinair, 73,1%) maar ook met uitsluitend SPV-en (26,9%).

## Discussie

Uit deze enquête komt de 'gemiddelde' SPV naar voren als een man of vrouw van 48 jaar die zo'n 32 uur werkt op een ambulante afdeling van een GGZ-instelling. Hij of zij heeft gemiddeld ruim twintig jaar ervaring, waarvan bijna 11 als SPV. De gemiddelde SPV heeft een case-load van 48 cliënten, participeert doorgaans in supervisie of intervisie en werkt weinig volgens een in de literatuur beschreven methode.

De uitkomsten van deze enquête kunnen op zichzelf beoordeeld worden maar moeten zeker ook in het licht van recente beroepsmatige ontwikkelingen en andere enquêtes worden bekeken. Allereerst valt op dat deze enquête een lagere respons opleverde dan die in 1995 (40% versus 69%) maar dat in absolute aantallen meer SPV-en reageerden. Dat is niet verwonderlijk gezien de (geschatte) stijging van het aantal SPV-en in Nederland. De wijze van verspreiding was in 1995 anders (rechtstreeks via afdelingen, op papier) dan nu (via de beroepsvereniging, on-line), hetgeen de respons zeer waarschijnlijk ongunstig heeft beïnvloed.

Het hogere absolute aantal geeft aan dat ondanks de in 1997 geschetste bedreigingen (Wolf e.a., 1997), het SPV-vak nog immer levend is. Ondanks een stijging van de gemiddelde leeftijd, is de verdeling van meer en minder ervaren SPV-en gelijkmatiger geworden. De instroom van nieuwe SPV-en is groot geweest in de afgelopen jaren, hetgeen ook zichtbaar is in de ruime verdubbeling van het aantal NVSPV-leden (878 in 1995, 1974 in december 2007). Ofwel: psychiatrisch verpleegkundigen kiezen er tegenwoordig op hogere leeftijd en met meer ervaringsjaren, alsnog voor om SPV te worden. Vergeleken met de gemiddelde leeftijd van de Engelse SPV-en (39 jaar) is de Nederlandse SPV ouder (46 jaar) en meer ervaren (6 jaar SPV-ervaring tegen 11 jaar).

De GGZ is nog altijd veruit de grootste werkgever van SPV-en, weinigen werken nog in een minder traditioneel dienstverband (eigen praktijk, netwerkorganisatie). Op basis van de aandacht die de laatste jaren bestaat in de beroepsgroep voor andersoortige diensverbanden, hadden wij een hoger percentage verwacht. Mogelijk overwegen veel SPV-en een 'vrijere' constructie maar werken er (nog) niet in.

Opvallend is verder dat het grootste percentage SPV-en werkt in de kortdurende zorg (door ons gedefinieerd als minder dan 2 jaar). Hoewel de langerdurende zorg er vlak achter komt, hadden wij deze verhouding omgekeerd verwacht. Het beeld dat door Wolf e.a. (1997) geschetst werd van de SPV die zich niet primair bezig hield met mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen, lijkt nog altijd correct. Ondanks de toegenomen aandacht voor bemoeizorg, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en Assertive Community Treatment (ACT) definiëren veel SPV-en hun werk dus als kortdurend van aard. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat relatief veel SPV-en in huisartsenpraktijken werken of kortdurende a-specifieke behandeling bieden (zie ook Koekkoek e.a., 2008). Vakinhoudelijk is er sinds 1995 het nodige veranderd: de rehabilitatiebenadering en kortdurende behandeling zijn populairder geworden terwijl ook andere methoden zoals de presentiebenadering (Baart, 2004) en de eerder genoemde bemoeizorg (o.a. Henselmans 1993; Lohuis e.a., 2000) door SPV-en omarmd werden. In hoeverre deze in de literatuur beschreven methoden ook werkelijk in de praktijk worden toegepast is vrij onduidelijk. Deze enquête geeft daarop enig zicht: een kwart van de SPV-en werkt volgens een methode die in de literatuur en op hun eigen afdeling omschreven is. De vraag rijst wat de andere 75% doet: volgen zij hun eigen methode of inzichten? Ruim 40% zegt de afdelingsvisie of methode te hanteren. Vanwege ruimtegebrek konden wij in deze enquête helaas niet nagaan waaruit deze dan bestaat. Mogelijk is deze visie of methode wel degelijk gebaseerd op de literatuur maar waren niet alle respondenten zich daarvan bewust. Aangezien dit laatste slechts gissen is, kunnen we aan de hand van de cijfers niet anders concluderen dan dat het met de verspreiding van

