

Sociaal-Psychiatrisch verpleegkundige

© Copyright AVVV Utrecht, maart 2004

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt, in welke vorm dan ook, zonder schriftelijke voorafgaande toestemming van de AVVV. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave voor welk doeleinde dan ook, dient men zich tot de AVVV te richten.

Sociaal-Psychiatisch verpleegkundige



**Nederlandse Vereniging van
Sociaal Psychiatisch Verpleegkundigen**

**Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatische Verpleegkundigen
(NVSPV)**

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Verantwoording	8
1.1 Inleiding	
1.2 Betekenis van dit beroepsdeelprofiel	
2 Positionering van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	9
2.1 Inleiding	
2.2 Ontwikkelingen binnen de sociaal-psychiatrische verpleegkunde	
- Professionele ontwikkelingen	
- Demografische ontwikkelingen	
- Vorming multiculturele samenleving	
- Maatschappelijke ontwikkelingen	
- Ontwikkelingen in de GGZ en Overheidsbeleid	
- Ontwikkelingen zorgvraag en aanbod	
2.3 De autonomie van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	
3 Zorgvragers en zorgvragen binnen sociaal-psychiatrische verpleegkunde	14
3.1 Inleiding	
3.2 De oorsprong van de zorgvragen	
3.3 Kenmerken van de groep zorgvragers	
3.4 Aard van de zorgvragen naar mate van urgentie en complexiteit	
3.5 Effecten van de zorgvraag voor gezondheid en bestaan	
3.6 Settings	
4 De betekenis en meerwaarde van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	16
4.1 Inleiding	
4.2 Betekenis en meerwaarde	
- voor de zorgvrager	
- binnen het domein van sociaal-psychiatrische verpleegkunde	
- ten opzichte van bestaande differentiaties	
- voor medeprofessionals	
- binnen gezondheidszorgorganisaties	
- binnen de gezondheidszorg	
5 Taakgebieden, kerntaken en competenties	21
5.1 Inleiding	
5.2 Zorgvragergebonden taken	
- beoordelen van de indicatie	
- uitvoeren van sociaal-psychiatrisch verpleegkundig onderzoek	
- vaststellen van sociaal-psychiatrische verpleegkundige diagnose	
- opstellen van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundig behandelvoorstel	
- opstellen van een SPV behandelplan	
- kiezen en plannen van SPV interventies	
- uitvoeren van sociaal-psychiatrische verpleegkundige zorg	
- uitvoeren van sociaal-psychiatrische behandeling	
- continuïteit van (keten)zorg leveren	
- zorggericht preventie verlenen	
- evalueren van het eigen en het totale zorgproces	
- acute psychiatrische hulpverlening en crisisinterventie verlenen	
- casemanagement	

5.3 Professiegebonden taken

- Continu Professioneel Ontwikkelen (CPO)
- het bevorderen van de kwaliteit van de SPV-zorg
- professionaliseren en profileren van de SPV beroepsuitoefening

5.4 Organisatiegebonden taken

- consultatie
- coaching
- ontwikkelen en uitvoeren van preventie
- innovatie, kwaliteitszorg en zorgbeleid

Bijlagen

Begrippenlijst

Lijst met gebruikte afkortingen

Geraadpleegde bronnen

Opstellers Beroepsdeelprofiel

Voorwoord

Waarom dit beroepsdeelprofiel?

De verpleegkundige beroepsuitoefening beweegt mee met de dynamiek in de hedendaagse gezondheidszorg. Een dynamiek die op gang wordt gehouden door continu veranderende zorgvragen, ontwikkelingen in medisch-technisch handelen en de voortdurend bewegende arbeidsmarktsituatie. Hierdoor zien wij momenteel een grote verscheidenheid aan vormen van verpleegkundige beroepsuitoefening.

De talrijke differentiaties en specialisaties, en de daarvoor benodigde opleidingen, roepen echter een beeld op van verbrokkeling en gebrek aan samenhang. Dit wordt in de hand gewerkt door het benadrukken van een ieders bijzonderheid en het veronachtzamen van de gemeenschappelijkheid in het verpleegkundig beroep. Ook de argumenten om het bestaan van een differentiatie of specialisatie te verklaren zijn divers, en ondergraven daardoor juist het bestaansrecht ervan.

Binnen lidorganisaties van verpleegkundigen bestaat daarom grote behoefte hun beroepsuitoefening te beschrijven en te verantwoorden door middel van beroepsdeelprofielen. De uniformiteit daarin laat elke differentiatie of specialisatie tot haar recht komen. En alle beroepsdeelprofielen tezamen dragen bij aan samenhang en transparantie van de verpleegkundige beroepsstructuur.

In het verlengde hiervan wordt gezocht naar passende vormen van kwalificering door middel van opleidingen en naar registratie als bekrachtiging en erkenning van de positie die men inneemt binnen het beroepenveld en de gezondheidszorg. Om die reden zijn deze beroepsdeelprofielen evenzeer van belang voor overige beroepsbeoefenaren, de wetgever, de algemene beroepsgroep, overheid (VWS), onderwijsinstellingen, werkgevers en vakbonden.

AVVV
Utrecht, 2004

1. Verantwoording

1.1 Inleiding

De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige beroepsuitoefening is sterk in ontwikkeling. De Sociaal-Psychiatrisch verpleegkundige (verder te noemen 'SPV') combineert een hoog niveau van gespecialiseerd verpleegkundige beroepsuitoefening gelijktijdig, of in aanvullende taakcombinaties, met domeinspecifieke aandacht door Continu Professionele Ontwikkeling (CPO) en aanvullende deskundigheidsbevordering. Daarnaast streeft zij continu naar positieve beïnvloeding, vanuit beroepsinhoudelijke onderbouwing, van kwaliteit en continuïteit van de GGZ-zorg. Daarbij is de inbreng van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk van even groot belang voor de onderbouwing, als die van wetenschappelijk onderzoek door vakgenoten.

Het gaat de SPV hierbij primair om bewaking van de kwaliteit en continuïteit van zowel de individuele, maatschappelijke als de collectieve gezondheidszorg. Een middel hierbij is het plegen van beroepsinhoudelijk onderhoud van competenties van beroepsbeoefenaren om beoogde continuïteit en kwaliteit van de directe GGZ-zorg te bewerkstelligen. De benadering van de SPV gaat altijd uit van taken rond het primaire zorgproces en de omliggende beleid- en beheersprocessen. De context van de zorgvrager op het gebied van somatisch, psychische en sociaal-maatschappelijk functioneren maken intergraal deel uit van de SPV-benadering.

1.2 Betekenis van dit beroepsdeelprofiel

Het voorliggende beroepsdeelprofiel is een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel en bouwt voort op het GGZ-verpleegkundig beroepsdeelprofiel. Het geeft een expliciete beschrijving van de beroepsuitoefening als SPV, zodat alle betrokkenen hiervan een helder beeld krijgen.

De essentie van het verpleegkundig beroep komt herkenbaar terug in het referentiekader, gevormd door de taakgebieden, kerntaken en competenties uit het beroepsprofiel.

De verbijzondering wordt zichtbaar in de specificering en uitbreiding van taakgebieden, kerntaken en competenties, de toepassing van sociaal-psychiatrische uitgangspunten, binnen de context waarin de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige haar beroep uitoefent.

De beschrijving van de context, de zorgvragers en de zorgvragen vormt tevens een basis voor legitimering en validering. Het gaat dan om het onderscheid ten opzichte van andere verpleegkundigen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg, en om de toegevoegde waarde ten opzichte van al bestaande vormen van verpleegkundige beroepsuitoefening. Hiermee worden aanknopingspunten ontwikkeld, die leiden tot de positionering van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige binnen het deelgebied van de GGZ-verpleegkundige beroepsuitoefening.

De terminologie die in dit document wordt gehanteerd, sluit aan bij de ontwikkelingen binnen de verschillende zorgsectoren en het huidige opleidingsstelsel.

