

---

# DE SPV GENERALIST IN DE SOCIALE PSYCHIATRIE!

Ook in een Functie Assertive Community Treatment-team?

**Henk-Willem Klaassen, Willeke Leegwater, Alice Tigelaar, Saskia Vas en Maaïke Verhaaf**

*Samenvatting: de auteurs vergelijken hun praktijkervaringen als SPV binnen FACT en zijn daarbij op zoek naar het eigene van de SPV. Ze komen tot de conclusie dat het werk in verschillende teams anders wordt gedaan en steeds zijn de rollen anders. Kansen worden gezien in de nieuwe MDRS en onderzoek.*

## **Inleiding**

Sinds 2002 zijn er veel Functie Assertive Community Treatment (ACT en FACT)-teams binnen met name de langdurende psychiatrie in Nederland (Mulder 2005, 2009, van Veldhuizen, 2008). Binnen de langdurende zorg van GGZ Noord Holland Noord (GGZ NHN) zijn sinds 2004 veertien FACT-teams. In deze FACT-teams werken onder andere spv'en. Wat hun specifieke werkzaamheden binnen deze FACT-teams zijn, is nog weinig beschreven.

De aanleiding voor dit artikel is dat de auteurs, allen spv in verschillende FACT-teams binnen GGZ NHN, op zoek zijn naar de eigenheid van de spv in een FACT-team. Zij willen deze eigenheid ontwikkelen en op de kaart zetten. Er is veel geschreven over het model en over enkele disciplines (psychiater, psycholoog, Individuele Plaatsing en Steun-coach (IPS)). Wij hebben het gevoel dat onze kwaliteiten onderbelicht zijn geraakt door de implementatie van het ACT en FACT model. In die implementatie is meer aandacht gegaan naar het invoeren van methodieken, minder naar de precieze taakafbakening tussen de disciplines. De taakbeschrijving van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige discipline is niet specifiek uitgewerkt. Enkele spv'en hebben een beschrijving gegeven van hun inhoudelijk werk (Klaassen 2010, Lejeune 2010). Nu de FACT-teams binnen GGZ NHN voor een groot deel geïmplementeerd zijn, vonden wij het nuttig om als spv-discipline na te gaan wat nu de specifieke taken van de spv zijn en waarom dat zo is. Daar waar wij als spv "vroeger" naast de psychiater vaak de enige discipline waren, zijn we nu slechts een onderdeel geworden van een team. De spv profileert zich als de generalist in de sociale psychiatrie ([www.venvn-spv.nl](http://www.venvn-spv.nl)). Onze vraag is, heeft de spv die rol ook in een FACT-team? Daarnaast zijn we nagegaan of wij een eenduidig beeld van die taken hebben.

Wij stelden ons twee doelen. Het eerste doel is dit artikel te schrijven op basis van onze praktijkervaringen. In een studiemiddag deze ervaringen met onze collega's te delen en een discussie op gang brengen is ons tweede doel.

Wij zijn werkzaam in verschillende FACT-teams. Willeke Leegwater werkt in het FACT-team Heerhugowaard, een stad in ontwikkeling met veel nieuwbouwwijken. Alice Tigelaar werkt in een FACT-team in Schagen en omgeving. Een klein stadje en een omgeving waar veel tuinders wonen, een zogeheten landelijk gebied. Saskia Vas werkt in een FACT team in Den Helder. Henk-Willem Klaassen werkt in het vijfde wijkteam in Alkmaar, dat gecertificeerd is, en in 2010 een nominatie voor de Ypsilon familiester kreeg.

Deze teams bestaan vijf jaar of langer. Maaïke Verhaaf werkt in een FACT team in West-Friesland. Dat team is net een jaar geleden begonnen met de opzet van het FACT en is nog volop aan het ontwikkelen. Wij zijn tussen de 1 en 21 jaar werkzaam als spv.

In 2010 zijn wij zes maal bij elkaar gekomen. Tijdens deze bijeenkomsten hebben we gediscussieerd over de verschillende teams, de taken van de spv, de culturen binnen teams, de toekomst en de rol van de spv in een FACT-team. Dit artikel is een neerslag van die gesprekken.

