

# Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige

J. Derks, MSc, drs. I. van der Padt, drs. J. Boon

## Colofon

Uitgave V&VN-SPV

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

April 2014

*Coördinatie* Ad Minheere

*Corrector* Leonoor Hermanis – Willenborg

*Opmaak* [www.ik-ook.nl](http://www.ik-ook.nl)

*Druk* [www.scheepvaartkrant.nl](http://www.scheepvaartkrant.nl)

1<sup>e</sup> druk, oplage 2000

Bijlage vakblad Sociale Psychiatrie

*Realisatie en distributie*

F. van Vugt

Hosingenhof 5

5625 NJ Eindhoven

---

## Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Meervoudige professionele verantwoording	5
2. Het belang van de sociaal psychiatrische verpleegkunde	7
3. De werkomgeving en doelgroepen	17
4. De competenties van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige	21
4.1 Klinisch handelen	21
4.2 Communicatie	25
4.3 Samenwerking	27
4.4 Kennis en wetenschap	29
4.5 Maatschappelijk handelen	31
4.6 Organisatie	33
4.7 Professionaliteit	35
5. Werkwijze	39
Klankbordgroepleden	39
Literatuur	41
Websites	46



## Inleiding

Voor u ligt de beschrijving van het expertisegebied van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het vervangt het beroepsdeelprofiel van de SPV (AVVV, 2004).

Een expertisegebied is een specifiek kennis- en handelingsdomein van een groep verpleegkundigen die een verpleegkundige vervolgopleiding volgen na hun basisopleiding tot verpleegkundige. Het expertisegebied wordt beschouwd als een aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige 2012.

Het beroepsprofiel verpleegkundige beschrijft de competentiegebieden van verpleegkundigen, de gewenste kennis en vaardigheden. De beschrijving van het expertisegebied SPV is gebaseerd op de bevindingen van het NIVEL onderzoek. Het wordt aangevuld met aspecten uit de veelzijdige werkomgeving van de SPV. De zorgbehoefte en vragen van professionals uit de werkomgeving van de SPV vereisen specifieke competenties. De kenmerkende meervoudige professionele verantwoording die dit vereist, wordt in hoofdstuk één uiteengezet. In hoofdstuk twee worden de historische, de huidige ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de samenleving besproken. De relatie van de sociaal psychiatrische verpleegkunde met die ontwikkelingen komen hier aan bod. In hoofdstuk drie komen de doelgroepen en de werkomgeving aan de orde. Hoofdstuk vier beschrijft de competenties van de SPV aan de hand van de CanMeds systematiek. Deze systematiek wordt internationaal gebruikt om verschillende rollen (competenties) van professionals in de zorg te beschrijven.



## 1. Meervoudige professionele verantwoording

Goede zorg is op de eerste plaats van belang voor cliënten. Maar er zijn natuurlijk ook anderen voor wie goede zorg van belang is: De familie, de werkgever, feitelijk de samenleving als geheel. Dit betekent dat de SPV een grote verantwoordelijkheid heeft naar veel personen en organisaties in de maatschappij, inclusief haar eigen beroepsgroep. Anders gezegd: de SPV dient meervoudig professionele verantwoording af te leggen. Daarbij is verantwoording in dit kader meer dan een middel om aan administratieve verplichtingen te voldoen. Bovendien vraagt het voortdurend om herbezinning en bijstelling, gelet op de veranderingen die er in de samenleving plaats vinden. In het beroepsprofiel verpleegkundige (2012) lezen we dat er sinds het einde van de vorige eeuw veel veranderd is en dat we voor de nabije toekomst nog veel grotere veranderingen kunnen verwachten. Dit betreft dan een toename van complexe zorgvragen, schaarser wordende middelen, verwetenschappelijking in de zorg en de gevolgen van de marktwerking en bureaucrativering. Het behoort tot de functionele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en dus ook de SPV, om te kunnen gaan met financieringsstructuren, bezuinigingen, verwachtingen van de cliënt, het netwerk van de cliënt, de samenleving, collegae verpleegkundigen en andere professionals.

De SPV dient haar werkzaamheden te legitimeren op basis van wetenschappelijke standaarden, richtlijnen en protocollen. Enkele sociaal psychiatrische onderzoekslijnen zijn: 'Hearing Voices' (Romme & Escher (2002), de methodiek 'Interpersoonlijke sociaalpsychiatrische begeleiding' (Koekkoek 2011), 'Transmurale gezinsbegeleiding' (De Pater, 2012) en 'Eigen Kracht, kansrijk in de OGGz?' (Schout & De Jong, 2013). In de sociale psychiatrie gaat het vaak om complexe zorgvragen, die zich afspelen op meerdere niveaus van functioneren. De gekozen interventies zijn niet altijd terug te voeren op uitkomsten van weten-

---

schappelijk onderzoek, maar vragen om het best geachte professionele handelen. Vandaar dat de SPV zich ook baseert op expertise in de vorm van praktische wijsheid (Baart & Grypdonck, 2008), intuïtie, reflectie en impliciete kennis.

Preventie van geestelijke gezondheidsproblemen behoort ook tot het domein van de SPV. Binnen dit domein is het niet gemakkelijk om op basis van wetenschappelijke standaarden te interveniëren (Van London, 2003, Uitermark et al, 2012). Zo zijn bijvoorbeeld de effecten van consultatie aan een huisarts of voorlichting aan ouders over depressie en suïcidaliteit bij jongeren moeilijk te meten. Deze interventies moeten eerder als een waarde in zichzelf beschouwd worden. SPV-en hebben ook te maken met relatief eenvoudige of 'lichtere' geestelijke gezondheidsproblemen. Hier sluiten wetenschappelijke standaarden vaak wel goed op aan. De SPV is bekwaam om hier naar te handelen of door te verwijzen naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of een eerstelijns psycholoog.

Net als andere beroepsgenoten heeft de SPV een professionele verantwoordelijkheid jegens formele en informele zorgvragers en samenwerkingspartners. Het gaat om relationele aspecten zoals respect, aandacht, betrokkenheid, perspectiefwisseling, het bepalen van grenzen en het voeren van een dialoog over (eigen) normen en waarden. Tot slot maakt de SPV deel uit van een beroepsgroep en beroepsvereniging. De beroepsvereniging stelt vast over welke competenties de SPV dient te beschikken. Het beroepsprofiel verpleegkundige, het expertisegebied SPV en de beroepscode zijn documenten waarin kennis, vaardigheden, attitude, beroepsnormen, waarden en opvattingen ten aanzien van kwaliteit zijn vastgelegd. De SPV kan hierop worden aangesproken. De beroepsvereniging gaat er van uit dat de SPV beschikt over de in het expertisegebied beschreven competenties. Tevens is het expertisegebied de basis voor de post- hbo- SPV opleiding. Meervoudige, professionele verantwoording vraagt niet alleen om afstemming tussen SPV-en maar moet ook met andere partijen afgestemd worden.



## 2. Het belang van de sociaal psychiatrische verpleegkunde

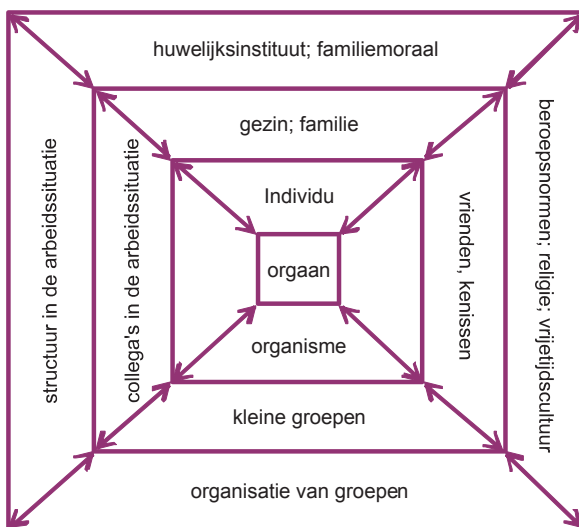
Het beleid in de (G)GZ is gericht op 'stepped – en matched care. Stepped care wil zeggen dat er zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig behandeling, zorg of begeleiding geboden wordt. De term 'matched care' verwijst naar de afstemming van dosering van het hulpverleningsprogramma op de ernst van de problematiek, de sociale rollen en de psychologische mogelijkheden van de patiënt.