Om recht te doen aan het grote aantal vrouwelijke verpleegkundigen is ervoor gekozen de term *verpleegkundige* in de tekst met de vrouwelijke vorm aan te duiden. Hiermee worden zowel mannen als vrouwen bedoeld.

In navolging van het beroepsprofiel gebruiken we de werkveldoverstijgende term *zorgvrager*, aangevuld met het begrip sociaal systeem. Hiermee worden, afhankelijk van het werkveld, mannelijke en vrouwelijke patiënten, client en of bewoners bedoeld en hun sociale omgeving, met wie zij op dat moment in relatie staat. Immers het terugkerende thema van wisselwerking, gerichtheid op de samenleving, maatschappelijke verhoudingen is het paradigma van de sociaal-psychiatrische verpleegkunde.

Voor de leesbaarheid gebruiken we de term *zorgvrager* in de mannelijke vorm.

2. Positionering van de sociaal-psychiatrische verpleegkundige

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de ontwikkeling van sociaal-psychiatrische verpleegkunde en een duiding van autonomie in handelen.

2.2 Ontwikkelingen binnen de sociaal-psychiatrische verpleegkunde

De geschiedenis van de sociaal-psychiatrische verpleegkunde heeft haar wortels in de inrichtingspsychiatrie en in maatschappelijke ontwikkelingen aan het eind van de 19^e en het begin van de 20^e eeuw. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie stelde in 1899 een examen in voor verplegenden in het de krankzinnigenzorg en in 1904 een vervolexamen B, bedoeld voor hen die zelfstandig buiten de gestichten werkten. In het begin van de 20^e eeuw ontwikkelde zich binnen de psychiatrie een richting, die de omgeving van de zorgvrager in haar denken en handelen ging betrekken: de sociale psychiatrie.

Querido (1935;1951) beseftte in de eerste jaren van de sociale psychiatrie dat levensgeschiedenissen en maatschappelijke relaties en verhoudingen van mensen een belangrijk onderdeel vormden voor goede diagnostiek en behandeling. Psychiater F.S. Meijers betrok in 1917 een verpleegkundige bij het consultatiebureau voor psychiatrische patiënten. Deze ontwikkeling werd beschouwd als een van de aanleidingen tot het ontstaan van de beroepsmatige extramurale psychiatrische verpleegkunde, de sociaal-psychiatrische verpleegkunde, in Nederland (Van der Padt, 1999).

In de loop der jaren hebben vooral Meijers, Querido, Trimbos, Van Londen en Romme bijgedragen aan de ontwikkeling van de sociale psychiatrie. Sociale psychiatrie wordt gezien als het helpen oplossen van geestelijke gezondheidsproblemen door het beïnvloeden van maatschappelijke processen en verhoudingen.

De SPV heeft zich altijd gespiegeld aan deze bewegingen van de sociale psychiatrie in de geestelijke gezondheidszorg. Vandaar dat zorgvrager- en familieparticipatie een belangrijk onderdeel van de hulpverlening vanuit de sociale psychiatrie is. Want onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen (processen en verhoudingen) neemt het belang van zorgvragerparticipatie steeds meer toe. Sociale psychiatrie is immers ondenkbaar zonder zorgvrager die participatie, waarbij de SPV methodieken, visies en theorieën gebruikt die deze participatie ondersteunen.

Professionele ontwikkeling van de SPV

Periode 1980 – 1990

In de '80er jaren luidde de RIAGG-vorming een nieuwe fase in bij de identiteitsontwikkeling en professionalisering van de SPV-beroepsgroep. De SPV werd in deze periode geprofileerd als een kerndiscipline binnen de AGGZ met een aantal specifieke taken: sociaal-psychiatrisch verpleegkundig diagnosticeren, curatief (crisis) interveniëren, evalueren, signaleren, schakelen vertalen (Festen, 1991).

Deze taken kregen vorm en inhoud door het werken binnen de RIAGG. De hulpverlening van de RIAGG werd gekenmerkt door een sociaal-psychiatrisch en psychotherapeutisch aanbod. Deze werkomgeving was van grote invloed op het professionaliseringsproces van de SPV.

De opleidingen MGZ-GGZ en VO-SPV ontwikkelden zich als een herkenbaar en maatschappelijk gelegitimeerd scholingsaanbod voor B-verpleegkundigen en vormden de basis van de beroepsuitoefening. De NVSPV heeft zich vanaf begin jaren '80 ingezet voor de beroepsontwikkeling en positionering van SPV binnen de GGZ. In 1989 werd het 1^e beroepsprofiel SPV geschreven. Tevens startte de deelname van het COOSPV aan het CONO-platform als enige verpleegkundige beroepsgroep in de GGZ.

Periode 1990 – 2000

De ontwikkelingen zoals extramuralisering, de functionele ordening van de GGZ en intensievere samenwerking binnen de GGZ, leidden tot een herprofilering van de SPV. De ambulante psychiatrie was niet langer het enige domein. SPV'en kwamen voor binnen de intramurale psychiatrische settings, verslavingszorg, reclassering, poliklinieken van APZ-en, in PAAZ-afdelingen.

In zorgvernieuwingsprojecten (o.a. bemoeizorg, Henselmans,1993) – midden jaren '90 – werkten

SPV'en nauw samen met een groeiend aantal B-verpleegkundigen.

In 1995 werd door het NcGv- onderzoek verricht naar de werkzaamheden en het toekomstperspectief van de SPV. De aanbevelingen luiden: profilering en professionalisering niet richten op een "vertherapeutisering" van het beroep maar terug naar het werken vanuit de sociale psychiatrie en een herkenbare plaats innemen in de GGZ.

In het verenigingsblad Sociale Psychiatrie publiceren SPV'en over thema's uit SPV-praktijken. Eind jaren '90 bepaalden GGZ-beleidsontwikkelingen zoals vermaatschappelijking van zorg, ontwikkeling ketenzorg, zorgprogrammering, AWBZ-financiering, stepped care en versterking eerstelijnszorg, in hoog tempo de ontwikkelingen in de GGZ-instellingen. Deze ontwikkelingen markeerden een nieuwe fase in het professionaliseringsproces van de SPV. De SPV richtte zich in haar beroepsuitoefening meer op de brede GGZ. In 1998 verscheen de herziene versie van het Beroepsdeelprofiel

Periode 2000 – 2004

Vanaf de eeuwwisseling komen een aantal ontwikkelingen in een stroomversnelling, die de SPV dwingen zich te heroriënteren op positie en inhoud van de dienstverlening in het GGZ-veld.

Te denken valt aan:

- de hernieuwde positionering van het SPV-werk in de eerste- en nuldelijns GGZ.
- de ontwikkeling dat de MGZ/GGZ-opleiding niet meer gefinancierd wordt als kort-HBO vanwege de invoering van de BAMA-structuur
- de taakverschuiving tussen artsen en verpleegkundigen in de gezondheidszorg
- de landelijke samenwerking met andere groepen beroepsgenoten binnen de federatie FGGZV
- de grootschalige fusies van GGZ-instellingen (RIAGG's, APZ-en, RIBW-en, verslavingszorg) vanaf eind jaren '90 tot heden
- de vermaatschappelijking van de GGZ en de onduidelijke plaats voor zorgvragerzorgvragers die onder langdurige zorg vallen (veranderende financieringstromen)
- de medicalisering c.q. de oriëntatie op de cure van de GGZ en de plaats van de sociale psychiatrie daarbinnen.

De NVSPV is zich bewust van de ontwikkelingen op het gebied van de (geestelijke) gezondheidszorg en de positionering van de SPV. Met de komst van een beroepscode – in aanvulling op het beroepsprofiel in 2002 - bevordert de NVSPV de kwaliteit van SPV. Vanaf haar oprichting ijvert ze voor een goed opleidings- en nascholingsaanbod.