Wij richten ons met dit artikel in eerste instantie op de spv in (F)ACT-teams binnen de langdurende psychiatrie. We zien echter ook de ontwikkeling dat (F)ACT-teams opgezet gaan worden in alle andere circuits, zoals jeugd, ouderen en kortdurende zorg. Om die reden zal dit artikel ook voor andere collega's interessant kunnen zijn.

Het artikel is als volgt opgebouwd. We zetten uiteen welke gedachtegang en ervaringen uit onze discussie naar voren kwamen. Deze hebben we als volgt onderverdeeld naar:

- De betekenis van het FACT-model voor de rol van de spv
- Het beroepsdeelprofiel van de spv
- De taakopvatting van de spv-en in diverse FACT-teams bij GGZ NHN
- Kansen voor de spv in de nabije toekomst om zich te profileren

Bij elk onderdeel hebben we feiten en meningsvorming zoveel mogelijk gescheiden door in cursief een paar kernpunten uit de discussie weer te geven. We sluiten het artikel af met een samenvatting en doen een aanbeveling.

*"Binnen mijn team, dat net is opgezet volgens het FACT-model, werken nu vijf spv'en en twee casemanagers. Uiteindelijk gaan we toe naar drie spv'en in ons team en veel meer casemanagers. We hebben geregeld de discussie wie nu wat doet. We zijn op zoek naar de taken van de spv".*

*"Wij hebben het duidelijk verdeeld, iedere dag is er in ieder geval een spv aanwezig voor crisissituaties(naast zijn gewone taken)". "Bij ons doen spv'en ook specifieke taken zoals een KOPP-groep en alle contacten die daar mee te maken hebben."*

## **De betekenis van het FACT-model voor de rol van de spv**

### ***Het FACT-model in het kort***

Sinds 2002 is sprake van een belangwekkende ommekeer in de langdurende sociale psychiatrie. Naast de start van ACT-teams is het model van FACT geïntroduceerd. In 2010 kent Nederland meer dan 130 van deze teams en nog steeds is er sprake van dat vele regio's en GGZ instellingen één of beide modellen gaan implementeren. Er is veel aandacht aan deze modellen besteed (oa. Mulder en Kroon 2005, 2009, Van Veldhuizen 2009). De afgelopen jaren hebben deze multidisciplinaire teams een groeiproces doorgemaakt om het model goed te implementeren. Daarnaast zijn er ontwikkelingen om FACT-teams op te zetten in de ouderenzorg, jeugdzorg, forensische zorg, verslavingszorg, en het kortdurende circuit. ACT en FACT worden in de Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie 2011 (MDRS) aanbevolen als een goede organisatievorm voor deze doelgroep. Onderzoek (Mulder en Kroon 2009) is gaande of FACT en ACT evidenced based practice (EBP) is.

Om te voorkomen dat er eigen invullingen komen rond deze teams is de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) opgericht. Het CCAF wil de toepassing van ACT en FACT in de ambulante GGZ bevorderen. Daartoe kent het CCAF keurmerken toe aan ACT- en FACT-teams. Gecertificeerde teams leveren een herkenbare, vergelijkbare en garandeerbare kwaliteit van zorg en behandeling ([www.CCAF.nl](http://www.CCAF.nl)).

Kernbegrippen van een FACT-team zijn onder andere:

- Een multidisciplinair team dat zorg op maat levert aan een groep cliënten (maximaal 200 cliënten). Het team kent de volgende disciplines: een psychiater, een psycholoog, spv'en, casemanagers (B-verpleegkundigen en woonbegeleiders), een verpleegkundig specialist, een trajectbegeleider of IPS-er (Individuele Plaatsing en Steun), een cliëntervaringsdeskundige, een familie-ervaringsdeskundige (Klaassen 2010), een ergotherapeut en een verslavingsdeskundige.
- Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie vormen het uitgangspunt.
- Dagelijks wordt middels een FACT-bord besproken welke cliënten meer zorg en aandacht behoeven (situaties als terugval, opname, ontslagfase, zorgvuldige zorgzoekers, life events, start met werk, meldingen van bijvoorbeeld politie, woningbouw of burenen). In de praktijk blijkt dat ongeveer 20 procent (dus ongeveer 40 cliënten) in een FACT-team tot deze categorie behoort. Elke dag wordt in een tijdsbestek van maximaal één uur besproken hoe het met de desbetreffende cliënt gaat, wie er wanneer contact heeft met cliënt, naastbetrokkenen en/of netwerk. De meest zorgelijke casuïstiek wordt in het weekend door een weekendteam gebeld of er vindt een huisbezoek plaats.
- Het welzijn van de cliëntengroep van het FACT-team is het werkterrein van het FACT-team. De brede contextuele benadering is van belang. Daardoor is het naast het "psychiatrische" aanbod, van belang om samen te werken met van maatschappelijke organisaties (bijvoorbeeld woningbouwverenigingen, politie, welzijnsorganisaties), kennis te hebben van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en op de hoogte te zijn van het aanbod in de wijk.
- Het team kent ongeveer een fte grootte van 12,0 fte, waarvan 2,0 fte is ingeruimd voor de spv. Dat betekent in de praktijk 2 a 3 spv'en die werkzaam zijn in een FACT- team.

### **Taakomschrijving verpleegkundigen in FACT**

Polhuis en Bähler beschrijven in het handboek FACT (Veldhuizen 2008, pag. 114-127) de hoofdtaken van de verpleegkundige discipline. Hierin worden de taken en rollen van de verpleegkundige discipline beschreven, zonder verdere uitwerking per subdiscipline. Zij noemen onder andere het transmuraal werken, de attitude, de inzet bij probleemgericht werken, het betrekken van familie en het sociale netwerk, de inzet bij het herstelgericht werken.

### **De verschillende verpleegkundige disciplines in het FACT-team GGZ NHN**

Binnen FACT-team van GGZ NHN werken als verpleegkundige discipline:

- spv
- casemanagers (B-verpleegkundigen met FACT-opleiding),
- woonbegeleiders
- verpleegkundig specialisten

Een beschrijving van de taken is er niet. De caseloadgrootte van de spv is bij alle FACT-teams van GGZ NHN ongeveer gelijk. Als de spv 32 uur werkt, bestaat zijn caseload uit ongeveer 32 tot 40 cliënten.

*In de gesprekken blijkt al snel dat de uitgangspunten van het FACT-model binnen onze teams dezelfde zijn. Dat de spv tijdens het FACT-bordoverleg zijn kennis in kan brengen, dat tijdens behandelplanbesprekingen altijd een spv aanwezig is. Wel merken we dat elke spv zijn eigen invulling heeft in zijn taken, dat geen spv dezelfde taken heeft. Zo is Alice teamleider, heeft Saskia OGGZ taken en geeft ze een psycho-educatiegroep aan familieleden, geeft Maaïke aandacht aan de KOPP-groep, is Henk-Willem veel met het opbouwen van een maatschappelijk steun systeem bezig en met familiebegeleiding. Geen van deze activiteiten is gelijk, elk team of spv vult het anders in. Elke spv is onderdeel van het multidisciplinaire team.*

*De één heeft last van het feit dat het niet duidelijk is omschreven wat de spv doet, moet en laat, de ander vaart er wel bij en doet zo zijn eigen dingen. In Alkmaar is een spv-intervise groep, bij de anderen wordt de intervisie met het hele team gedaan, of is er geen intervisie.*

*Het FACT-model geeft ons geen handreiking over de karakteristiek van onze spv taken.*

*We stellen vast dat er in de FACT-teams een grote diversiteit is in taakinfilling en dat het FACT-model geen steun biedt aan de spv om tot een precieze taakinfilling te komen om zich te onderscheiden van andere verpleegkundige disciplines.*