De sociaal psychiatrische verpleegkunde oriënteert zich op de maatschappelijke gezondheidszorg vanuit de sociaal psychiatrische visie. Geestelijke gezondheidsproblemen worden niet louter als individueel probleem benaderd maar als een gegeven dat zich in een sociaal maatschappelijke context ontwikkelt. Sociaal psychiatrische verpleegkunde is niet alleen gericht op mensen met klachten maar ook op sociale en maatschappelijke situaties waarin geestelijke gezondheidsproblemen -al dan niet in combinatie met lichamelijke gezondheidsproblemen- zich gemakkelijker kunnen voordoen. Dit vraagt ook om een politiek bewustzijn. Sociaal maatschappelijke vraagstukken, zoals armoede, sociaal economische status (SES) en (toename van) criminaliteit in wijken zijn van invloed op ontstaan en voortbestaan van psychische problematiek. Er wordt hulp geboden om belemmeringen die ervaren worden door de betrokkenen, op te heffen of om anders om te gaan met belemmeringen die niet op te heffen zijn. Het streven is dat cliënten zich kunnen ontworstelen aan geestelijke gezondheidsproblemen en de regie over hun leven terug kunnen nemen in de eigen omgeving. Maar ook om de aandacht te richten op het versterken van het zelfregulerend vermogen en op de emancipatie van de cliënt, van groepen, organisaties en (onderdelen van) de samenleving.

De SPV verricht haar werkzaamheden bij de huisarts, in de wijk, eigen praktijken, in samenwerking met andere disciplines, in de OGGZ en in de basis – en gespecialiseerde GGZ (inclusief verslaving)- of justitiële instellingen. Er wordt gewerkt vanuit het cliëntperspectief en samen-

gewerkt met familie, informele en formele zorgverleners. SPV-en richten zich zowel op preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langerdurende zorgvragen. Vertrekpunt is altijd dat de klachten niet pathologisch hoeven te zijn. De wijze waarop er binnen de gegeven situatie betekenis wordt gegeven aan klachten en problemen vormen het aangrijpingspunt voor interventies (Romme, 1981; van der Padt et al, 2010). Dat neemt niet weg dat (psychiatrische) ziekteprocessen die van invloed kunnen zijn op het ervaren leed, te allen tijde onderzocht dienen te worden. Hoewel de aard, omvang en duur van de geestelijke gezondheidsproblemen per situatie kunnen verschillen zijn de problemen en de klachten doorgaans meervoudig van aard. Meervoudigheid wordt in de sociale psychiatrische verpleegkunde vertaald naar een systemische ordening in vier niveaus. Deze zijn: het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau. Bij het construeren van ‘de sociaal psychiatrische werkelijkheid’ ofwel het exploreren van de problematiek, is het van belang dat men zich richt op deze vier niveaus van functioneren en de wisselwerking die er tussen de niveaus plaats vindt.

*Figuur 1: Schema de vier niveaus van functioneren: Romme (1981)*



Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen presenteren hun klachten vaak op één niveau, terwijl de mogelijkheden voor het inzetten van een interventie juist op een ander niveau zou kunnen of moeten liggen. Kenmerkend voor de sociaal psychiatrische verpleegkunde is het consequent hanteren van de systemische analyse op vier niveaus, het onderkennen van de onderlinge beïnvloeding en het duidelijke onderscheid dat aanwezig is (Van der Padt et al, 2010).

### *Historische context*

Ruim 100 jaar geleden kwam de sociale psychiatrie op gang. In toenemende mate werd de omgeving van de zorgvrager betrokken bij de hulp aan mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Psychiater F.S. Meijers (1877-1953), betrok in 1917 verpleegkundigen bij het consultatiebureau voor psychiatrische patiënten. Deze ontwikkeling werd beschouwd als een van de aanleidingen tot het ontstaan van de beroepsmatige, extramurale psychiatrische verpleegkunde. Ofwel de sociaal psychiatrische verpleegkunde in Nederland (Van der Padt, 1999; Brouns, 2010).

De sociale psychiatrie werd verder uitgebouwd vanuit een benaderingswijze en theoretische concepten. Nestors van de sociale psychiatrie zijn bijvoorbeeld A. Querido (1901-1983), K. Trimbos (1920-1988), J. van Londen, M. Romme en B. Gersons (Van der Padt 1999; Oosterhuis et al., 2008).

In de jaren tachtig werd de SPV gepositioneerd als kerndiscipline binnen de Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Deze organisatie bood zowel sociaal psychiatrische als psychotherapeutische hulp. Dit leidde volgens sommigen aanvankelijk tot ‘vertherapeuterisering’ van het beroep (Van Hoof et al, 1995; Koekkoek 2008). Door de komst van de bemoeizorg (Henselmans, 1993), zorgcoördinatie, rehabilitatie, vermaatschappelijking en andere organisatievormen voor mensen met langdurige geestelijke gezondheidsproblemen, werden taken en rollen van de SPV gevarieerder en

---

bezon de beroepsgroep zich op haar oriëntatie, werkwijze en sociaal psychiatrische visie. De ambulante sociale psychiatrie werd uitgebreid met de (semi) klinische context omdat zorgvragen ook van daaruit een sociaal psychiatrisch verpleegkundig aanbod vergden. Denk hierbij ook aan de forensische- verstandelijk gehandicapten- en verslavingszorg.

De Nederlandse beroepsvereniging voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werd in 1979 opgericht. Deze beroepsvereniging heeft er voor gezorgd dat er nog steeds een zelfstandige SPV-opleiding bestaat. Vanwege de invoering van de Bachelor-Masterstructuur werd de gesubsidieerde toenmalige SPV opleiding (MGZ-GGZ)<sup>1</sup> in 2007 opgeheven en opgevolgd door de huidige post-hbo SPV.

### *Versterking van de eerstelijns gezondheidszorg*

Eind jaren negentig werden de eerste stappen gezet om de geestelijke gezondheid in de eerste lijn te versterken met projecten zoals 'Diabolo' en 'Korte Lijnen'. SPV-en werden vanuit de tweedelijns gezondheidszorg gedetacheerd naar huisartsenpraktijken om daar onder andere consultatie, advies, diagnostiek en kortdurende behandeling te verrichten. Ongeveer acht jaar later werd door de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns (LVG) de functie praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (verder genoemd: POH- GGZ) in het leven geroepen (analoog aan de functie POH-AGZ). Triage, diagnostiek, kortdurende behandeling en monitoren van langdurige geestelijke gezondheidsproblemen behoren tot de kernactiviteiten van deze functie. De functie POH-GGZ wordt voor 70% ingevuld door SPV-en (Bruininks, 2012).

Deze versterking van de eerste lijn, of de verschuiving van specialis- tische zorg naar een meer generalistisch zorgaanbod met diverse maatschappelijke georiënteerde verpleegkundigen, is om diverse

---

1) Opleiding maatschappelijk gezondheidszorg. Deze opleiding bood gediplomeerd verpleegkundigen met enkele jaren werkervaring een voorbereiding op het beroep van verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg. Zij kende drie uitstroomvarianten: wijkverpleegkunde, bedrijfsverpleegkunde en sociaal psychiatrische verpleegkunde.

---

redenen noodzakelijk. Bijvoorbeeld vanwege de groei van het aantal mensen met een of meerdere chronisch ziekten (Van Nimwegen et al., 2012). De toegenomen noodzaak van preventieve taken gericht op het terugdringen van beperkingen voortkomend uit deze aandoeningen. De toename van comorbiditeit vraagt niet alleen kwantitatief om versterking van de eerste lijn maar ook kwalitatief. Van der Feltz-Cornelis, hoogleraar sociale psychiatrie in Tilburg (2010) zet in op integrale behandeling en ketenzorg omdat geestelijke gezondheidsproblemen vaak gepaard gaan met lichamelijke klachten en lichamelijke ziekten. In wisselwerking, zijn ze van negatieve invloed op het beloop van de genoemde klachten en kunnen leiden tot een kortere levensduur. Continuïteit van zorg en het creëren van voorwaarden voor ketenzorg zijn daarbij van belang. Kennis van en over geestelijke gezondheidsproblemen en co morbiditeit met somatische problematiek wordt onder andere vergroot door een goede samenwerking in wijkteams, consultatie en gezamenlijke deskundigheidsbevordering.

Ondersteuning bij zelfmanagement, herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid (Boevink, 2009) is een belangrijke activiteit van de SPV in de eerste lijn, evenals het ontwikkelen van initiatieven gericht op het versterken van maatschappelijke steunsystemen.

‘Burgerkracht eerst’ is immers het nieuwe paradigma: verwacht wordt dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen sneller en vaker een beroep doen op hun eigen netwerk (WRR, 2012) of systemen in de wijk.

Het inzetten van interventies om sociale uitsluiting te voorkomen en samen redzaamheid te bevorderen, zijn belangrijk. Aangetoond is dat het realiseren van ontmoeting tussen bewoners in een wijk de stigmatiserend werkt (Boon, 2004; Van Weeghel, 2006; Thornicroft, 2009). Multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau met huisartsenzorg, verpleegkundige zorg en maatschappelijk werk, vormen de kern van

---

deze aanpak. Basiszorgteams moeten burgers faciliteren om zelf hun problemen aan te pakken waar dit kan. Zo nodig bieden zij in een vroeg stadium integrale en gecoördineerde hulp. Hiermee wordt een onnodig beroep op zware zorg voorkomen (RvZ, 2012).