De kern van de SPV-beroepsuitoefening blijft verankerd in de notie dat: sociale psychiatrie benadrukt dat geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan in interactie. Het individu en de omgeving beïnvloeden deze. Dit geeft de klacht betekenis en maakt haar begrijpelijk. De klacht op zichzelf hoeft niet pathologisch te zijn. De persoonlijke kwetsbaarheid van de zorgvrager en het onvermogen van de zorgvrager en zijn omgeving ermee om te gaan, kunnen leiden tot disfunctie en pathologie. Het perspectief van zowel de zorgvrager en diens omgeving als dat van de sociaal-psychiatrische hulpverlener vormen de basis voor de samenwerkingsrelatie (Strategiegroep SP, 2000). Meer dan ooit wordt het belang van de sociale psychiatrie en de toepassing ervan in de verpleegkundige praktijk erkend als uitgangspunt om de SPV nu en in de toekomst te positioneren binnen de beroepsgroep GGZ-verpleegkundigen en het veld van Geestelijke Gezondheidszorg en welzijn.

De praktijk van de SPV is vooral gebaseerd op diverse (psychotherapeutische) gesprekstechnieken en vaardigheden gericht op steun, de werkalliantie, timing en het omgaan met alledaagse problematiek (Koekoek, 2004). Echter een omschreven handelingskader op basis van methodisch onderbouwde richtlijnen, methodieken en onderzoek, onderschreven door de NVSPV, moet nog worden vastgelegd.

Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen blijven van invloed op de professionaliseringsprocessen en de daaruit voortvloeiende diensten en producten van de beroepsvereniging NVSPV en de SPV. Deze ontwikkelingen worden onderstaand beschreven.

Demografische ontwikkelingen

De Nederlandse samenleving verandert ingrijpend. Daarmee veranderen ook de verhoudingen tussen burgers, Overheid en dienstverlenende zorginstellingen. Enkele demografische factoren (SCP,2003) zijn:

Vergrijzing

Hoewel er een verhoogde levensverwachting is, blijkt dat het geestelijk welbevinden van ouderen boven de 75 jaar zichtbaar afneemt. De toename van de zorgvraag, het aantal indicaties en de zorgintensiteit en het beperkte zorgaanbod betekenen een verzwaring van opvang door mantelzorgers. Deze aanleidingen kunnen bij medische en verpleegkundige diagnostiek een complex beeld geven dat bij onvoldoende expertise tot onjuiste diagnostiek en zorg kan leiden. Kenmerkend voor deze groep oudere zorgvragers is de aanwezigheid van co-morbiditeit of de combinatie van een geestelijke, cognitieve en fysieke stoornis. Bovendien betekent de enorme toename van zorgvragen dat mantelzorgers meer ondersteuning nodig zullen hebben.

Multiculturele samenleving

- De samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert door de komst van andere etniciteiten vluchtelingen, asielzoekers en migranten. In 2004 is gemiddeld 10% van de Nederlandse bevolking allochtoon; in de grote steden is bijna eenderde (VWS, 2002). Een deel van deze zorgvragers krijgt echter niet de behandeling, die gezien hun culturele achtergrond noodzakelijk is. De NVSPV en de SPV realiseren zich het belang van multiculturele kennis, inzichten en vaardigheden om deze groep (potentiële) zorgvragers adequaat te kunnen diagnosticeren en te behandelen.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Economische zelfstandigheid, solidariteit, sociale redzaamheid en actieve deelname aan maatschappelijke processen worden gezien als belangrijke indicatoren voor de mate van sociale kwaliteit van onze samenleving (Hortulanus & Machielse, 2002). Het aantal mensen met een beperking als gevolg van een ziekte neemt toe. Van hen wonen er steeds meer zelfstandig in de samenleving, dus niet meer in een zorginstelling. Deze mensen willen deelnemen aan de samenleving en hebben behoefte aan steun daarbij. Hoewel onze verzorgingstaat maatschappelijk nog altijd veel mogelijkheden biedt voor de individuele burger, blijkt dat er groepen tussen de wal en het schip vallen. Er zijn groepen lichamelijk gehandicapten, chronisch zieken, mensen met geestelijke gezondheids- en bestaansproblemen, die moeite hebben om op eigen kracht het burgerschap inhoud en betekenis te geven (Kal, 2001, Kal, Onstenk, 2002). In het proces van vermaatschappelijking wordt getracht om de zorgvragers verantwoordelijk te maken voor hun eigen leven en voorkeuren. Onderzoekers onderstrepen het belang van de inspanningen die de samenleving en de gezondheidszorg dienen te leveren om 'betekenisvol' burgerschap voor de meest kwetsbaren mogelijk te maken (Baart 2001), Kunneman (2000) en Hortulanus et al (2003). De NVSPV en de SPV maken die inspanning praktisch door zich continu op groepen te richten die op lichamelijk, psychisch en maatschappelijk gebied kwetsbaar zijn. En hoe maatschappelijke structuren en verhoudingen deze groepen negatief kunnen beïnvloeden.

In de maatschappij en binnen de politiek vindt herbezinning plaats op de taakverdeling tussen de verschillende zorgverleners in de gezondheidszorg (RVZ, rapport De zorg van morgen, 2003). Er wordt gekeken of taken in de zorg niet anders verdeeld kunnen worden (taakherschikking). Informeel worden taken soms al anders verdeeld. Daarbij loopt men tegen de grenzen aan, die bepaald worden door juridische regelingen, domeingrenzen, of financiële barrières.

Zorgvragers stellen zich in toenemende mate zakelijk op en tonen zich steeds meer bereid tot het indienen van een klacht. Dit kan leiden tot een defensieve opstelling van de SPV. Zij besteedt in haar benadering veel aandacht aan voorlichting, argumentatie en uitleg van afwegingen om deze gang van zaken te voorkomen.

Maatschappelijke participatie en kwetsbare groepen

Door het verbrekkelen van duurzame verbanden waarin individuele burgers en groepen elkaar kunnen ontmoeten is de kans groot dat er een sluipend proces van sociaal isolement en groeiende armoede ontstaat. Praktische, emotionele en materiële steun die mensen vanuit hun eigen sociale systeem kunnen verwachten, brokkelt af. Een matige eigen (psychische) gezondheid, het gebrekkig functioneren van het persoonlijk netwerk en het gebrek aan persoonlijke invloed op omstandigheden zijn risico's voor sociale uitsluiting of gevoelens van marginalisering (Hortulanus e.a., 2003). Bij

kwetsbaarheid gaat het om lichamelijke, psychische en financiële kwetsbaarheid.

Vooraf jongeren, vrouwen, ouderen, alleenstaanden en mensen uit lagere sociaal-economische milieus hebben relatief vaker gezondheid- en welzijnsbeperkingen, en maken relatief vaker gebruik van diverse vormen van zorg.

De (NV)SPV anticipeert op deze ontwikkeling door in haar activiteiten te werken aan hulpverlening die vooral gericht is op beïnvloeding van maatschappelijke structuren op buurtniveau, om samen met hulpverleners, familieleden en buurtbewoners te werken aan meer sociale cohesie en integratie.

Ontwikkelingen in de Geestelijke Gezondheidszorg en Overheidsbeleid

De Geestelijke Gezondheidszorg is sinds midden jaren '80 van de vorige eeuw sterk geïnstitutionaliseerd. Fusies mondden uit in grootschalige GGZ-instellingen. Het zwaartepunt is verschoven van (ernstige) psychosociale problematiek naar de tweedelijns GGZ, in casu psychiatrische problematiek. De eerste lijn (huisarts) verwees in toenemende mate zorgvragers door naar gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (Verhaak e.a., 2000). De tweede lijn is geneigd om een zorgvrager helemaal over te nemen van de eerste lijn, ook wanneer een ondersteunende rol bij behandeling door de eerste lijn in principe voldoende zou zijn. De eerste lijn is daardoor steeds minder gaan behandelen en de tweede lijn geleidelijk overbelast geraakt, wat leidde tot lange wachtlijsten.