beschreven methoden onder SPV-en niet goed gesteld is. Deze lage score zou overigens ook verklaard kunnen worden vanuit de beperkte aanwezigheid van passende visies en methoden, zoals reeds eerder betoogd werd (Koekkoek, 2004). In een recente enquête onder SPV-en in Wales werd overigens ook een beperkt gebruik van vastomlijnde methoden gerapporteerd (McCardle et al., 2007). De omvang van de case-load van SPV-en anno 2008 kunnen we helaas niet vergelijken met die anno 1995, deze werd destijds niet nagevraagd. Wel kunnen we de gemiddelde omvang in Nederland internationaal vergelijken en zien dat we min of meer een middenpositie innemen. Wanneer we de activiteiten supervisie en intervisie vergelijken met Engeland, zien we dat daar vooral supervisie wordt gegeven (aan zelfs 87% van de SPV-en), grotendeels door verpleegkundigen zelf. In Nederland is intervisie gebruikelijker dan supervisie, waarbij het multidisciplinaire karakter voorop staat. Het grote verschil geeft te denken: doet men in Engeland meer aan persoonlijke vorming of weerspiegelt het een traditioneel meester-gezel systeem? Onze eigen ervaring is dat onervaren SPV-en zich vaak onzeker voelen in hun nieuwe vak en slechts sporadisch persoonlijke begeleiding ontvangen. In dat opzicht kan Nederland mogelijk leren van de overzeese burens waar 95% van de supervisie deelnemers positieve resultaten van supervisie rapporteert (White & Brooker, 2001).

In welke mate de actuele ontwikkelingen kansen of bedreigingen betekenen voor de SPV kunnen we uit deze enquête niet opmaken. Wel kunnen we constateren dat de Nederlandse SPV-en zich nog niet massaal gestort hebben op (academische) vervolgoopleidingen, nog niet in grote getale kiezen voor zelfstandige vestiging, noch niet echt in de literatuur beschreven interventies toepassen en nog niet echt veel doen aan professionele ontwikkeling in de vorm van supervisie. We zouden daaruit kunnen concluderen dat het allemaal wel los loopt met de bedreiging van het SPV-vak, zeker gezien de sterke groei ervan sinds 1995. We zouden echter ook kunnen concluderen dat de Nederlandse SPV enigszins zelfgenoegzaam afwacht wat er in de GGZ en de psychiatrische verpleegkunde gaat gebeuren, zonder zich daarover echt al te veel zorgen te maken.

Er is een scenario denkbaar waarin de SPV straks in een spagaat terecht komt tussen de basisverpleegkundige (artikel 3) en de verpleegkundig specialist (artikel 14), waarin de laatste als enige behandelverantwoordelijkheid mag dragen. Met de toenemende nadruk op diagnostiek en medicamenteuze behandeling door (verpleegkundig) specialisten, zou ook het sociaal-psychiatrische gedachtegoed (hoe lastig te definiëren dat ook is) wel eens in gevaar kunnen komen. Wij zijn benieuwd naar hoe de beroepsgroep er over tien jaar voorstaat!