## **Het beroepsdeelprofiel van de spv**

### ***Beroepsdeelprofiel***

De spv is opgeleid vanuit het beroepsdeelprofiel. Het beroepsprofiel is leidend voor het werkgebied van de spv. Het beroepsdeelprofiel van de spv (Beroepsdeelprofiel, 2004) beschrijft de deskundigheid van de spv vanuit 3 taakgebieden:

- *Zorgvragergebonden taakgebieden*: de verzameling van taken die verbonden zijn aan het primaire proces, de directe zorgverlening zoals uitvoeren van sociaal-psychiatrisch verpleegkundig onderzoek, kiezen en plannen van SPV interventies, acute psychiatrische hulpverlening en crisisinterventie verlenen.
- *Professiegebonden taakgebieden*: de verzameling van taken die verbonden zijn aan behoud, ontwikkeling en kwaliteit van professionele beroepsuitoefening, zoals het bevorderen van de kwaliteit van de spv-zorg, professionaliseren en profileren van de spv beroepsuitoefening.
- *Organisatiegebonden taakgebieden*: de verzameling van taken die verbonden zijn aan beleid en beheer met betrekking tot voorwaarden voor de directe zorgverlening in een zorgorganisatie of in een organisatie-eenheid, zoals consultatie, coaching, ontwikkelen en uitvoeren van preventie, innovatie, kwaliteitszorg en zorgbeleid.

Elk taakgebied is een verzameling van kerntaken rond een aspect van zorg, waarvoor een spv verantwoordelijkheid draagt. Alle taakgebieden samen dekken het totale proces van behandeling en zorg. Van oudsher is de spv een veelzijdige functie. De spv is multi-inzetbaar en wordt geroemd om zijn diversiteit, om zijn generalistische inzet. De spv weet van veel behandelgebieden wat af en heeft in de opleiding een aantal taken en (basis)vaardigheden verworven. Daarbij is het belangrijk dat de spv overstijgend naar situaties en casuïstiek kan kijken (ook wel 'de helikopterview' genoemd) en daarbij prioriteiten weet te stellen. Daarbij hoort ook de sociaal maatschappelijke benadering en visie in de behandelmethodiek (Van der Padt, 2010). Door de veelzijdigheid en het brede kennisterrein is het voor een spv mogelijk om uit meerdere 'vaatjes te tappen'. De spv is in staat vanuit meerdere invalshoeken naar een probleem of casus te kijken.

*In onze discussies hebben wij het beroepsdeelprofiel nader beschouwd. We komen er niet meteen uit. Steeds duidelijker wordt dat we allemaal onze eigen aannames hebben over de taken en zo kan ieder het zelf invullen. Is dat goed of juist niet? We weten het niet precies, maar ondervinden wel dat het op deze manier wel lastig is als elke spv, elk team een eigen invulling heeft. Het beroepsdeelprofiel zette ons op een spoor om in de zoektocht ook het onderscheid in de drie taakgebieden uit dit profiel mee te nemen. We besloten om een aantal veel voorkomende taken voor te leggen aan een bredere groep spv collega's van FACT-teams binnen GGZ-NHN. Dit om te checken of de diversiteit van taken, die wij in onze discussie boven water kregen, een meer algemeen karakter heeft.*

## **De taakopvatting van de spv-en in diverse FACT-teams bij GGZ NHN**

Om meer beeld te krijgen wat nu de spv'en doen binnen de teams hebben we 23 spv 'en van verschillende FACT teams binnen GGZ NHN een vragenlijst voorgelegd met taken (complexe casuïstiek, crisisinterventies, procedures rond RM, IBS, familiebegeleiding, diagnostiek, rehabilitatie en herstel, bemoeizorg, MDRS, EBP, innovatie, dienstverlening, preventie, OGGZ Taken). De taken zijn afgeleid vanuit het beroepsdeelprofiel en het zijn taken die de auteurs feitelijk uitvoeren.

In de vragenlijst konden de spv'en aangeven welke taken zij veel of weinig uitvoeren en daarnaast konden zij een gewenste verdeling aangeven in die taken.

Wat zijn de reacties op deze vragenlijst?