De landelijke overheid begrenst haar zorgverantwoordelijkheid en rol in de sociale zekerheid voor de groep zorgvragers. Zij beoogt de versterking van de eerstelijns-GGZ, geeft gemeenten de regiefunctie bij het organiseren (ketenzorg) en bewaken van maatschappelijke zorg en ondersteuning (RVZ, 2003), versterking van de functie van de specialistische tweedelijns-GGZ en een andere wijze van financiering van de Geestelijke Gezondheidszorg. De overheid probeert met deze maatregelen een zorgaanbod te ontwikkelen, dat aansluit op de diversiteit en complexiteit in GGZ-zorg en welzijnsvragen. De NVSPV en de SPV zijn zich terdege bewust van de verschuiving van zorgtaken dichtbij en in de leefomgeving van de zorgvragers. De van oudsher ontwikkelde gerichtheid op maatschappelijke zorg en ondersteuning geeft de SPV een nieuwe impuls om zich te bezinnen op de plaats van de eigen beroepsuitoefening: in principe zorg verlenen in de directe leefomgeving van de zorgvragers, de wijk en de buurt en op het snijvlak van welzijn en zorg.

Ontwikkelingen zorgvraag en zorgaanbod

Uit trendanalyse (GGZ-Nederland, 2004) is geconcludeerd dat de GGZ professioneel maatwerk moet gaan leveren aan een mondige, veeleisende en ongeduldige zorgvrager. Het blijkt dat een adequaat en passend zorgaanbod niet altijd aansluit bij de zorgvrager en zijn sociaal systeem, ondanks het feit dat hulpverleners en instellingen de individuele zorgvraag, de ingeschatte zorgbehoefte en de eigen competenties van de zorgvrager op de voorgrond stellen. De mismatch treedt onder andere op door de fragmentatie van zorg (specialisatie van voorzieningen en van professionals), rationalisering van organisatie en werkwijze (opkomst van zorgprogrammering, protocolisering van zorg en financiering op resultaat en output) en vermaatschappelijking (Baart in Laeyendecker, 1998, RMO, 2001). Hoewel de ontwikkeling van zorgketens zich voortzet, blijft de aandacht van de SPV voor de match met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk een vereiste. De SPV is zich bewust van een groep zorgvragers die niet valt onder bovengenoemde omschrijving: het is die groep die niet meer om hulp en ondersteuning vraagt omdat ze teleurgesteld is. Het is een groep die wel zorg behoeft vanwege de vaak schrijnende en levensbedreigende omstandigheden waarin men verkeert (de groep met verschillende diagnoses, dak- en thuislozen met psychiatrische, verslavings- en sociale problemen).

Enkele trends die van invloed zijn op de zorgvraag en het aanbod zijn: marktwerking en vraagsturing stimuleren onder andere door Diagnose Behandeling Combinaties (DBC), eigen verantwoordelijkheid van burgers vergroten, beheersen van kosten in zorg, eigen keuze voor de burger zich al, dan niet collectief (bij) te verzekeren, toename van arbeidsgerelateerde problematiek, toename van depressies, toename gevoel van onveiligheid, toename van de mogelijkheden van informatievoorziening en ICT in het primaire proces.

Evident is dat GGZ-zorgvragers, vanwege hun multiple problematiek op meerdere levensterreinen, een divers samengesteld aanbod van zorgactiviteiten uit verschillende sectoren vragen. Ketenzorg, gericht op inter- en multidisciplinaire samenwerking met andere partijen in het grensvlak van de GGZ (wonen, zorg, welzijn, educatie en veiligheid) biedt een oplossing voor afstemming van vraag en aanbod.

2.3 De autonomie van het handelen

De SPV is een professional die vanuit een autonome verantwoordelijkheid haar activiteiten richt op het initiëren, uitvoeren en bewaken van een optimaal verpleegkundig zorgaanbod in de GGZ. Ze biedt integrale kwaliteitszorg en neemt daarbij de maatschappelijke participatie, zorg en ondersteuning van de zorgvrager als vertrekpunt.

Haar interventies vinden plaats op het snijvlak van het eigen en het medisch-psychiatrische domein. De SPV handelt binnen de wettelijke kaders (o.a. wet BIG, BOPZ, WGBO, Kwaliteitswet Zorginstellingen).

Haar autonomie komt tot uitdrukking in:

- het zelfstandig uitvoeren van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek, het formuleren van een hulpverleningsplan, het bespreken van genoemd plan met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, hanteren van de behandelverantwoordelijkheid bij individuele behandel- en begeleidingstrajecten
- het zelfstandig uitvoeren van groepstherapeutische behandelingen
- het zelfstandig gevraagd en ongevraagd uitvoeren van interventies
- het zelfstandig voorlopig, definitief of specifiek indiceren van vormen van zorg of ondersteuning, de bereidheid hebben – waar nodig – tijdelijk verantwoordelijkheden van de zorgvrager over te nemen, rekening houdend met de eigen mogelijkheden van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- het zelfstandig optreden in crisisdiensten, acute psychiatrie en noodsituaties binnen en buiten kantooruren. Zij schat zelfstandig in of een arts/psychiater moet worden ingeschakeld of wanneer er sprake is van vormen van wilsbekwaamheid. Zij schat het gevaarscriterium in van verschillende omgevingen, waarin de problematiek zich voordoet
- het zelfstandig –in samenwerking met relevante professionals – pro-actief initiëren, ontwerpen, bijstellen, vaststellen en uitvoeren van GGZ-beleid voor eigen en aanverwante instellingen in de GGZ ketenzorg
- het zelfstandig geven van consulten in eerstelijns GGZ-settings
- het gevraagd en ongevraagd geven van adviezen aan professionals op het gebied van indiceren en organiseren van verwijzingen in de eerste lijn naar de specialistische GGZ
- het zelfstandig uitvoeren van kortdurende begeleidingen/behandelingen van professionals in de
- het zelfstandig outreachend, pro-actief interveniëren bij maatschappelijk kwetsbaren, uitgaande van hun woon- en leefsituatie, normen en waarden GGZ
- het zelfstandig initiëren en (waar)borgen van integrale hulpverlening in een multidisciplinaire en multisectorale setting door coördinatie van hulpverlening
- het zelfstandig initiëren en uitvoeren van coachings- en begeleidingstrajecten van professionals en vrijwilligers.

3. Zorgvragers en zorgvragen binnen sociaal-psychiatrische verpleegkunde

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de zorgvragers, hun zorgvragen en de zorgcontext als onderbouwing van de specifieke vorm van beroepsuitoefening. Hiermee wordt het referentiekader neergezet voor de benodigde deskundigheid van een SPV.

3.2 De oorsprong van de zorgvragen

Jaarlijks lijden bijna een kwart van de volwassen Nederlanders aan een psychische stoornis. Eenderde van hen zoekt daadwerkelijk hulp. Zorgvragers worden zo dicht mogelijk bij hun woon- en leefomgeving geholpen en zo min mogelijk opgenomen in een kliniek. De behandelmogelijkheden in de GGZ zijn toegenomen en het wordt geleidelijk aan meer geaccepteerd om voor psychische stoornissen uit te komen en daarvoor hulp te zoeken.

Voor ongeveer 72.000 mensen met chronische psychiatrische problematiek is het een opgave om een volwaardige plek in de samenleving te krijgen (Taskforce VWS, 2000).

Mensen met co-morbide psychiatrische stoornissen zoeken meer hulp, maar slechts iets meer dan de helft van hen heeft contact gehad met een hulpverlener (Bijl, 1998). Bij deze zorgvragers gaat het om combinatie(s) van psychiatrische, verslavings-, psychosociale, en somatische problemen/aandoeningen.