---

## Literatuur

- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom
- Elsom, S., B. Happell & E. Manias (2007). Exploring the expanded practice roles of community mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 413-429
- Henselmans, H. (1993). *Bemoezorg. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Delft: Eburon
- Hoof, F. van & J. Wolf (1995). *Beroep: SPV. Een onderzoek naar werk en toekomstperspectieven van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen*. Utrecht: NcGv
- Kudless, M & White, J.H. (2007, 5). Competencies and Roles of Community Mental Health Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45, 36-44
- McCardle, J, K. Parahoo & H. McKenna (2007). A national survey of community psychiatric nurses and their client care activities in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 179-188
- O'Brien, L. (2000). Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9, 4, 184-194
- Koekkoek, B. (2004) Steun vanaf een wankel basis. Over het werk van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 214-226

- Koekkoek, B., A. Quintus, B. Tiemens, C. van Boeijen & J. Spijker (2008). Langdurige begeleiding door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen bij angst en depressie. Is afwijken van de richtlijn onzin of noodzaak? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, in druk
- Kongsved, S.M., M. Basnov, K. Holm-Christensen & N. H. Hjollund (2007). Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *Journal of Medical Internet Research* 9(3):e25 (doi: 10.2196/jmir.9.3.e25)
- Lohuis, G., R. Schilperoort & G. Schout (2000). *Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ*. Groningen: Wolters Noordhoff
- Najji, S.A., A. Najji-Atherton, I. MacPherson & I. Dow (1998). The role of the community psychiatric nurse in community care: A national survey of present practice. *Health Bulletin*, 56, 813-821
- Padt, I. van der (1999). *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20e naar de 21e eeuw*. Eindhoven: NVSPV
- Wallace, T., S. O'Connell & S. Frisch (2005). What do nurses do when they take it to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Mental Health Journal*, 41, 481-496
- White, E and Brooker, C (2001) The fourth quinquennial community mental health nursing census of England and Wales. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 61-70
- Wolf, J. F. van Hoof & L. Neijmeijer (1997). Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 1007-1020

#### Gegevens onderzoeker

Bauke Koekkoek  
 Altrecht, Brinkveld Ambulant  
 Oude Arnhemseweg 260  
 3705 BK Zeist  
 b.koekkoek@altrecht.nl  
 030-6965414 (do), 026-4833339 (ma, di, vr)

## Praktijkondersteuner GGZ: belangrijke motor voor ontwikkeling eerstelijns GGZ

**Martien Bouwmans** coördinator modernisering eerste lijn Zorgverzekeraars Nederland

Sinds 1 januari j.l. maken de behandelkosten in de GGZ onderdeel uit van de Zorgverzekeringwet. Dat is een belangrijke verandering. Niet langer worden de kosten door het zorgkantoor (de AWBZ) vergoed. De kosten van de GGZ-hulpverlening lopen nu via de zorgverzekeraar. Er is op termijn een directe relatie tussen de hoogte van de nominale premie en de GGZ-kosten die jaarlijks gemaakt worden. Lopen de kosten voor GGZ-hulpverlening uit de hand, dan zal de zorgverzekeraar volgend jaar zijn premie moeten verhogen.

Het belang voor de zorgverzekeraar om de GGZ-kosten enigszins te beheersen is daarmee groot. Om die reden koersen veel verzekeraars er op veel méér problematiek via de huisarts, in de eerste lijn, af te wikkelen. Er is een groot belang om de cliënt met psychische problemen zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht te laten komen. Géén in beginsel lichte problematiek naar de dure tweede lijn. Stepped care. Zo lang als mogelijk ambulant...

Om het proces in de eerste lijn te stroomlijnen, de huisarts te ondersteunen bij zijn taak om problemen van cliënten helder te krijgen en juiste doorverwijzingen te doen, is inmiddels de functie praktijk-ondersteuner GGZ ontwikkeld. Deze praktijkondersteuner speelt een belangrijke rol om de patiënt snel bij de juiste, meest doelmatige hulpverlener te krijgen. De PO doet aan vraagverheldering, de PO overlegt in samenspraak met de patiënt welke interventies gepleegd moeten worden, verwijst zo nodig door.