Dit stelt de SPV voor de opgave om diverse rollen in een wijk of gezondheidscentrum op zich te nemen. Daarnaast blijft zij deze rollen ook vervullen binnen de specialistische zorg. Indien de cliënten bij een protocollair aanbod geen baat vinden, zullen sociaal psychiatrische werkwijzen nodig en wenselijk zijn om de situatie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, bij voorkeur samen met naastbetrokkenen, in de eigen leefomgeving te verbeteren.

### *Visie op gezondheid en ziekte*

SPV-en zijn van mening dat we in onze postmoderne samenleving ook te maken hebben met individualiseringsrisico's. Tegenslag of falen worden door de samenleving al snel vertaald naar het maken van verkeerde keuzen (eigen schuld, dikke bult), karakterzwakte of psychopathologie (Heyndrickx et al., 2011; Verhaeghe, 2012). Er zijn ook mensen die zorg mijden en vanwege hun geestelijke gezondheidsproblemen 'Anders' zijn, of in armoede leven. Verschraling van netwerken, stigmatisering en uitsluiting liggen op de loer (Baart, 2006). Voor bepaalde groepen in onze samenleving is de gezondheidszorg zelfs minder goed toegankelijk (Wolffers et al., 2013). Diversiteitskenmerken als SES (lage sociaal economische status) laaggeletterdheid, culturele achtergrond of gender zorgen er niet alleen voor dat mensen moeilijker toegang krijgen tot de gezondheidszorg, maar ook sociaal-maatschappelijk het risico lopen op uitsluiting, eenzaamheid, (gevoelens van) discriminatie en sociaal isolement (Hortulanus et al, 2003; Kal, 2010). Onderzoek toont aan dat discriminatie en uitsluiting op haar beurt de gezondheid van mensen negatief beïnvloedt (Fernando, 1984, Wolffers, 2013). In de sociaal psychiatrische verpleegkunde

worden theorieën gebruikt om te na te gaan hoe ruimte gemaakt kan worden voor mensen, die uitgestoten of gemarginaliseerd worden. Daarnaast worden sociaal psychiatrisch verpleegkundige interventies ingezet die gericht zijn op volwaardig burgerschap, samen redzaamheid en een duurzame, inkluderende samenleving. Bovendien heeft de SPV aandacht voor het ontroostbare, het persoonlijke en de innerlijke ervaringen. Voor persoonlijk leed is lang niet altijd een oplossing en dit leed kan snel ondergesneeuwd raken in een maatschappij waarin verwacht wordt dat mensen sterk zijn en zich inzetten voor elkaar en de ander.

Volgens Huber en anderen (2011) is ziekte geen statisch begrip, maar dynamisch. Hiermee wordt bedoeld dat ziekte en gezondheid onvoorspelbaar zijn en dat de ontwikkeling van complexe, georganiseerde systemen, die bepaalde eigenschappen vertonen, niet zichtbaar worden door een reductie van hun delen. Er zijn voortdurend persoonlijke, sociale en maatschappelijke veranderingen die kunnen leiden tot demoralisatie of (gevoelens van) ziek zijn. Vandaar dat de huidige opvatting over gezondheid gebaseerd is op het om kunnen gaan met gezondheid. Huber heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de nieuwe kijk van de WHO op gezondheid. Het gaat anno 2013 om het vermogen van mensen om zich aan te passen aan steeds veranderende omstandigheden en de eigen regie te voeren. Deze opvatting over gezondheid en ziekte sluit goed aan op de visie van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Volgens hen wordt gezondheid niet alleen bepaald door de aan- of afwezigheid van medische zorg. Gezondheid wordt ook bepaald door maatschappelijke factoren. Maatschappelijke omstandigheden als armoede, sociale uitsluiting, al dan niet wonen in een achterstandswijk, kunnen ziekmakend zijn. De SPV is kundig om sociaal psychiatrische problematiek te signaleren. Zij kan ook hier een belangrijke rol vervullen bij het versterken van de eigen kracht van de bewoners in de wijk. Zij biedt hulp aan kwetsbare

---

burgers in wijken en buurten op het gebied van het versterken van zelfregulering, empowerment, herstel, ervaringsdeskundigheid en samen redzaamheid. Hiertoe zijn recent initiatieven ontwikkeld zoals extra aandacht voor stigmatisering van mensen met een psychiatrische achtergrond: de lancering van de website ‘Samen sterk tegen Stigma’, maar ook cliënt gestuurde initiatieven en de oprichting van nieuwe zorgcoöperaties.

De sociaal psychiatrische werkwijze in de wijk, in samenwerking met andere professionals wordt wel steeds moeizamer uit te voeren vanuit een gespecialiseerde GGZ. De marktwerking staat immers centraal, gecombineerd met een protocollaire aanpak. Interventies vinden plaats binnen het systeem van de diagnose- behandelcombinatie. Zonder diagnose geen hulp. Met een diagnose,- gebaseerd op de DSM IV (APA, 2007) - volgt een protocollaire aanpak, uitgerekend in minuten (Verhaeghe, 2012).

Deze ontwikkeling hangt samen met de noodzaak om de kosten voor de zorg te beperken en middelen kritischer in te zetten. Tonkens (2008) beschrijft dat professionals extreem veel tijd kwijt zijn met registratie, verantwoording en overleg. De Stichting Beroepseer (2012)<sup>2</sup> is een vergelijkbare mening toegedaan. Om de sociaal psychiatrische werkwijze in te kunnen blijven zetten heeft de SPV competenties nodig als weerbaarheid, leiderschap en het voeren van interdisciplinaire en multidisciplinaire gesprekken om vakmanschap op de voorgrond te zetten.

### *Gespecialiseerde verpleegkunde in de sociale psychiatrie*

De SPV is een gespecialiseerd verpleegkundige in de sociale psychiatrie en vindt haar plaats op een continuüm tussen de HBO-Verpleegkundige en de Verpleegkundige Specialist. Zij werkt op ‘de snijvlakken<sup>3</sup> van het medische en het maatschappelijke domein’.

---

2) [www.beroepseer.nl](http://www.beroepseer.nl). Geraadpleegd: 15-03-2013

3) Gemeenten krijgen vanaf 2015 verantwoordelijkheid met betrekking tot jeugdzorg.



De SPV denkt en werkt vanuit meervoudige perspectieven. Dat wil zeggen dat de beroepsuitoefening van de SPV gebaseerd is op de specialistische, psychiatrische verpleegkundige deskundigheid. Maar dat niet alleen. Naast kennis van onder andere fysiologie, anatomie, ziekteleer, neurologie, psychopathologie en psychiatrie, maakt zij gebruik van theorieën en methoden uit de veranderkunde.

Veranderkunde is een wetenschap die bijdraagt aan de algemene theorievorming voor veranderkundigen. Het gaat in de sociaal psychiatrische verpleegkunde –net als in de veranderkunde– over basale, generieke, integratieve processen van sociaal interveniëren in het psychosociaal maatschappelijk functioneren van cliëntsystemen in de sociale verbanden of netwerken (Derks, 2013). Veranderkunde kiest voor een brede insteek en maakt in principe geen onderscheid tussen professionals en leken (Donkers, 2012). Immers cliënten wenden ook hun beïnvloedingsmogelijkheden aan teneinde de situatie in de gewenste richting te veranderen.

De SPV kiest interventies die vooral gericht zijn op het versterken van het zelfregulerend vermogen van de cliënt, het systeem, de groep en de samenleving. De SPV beschikt over een groot arsenaal van interventies ten aanzien sociaal psychiatrische vraagstukken. Daarbij gaat het er niet zozeer om welke psychiatrische diagnose iemand heeft maar veel meer over wat iemand nodig heeft.

Dit roept de vraag op waarin de SPV zich onderscheidt, of anders gezegd waarin heeft de SPV nu een toegevoegde waarde in een multidisciplinair wijkteam of een multidisciplinair GGZ team? Welnu, de toegevoegde waarde van de SPV in bijvoorbeeld de nieuw op te zetten wijkteams en in het kader van de transitie Jeugdzorg, is dat zij kan inschatten wat de normale reactie van mensen is in bijzondere omstandigheden die veel stress opleveren en waar de kanteling zit

---

naar psychische klachten, oplopende naar een psychiatrische stoornis en een langdurig chronisch verloop. Dat is vaak een ontbrekend element in veel teams, werkzaam in de wijk. In multidisciplinaire GGZ teams kan zij een analyse maken, interventies en/of strategieën inzetten, die niet alleen gericht zijn op het opheffen of omgaan met psychische klachten, versterken van het zelfregulerend vermogen van het individu, maar ook op die van sociaal maatschappelijke systemen en samenlevingsverbanden.