Ten slotte zijn er zorgvragers, die op verschillende gezondheid- en bestaansterreinen ernstige problemen ondervinden. Zij maken echter geen gebruik van voorzieningen die deze problemen kunnen verlichten. Vaak om redenen die samenhangen met de ernst en complexiteit van hun problematiek en de ontoegankelijkheid van de voorzieningen vanwege steeds hoger wordende drempels (Wennink, 1998; Baart, 1998).

3.3. Kenmerken van de groep zorgvragers

GGZ-zorgvragen ontstaan naar aanleiding van gezondheid- en bestaansproblemen op één of meerdere niveaus van functioneren en de daaraan gerelateerde wisselwerking met het sociale systeem.

Kenmerkend is dat de zorgvrager in zijn bestaan wordt bedreigd t.g.v. van potentiële en actuele GGZ-problemen en maatschappelijk problemen. De zorgvragers vindt men in alle leeftijdscategorieën en alle categoriale vormen van GGZ, zowel in kortdurende als langdurende behandelings-/begeleidingssituaties. Het onthouden van zorg kan leiden tot tijdelijke of blijvende sociale desintegratie en sociaal isolement met alle gevolgen van dien.

Typerende kenmerken van de zorgvragers zijn:

- moeite met het verwoorden van een zorgvraag
- (dreigend) sociaal isolement en demoralisatie
- kwetsbaarheid binnen het sociale systeem
- veelal disfunctioneren op meerdere niveaus van functioneren
- zorgmijden: de zorgvrager heeft geen hulpvraag, de omgeving echter vraagt om actieve bemoeienis van professionals.

3.4 De aard van de zorgvragers naar mate van urgentie en complexiteit

De urgentie in de sociaal-psychiatrische problematiek wordt beïnvloed door:

- meerdere, sterk met elkaar verweven zorgvragen, die elkaar beïnvloedenden op vier niveaus van functioneren. De samenhang tussen die niveaus, de uitwerking van de psychopathologie op het functioneren van de zorgvrager en de verstoring van het evenwicht bepalen de urgentie en complexiteit
- de druk vanuit de omgeving
- de aard van de problemen en de context waarbinnen zij voorkomen
- de gesignaleerde woon, zorg - en leefsituaties waarin de zorgvrager niet om hulp of begeleiding vraagt, of daar niet toe in staat is
- kwesties van (on)veiligheid en gevaar
- de omgeving van de zorgvrager; deze geeft dringende signalen af, die ingrijpen rechtvaardigen wegens aangetoonde urgentie.

De complexiteit in de sociaal psychiatrische problematiek wordt beïnvloed door:

- (ernstige) ontregeling van het dagelijks functioneren door multiple oorzaken
- de zorgvrager en zijn sociaal systeem, die geen passend antwoord hebben op de ontregeling en de bijbehorende stressbronnen
- intolerantie, afkalvende solidariteit van het sociale systeem ten opzichte van de zorgvrager en zijn problemen
- tegelijkertijd het manifesteren van meerdere problemen die om verschillende redenen soms tegenstrijdige oplossingen en interventies vragen

3.5. Effecten van de zorgvraag voor gezondheid en bestaan

Als men in de GGZ spreekt over de effecten op gezondheid en bestaan van een zorgvrager, dan wordt de term 'beleefde kwaliteit van leven' gehanteerd. Afhankelijk van de duur, aard, ernst en omvang van een psychiatrisch of psychisch probleem, de duur van een psychiatrische geschiedenis, en de mate van sociale steun en sociale insluiting, wordt in zekere mate het effect van een (potentiële en actuele) zorgvraag op de gezondheid en bestaan bepaald.

3.6. Settings

De SPV is zowel generiek als specialistisch inzetbaar op verschillende terreinen in de Geestelijke Gezondheidszorg en binnen echelons van de algemene gezondheid- en welzijnszorg. Zij is binnen haar beroepsuitoefening in verschillende rollen en ambulante werksettings inzetbaar in specifieke zorg-/patiëntengebonden settingsn, met individueel of groepsgericht aanbod van SPV-diensten. De setting bepaalt de vorm en inhoud van de samenwerking met andere beroepsbeoefenaren van eigen en andere disciplines.

4. De betekenis en meerwaarde van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de SPV in relatie kan worden gebracht met de vraag naar of een noodzaak voor deze differentiatievorm binnen de GGZ-verpleegkunde. Het accent ligt daarbij op de toegevoegde waarde ten opzichte van al bestaande vormen van verpleegkundige beroepsuitoefening.

4.2 Betekenis en meerwaarde

4.2.1 Binnen het domein van de sociaal-psychiatrische verpleegkunde

De SPV:

- beschikt over functionele zelfstandigheid, wat tot uitdrukking komt in het dragen van behandelverantwoordelijkheid voor toegewezen zorgvragers en het sociaal systeem
- is belangenbehartiger, bemiddelaar in leef-, woon- en zorgomstandigheden waarbij het recht op autonomie en het individuele recht op zelfbepaling in het geding is
- ondersteunt de zelfregulatie van de zorgvrager zodanig dat er een 'therapeutisch milieu' met respect voor verschillen, loyaliteiten, meerpartijdigheid aanwezig is. De interventies zijn gericht op het steunen van de zorgvrager met zijn problemen, het opbouwen van een werkrelatie en veranderingen te stimuleren in het dagelijkse leven van de zorgvrager
- organiseert ketenzorg door bij te dragen aan een goede afstemming van de behandelmogelijkheden en werkwijzen van verschillende instellingen
- organiseert en voert allerlei vormen van coördinatieoverleg uit om mismatching te voorkomen.

4.2.2 Voor de zorgvrager

De SPV is in de dagelijkse praktijk gericht op potentiële en actuele zorgvragers. Zij plaatst hun zorgvragen en de zorgvrager in een sociaal-maatschappelijke context. Immers; het sociaal (dis)functioneren kan een aanleiding zijn voor het ontstaan en voortbestaan van een psychisch probleem of (gedrags)stoornis.

Zij neemt niet op voorhand de psychiatrische stoornis als vertrekpunt voor het aanbieden van zorg maar gaat uit van de beleving van de zorgvrager. Zij biedt SPV-zorg van hoge kwaliteit en op het juiste moment, en ten behoeve van een brede range van hoog- en laagcomplexe zorgvragen. Zij treedt de zorgvrager vanuit uiteenlopende rollen tegemoet als informatieverstrekker, belangenbehartiger en behandelaar, vanuit een verantwoordelijkheid voor het integraal aanbieden van SPV-zorg en -behandeling.

In de loop der jaren heeft de SPV zich gericht op de verschillende groepen zorgvragers en biedt vanuit haar zorgsetting zowel algemene als specifieke diensten. Diverse zorgvragers ondervinden meerwaarde in het algemene en specifieke dienstenaanbod. Tevens bestaat er meerwaarde m.b.t het niveau van de expertise van de SPV-hulpverlening binnen dit dienstenaanbod.

Algemene dienstenaanbod

Dit omvat:

Bewaking vraag en aanbod primaire & secundaire zorgprogramma's

De SPV:

- onderkent (potentiële en actuele) gezondheid- en bestaansbedreigende signalen
- voorkomt problemen door maatschappelijk integratie te bevorderen
- levert een aandeel in de ontwikkeling van sociaal- psychiatrisch verpleegkundige onderdelen in zorgprogramma's
- biedt deskundigheidsbevorderende activiteiten aan mede hulpverleners rond concrete preventieve of curatieve activiteiten.

Consultatieve dienstverlening

De SPV:

- biedt ondersteuning aan uitvoerende hulpverleners, stafleden en managers in GGZ-instellingen.
- draagt bij aan trainingen, cursussen, gastcolleges, begeleiding en stagebegeleiding
- biedt consultatie, advisering en participatie in overlegorganen
- biedt consultatie en verleent advies rond de ontwikkeling preventieve zorgprogramma's aan ontwikkelaars van dergelijke programma's (o.a preventiewerkers)
- ondersteunt consultatieprojecten toenemend vanuit een reguliere voorziening of vanuit de tweede lijn wordt de SPV ingezet om de huisarts en andere eerstelijnsdisciplines te ondersteunen.