En aan de PO, -die in het verleden van en in samenspraak met de huisarts werkt-, wordt over de voortgang van de behandeling teruggerapporteerd. Hier ontbrak het in het verleden ook nogal eens aan.

Een po-ggz wordt de spil in de huisartsenpraktijk om de GGZ-zorg veel doelmatiger te laten verlopen.

De functie PO-GGZ is dus op enkele onderdelen anders dan de SPV-er in de eerste lijn, zoals die zich in de afgelopen jaren ontwikkeld heeft. De SPV-er werd vanuit de tweede lijn in de huisartsenpraktijk gedetacheerd, betaald vanuit de AWBZ; de huisarts had er geen kosten en weinig omkijken naar, terwijl de SPV-er wel de huisarts veel werk uit handen nam.

De SPV ondersteunde, maar behandelde ook zelf. Dat laatste kan als gevolg van de Zorgverzekeringswet niet op dezelfde wijze volgehouden worden. De zorgverzekeringswet berust op marktwerking: er zijn meerdere behandelaars die kortdurende behandeltrajecten in de eerste lijn willen verzorgen. Dat kan de ELP zijn, nieuwe aanbieders, psycho-therapeuten, maar ook de GGZ-instellingen mogen een aanbod in de eerste lijn ontwikkelen. Er dient voor al deze behandelaars wel een gelijk speelveld te zijn. Of al deze behandelaars ook allemaal betaald worden is overigens weer afhankelijk van het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar .

De PO voert in beginsel zelf geen behandeltrajecten uit, anders dan de huisarts zelf ook zou doen. Voor zover de huisarts cliënten behandelt, kan dat ook door de po gebeuren. Met uitzondering van het voorschrijven van medicijnen. Dat is weer voorbehouden aan de huisarts.

De taakafbakening lijkt hiermee op het scherpst van de snede te worden uitgevochten. Dat is ook weer overdreven. In de overgangsfase (2008) worden op veel plaatsen nog steeds SPV-ers vanuit de tweede lijn gedetacheerd. Hulpvraagverduidelijkingsgesprekken zijn óók een soort behandelgesprekken. Het behandelgebied van de huisarts is niet echt scherp afgebakend.

Maar het gaat om de grote lijn: de PO-GGZ functie vervult de poortwachtersfunctie in de eerste lijn voor GGZ-problematiek. Bedoeld om generalistisch te werken (niet alles medicaliseren ), óók met het maatschappelijk werk en de WMO schakelen, als casemanager fungeren wanneer meerdere interventies tegelijkertijd wenselijk en nodig zijn.

Een belangrijke functie die mede bepaalt of de eerstelijnsGGZ die in feite jarenlang buiten beeld is geraakt opnieuw leven kan worden ingeblazen.

De middelen die in eerste instantie voor deze functie ingezet mogen worden van de overheid zijn beperkt. Daarom is nog slechts een gering aantal uren per huisarts inzetbaar. Maar het staat de verzekeraar vrij om méér uren te gaan financieren. Dat is vooral ook afhankelijk van de vraag of de po-ggz werkt, in die zin dat cliënten meer dan voorheen binnen de huisartsenpraktijk behandeld worden en of dat (financiële) resultaten afwerpt in de zin dat de kosten in de tweede lijn afnemen. Vooralsnog zijn dat onbeantwoorde vragen die de PO-ggz echter mede zelf in de hand heeft.

De po-ggz functie kan vooral goed tot ontwikkeling komen in geïntegreerde eerstelijnsvoorzieningen. Daar werken meerdere huisartsen samen, zit vaak al maatschappelijk werk en een eerstelijnspsycholoog. Hier kunnen meer GGZ-behandel mogelijkheden tot ontwikkeling komen. Ook de begeleiding van langdurig zorgafhankelijke GGZ-clients kan heel goed vanuit de eerstelijnspraktijk gaan plaatsvinden.