### 3. De werkomgeving en doelgroepen

#### *De werkomgeving*

De doelgroep van de SPV is zeer divers: jongeren, volwassenen en ouderen met diverse problemen en klachten in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn van de GGZ maar ook de forensische- verslavings- en verstandelijk gehandicaptenzorg. Diverse leeftijdscategorieën en doelgroepen komen in aanmerking voor SPV-zorg, behandeling, preventie of dienstverlening. Deze diversiteit brengt met zich mee dat de SPV in verschillende domeinen, instellingen en echelons haar werkzaamheden verricht. Ze kan te gast zijn bij mensen thuis, in een wijkcentrum, op een politiebureau, een school of een verpleeghuis. Dit betekent dat zij met cliënten, informele en formele zorgverleners een relatie aangaat die, afhankelijk van de omstandigheden en de zorgvraag, acuut, kortdurend of langdurend van aard kan zijn. De SPV stemt zorgvuldig af met de leefwereld van de cliënt. Hetzelfde geldt voor de samenwerking met professionals werkzaam in de genoemde instellingen.

De outreachende werkwijze gericht op maatschappelijk gezondheid, brengt met zich mee dat er niet direct gebruik gemaakt kan worden van collegiaal overleg of ondersteuning. Hierdoor wordt er een groot beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en professionaliteit. De SPV moet in staat zijn tot zelfstandige besluitvorming, risico-inschatting en beschikken over reflexiviteit.

#### *Eén op de vier*

Volgens de brancheorganisatie GGZ-Nederland<sup>4</sup> heeft een kwart van de Nederlandse bevolking jaarlijks een psychische stoornis. Ruim 850.000 mensen doen ieder jaar een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Veertig procent van de Nederlanders wordt ooit in het leven met een psychische stoornis geconfronteerd. Volgens de RIVM (2007) staan in de top tien van ziekten met de grootste ziekte-

---

4) <http://www.ggznederland.nl/ggz-nederland.html> Geraadpleegd: 19-03-13

---

last drie psychische stoornissen te weten: angst, stemmingsstoornissen en dementie. Sommige psychische stoornissen, zoals schizofrenie, behoren tot de meest kostbare ziekten in Nederland. Hoewel de kosten voor de GGZ net iets meer dan 6% van het totale zorgbudget bedragen<sup>5</sup>, kan de SPV hier niet om heen. Inzet van SPV interventies, waaronder ook de inzet van E-health, is hier op haar plaats. De inzet van zorg-technologie kan helpen om op laagdrempelige wijze psychische klachten de baas te worden, het psychosociaal functioneren te verbeteren en sociaal isolement te voorkomen (Bhurga & Morgan, 2010).

### *Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*

De Initiatiefgroep Herstelondersteuning (Van der Ploeg, et al., 2011) gaat er van uit dat er in ons land ongeveer 160.000 mensen leven met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Het betreft mensen met zeer diverse aandoeningen zoals, psychotische stoornissen, angststoornissen, ernstige affectieve stoornissen, verslavingen, ADHD, autisme of combinaties van deze aandoeningen. Veertien procent is van niet westerse afkomst en van hen is de zorgbehoefte nog niet bekend. Mensen met een EPA maken in verschillende mate gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Ruim 2/3 ontvangt zorg van een GGZ instelling, en daarvan is 13% opgenomen in een psychiatrische instelling of beschermde woonvorm. Ruim 60% ontvangt ambulante zorg. Verder valt op dat ruim de helft van deze mensen alleen woont en twee derde tot driekwart geen partner heeft. Bovendien kunnen deze mensen niet vanzelfsprekend rekenen op sociale steun vanwege een klein sociaal netwerk. Een ander punt is dat ruim 90% geen betaalde baan heeft en ongeveer de helft geen structurele dagbesteding. Anno 2013 richt het overheidsbeleid zich op verdere afbouw van bedden. De kosten voor de zorg moeten nog meer teruggedrongen worden door verdere ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg.

---

5) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/nieuws/2012/06/18/breed-akkoord-over-toekomst-geestelijke-gezondheidszorg.html>. Geraadpleegd 19-03-2013

Het ministerie van VWS is met verschillende partijen in de GGZ, zoals patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en zorgaanbieders overeen gekomen dat het aantal bedden in 2020 met 1/3 verminderd moet zijn ten opzichte van 2008. Dit betekent dat deze doelgroep niet meer vanzelfsprekend alleen begeleid of behandeld wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ, maar dat ondersteuning voor hen en hun naastbetrokkenen, ook vanuit de wijk, een gezondheidscentrum of een zelfstandige praktijk geboden gaat worden.

Omdat SPV interventies niet alleen gericht zijn op het beïnvloeden van klachten, maar ook op het beïnvloeden van de omgeving, het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen of het verbeteren van het functioneren van cliëntsystemen, sluiten deze interventies goed aan bij de zorgvragen van mensen met EPA. Op die manier levert de beroepsgroep een belangrijke bijdrage aan de wensen van cliënten en het overheidsbeleid gericht op het voorkomen of verkorten van opnames.

### *Coaching en consultatie voor informele en formele zorgvragers*

Het beleid in de gezondheidszorg en welzijn is zoals gezegd steeds meer gericht op inzet van informele zorg en dat betekent dat burgers nog meer voor elkaar en ook voor 'kwetsbare' mensen (moeten) gaan zorgen. Pas in het uiterste geval mag een beroep gedaan worden op formele zorg. Dit vraagt van hulpverleners en dus ook van de SPV om een traject van re professionalisering (Hortulanus, 2004; Steyaert et al., 2010). Het gaat om een heroriëntatie van hulpverlening op aandacht die uit gaat naar het vergroten van de hulpbronnen en het benutten van mogelijkheden van het cliëntstelsel, familieleden of andere naasten. Maar ook het ondersteunen van deze mensen en aan te geven wanneer 'genoeg', ook werkelijk 'genoeg' is (Trappenburg, 2008). Sociaal psychiatrische verpleegkunde wordt gekenmerkt door het betrekken of coachen van de familie of naasten bij de begeleiding van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Daarnaast geeft de SPV op verzoek coaching of consultatie aan beroepsgenoten of andere formele zorgverleners.



## 4. De competenties van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

### *Inleiding:*

Het expertisegebied sociaal psychiatrische verpleegkunde beschrijft in navolging van het basisprofiel verpleegkunde de competenties aan de hand van de CanMeds. Eind vorige eeuw zijn in Canada op basis van een breed onderzoek zeven rollen geformuleerd. Het betreft rollen waaraan medici moeten voldoen. Zij vormen daarmee de leidende indeling van opleidingen voor medische beroepsgroepen. Deze rollen zijn sinds enige tijd ook in Nederland standaard voor medische opleidingen. De Canmedssystematiek is een eenduidige werkwijze om specialistische deskundigheid en competenties van de verschillende beroepsbeoefenaren in multidisciplinaire teams te omschrijven. Zoals gezegd er wordt uitgegaan van zeven rollen op zeven competentiegebieden te weten:

- 1) Klinisch handelen: de SPV als zorgverlener.
- 2) Communicatie: de SPV als communicator.
- 3) Samenwerking: de SPV als samenwerkingspartner.
- 4) Kennis en wetenschap: de SPV als reflectieve professional
- 5) Maatschappelijk handelen: de SPV als gezondheidsbevorderaar.
- 6) Organisatie: de SPV als organisator
- 7) Professionaliteit: de SPV als kwaliteitsbevorderaar

### 4.1 Klinisch handelen

De SPV is in haar rol als *zorgverlener* gericht op het oplossen van gezondheids- en sociale problemen, het versterken van competenties en het verbeteren van het sociaal, maatschappelijk functioneren. Daartoe onderzoekt zij zowel op subjectieve- (binnen perspectief) als

---

op objectieve wijze (buiten perspectief) de leefwereld van cliënten en hun systemen en stelt de behoefte aan zorg vast door middel van klinisch redeneren. Klinisch redeneren, omvat het op methodische en systematische wijze verzamelen, analyseren, interpreteren en evalueren van klachten (veelal gezondheidsproblemen) aan de hand van de vier niveaus van functioneren.

Belangrijk is dat de SPV ook de vooronderstellingen onderzoekt die er bij alle betrokkenen bestaan ten aanzien van de situatie. Het proces van klinisch redeneren, leidt tot het vaststellen van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnose, gevolgd door een indicatiestelling, doorverwijzing of behandeling of begeleiding. De SPV hanteert daarbij het stepped care & matched care principe. Zij is in staat tot klinisch handelen in zowel de wijk, de OGGZ, de spoedeisende psychiatrie (crisisdienst) de basis- als de gespecialiseerde GGZ. Zij kent de verschillen in aanpak en vereisten en kan aan beiden in de diverse settingen voldoen. Wanneer de SPV de begeleiding of behandeling op zich neemt wordt er gewerkt op basis van shared- decisionmaking. Zij rapporteert welke legitimatiegronden aan de basis liggen voor de gezamenlijke interventiekeuze.