- De diversiteit van taken blijkt ook in deze groep groot.
- Complexe casuïstiek en crisisinterventies de meest gebezigde interventies zijn waar de spv zich mee bezig houdt en zou willen houden.
- De spv wil zich meer en beter bezig houden met onderdelen van de multidisciplinaire richtlijnen, zoals Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT).
- Familiebegeleiding wordt gezien als een taak van de spv.
- OGGZ- en preventietaken worden weinig uitgevoerd.
- Taken in het kader van innovatie en ontwikkeling komen weinig voor.
- IBS en RM maken een belangrijk deel uit van taken en worden aangemerkt als taken die men minder vaak zou willen doen.

Wat nu te zeggen over deze antwoorden?

- *We kregen de bevestiging dat er geen eenduidigheid is in de taken.*
- *Er zijn verschillen in taakuitvoering die te maken kunnen hebben met de sociaal maatschappelijke context van de regio waarin de betreffende spv werkt. In een stad speelt andere problematiek dan in een dorp, in één van de regio's blijkt dat de doelgroep meer kinderen heeft.*
- *De invulling aan het FACT-model die een team geeft en de cultuur van een team, geven accentverschillen.*
- *Het is afhankelijk van de vordering van het implementatietraject van het FACT-model waar de teams mee bezig zijn. Daarnaast zijn er binnen de teams tal van andere implementatietrajecten, zoals IDDT, strength model, familiebeleid, herstelondersteunende zorg.*
- *Relatief gezien worden organisatie- en professiegebonden taken zoals preventie, dienstverlening en innovatie weinig uitgeoefend.*
- *Het is duidelijk dat de complexe casuïstiek en de crisisinterventies domeinen zijn voor de spv. We vroegen ons af of de spv dan ook alle cliënten moet zien die op het FACT-bord komen te staan? Daar komen we niet uit.*

*Duidelijk is dat de spv wel een breed scala aan taken heeft. Deels vanuit zijn beroepsdeelprofiel, deels in de taken die er zijn in een FACT-team. Volgens ons brengt de spv geen duidelijke scheiding aan tussen enerzijds zorgvragergebonden taken en anderzijds professie- en organisatiegebonden taken. Wij vragen ons hierdoor af of de spv voldoende herkenbaar is als een generalist binnen een FACT-team. We zijn van mening dat de spv een super generalist is, hij is op de hoogte van de sociale psychiatrie in zijn brede context. De schaarste van de spv-functie in een FACT-team kan belemmerend werken ten aanzien van het uitwerken van de drie gebieden uit het beroepsprofiel. Ons idee is dat de spv voor een aantal uren "vrijgesteld" dient te worden om juist toe te kunnen komen voor die specifieke taken. Is een formatie van 2,0 fte spv in een FACT team niet te weinig? Verder is het van belang om na te gaan hoe de spv die generalistische taken kan vervullen in een FACT-team.*

*Daarvoor is het nodig dat er meer handvatten zijn wat voor soort generalistische taken de spv zou kunnen uitoefenen. We hebben daartoe een opsomming gegeven van dit soort taken (qua professiegebonden en organisatiegebonden taken).*

### **SPV taken binnen FACT-team**

Een paar voorbeelden van professiegebonden en organisatiegebonden taken binnen een FACT-team zijn de volgende:

- het opzetten van een Maatschappelijk Steunsysteem (MSS)
- het geven van voorlichting in een wijk
- cursus geven aan woonconsulenten
- overleg en samenwerking met de wijkagent
- aandachtsfunctionaris Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP)
- uitvoeren innovatieprojecten
- opzetten van participatieprojecten
- geven van psycho-educatie aan familiegroepen
- onderzoek
- uitvoeren van onderdelen van Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie (MDRS) (2005)
- deelname aan implementatietrajecten
- mede ontwikkelen van familiebeleid
- organiseren van intervisie
- coachen van collega's
- organiseren van studiemiddagen
- literatuurstudie