De PO-functie zelf kan overigens natuurlijk weer goed door een gepokte en gemazelde SPV-ers vervuld worden, maar dan wel in dienst en aangestuurd vanuit de eerste lijn..

Huisartsen, -de LHV- vindt de rompslomp die met de nieuwe regeling gepaard gaan lastig. Er is vooralsnog weinig animo iets van de po-ggz functie te gaan maken. Een gratis SPV-er uit de tweede lijn vindt men toch handiger. Dat klemmt voor de huisarts temeer nu de po-ggz eerder als schakelstation gaat werken naar andere GGZ-hulpverlening, en geen werk en inkomsten voor de huisarts zélf genereert.

Jammer dat de huisartsen ook nu weer vooral het korte termijn belang voor ogen hebben en niet de po-ggz willen zien als belangrijke investering voor de toekomst, waarmee de capaciteit en groei van eerstelijnsvoorzieningen op GGZ-gebied een belangrijke impuls kunnen krijgen.

Want de PO-ggz-functie vormt in feite de basis voor substitutie vanuit de tweede lijn. Naarmate de eerstelijnspraktijk ook op GGZ-problematiek beter functioneert, -en daar kan de po-ggz een belangrijke rol in spelen-, kan er groei van en verschuiving naar de eerstelijns gaan plaatsvinden. Dat is in ieders belang.

Aanloopproblemen bij de PO-regeling, zoals beperkte middelen, een mogelijk te krap begrote inschaling om goede SPV-ers aan te kunnen trekken voor de PO-functie, een gering aantal in te zetten uren per huisarts, dat zijn allemaal zaken die bij de evaluatie van de regeling aangekaart en ten goede gekeerd kunnen worden.

Het is dan wel zaak het belang van de PO-functie, nut en noodzaak van goede gestroomlijnde, generalistische, eerstelijns psychische hulpverlening te onderkennen. En dan vooral het belang van de cliënten, die daar zéér mee geholpen zijn, voor ogen te houden....

---

## Seasonschool

**Onno Kastelein** en **Peter Braem**, redacteuren SP

De V&VN-SPV heeft in samenwerking met Lilly-Nederland de Seasonschool georganiseerd, met als doel bevordering van deskundigheid van de spv'n in de eerstelijns GGZ. De doelstelling van Seasonschool is om spv'n meer kennis en inzicht te geven in hun rol bij de stepped care, de oplossingsgerichte benadering en de behandeling van pijn en depressie. Ook wordt duidelijk gemaakt hoe zorgverzekeraars aankijken tegen de huidige ontwikkelingen. De Seasonschool werd op diverse locaties in het land georganiseerd. Onno Kastelein en Peter Braem waren erbij in Rotterdam.

De dag wordt gehouden in het Prinsesstheater. Een sfeervolle entourage. Jeanne Derks is de dagvoorzitter en heet ons welkom namens de V&VN-SPV. Zij legt de nadruk op het belang van kennisoverdracht en het volgen van de ontwikkelingen in de eerstelijns.

### **Succes, Coaching en Samenwerking, door Tom van 't Hek**

De eerste spreker in de rij is Tom van 't Hek. Geen onbekende in de sportwereld, als hockeyer, coach en sportpresentator. Daarnaast volgt hij als (ex) huisarts de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op de voet. Hij draait geen verhaal af maar loopt door de zaal, stelt prikkelende vragen en laat geen mogelijkheid voorbij gaan om een discussie aan te zwengelen.

Hij onderstreept het belang om als spv de ontwikkelingen in de eerstelijns lijdzzaam af te wachten. Te laten zien dat je werk er toe doet en je te laten leiden door wat je beweegt, namelijk de zorg voor de patiënt en waarschijnlijk financieel aantrekkelijke mogelijkheden als je kiest om te gaan werken als zelfstandige spv.

### **Specialisten en generalisten, door Chiel Hutchemaekers**

Chiel Hutchemaekers is verbonden aan de sectie klinische psychologie en het academisch centrum sociale wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij is tevens directeur van het GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering).