- Methodisch werken
- Verkennen en analyseren van de situatie
- Indiceren en doorverwijzen
- Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnose stellen
- Shared- decisionmaking
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige behandeling, bemoeizorg en/of begeleiding geven in de wijk, de huisartsenpraktijk, de gespecialiseerde- of basis GGZ
- Crisisinterventie verrichten



Om als SPV de rol en taken van zorgverlener uit te kunnen oefenen, maakt de SPV gebruik van meervoudige wetenschappelijke kennis, vaardigheden en een professionele attitude om in de sociale psychiatrie van de GGZ systeemgerichte patiëntenzorg en zo nodig crisisinterventie te verlenen. Het gaat hier om:

- Kennis hebben van somatiek, sociale psychiatrie en psychopathologie, crisistheorieën, sociale- en ontwikkelingspsychologie, systeem- communicatietheorieën, sociologie, ethiek, recht en veranderingkunde.
- Denken en werken aan de hand van een individu-omgevingmodel: weten, signaleren, doorzien van en doorvragen op omgevingsfactoren, ziekte en gezondheid die elkaar beïnvloeden.
- Kennis hebben en kritisch en kundig gebruik maken van multidisciplinaire richtlijnen, professionele standaarden en (lokale, instellingsgebonden) protocollen, patiëntenvoorkeuren, wensen van familieleden, begeleidingsvormen en behandeltechnieken.
- Methodisch en systematisch gegevens verzamelen over de vier niveaus van functioneren om te kunnen indiceren en door te verwijzen op basis van het stepped- & matched care principe.
- Analyseren van gegevens, verbanden leggen en een SPV diagnose stellen waarin de belangrijkste problemen op de vier niveaus van functioneren geïdentificeerd en begrijpelijk gemaakt zijn vanwege de relatie tussen klacht, kracht en omstandigheden.
- Werken op basis van: ‘shared decision making’: in dialoog met de cliënt, het cliëntsysteem en collegae, doelen en een behandelplan opstellen.
- Gekozen interventies zijn, zo veel als mogelijk, bewezen effectief bij de klachten. De SPV houdt ook hier rekening met de urgentie, complexiteit, duur en benodigde expertise voor de behandeling of begeleiding.
- Dragen van behandelverantwoordelijkheid voor de eigen caseload en kan alle noodzakelijke handelingen uitvoeren behorende bij deze rol.

- 
- Kan bij een multidisciplinaire aanpak, de rol van een coördinerend behandelaar op zich nemen. Met dien verstande dat de cliënt (zo veel als mogelijk) de regie heeft over de eigen behandeling en het behandelproces ondersteunend is.
  - Kennis hebben van cognitieve gedragtheorieën en toe kunnen passen van cognitieve interventies gericht op het versterken van het zelfregulerend vermogen.
  - Aandacht hebben voor ervaringen van cliënten. Kan (eigen kracht) interventies inzetten die er op gericht zijn de cliënt te helpen de balans te vinden tussen denken, voelen en doen, afgestemd op individuele, sociale en maatschappelijke rollen.
  - In spoedeisende situaties, complexe, risicovolle, acute en soms levensbedreigende problemen, kunnen beoordelen (crisisdiagnostiek) en hier naar te handelen. Zij overlegt te allen tijde met de medische discipline over haar bevindingen.
  - Het toepassen van opname voorkomende strategieën en te bepalen wanneer deze niet meer toereikend zijn voor de cliënt of de omgeving. Zij gaat altijd na of een cliënt een crisiskaart of signaleringsplan heeft en handelt zo veel als mogelijk conform de wensen van de cliënt en zijn omgeving.
  - Cliënten en cliëntsystemen (al dan niet in crisis) te ondersteunen bij het vinden van het juiste evenwicht tussen het oplossen van problemen en het innemen van een sociaal, maatschappelijke positie (destigmatisering), waarbij er aandacht is voor persoonlijke ervaringen en het ontroostbare.
  - Kennis hebben van farmacologie en kan voorlichting geven over werking en bijwerking van psychofarmaca
  - Het geven van psycho-educatie en gebruik te maken van hulpbronnen in de omgeving van de cliënt.
  - Het tijdig afsluiten van een behandeling, indien nodig met uit een signaleringsplan met het oog op terugvalpreventie en vanuit zelfmanagement.

## 4.2 Communicatie

De SPV gaat in er de rol van *communicator* van uit dat de omgeving bestaat uit een informeel, persoonlijk netwerk (gezin, familie, vrienden en dergelijke) en een formeel netwerk (burens, winkels, geloofsgemeenschap, clubs, woningcoöperatie, belastingdienst, opleiding, collega's en hulpverlening). Betrokkenen staan steeds in contact met een omgeving, al is dat soms alleen via de (sociale) media. De omgeving bestaat ook uit (sub)culturele kenmerken. De cliënt verhoudt zich tot zijn omgeving door middel van communicatie. De SPV heeft eveneens een omgeving waartoe zij zich verhoudt. Relevant in deze is de cliënt, de omgeving van de cliënt, het management, de vakgroep, de afdelingscultuur, samenwerkende partners op regionaal en landelijk niveau enzovoort. De SPV is in staat een samenwerkingsrelatie aan te gaan en daarbij rekening te houden met bovenbeschreven beïnvloede factoren. Zij doet dit vanuit het besef om kwaliteit goede behandeling, zorg of diensten te verlenen.

Samengevat gaat het in de rol van communicator om:

- Herkennen en verkennen van de verschillende perspectieven
- Omgangsvormen binnen verschillende hiërarchische structuren
- Vakterminologie
- Verschillende media
- Gesprekstechnieken en methoden
- Taalvaardigheden
- Informatievergaring en verstrekking
- Digitale en administratieve kennis en vaardigheden

---

Dit betekent dat de SPV als communicator:

- Er mee bekend is dat in de onderlinge communicatie verschillende culturele, sociale en maatschappelijke achtergronden, opvattingen en verhoudingen een rol spelen.
- In staat is om in te voegen en aan te sluiten bij het taalgebruik van het cliëntsysteem en/of andere partijen. Blijk geeft van respect door de perspectieven en betekenis van het taalgebruik van de ander te onderzoeken en als uitgangspunt te nemen.
- Zich kan verhouden tot de wijze waarop er door verschillende partijen gecommuniceerd wordt.
- In staat is om ten aanzien van derden- met gebruik van vakterminologie- een accurate indruk te formuleren in het kader van informatie-overdracht, hypothesevorming en toetsing, waarbij de waardigheid en privacy van de cliënt in kwestie behouden blijft en gewaarborgd is.
- Verschillende omgangsvormen beheerst om aan te sluiten bij bepaalde disciplines en/of overlegvormen. Beseft dat dit noodzakelijk is om de communicatie te bevorderen. In staat is om een kritische houding en een gemotiveerd standpunt in te nemen.
- Uitgebreide kennis en toepassingsvaardigheden van gesprekstechnieken en methoden bezit om te kunnen interveniëren. De onderbouwing hiervan wordt mede gevormd door theoretisch kennis van communicatie, interactie en specifieke modellen. Interventies zijn gericht op verbinding en deskundigheidsbevordering.
- Vaardig is op het gebied van de gesproken en geschreven taal. Dit betekent kennis van verschillende stijlfomats (schrijven van een artikel, een overdracht, een brief aan de huisarts); beheersing van het Algemeen Beschaafd Nederlands in woord en geschrift. Zorgvuldig, precies en genuanceerd formuleert.
- Proactief is in het vergaren en verstrekken van informatie (dit laatste met in achtname van privacy regels). Het betreft niet alleen het informeren en rapporteren aan derden over behandelbeleid, maar ook bronnenonderzoek en actief stimuleren van kennisoverdracht.

Het ontwikkelen en overdragen van kennis. Het kritisch beoordelen van informatie.

- Een visie uitdraagt die gericht is op het tegengaan van marginalisering en uitstoting van mensen en bijvoorbeeld stigmatisering actief bestrijdt.
- Kennis, inzicht en vaardigheden heeft in de digitale wereld:
  - Besef van haar structurerende invloed (beperkingen door digitale programma's > EPD)
  - Administratie en registratie
  - Administratieve programma's
  - Structuur van kwaliteitssystemen
  - Professioneel gebruik van sociale media.