### **Kansen voor de spv om zich in de nabije toekomst te profileren**

Er zijn op dit moment veel ontwikkelingen binnen de (langdurende) psychiatrie. Naast de invoering van de ACT en FACT-teams zowel binnen langdurende als ouderen, jeugd, kortdurende zorg, zijn dat onder andere telezorg (het aanbieden van en gebruik maken van allerlei moderne communicatiemiddelen in het contact tussen de cliënt en het team), 'E-health', herstelgerichte zorg, het opbouwen van Maatschappelijke steunsystemen. Mogelijk dat de FACT-teams zich nog meer organiseren richting wijkgerichte samenwerkingsverbanden. Daarnaast zijn in de nieuwe MDRS (te verschijnen in maart 2011) tal van nieuwe taken en werkwijzen beschreven waar de spv zeker een bijdrage aan kan leveren.

### **MDRS, spv en FACT**

In de MDRS (2011) staat FACT als aanbevolen werkvorm. Nieuw is ook dat er een aantal verpleegkundige interventies als aanbevolen interventie staan beschreven zoals:

- Somatische screening
- Leefstijlcoaching
- Het werken met crisisplannen
- Het werken met signaleringsplannen
- Begeleiding bij suicidaliteit
- Sexuele voorlichting en educatie
- Sociale netwerkinterventies
- Cognitieve gedragstherapie
- Respijtzorg

Daarnaast staan in de MDRS tal van aanbevolen en bewezen handvatten die de spv succesvol kan hanteren in het behandelen van de doelgroep. Om enkele te noemen:

- Familiebegeleiding (onder andere gebruik van triadekaart, geven van psycho-educatie, interactievaardigheden, gezinsinterventies)
- Herstelondersteunende zorg

- Steun bij rehabilitatie
- Stigma bestrijden

*In onze discussie merkten we dat er spv 'en op de werkvloer zijn die weet hebben van de MDRS 2005, maar dat er ook evenzoveel spv zijn die ze niet kennen en slechts onderdelen gebruiken. Binnen de instelling wordt er wel hard aan gewerkt om allerlei onderdelen van de richtlijnen te implementeren. Met de komst van de nieuwe MDRS 2011 is er een kans voor de spv om in deze richtlijnen duidelijke karakteristieke keuzen te maken wat voor hen is weggelegd. Daarbij zijn dan de verpleegkundige interventies en andere interventies zoals hierboven genoemd bruikbare handvatten. Wij denken dat het noodzakelijk is dat de spv'en in kennis bijgespijkerd worden over deze richtlijnen.*

*De ontwikkelingen zijn wel degelijk noodzakelijk om als beroepsgroep staande te blijven in de huidige marktwerking. Wij zullen mee moeten bewegen met de ontwikkelingen, nagaan wat onze rol is, kijken hoe we onze beroepsgroep, mede dankzij deze ontwikkelingen zekerheid kunnen bieden in de toekomst.*

### **Samenvatting en aanbeveling**

*Wij vonden elkaar in het belang dat de spv zich bewust moet zijn van deze ontwikkelingen (zoals telezorg en MDRS), in combinatie met de noodzaak het beroepsdeelprofiel te operationaliseren. Een middel daarbij is bijvoorbeeld intervisies waar deze ontwikkelingen met elkaar besproken wordt. Opleidingen, vergroten van kennis en profileren van de beroepsgroep zijn hierin kernwoorden. Niet stil zitten maar actief meedoen.*

*Wij merken dat niet in elke regio een spv intervisie groep is, dat de empowerment van de cliënt wordt aangesproken, maar dat de empowerment van de spv wel eens achter blijft. Dat de behandeling van cliënten meestal zorgvuldig wordt opgepakt, maar dat men weinig tijd besteedt aan eigen groei, ontwikkeling. Literatuur lezen, bijwonen van spv studiemiddagen wordt misschien te weinig gedaan. Er wordt relatief weinig tijd geïnvesteerd in projectgroepen en deelname aan innovaties. Volgens ons is het waardevol om de eigenheid van de spv te ontwikkelen en zichtbaar te maken. We willen in 2011 een studiemiddag organiseren voor alle spv van de FACT-teams in onze instelling.*

In dit artikel hebben we vanuit ervaringen in een instelling waar al langere tijd gewerkt wordt met FACT-teams gekeken naar de precieze taak van de spv. We hebben hiermee een discussie op gang willen brengen wat nu de specifieke taken van een spv in een FACT-team is. In de ontwikkeling van het FACT-model is weinig stilgestaan bij de precieze taakinfilling en het beroepsdeelprofiel van de spv. In praktijkervaringen van de auteurs en hun collega's in FACT-teams hebben we gezien dat er sprake is van een grote diversiteit van taken.