Volgens Hutchemaekers staat ons hele beeld van de psychiatrie ter discussie. De zorg van generalisten, mantelzorgers en lotgenoten is namelijk soms effectiever dan die van specialisten. Dit staat echter haaks op onze algemene visie, die voortkomt uit het medisch-specialistisch denkmodel, en van het tegenovergestelde uitgaat: de specialist geeft altijd de beste zorg. In deze algemene, klassieke visie op zorg wordt de specialist als de beste beschouwd en de generalist als tweederangs. Het is echter belangrijk om te begrijpen dat de rol die je als hulpverlener hebt, veel bepalender is dan een interventie die je doet. Deze gedachte past niet binnen de medisch-specialistische visie. Community Mental Health Care, een voortvloeisel van de medisch-specialistische visie, richt zich op het zo snel mogelijk inschakelen van de juiste interventies. *Wie* deze interventie doet, specialist, verpleegkundige of huisarts, maakt in de klassieke visie niet uit, want volgens de klassieke visie moet iedereen hetzelfde doen. Hutchemaekers maakt zich hierover boos, niet omdat hij tegen het medisch specialistisch systeem is, maar omdat iedereen dan meer van hetzelfde doet, waarbij samenwerking of doorverwijzing geen enkele zin heeft. Het wordt tijd voor een nieuw specialisme, aldus Hutchemaekers, namelijk het generalisme.

Generalisten kijken anders dan specialisten. De huisarts, een generalist, gaat uit van een pluis-niet pluis gevoel. Hij stelt de vraag naar de ernst en de context en normaliseert waar nodig de problematiek. Volgens Hutchemaekers probeert hij demoralisatie op te heffen en geeft, bij wijze van placebo effect, pillen in verkeerde, te lage, doseringen. Daarnaast is de generalist poortwachter, gericht op het versterken van het eigen herstel van de patiënt en *al toeziende wachtend*, hetgeen niet eenvoudig is. De specialist komt in de visie van Hutchemaekers pas in beeld als de cliënt niet vanzelf beter wordt.

Hutchemaekers concludeert dat spv'n in de eerste lijn zich beter als generalist dan als mini specialist zouden moeten opstellen. Daarbij is het wel belangrijk dat zij uitgaan van een eigen kunde, een eigen rol en een eigen diagnostiek. Zij zullen de rol van verpleegkundige meer moeten profileren. Een verpleegkundige is immers geen arts, psycholoog of psychiater.

### **Oplossingsgerichte benadering, door Adrie de Leeuw**

De spreker werkt als spv in verschillende huisartspraktijken en in zijn eigen praktijk voor individuele begeleiding bij persoonlijke groei en communicatie. Hij werkt voornamelijk vanuit de principes van de NLP en oplossingsgerichte psychotherapie. Zijn lezing is een opsomming van de principes uit beide stromingen en hij benadrukt vooral hoe succesvol de methodiek werkt in de eerstelijns.

De patiënt wordt in het kader van doelformulering bijvoorbeeld gevraagd "Wat zal er veranderen zodra ons contact zinvol voor u is geweest?" en de spv dient zich voortdurend te richten op de uitzonderingen met vragen als: "Zijn er tijden waarop het probleem zich niet voordoet of minder ernstig is?" "Wat doet u dan?" of "Hoe merken anderen dat aan u?"

Ik miste in het verhaal de nuancering, want deze methodiek werkt nu eenmaal niet altijd en zeker niet bij iedereen. De beweegredenen van hulp zoeken en de functie van de klachten is nu eenmaal zeer verschillend. Bovendien is het werken volgens deze methodiek op het eerste gezicht eenvoudig maar dat is niet zo. Het vraagt mijns inziens scholing en vooral oefening. Omdat we van huis uit geneigd zijn in te gaan op klachten bij de patiënt en niet op het klachtenvrije deel van het bestaan.