### 4.3 Samenwerking

De rol van de SPV als *samenwerkingspartner* is cruciaal voor de uitoefening van het beroep. De SPV werkt nauw samen met de cliënt en zijn/haar systeem en andere belangrijke betrokkenen. Bij de behandeling zijn diverse disciplines binnen en buiten de wijk, de gespecialiseerde en basis GGZ betrokken. De SPV is zich bewust van haar bevoegd- en bekwaamheden en de beperkingen –op het gebied van kennis, vaardigheden en ervaring- die dat met zich meebrengt. Zij werkt nauw samen met anderen, waaronder veelal professionals, en voert overleg, stemt zorg af, wisselt ervaringen uit en regelt de coördinatie en continuïteit van zorg. Daarnaast is het van belang om door te verwijzen en een vraag om een consult, consultatie of coaching te herkennen en te honoreren. Om in een wijk of buurt bij te dragen aan sociale cohesie is het opbouwen, uitbreiden en in stand houden van een netwerk of een maatschappelijk steunsysteem (MSS) vanzelfsprekend. Ook kunnen gedurende de samenwerking bepaalde risicogroepen of kan risicovol gedrag bij bewoners uit de buurt naar voren komen. De SPV kan preventieactiviteiten ontwikkelen in

---

samenwerking met andere organisaties. Op projectbasis kan besloten worden om deel te nemen aan praktijkonderzoek waar de SPV aan bijdraagt of een spilfunctie in vervuld. Samengevat gaat het in de rol van samenwerkingspartner om:

- Doelmatig overleg
  - Adequate doorverwijzing
  - Effectieve collegiale consultatie en coaching
  - Samenwerking in de keten op micro-meso en macroniveau
- 
- Samen met de patiënt en andere zorg- of dienstverleners wordt onderzoek, behandeling en follow-up beleid ontwikkeld. De SPV kan daarbij een aanvullend perspectief op de problematiek verwoorden. Zij kent en erkent de rol en deskundigheid van de andere betrokkenen zoals blijkt uit het informeren en betrekken van alle partijen bij de afstemming en besluitvorming.
  - Kunnen beleggen, voorbereiden en voorzitten van een zorgconferentie of netwerkoeverleg. In staat zijn om een gesprek te initiëren en te leiden over wederzijdse taken, verantwoordelijkheden, mogelijkheden en beperkingen. Dit resulteert in heldere, werkbare en doelgerichte prestatieafspraken die gedocumenteerd worden. Dit impliceert de vaardigheid tot hiërarchie overstijgende sturing.
  - Zij maakt optimaal gebruik van – en versterkt lokale, formele en informele netwerken.
  - Zicht hebben op de mogelijkheden en beperkingen van de eigen deskundigheid en die van anderen. In staat zijn om op basis van onderzoek door te verwijzen met inachtneming van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de stepped care uitgangspunten. Dit impliceert dat de SPV op de hoogte is van de sociale kaart in de regio van de cliënt, een proactieve en servicegerichte instelling heeft en zo nodig het initiatief neemt om kennismakings- en onderhandelingsgesprekken te voeren.
  - Om de eigen kennis en die van anderen te vergroten is de SPV in

staat om in een samenwerkingsoverleg een consult- coaching- of consultatievraag te stellen of te herkennen. Zij kan op verzoek systematisch en methodisch consultatie en/of coaching geven, individueel en in groepen aan medewerkers binnen en buiten de organisatie.

- Voor een effectieve samenwerking heeft de SPV inzicht in de zorgketen van cliënten, kan zij effectief communiceren met andere zorg- en dienstverleners of mantelzorgers. Zij beweegt zich voortdurend op verschillende niveaus om de samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit kan alleen als eigen en andermans vakgebieden onderkend en erkend worden
- De SPV is alert op een functionele ontwikkeling van de samenwerkingsrelatie en in staat tot bemiddeling en conflictoplossing. Zij is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt en diens omgeving

#### 4.4 Kennis en wetenschap

De kern van het competentiegebied kennis en wetenschap betreft theorieontwikkeling en het actueel houden van de eigen kennis en vaardigheden. De SPV neemt de rol in van een *onderzoekende professional* aan waarbij kennis wordt aangewend voor patiëntenzorg, deskundigheidsbevordering, wetenschappelijk onderzoek. De SPV erkent dat wetenschap en praktijkvoering met elkaar verbonden zijn en baseert haar handelen zoveel als mogelijk op onderzoeksresultaten (Evidence-based medicine). Eisen vanuit de politiek, de zorgverzekeraar en de samenleving zijn immers ook gericht op evidence based handelen. Hoewel complexe praktijken niet altijd opgelost kunnen worden aan de hand van bewezen werkzame interventies, streeft de SPV ernaar om werkwijzen toe te passen waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. Tegelijkertijd vragen sociaal psychiatrische praktijken ook om het gebruik van praktische wijsheid waarbij intuïtie

---

en impliciete kennis richting geven aan het sociaal psychiatrisch verpleegkundig handelen. Dit vraagt om ontwikkeling van kritisch (zelf)onderzoek en reflectie. De SPV signaleert op basis van ervaring en eigen waarneming issues, hiaten en of vragen die in aanmerking komen voor bij- en nascholing van zichzelf, anderen of voor wetenschappelijk onderzoek. Hierbij is ze op de hoogte van de hedendaagse opvattingen over educatie, kwaliteitszorg, en continue professioneel ontwikkelen. De SPV leert in de dagelijkse praktijk, door overlegvormen, casuïstiekbespreking, intervisie, consultatie, coaching en/of intercollegiale toetsing. Samenwerking met (ervaren) collega's die het ambacht voordoen behoren -evenals 'levenslang leren'- in het kader van haar persoonlijke en professionele ontwikkeling tot een (taak) opvatting van de SPV. Samengevat gaat het in de rol van onderzoekende professional om:

- Toepassen van wetenschappelijk kennis en praktische wijsheid.
- Onderzoekende, professionele ontwikkeling

De SPV bezit als onderzoekende professional de volgende competenties:

- Zij is in staat om wetenschappelijk onderzoek kritisch te beoordelen op toepassingsmogelijkheden in de dagelijkse praktijk.
- De SPV participeert in werkgroepen en draagt bij aan de verspreiding van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig kennisdomein in bijvoorbeeld zorgprogramma's, zorgpaden en modulen. Met behulp van praktijk- en wetenschappelijk onderzoek draagt zij bij aan de ontwikkeling van verbeterde werkwijzen.
- Brengt praktijkproblemen, knelpunten in de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg, en morele en ethische vraagstukken onder de aandacht van beleidsmakers, wetenschap en politiek. Zij doet dit op eigen initiatief, via de vakgroep, de beroepsvereniging, een kenniscentrum, een hogeschool of lectoraat.



- Kan resultaten, zowel op het niveau van individuele zorgverlening, als op het niveau van de eenheid waar ze werkt, monitoren. Op basis van uitkomsten kan zij bijsturen, een overleg plannen en voorstellen ter verbetering doen.
- De SPV kan doelmatig en verantwoord omgaan met het ongeregelde, het onvoorspelbare en stressvolle situaties. Zij is zich van bewust dat zij gebruik maakt van intuïtie en impliciete kennis. Zij is zelfbewust en houdt een onderzoekende en reflectieve leer- en werkhouding.
- Zij onderzoekt in relatie met anderen haar leermogelijkheden en leerbehoeften. Zij ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan. Zij neemt deel aan intervisiebijeenkomsten, kennisleergemeenschappen, de vakgroep of de verpleegkundige adviesraad.
- De SPV houdt vakliteratuur bij en draagt bij aan publicaties. Zij volgt (bij- en na-) scholing, woont congressen en studiedagen bij. Zij levert een bijdrage aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of lezingen zowel binnen als buiten haar instelling.

#### 4.5 Maatschappelijk handelen

De SPV beweegt zich in de rol van *gezondheidsbevorderaar* in een maatschappij en zorgsector waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in preventie, gezondheid en zelfmanagement. Daarnaast is herstelondersteuning een begrip dat door de cliëntenbeweging binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg tot ontwikkeling is gekomen. Dit stelt de SPV voor de opgave om een bijdrage te leveren aan het bevorderen van gezondheid en welzijn van cliënten en hun omgeving. Dat kan door hen te ondersteunen bij hun zelfmanagement, herstel en bij het bevorderen van de ontwikkeling van sociale rollen. De SPV werkt samen met familie naastbetrokkenen en professionals. Zij neemt initiatieven ter versterking van het sociale netwerk, de ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen en het bestrijden van stigma. De SPV stemt af met de

---

sociaal-culturele omgeving met inachtneming van geldende normen en waarden. Zij stelt zich proactief op ten aanzien van mensen die een verhoogd risico lopen op stigmatisering, marginalisering en uitstoting en, of ernstige gezondheidsrisico's. Tevens richt zij zich in het kader van herstel en rehabilitatie en het bevorderen van de gezondheid op andere professionals, instanties, werkgevers of gemeenten. Ten behoeve van risicogroepen in de samenleving draagt zij bij aan het bevorderen en, of versterken van de inter-organisatorische samenwerking (Hendrix et al, 1999) en vormen van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Samengevat gaat het in de rol van gezondheidsbevorderaar om:

- Risicosignalering
- Gezondheidsbevordering, leefstijl, zelfmanagement en samenredzaamheid
- Herstel, rehabilitatie, arbeid en participatie
- Stimuleren van het ontwikkelen van een solidaire, rechtvaardige en gezonde samenleving
- Het tegengaan van marginalisering en uitstoting.