Acute psychiatrie en crisisinterventie

De SPV:

- biedt crisisinterventies
- geeft advies of verleent consult en bemiddeling bij eventuele opname
- maakt inschattingen van mate van (on)veiligheid van individu en omgeving.

Preventie

De SPV:

- voert preventieve interventies uit om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen (terugvalpreventie en vroegsignalering)
- voert interventies uit om GGZ-behandeling mogelijk te maken
- levert een bijdrage aan of treedt zelfstandig op bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies gericht op selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerichte preventie.

Openbare Geestelijke Gezondheids Zorgverlening

De SPV:

- ambieert een outreachende benadering van de doelgroep
- biedt praktische hulp
- biedt coördinatie van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns-GGZ
- biedt langdurige sociaal-psychiatrische begeleidingen aan zorgvragers zowel in de eerste lijn als in de OGGZ
- neemt initiatieven tot beleidsontwikkelingen in gemeenten op het gebied van de OGGZ
- werkt samen met verschillende instellingen die betrokken zijn bij de uitvoering van OGGZ
- (gemeente, politie, GG&GD, sociale dienst, woningbouw etc).

De SPV richt zich tevens op groepen mensen die in een situatie verkeren, die een gezondheidsrisico vormen, zoals dak- en thuislozen, eenzame ouderen, mensen met een chronisch psychiatrische stoornis. Ze werkt in zorgsituaties, waar sprake is van complexe problematiek, vaak een combinatie van psychische en andere (somatische) stoornissen of gebreken.

Zorgcoördinatie

De SPV:

- bewaakt de coördinatie van zorgsituaties waarbij continuïteit (effectiviteit en efficiëntie) en kwaliteit van zorgaanbod- en uitvoering de belangrijkste aandachtspunten zijn.

Specifieke SPV diensten

Voor alle groepen zorgvragers geldt dat de SPV in principe vanuit eenzelfde basishouding en benadering werkzaam is. En met inachtneming van het specifieke van de doelgroep aanvullende diensten levert. Deze kunnen individueel of op groepsniveau worden aangeboden. Voor alle hierna genoemde groepen geldt dat de zorg zich ook uitstrekt over de bijbehorende relaties en gezinnen.

Zorg voor kinderen en jeugdigen

De SPV:

- behandelt kinderen en jeugdigen bij (een mix van) eigen problemen, leerproblemen tot
- (ontluikende) psychiatrische problematiek
- biedt opvoedingsondersteuning waarbij de tekorten van psychiatrische, cognitieve of pedagogische aard kunnen zijn
- onderhoudt, daar waar zorgtekorten zich voordoen netwerkcontacten binnen en buiten de hulpverlening
- voert specifieke systeembehandelingen uit, waaronder gezinstherapie, ouderbegeleiding en mediatie

Zorg aan volwassenen

De SPV:

- biedt ondersteuning bij het zorgproces gericht op verandering
- biedt zorgverlening gericht op ondersteuning, structurering en de behandeling van de zorgvrager in zijn eigen situatie, zowel kortdurend als langdurend
- biedt interventies waardoor het functioneren als individu of lid van een sociale omgeving mogelijk wordt gemaakt. De interventies kunnen gericht zijn op het individu, het systeem of op sociale strategieën (waarbij de beïnvloeding van de omgeving centraal staat)
- biedt interventies gericht op personen (en hun relaties) bij wie de vermogens tot aanpassing en verandering – althans op dat moment – gering geacht worden en die doorgaans langer durende hulp behoeven om hun geestelijk evenwicht te herwinnen, of niet geheel kwijt te raken.

Zorg aan ouderen

De SPV beschikt over psychiatrische kennis van geriatrie/gerontologische zorg en kennis van sociale steun/maatschappelijke opvang om een juiste diagnostiek uit te voeren. Omdat de kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek – vooral in de lagere sociaal-economische groepen - en de mantelzorg voldoende worden ondersteund bij het lichamelijk en geestelijk welbevinden.

De SPV:

- bepaalt de nauwe samenhang tussen oorzakelijke factoren van somatische, psychische en sociale
- aard en de samenhang met geriatrie/gerontologische problemen
- biedt ondersteuning bij vraagstelling door de familie of de sociale omgeving. Het gaat om
- eenzaamheidsproblematiek, rouwproblematiek, relatieproblematiek, angsten, depressies en psychosen, en ouderen die lijden aan een organisch psychosyndroom (dementie)
- adviseert de omgeving van de zorgvrager en verwijzers
- verwijst of bemiddelt bij opname.

4.2.3 Binnen bestaande differentiaties

De SPV:

- biedt consultatie, instructie en training/cursus aan ter ondersteuning van verzorgenden en verpleegkundigen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, thuiszorg en RIBW-en. Daarnaast biedt
- zij deze diensten aan maatschappelijk werkenden werkzaam binnen AMW, Reclassering,
- Verslavingszorg en GGZ-V-en en SPH-en werkzaam in de diverse vormen van psychiatrische
- Thuiszorg
- geeft voorlichting aan politie, gemeente, woningbouwverenigingen, sociale diensten,
- werkvoorzieningschap, AMW, maatschappelijke opvang en maatschappelijke organisaties
- neemt een bemiddelende rol in tussen de zorgvrager en andere hulpverleners, zodat de kwaliteit
- en continuïteit van de ketenzorg wordt bewaakt en zonodig bijgestuurd

- draagt zorg voor maximale uitdrukking van de leef- en gedachtewereld van de zorgvrager en de belangen van derden (omgeving en instellingen) bij het formuleren van behandel- en verpleegbeleid
- schat de gevolgen in van therapeutische interventies en formuleert aanpassingen zodanig, dat deze passen bij de perceptieve, cognitieve en emotionele mogelijkheden van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

4.2.4 Voor medeprofessionals

De SPV:

- formuleert op basis van eigen inschatting en oordeelsvorming een zelfstandig behandel aanbod ten behoeve van multidisciplinaire besluitvorming
- adviseert medeprofessionals over de indicaties voor (vervolg-)behandelingen
- treedt op als zorgcoördinator voor eigen zorgvragers en anderen.

Dit komt tot uitdrukking in:

- het zelfstandig bij elkaar brengen van direct betrokkenen bij een zorgvrager, zowel beroepsmatig als vanuit het netwerk
- onderhandelt en lobbyt met medeprofessionals om draagvlak te krijgen voor een goede samenwerking rondom een zorgvrager
- observeert, signaleert, interpreteert en registreert de uitwerking van therapeutische en medische interventies, en geeft aanwijzingen voor uitvoering door andere disciplines en professionals
- voegt de sociaal-psychiatrische invalshoek toe als referentiepunt om uitspraken te doen ten behoeve van behandelbeleid
- integreert afspraken met medeprofessionals in het aanbieden van integrale zorg, zowel binnen, buiten, als op de grens van de eigen instelling
- beoordeelt crisissituaties, acute psychiatrie en noodsituaties. Zij geeft adviezen aan medeprofessionals (inclusief de psychiater) over interventies en medicatie
- ondersteunt huisartsen en andere disciplines in de eerstelijns-GGZ – in de vorm van consultatie, consulten en adviezen – ten behoeve van zorgvragers, die ter beoordeling zijn doorverwezen en voert kortdurende begeleidingsgesprekken in de huisartsenpraktijk uit.