### **De positie van de SPV in de 1e lijn, door Martien Bouwmans**

De spreker is werkzaam bij Zorgverzekeraars Nederland en houdt zich bezig met ontwikkelen van GGZ-hulpverlening in de eerste lijn.

Hij schetst de laatste ontwikkelingen van de trend om meer te behandelen in de eerste lijn en gaat tijdens zijn betoog in op de rol die zorgverzekeraars zien voor de spv. De zorgverzekeraar ziet enerzijds graag een onderlinge competitie van hulpverleners in de eerste lijn maar wil anderzijds ook dat het proces gestroomlijnd wordt en een patiënt snel en doelmatig geholpen wordt.

Eén ding is in ieder geval zeker, de spv bij de huisarts gaat vervangen worden door de POH-GGZ. Ondanks tevredenheid bij de huisartsen en de spv'n gaat het roer om. De bedoeling is dat de POH-GGZ aangestuurd wordt vanuit de eerste lijn en onafhankelijk is van GGZ-aanbieders. De gewenste taken verschillen niet veel van het huidige werk van de spv bij de huisarts, o.a. ondersteuning huisarts, hulpvraagverduidelijking, doorverwijzing, schakelen naar AMW en WMO en (niet langdurig) behandelen. Het jaar 2008 is een overgangsjaar en de huidige spv'n zetten veelal hun taak voort in de vorm van detachering.

Bouwmans onderstreept dat de GZZ-POH een functie is en niet een functionaris en dat er mocht de functie succesvol worden er nog ruimte zit in de hoogte van functioneringsschaal en ook in het maximaal aantal te voeren gesprekken per patiënt.

In zijn slotbetoog ziet hij de spv wel als een zelfstandige contractpartner in de eerste lijn. En waarom ook niet?

De discussie die volgt na zijn betoog is levendig maar blijft wat steken rondom de vraag hoe de bal gaat rollen komende tijd. Niet voor het eerste deze dag klonk de boodschap om je als spv niet terug in je hok te laten sturen maar vooral na te denken over wat je wilt, je positie en je mogelijkheden.

### **Pijn en Depressie, door Harold Wenning**

Harold Wenning werkt als SPV bij GGZ Friesland.

Wenning kreeg in zijn werk bij de huisartsen posten veel te maken met patiënten met somatische klachten. Het viel hem daarbij op dat veel patiënten met een depressie ook pijnklachten hebben. 'Krijg je pijn als je een depressie hebt, of een depressie als je pijn hebt?' vroeg Wenning zich af, waarna hij zich in verdiepte in het onderwerp. Pijn en depressie komen vaak samen voor, alhoewel de relatie tussen pijn en depressie niet altijd voor iedereen duidelijk is. Aangezien er veel mensen pijn hebben, is het logisch dat spv'n in de huisartsen posten hiermee te maken krijgen. Wenning baseerde zijn voordracht deels op het grootschalige onderzoek naar chronische pijn in Europa door Breivik, Collet en anderen (2006).

Chronische pijn heeft grote invloed op het leven: concentratie, werk, relatie: alles lijdt onder het hebben van pijn. Achttien procent van de Nederlanders heeft te maken met pijnklachten. Hiervan heeft drieëndertig procent te maken met chronische pijn. Bij vrouwen komt pijn het meest voor, vaak in de leeftijdsgroep van vijftig tot zestig jaar. Wenning presenteert nog meer cijfermateriaal: gemiddeld leidden patiënten zes en een halfjaar aan pijn, bijna een kwart heeft meer dan twintig jaar pijn, vijftig procent geeft aan altijd pijn te hebben en dertig procent geeft aan dat de pijn niet uit te staan is. Een groot deel procent van de pijn patiënten geeft aan dat de hen geboden behandeling niet voldoende helpt.