In de rol van gezondheidsbevorderaar bezit de SPV de volgende competenties:

- Heeft kennis van epidemiologie, kan gegevens interpreteren en neemt een leidende en verbindende rol ten aanzien van voegsignalering, risicobeoordeling en gezondheidsbevordering.
- Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten.
- Is actief ten aanzien van universele- selectieve- en geïndiceerde preventie. Participeert in individuele, collectieve of groep gerichte preventie en gezondheidsvoorlichting.
- De SPV is bekend met de principes van zelfmanagement, leefstijlen en gezondheidsgedrag. Zij kan zelfmanagement en mogelijkheden van mensen taxeren. Zij ondersteunt cliënten en hun naasten bij het

versterken en vergroten van hun zelfregulerend vermogen en geeft anderen hier zo nodig voorlichting over.

- Heeft kennis van bemoeizorg en kan deze geïndiceerd inzetten. De SPV is zich bewust van het belang om in buurten en wijken 'gezien' te worden (werkt outreachend) om zo nodig laagdrempelige zorg te kunnen bieden
- De SPV heeft kennis van psychische kwetsbaarheid, herstelondersteuning, rehabilitatie en participatie. Arbeid, wonen en sociale contacten zijn van cruciaal belang: de SPV draagt bij aan het verwerven van deze levensbehoeften in nauwe samenwerking met anderen. Enerzijds laat zij cliënten niet aan hun lot over. Ze blijft naast hen staan. Anderzijds is zij gericht op het bevorderen van de samenredzaamheid van cliënten en hun omstanders.
- De SPV is bekend met strategieën om de omgeving te beïnvloeden en in staat sociale en maatschappelijke steun te mobiliseren om inclusie te bevorderen en stigma te bestrijden.
- De SPV is op de hoogte van culturen, cultuurgebonden gezondheidsproblemen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid, samenleven en samenwerken.
- De SPV doet beleidsvoorstellen voor het ontwikkelen van programma's gericht op een rechtvaardige, solidaire en gezonde samenleving. Een samenleving die terugkeer uit een gemarginaliseerde positie mogelijk maakt zoals met Kwartiermaken en de ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen.

#### 4.6 Organisatie

De SPV werkt in de rol van *organisator* veelal in de ambulante sociale psychiatrie. Haar werkzaamheden vinden plaats vanuit organisaties als: gezondheidscentra, zelfstandige praktijken, wijkteams en tweedelijns GGZ-VGZ-verslavingszorg- of justitiële instellingen. De SPV is ondernemend, flexibel inzetbaar en heeft een proactieve houding. Zoals

---

eerder vermeld is kenmerkend dat geestelijke gezondheidsproblemen niet los gezien kunnen worden van omgevingsfactoren zoals: leefomgeving, arbeidsomstandigheden cultuur, de etniciteit. In een multidisciplinair samenwerkingsverband wordt zorgvuldig gekeken, welke interventie ingezet dient te worden. Dit brengt met zich mee dat de SPV in de context waarin zij werkzaam is overziet welke financiële, economische, politieke en bedrijfsmatige belangen een rol spelen. Zij is zich bewust van de schaarse middelen en verliest de kwaliteit van zorg niet uit het oog. Op uitvoerend niveau heeft zij een eigen caseload en organiseert en coördineert de zorg voor individuele of groepen cliënten. Het cliënt- en familieperspectief zijn altijd het vertrekpunt van de zorg. Met hen –en belangrijke andere betrokkenen binnen en buiten de organisatie– wordt het behandel- of begeleidingsplan afgestemd, vastgesteld en uitgevoerd. De SPV draagt zorg voor continuïteit van zorg, bewaakt de veiligheid van cliënt en van zichzelf en anderen. Op organisatorisch niveau maakt zij melding van fouten, incidenten en knelpunten rond de kwaliteit van zorg. Zij adviseert over mogelijke verbeteringen van de zorg en anticipeert op nieuwe ontwikkelingen. Indien gewenst maakt ze voor het organiseren en coördineren en uitvoeren van de zorg gebruik van mogelijkheden op het gebied van ICT en E-health.

Samengevat gaat het in de rol van organisator om:

- Macro-ontwikkelingen rond politiek en beleid
- Meso-ontwikkelingen rond samenleving en instellingen
- Micro-ontwikkelingen rond de organisatie van de zorg voor cliënt en familie.

Hiertoe bezit de SPV de volgende competenties:

- De SPV is op de hoogte van de wijze waarop politieke besluiten van invloed zijn op organisatie van de (geestelijke)gezondheidszorg en de dagelijkse praktijk. Zij kan deze vertalen naar de context waarbinnen zij werkt.

- De SPV heeft kennis van de organisatie van de (geestelijke) gezondheids- en maatschappelijke zorg en uitgangspunten van de organisatiekunde. Zij kan deze vertalen naar de context waarbinnen zij werkt.
- De SPV is op de hoogte van de bekostiging van de zorg en de verschillende financieringsstromen en kan deze vertalen naar de context waarbinnen zij werkt.
- De SPV signaleert en communiceert over knelpunten in het beleid. Ze ontwikkelt strategieën om het beleid van organisaties te beïnvloeden.
- De SPV gaat op verantwoorde wijze om met materialen en middelen. Ze doet voorstellen voor vereenvoudiging van werkprocessen ter voorkoming van (verdergaande) bureaucrativering.
- De SPV organiseert en coördineert de zorg voor cliënten en het cliëntensysteem en waarborgt de continuïteit van de zorg. Rapportages zijn actueel en voldoen aan privacy regels voor cliënten. Haar werk is inzichtelijk en te allen tijde overdraagbaar aan andere medewerkers.
- In het kader van individuele cliëntenzorg is de SPV in staat om binnen de kaders van het begeleidings- of behandelplan en met in achtname van haar functionele verantwoordelijkheid prioriteiten te stellen en beslissingen te nemen.
- De SPV komt door een grenzen stellende dialoog op voor de positie, de veiligheid en de belangen van de cliënt, het cliëntensysteem en het vakmanschap van de beroepsgroep.

#### 4.7 Professionaliteit

De SPV is werkzaam in een kennisintensieve organisatie. Zij is geregistreerd als art. 3 verpleegkundige en staat als gespecialiseerd verpleegkundige ingeschreven in het kwaliteitsregister van de beroepsvereniging. Dit brengt professionele verantwoordelijkheid met zich mee dat zij in de rol van *kwaliteitsbevorderaar* haar kennis op het gebied van maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen, sociaal

---

psychiatrische verpleegkunde, wetgeving en zorg ethische aspecten actueel houdt. Zij houdt ontwikkelingen met betrekking tot het beroep nauwgezet bij en verwacht wordt dat zij deelneemt aan activiteiten van de beroepsvereniging. Gebruik- en delen van kennis en zelfreflectie hebben tot gevolg dat professionele vaardigheden en attitude in ontwikkeling blijven. Professioneel handelen beperkt zich niet alleen tot kennisontwikkeling en het inzetten van de juiste interventies op basis van de CanMedsrollen. Het gaat in de sociaal psychiatrische verpleegkunde ook altijd om *morele ingrepen* in de ontwikkeling van individuen en van sociale verbanden. De aard van de werkzaamheden is verbonden met een complex spanningsveld tussen verschillende en vaak tegenstrijdige normen en waarden en dit vraagt om deelname aan het morele debat of wel om normatieve professionalisering. Zij is in staat om met tegenstrijdige belangen om te gaan. Zij baseert haar ethisch verantwoorde praktijkuitoefening op de volgende gronden:

- Persoonlijke normen en waarden
- Het beroepsperspectief van de SPV
- Het cliënt en familieperspectief
- Het perspectief van de organisatie
- Het maatschappelijk perspectief

Bij het uitoefenen van de rol van kwaliteitsbevorderaar gaat het om de volgende competenties:

- De SPV heeft een kritische, reflectieve houding: in relatie met de ander wordt de eigen waardeoriëntatie en (professionele) identiteit kritisch onder de loep genomen.
- De SPV is in staat om het onvoorspelbare en het onverwachte toe te kunnen laten en een eigen professioneel standpunt te bepalen.
- De SPV kent de wet- en regelgeving die van toepassing is op de sociaal psychiatrische beroepsuitoefening en handelt dien overeenkomstig.