4.2.5 Binnen gezondheidszorgorganisaties

De SPV:

- beschikt over expertise, die een continue verpleging, behandeling en verzorging van zorgvragers met een psychiatrische problematiek waarborgt: in kortdurende en langdurende begeleidingstrajecten, zowel in klinische, transmurale als ambulante settings
- draagt door het toepassen van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige expertise bij aan het realiseren van (behandel-) doelstellingen en maatschappelijke opdracht van een GGZ-instelling of huisartsenpraktijk
- levert een bijdrage aan het instellingsbeleid, het ontwikkelen van individueel- en groepsgericht behandelbeleid en het ontwikkelen van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige standaarden en protocollen.
- treedt op als representant van de instelling, ten dienste van de zorgverlenings situatie, preventieonderwerpen, publicaties over werkzame methoden en methodieken
- neemt (zo nodig) op onderdelen de verantwoordelijkheid in projecten van zorgprogrammering (tijdelijk) over.

4.2.6 Binnen de gezondheidszorg

De competenties van de SPV worden door beroepsmatige ontwikkelingen en vermaatschappelijking van zorg op een breed gebied in de gezondheidszorg toegepast.

De SPV:

- beschikt over expertise om het sociaal-maatschappelijk functioneren van zorgvragers te ondersteunen en de daaruit voortvloeiende verstoring van het bestaansevenwicht te verplegen, te behandelen en te verzorgen
- stelt de eigen expertise ter beschikking aan andere beroepsbeoefenaren, door consultatie, consult, coaching, werkbegeleiding, scholing en training, advisering
- ondersteunt de zelfbepaling van de zorgvrager door noodzakelijke aanpassingen in de sfeer van wonen, leefomgeving, werken, vrije tijd, sociale contacten te benoemen, waar nodig daarbij te bemiddelen en deze te realiseren
- is gericht op het voorkomen van klinische opnames. dat zich vertaalt in het opzetten van een steunsysteem, het aanboren van steunbronnen in de omgeving, en (mede) ontwikkelen van opname-voorkomende strategieën. Zij is een belangrijke schakel tussen de eerste en tweede lijn. De SPV kan een goede verwijzing tot stand brengen naar de gespecialiseerde GGZ of de eerstelijns-GGZ. Zij biedt in de eerstelijns-GGZ een zorgvrager kortdurend opvang ter overbrugging van een wachttijd.
- zorgt voor het toepassen van getrapte zorg, door zo vroeg mogelijk in het zorgtraject samen met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk vast te stellen welke zorg nodig is. Zij beoogt, bij het uitdenken en voorstellen van zorgarrangementen en stepped care (met de minst zware inzet van GGZ-behandelingen), vooral te koersen op vermogens van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

5. Taakgebieden, kerntaken en competenties

5.1 Inleiding

In samenhang met voorliggende onderwerpen wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de deskundigheid van een SPV. Deze deskundigheid manifesteert zich op 3 taakgebieden, te weten:

- **Zorgvragergebonden taakgebieden:** de verzameling van taken die verbonden zijn aan het primaire proces, de directe zorgverlening
- **Professiegebonden taakgebieden:** de verzameling van taken die verbonden zijn aan behoud, ontwikkeling en kwaliteit van professionele 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

Elk taakgebied is een verzameling van kerntaken rond een aspect van zorg, waarvoor een SPV verantwoordelijkheid draagt. Alle taakgebieden tezamen dekken het totale proces van behandeling en zorg.

Elk taakgebied krijgt een eigen inkleuring door de zogeheten kernopgaven. Kernopgaven hebben betrekking op een opgave of probleem, die specifiek is voor een SPV en waarop zij in haar beroepsuitoefening adequaat moet kunnen reageren.

Kernopgaven geven richting aan een of meerdere competenties. Een competentie wordt in dit profiel omschreven als:

Een - continu te onderhouden en te ontwikkelen - combinatie van vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen.

De competenties – geformuleerd in termen van gedrag en resultaten – beschrijven de vermogens van een SPV om taken en opgaven in haar beroepsuitoefening op een adequate, proces- en productgerichte wijze aan te pakken.

Elke competentie wordt gecompleteerd met opsommingen van concreet en waarneembaar handelen en gedrag, die representatief zijn voor het competente gedrag. In feite geeft een competentie aan wat een SPV doet, in welke situatie en met welk doel. Zoals de begripsomschrijving aangeeft, berust competent gedrag op een samenhangend gebruik van onderliggende vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken.

De beroepsuitoefening als SPV bouwt voort op een al aanwezig competentieniveau als verpleegkundige. Taken en competenties, die daartoe gerekend mogen worden, zijn niet meer opgenomen in dit profiel. Het handelingsrepertoire van een SPV kenmerkt zich door de voor iedere gezondheidszorgwerker geldende methodische beroepsuitoefening en beroepsmatig handelen, maar omvat daarnaast specifieke vaardigheden, procedures en handelingen.

5.2 Zorgvragergebonden taken

Context en opgaven

De potentiële of actuele verstoring van geestelijke gezondheid en bestaan heeft gevolgen voor de zorgvrager en zijn sociale context. De SPV ziet zich in haar zorgverlening voor belangrijke met elkaar samenhangende kernopgaven gesteld:

1. Een moreel evenwichtige afstemming vinden tussen professioneel handelen en persoonlijk functioneren

De SPV richt zich op alle GGZ doelgroepen en past in haar benadering van de problematiek de vijf uitgangspunten van sociale psychiatrie toe. Zij erkent de kracht van sociale invloeden op het ontstaan en voortbestaan van GGP (geestelijke gezondheidsproblemen) en de mogelijkheden voor individuen daarin op eigen kracht veranderingen aan te brengen. Geestelijke gezondheidsproblemen en problemen analyseert zij op hun relatie met de levensgeschiedenis, de sociale positionering en de sociale verhoudingen waarbinnen de zorgvrager leeft. De SPV ziet zich voor de taak gesteld om

consequent het gewone, dagelijkse leven, het levensverhaal, de manier waarop mensen hun leven leiden en de hulp die ze nodig hebben om het in hun misère vol te houden, centraal te stellen. Samen met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk zoekt zij naar nieuwe ontplooiingsmogelijkheden. In deze zoektocht ziet de SPV zich voor de kernopgave gesteld om tot een moreel evenwichtige afstemming te komen tussen haar professionele en persoonlijk functioneren in een zorgsituatie.

2. Bewaken van de autonomie van de zorgvrager binnen een marginaliserende woon- en leefomgeving

De SPV behandelt zorgvragers en hun sociaal netwerken die door hun geestelijke gezondheid- en sociale inbeddingproblemen in hun bestaan worden bedreigd, of de aansluiting dreigen te missen met het maatschappelijke leven of gemarginaliseerd en uitgestoten worden. De SPV heeft in het kader van de geestelijke gezondheid- en sociale bestaansdreiging de taak om deze mensen te behandelen en te helpen een eigen plaats te vinden en te behouden in de samenleving, tegen alle verdrinking en marginaliserende tendensen in.

Dilemma's die zich hierbij voordoen zijn de algemene beeldvorming van mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem, een zwakke maatschappelijke positie van mensen met een GGP, en een GGZ-hulpverlening die onvoldoende aansluit bij de vragen en behoeften van zorgvragers. Van de SPV wordt verwacht dat zij vanuit haar professionele beroepsverantwoordelijkheid dan wel persoonlijke verantwoordelijkheid nauwgezet en radicaal aansluit bij de leefwereld van de zorgvrager en zijn sociaal systeem.

SPV-strategieën worden gevraagd en ongevraagd toegepast in een gezamenlijke zoektocht met de zorgvrager. De zorgvrager en zijn sociaal netwerk worden daarbij vooral gestimuleerd de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden op te pakken. Weerbarstige problemen, demoralisatie van de zorgvrager, tegenstrijdige belangen, vaak in combinatie met ontoereikendheid in de zorg stellen de SPV voor de kernopgave om ondanks alle belemmeringen een zorgzame relatie aan te gaan. Morele kwesties die zich hierbij voordoen, liggen op het gebied van actief en met enige dwang ingrijpen in de leefsfeer van de zorgvrager, en de eigen verantwoordelijkheden van de zorgvrager en wettelijke kaders. De SPV kan van de voorgeschreven werkwijzen afstappen als het goed aansluiten bij de zorgvrager en zijn sociaal systeem dat vraagt.