De meeste mensen met een depressie komen bij de huisarts in verband met lichamelijke (pijn) klachten. Hoe meer lichamelijke klachten er zijn, hoe groter de kans op een depressie. Wenning onderstreept het belang van goede diagnostiek. Over het algemeen hebben wij weinig aandacht voor pijnklachten. Een patiënt die zich bij de huisarts meldt met psychosociale problematiek heeft een grotere kans dat een bestaande depressie wordt ontdekt dan dat dezelfde patiënt zich met pijnklachten tot de huisarts wendt. Ook de pathofysiologie van pijn wordt door Wenning behandeld. Serotonine en noradrenaline spelen een belangrijke rol bij depressie en pijnklachten. Pijn wordt verhevigd door depressie. Pijn is slechter te behandelen als er ook sprake is van depressie en depressie is slecht te behandelen als er ook sprake is van pijn. Van depressie herstelde patiënten hebben ook een grotere kans op terugval.

Behandeling van patiënten met pijn en depressie bestaat uit medicatie, gesprekstherapie, mindfulness, fysiotherapie en afleiding middels *virtual reality*. De beste medicijnen zijn SNRI's, deze helpen zowel tegen pijn als tegen depressie. SSRI's helpen niet tegen pijn. Wenning benoemt tot slot de rol van de spv in de eerste lijn als signalerend/consultatief naar zowel patiënt als verwijzer, behandelend en verwijzend.

Wenning is ontegenzegglijk een expert op het gebied van pijn en depressie. Jammer dat ook hier de presentatie een vrije droge voordracht was, alhoewel Wenning met behulp van beeld en geluid zijn best deed om de aandacht gevangen te houden. De voordracht leunde naar mijn idee iets te zwaar op de presentatie van onderzoeksgegevens waardoor soms de aansluiting met de spv'n in de zaal verloren raakte.

### **Werkwijzen in de praktijk, over bejegening in de 1e lijn, door Lili Timmermans**

Ondanks dat de spreekster zich deze dag op krukken voortbewoog had haar presentatie de titel: "Loopt u een stukje mee?" We komen terecht in een bonte mengelmoois van visies en werkwijzen. Lili werkt eclectisch, vraaggestuurd (Wat wil de cliënt? Welke rol zou ik daar als spv in kunnen spelen?) en heeft het woord respect (voor de eigenheid van de cliënt en hoe ze hun leven vormgeven) hoog in haar vaandel staan. Ze legt uit dat ze met procesverslagen werkt, gebruikt maakt van 'mindfulness' en creatieve opdrachten. Op de 'mindfulness' gaat ze wat dieper in. Ze benoemt dat het basisprincipe een vorm van milde open aandacht is en de oorsprong van deze werkwijze in de boeddhistische meditatie ligt. Het is een eenvoudige bruikbare manier om goed te leren omgaan met de onvermijdelijke onrust van het alledaagse leven. Met elkaar doen we een oefening uit haar repertoire (een geleide fantasie ontspanningsoefening) om aan den lijve te ondervinden hoe het effect is.

De creatieve opdrachten bestaan uit bijvoorbeeld schilderopdrachten of zaken met muziek. Hoe ze precies werkt werd niet geheel duidelijk. Misschien had het te maken met het maken van een rap waarin we het geleerde konden verwerken. Dit ging jammerlijk de mist in door een technisch probleem. Al met al is haar presentatie vooral aardig om eens een blik te kunnen werpen in de keuken van een zelfstandig werkende spv in de eerste lijn.

Deze Seasonschool dag werd verluchtigd met een optreden van **Marius Gosschalk**, acteur en verhalenverteller.

Het bijwonen van deze Seasonschool heeft al met al niet veel nieuws gebracht aan kennis. Maar in een prettige ambiance tijd nemen om te reflecteren en met collega's zoeken naar nieuwe mogelijkheden en kansen om ons vak meer en beter op de kaart te zetten, ook in de eerste lijn, werkte enthousiasmerend. Een goed initiatief, goed georganiseerd en zeker voor herhaling vatbaar.