- Kent de normen en waarden van de beroepsgroep (beroepscode) en houdt zich er aan.
- Zij bejegt cliënten en omstanders betrokken respectvol.
- Zij kan omgaan met eigen emoties en indrukwekkende situaties. Haar houding kenmerkt zich door compassie, zorg, toewijding en verantwoordelijkheid.
- De ervaren baat bij de cliënt en diens directe omgeving staat centraal. Hiertoe verleent de SPV passende zorg. Zij legitimeert haar handelen op basis van de vragen, de eisen en het appel van de cliënt en zijn systeem.
- De SPV legitimeert haar handelen vanuit haar eigen vakgebied, een sociaal psychiatrische visie, verpleegkunde en veranderkunde. Maar ook op basis van evidence- based practice, protocollen, regels, reflectie en morele oordeelsvorming.
- Met het oog op de schaarse, algemene middelen legt de SPV instrumentele verantwoording af aan het management. Zij verleent doeltreffende, doelmatige en doelgerichte zorg.
- De SPV legitimeert haar handelen op basis van maatschappelijke en culturele verwachtingen en geldende normen en waarden. Zij kan ook een ander standpunt innemen als dit in het belang is van mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem (denk aan beeldvorming en stigma). Zij zet zich in voor een duurzame, solidaire, rechtvaardige inclusieve samenleving en verantwoorde vormen van maatschappelijk ondernemen.
- De SPV kan de verschillende perspectieven en legitimeringsgronden van elkaar onderscheiden en met elkaar in verband brengen.





## 5. Werkwijze tot op heden

Het bestuur (februari 2013) van de V&VN- SPV heeft het team van de post-hbo SPVopleiding van de Hogeschool van Amsterdam benaderd met de vraag het expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige te beschrijven. De eerste conceptversie is eind maart per mail voorgelegd aan veertig leden van de beroepsvereniging (landelijke spreiding). Zestien mensen hebben het concept voorzien van inhoudelijke feedback. Dit heeft geresulteerd in een 2<sup>e</sup> conceptversie. Deze werd 23 mei 2013 voorgelegd aan de ledenvergadering. Reacties van de leden zijn verwerkt in een derde concept. Dit concept is tijdens de bestuursvergadering van november 2013 aangenomen.

### *Klankbordgroepleden:*

Jan Adrichem, Hilbert van Doorne, Hedy van Duijne, Hille Ettema, Astrid van Gorkum, Tjarko Gramsma, Leonoor Hermanides-Willenborg, Jouke de Jong, Henk-Willem Klaasen, Jan Klein Gunnewiek, Tanja van der Klift, Gerard Lohuis, Martin Morsman, Hendrik Pietersen, Martin van der Star, Ben Venneman.

### *Bestuur (februari 2013):*

Didier Rammers Ad Minheere, Anne-Rose van Kessel

### *Beleidsmedewerker:*

Joekie Bruininks



## Literatuur

Americ Psychiatric Association, (2007) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

AVVV, (2004) *Beroepsdeelprofiel SPV*. Utrecht: Algemene Vergadering Verpleging en Verzorging.

Baart, A. (2006) *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.

Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.

Boevink, W. (2009) *Lijsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-geschrift*. Utrecht: Trimbos-instituut

Boon, J.V.,M.A. Nugter & A.J. Dijker (2004). Stigmatisering in de wijk. Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 12, 1006-1017.

Bruininks, J. (2012) *Consultatieronde inzake standpunt V&VN-SPV positionering basis GGZ*. Utrecht: VenVN-SPV: interne notitie.

Brouns, G.P.M.F. (2010) *Sociaal-psychiatrische verpleegkunde*. De ontwikkeling van een verpleegkundig specialisme in het domein van de Nederlandse sociale psychiatrie. Proefschrift. Universiteit van Maastricht.

Bhurga, D. & C. Morgan (edt) (2010) *Principals of social psychiatry*. New York: Wiley-Blackwell.

---

Cohen, A. (2002) *Beroepscode Sociaal-psychiatrisch Verpleegkundige*. Eindhoven: NVSPV.

Derks, J. (2013) *Grondslagen van Sociaal-Psychiatrische Verpleegkunde*. Masterthesis. Utrecht: LESI.

Donkers, G. (2012) *Veranderen in meervoud, een driedimensionale kijk op de sociale verandkunde*. Den Haag: Boom Lemma.

Feltz-Cornelis, C. van der (2010) *Sociale Psychiatrie: heel de mens in beeld. Oratie*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Hendrix, H., J. Konings, J. Doesburg, M. de Groot (1999) *Functionele samenwerking*. Werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector. Baarn: Nelissen.

Henydrickxs, P., L. Barbier, M. van Ongevalle, K. Vansevenant (2011) *De meervoudig gekwetste mens. Gedeelde en verdeelde zorg*. Leuven: Lannoo Campus.

Henselmans, H. (1993). *Bemoeizorg. 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.

Hortulanus, R., A. Machielse & L. Meeuwesen. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Hortulanus, R. (2004) Het belang van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. *Tijdschrift voor sociale interventies* 2004/4.

Huber, M. Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. & H. Smid. (2011) How should we define health? *British Medical Journal* 2011;343:d416.

Jacobs, G., R. Meij, H. ten Wolde & Y. Zomer (2008) *Goed werk, verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam : SWP.

Kal, D. (2010) *Kwartier maken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Doortje Kal.

Koekkoek, B. (2008). Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland: een enquête. *SP*, 87,47-56

Koekkoek, B. (2011) *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

London, J. van (2003) Over vraaggestuurde zorg in de GGZ, *SP* 67, 19-26.

Mulder, L. (1997) Kwaliteitsbeoordeling van agogisch handelen. De trits als sturend concept. *Tijdschrift Sociale Interventie*, vol. 6, no. 4, pp. 187-197.

NZa. (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nimwegen N. van & C. van Praag (red.) (2012) *Bevolkingsvraagstukken Anno 2012. Actief ouder worden in Nederland*. Amsterdam: University Press.

---

Oosterhuis, H. & M. Gijswijt-Hofstra (2008) *Verward van Geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Pater, M. (2012). *De eenzaamheid van de psychose. De rol van veilige strijd bij het ontstaan en herstel van een psychose*. Amsterdam: SWP

Padt, van der I. (1999) *Hoopvol bezorgd*. Eindhoven: NVSPV.

Padt, van der I & B. Venneman (red) (2010) *Sociale Psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemma.

Ploeg, G. & J. Griffioen (red.) (2011) *Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit. Kansen voor mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid*. Utrecht: SWBU.

RIVM (2007) *Ziektelast van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland*. Den Haag: RIVM Rapport 270012001.

Romme, M.A.J., H. Kraan & R. Rotteveel. (1981). *Wat is sociale psychiatrie, een inleiding*. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samson.

RVZ (2012) *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Schout, G., Schilperoort, R. & Visscher, J. (2012). Welzijn nieuwe stijl en de GGZ, Kanteling naar eigen kracht. *SP*, 102, 85-90.

Schout, G. & G.de Jong.(2013) *Eigen Kracht-conferenties. Kansrijk in de OGGZ?. Een onderzoek naar proces en uitkomsten.* Groningen: Hanzehogeschool.

Stel, van der, J. (2010). *De verslavingszorg voorbij.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Steyaert, J. & R. Kwekkeboom (red. ) (2010). *Op zoek naar duurzame zorg. Vitale coalities tussen formele en informele zorg.* Utrecht: Movisie.

Thornicroft, G, et al.( 2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet, Volume 381, Issue 9860, pp. 55-62*

Tonkens, E. (2008) *De bal bij de burger. Burgerschap en publieke moraal in een pluriforme samenleving. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Actief burgerschap aan de UVA.* UVA: University Press.

Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie.* Amsterdam: University Press.

Velden, L.F.J. van der, A.L. Francke & R.S. Batenburg (2011) *Vraag en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en bronnen.* Utrecht: NIVEL.

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit.* Amsterdam: De Bezige Bij

---

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2012) *V&V 2020. Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*.  
Utrecht: V&VN, Beroepsvereniging van zorgprofessionals.

Venneman, B. & Onderwater K. (2012). Basis voor een nieuwe sociaal psychiatrische hulpverlening; sociale rechtvaardigheid. *SP*, 102, 29-35

Uitermark, J., A.J. Gielen & M. Ham. (red.) (2012) *Wat werkt nu werkelijk. Politiek en praktijk van sociale interventies*. Amsterdam: Van Gennep.

Weeghel, J. van. (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede antistigma-strategieën? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 4, pp 378-394

Wolffers, I. A van der Kwaak & N. Beelen. (red) (2013). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Bussum: Couthino.

WRR (2012) *Vertrouwen in burgers*. Wetenschappelijke raad voor regeringsbeleid. Amsterdam: University Press.

#### Websites:

- [www.beroepseer.nl](http://www.beroepseer.nl)
- <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/nieuws/2012/06/18/breed-akkoord-over-toekomst-geestelijke-gezondheidszorg.html>