De zorgvragergebonden taken, met name crisis en complexe casuïstiek is herkenbaar als een specifieke taak. Het is afhankelijk per regio, per team, per spv hoe de invulling is op gebieden van professie- en organisatiegebonden taken. Wij betwijfelen of daardoor de eigenheid en de generalistische kant van de spv wel zichtbaar genoeg is. We zien in de nabije toekomst daarvoor kansen in de MDRS 2011 en andere ontwikkelingen.

De spv'en zullen de uitwerking van de vraag wat de precieze rol en taak van de spv is in de nabije toekomst verder op moeten pakken!

## Aanbeveling

- Nader onderzoek starten naar de rol en taak van de spv binnen een FACT- team.
- We roepen de spv'en in FACT-teams op om mee te denken over de precieze taak en rol binnen het team, bijvoorbeeld door:
  - meer te reflecteren middels artikelen over de taak en rol van de spv in FACT-teams;
  - onderling te discussiëren over de rol en taak;
  - op regionale spv-studiemiddagen, FACT-congressen en tijdens opleidingen dit onderwerp meer aan de orde te laten komen.

\* *Daar waar 'hij' gebruikt is, kan ook zij gelezen worden.*

---

## Over de auteurs

**Henk-Willem Klaassen** is werkzaam bij wijkteam 5/Alkmaar hw.klaassen@ggz-nhn.nl, daarnaast is hij freelance docent bij de spv opleiding verbonden aan de Hogeschool van Amsterdam en bestuurslid van Ypsilon,

**Willeke Leegwater** is werkzaam bij wijkteam Heerhugowaard w.leegwater@ggz-nhn.nl

**Alice Tigelaar** is werkzaam bij wijkteam Schagen, a.tigelaar@ggz-nhn.nl

**Saskia Vas** is werkzaam bij wijkteam Den Helder, s.vas@ggz-nhn.nl

**Maaike Verhaaf** is werkzaam bij wijkteam Hoorn, m.verhaaf@ggz-nhn.nl

*Met dank aan Gerda van der Zande (wijkteam Beverwijk) en Igna Koning (wijkteam Purmerend), beiden werkzaam bij FACT teams bij GGZ Parnassia, Dijk en Duin, die in de eerste fase betrokken waren bij de discussievorming.*

---

## Literatuur

- Beroepsdeelprofiel spv, AVVV Utrecht, maart 2004
- Klaassen, HW (2010), de dagelijkse praktijk van een spv in een fact team, SP dec 2010
- Klaassen, HW, en Hasert, M: Familie-ervaringsdeskundige in een FACT-team, tijdschrift voor Rehabilitatie, juni 2010, nummer 2
- MDRS, (2005), Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, Trimbos-instituut, 2005
- MDRS, (2011), Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, uitgave maart 2011, nog niet uitgegeven bij schrijven van het artikel, wel laatste conceptversie geraadpleegd.
- Lejeune, T (2010), ACT, een praktijkvoorbeeld, SP dec 2010
- Mulder, C.L. & H.Kroon (2005) Assertive Community Treatment. Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers, Nijmegen 2005
- Mulder, C.L. & H.Kroon (2009) Assertive Community Treatment, Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen, (2009). Amsterdam, Boom
- Padt, I van der; Venneman, B (2010), Sociale psychiatrie, visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie, tweede druk; Den Haag 2010, Boom Lemma uitgevers
- Veldhuizen, R. van en M. Bähler (2008) in: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (Red.) (2008). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom.

## Websites

- Website CCAF: [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)
- Website spv: [www.venvn-spv.nl](http://www.venvn-spv.nl)