3. Bewaken van noodzakelijke zorg versus verantwoorde zorg in relatie tot handhaving van een optimale samenwerkrelatie met de zorgvrager

De SPV baseert haar verpleegkundige interventies in behandeling en klinische besluitvorming zoveel mogelijk op de informatie van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, en de mogelijkheden die aanwezig zijn in de context. Daarnaast hanteert zij de toepassing van wetenschappelijk verantwoorde interventies, de best mogelijke praktijkvoering en professionele en persoonlijke intuïtie. De SPV werkt in het voortdurende spanningveld tussen de realiteit van het bieden van 'noodzakelijke' zorg en het aanlopen tegen de grenzen van 'verantwoorde zorg'. Daarbij doen zich soms tegenstrijdige belangen of tegengestelde krachten voor, die een oplossing in de weg staan. De SPV wordt daarbij tevens voor de kernopgave gesteld om vanuit een meervoudige partijdigheid met alle partijen een relatie te onderhouden en te benutten.

Bij de uitvoering van de SPV-interventies, voor en met zorgvragers en zijn sociaal netwerk, wordt gezocht naar een balans in het geven van ondersteuning/zorg of prikkeling/behandeling. Het vraagt om een continue afstemming op soms snel veranderende situaties, wisselende motivatie tot verandering, soms sterk wisselende gemoedstoestanden, het toepassen van extra drang om een situatie vlot te trekken en de soms tegenstrijdige belangen die een oplossing in de weg staan. De SPV staat voor de kernopgave om in verschillende sociale (zorg)contexten en onder in urgentie en omvang wisselende omstandigheden de meest optimale zorg te geven. Ondanks alle obstakels blijft zij investeren in de goede relatie met de zorgvrager, het individuele welzijn en die van het sociale netwerk.

A. Kerntaak: Beoordelen van de indicatie

De SPV beoordeelt de zorgvraag mede op basis van aanmeldingsinformatie van de verwijzer. Ze screent de aanmelding op volledigheid opdat een reëel beeld ontstaat rond de actuele gezondheid- en bestaanssituatie. Zij vraagt zonnodig aanvullende informatie op bij de verwijzer of de zorgvrager en bepaalt de GGZ-indicatie met inachtneming van de Wet Persoons Registratie (WPR).

De SPV stelt door triage de mate van urgentie en gevaar voor de zorgvrager en zijn omgeving vast. Ze neemt de verantwoordelijkheid voor de zorguitvoering of delegeert deze.

Competentie

Om een globaal beeld van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk te kunnen vormen beoordeelt de SPV op basis van relevant verzamelde gegevens welke zorg vermoedelijk geïndiceerd is en uitgevoerd gaat worden door de SPV, of welke zorg of hulpverlening door derden uitgevoerd gaat worden. Om de zorgvrager de meest passende en situatiespecifieke indicatie te geven voor GGZ-zorg of een gerichte verwijzing, wordt integrale zorgverlening nagestreefd. Daarbij geldt dat de inschatting van gegevens en het indiceren altijd getoetst wordt in overleg met de zorgvrager en zonnodig ook met het sociaal netwerk.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- de zorgvraag op basis van aanmeldingsinformatie van de verwijzer beoordeelt
- de aanmelding op volledigheid en juistheid screent
- de indicatie beoordeelt
- door triage de mate van complexiteit en urgentie vaststelt
- onderzoekt of SPV-zorg op basis van de gestelde hulpvraag toereikend is dan wel andersoortige hulp geïndiceerd is
- op basis van anamnesegegevens en overleg met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk vaststelt welke setting, frequentie en vermoedelijke duur en methodiek van de behandeling geschikt is
- zowel binnen als buiten de instelling doorverwijst.

B. Kerntaak: Het vaststellen van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige diagnose

De SPV-diagnose is een verbijzondering op de multidisciplinaire oordeelsvorming. Aan de hand van de verzamelde gegevens stelt de SPV de diagnose(s) vast, in beginsel samen met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk. Probleem, etiologie en symptomatologie worden op de vier niveaus van sociaal functioneren en in samenhang met het inventariseren van de maatschappelijke gevolgen van een geestelijk gezondheidsprobleem, evenals de luxerende, beïnvloedende en onderhoudende factoren beschreven.

Competentie

De SPV formuleert het beoogde resultaat van de zorgverlening en geeft hierin prioriteiten aan. De verpleegkundige diagnoses worden afgestemd binnen het integrale zorgprogramma van de zorgsetting als dit past bij de zorgvragen van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk. Indien dit niet het geval is dan bemiddelt de SPV om een aanbod te krijgen dat wel aansluit bij de zorgvragen.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- de keuzes voor interventies binnen laag- tot hoogcomplexere zorgsituaties formuleert en beargumenteert vanuit de zorgvragen en ervaring van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- interventies kiest waarbij gebruik wordt gemaakt van op evidence-based en best practices gebaseerde (standaard) procedures en richtlijnen of richtlijnen geformuleerd door zorgvragers en familieorganisaties
- de afwegingen in de soms strijdige belangen tussen wensen en verwachtingen van de zorgvrager en diens naasten analyseert en afweegt in verder SPV-zorgaanbod
- afwijkingen op standaardprocedures formuleert, beargumenteert en registreert
- binnen vigerende wet- en regelgeving (be)handelt door methoden van diagnostiek af te bakenen van medisch-psychiatrische diagnostiek

C. Kerntaak: Uitvoeren van sociaal-psychiatrisch verpleegkundig onderzoek

De SPV verzamelt systematisch relevante informatie over de actuele gezondheid, welzijn en bestaanssituatie van de zorgvrager. Ze onderzoekt op welke wijze de zorgvrager en zijn omgeving de situatie beleven en welke verwachtingen, wensen en vragen er bestaan.

Deze gegevens worden verzameld ten behoeve van multidisciplinaire oordeelsvorming. Deze is gebaseerd op het bio-, psycho-, sociale model. De SPV plaatst deze gegevens in systeem perspectief, dat wil zeggen: de integrale contextuele gegevensverzameling richt zich op de vier niveaus van functioneren. Ze classificeert en registreert de gegevens op zodanige wijze dat in multidisciplinair verband een behandelbeleid kan worden opgesteld.

Competentie

Om uitspraken te kunnen doen over de gewenste zorgverlening voert de SPV onderzoek uit. Ze vormt zich een beeld van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, de maatschappelijke context, de fysieke, sociale en geestelijke conditie, de mogelijke aanwezigheid van een acute of urgente zorgvraag en zijn uitgangssituatie betreffende gezondheid en bestaan. Binnen multidisciplinair verband of ter plaatse en terstond kan besluitvorming plaatsvinden gericht op het in gang zetten van een behandeling.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- systematisch relevante informatie verzamelt over de gezondheid, het welzijn en het bestaan van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- de beleving, verwachtingen en behoeften van de zorgvrager en het sociaal netwerk bespreekbaar maakt
- de verzamelde gegevens beoordeelt en deze plaatst tegen de achtergrond van de wisselwerking op vier niveaus van functioneren
- outreachend informatie verzamelt
- het sociaal netwerk in kaart brengt, de mate van aan en afwezigheid van sociale steun vaststelt
- gericht werkrelaties aangaat, zowel op de persoon als het netwerk gericht
- een professionele samenwerkingsrelatie met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk aangaat, waarbij fasegewijs aan contactopbouw wordt gewerkt.

D. Kerntaak: Opstellen van behandelvoorstel

De SPV formuleert op basis van de gegevens een toetsbare hypothese, die uitmondt in een beargumenteerd behandelvoorstel ten behoeve van multidisciplinaire oordeelsvorming. Indien zij specialistische aanvullende diagnostiek gewenst acht, doet zij daartoe een voorstel tot vervolgonderzoek. Ze analyseert en interpreteert de aanvullende onderzoeksresultaten en verwerkt deze in het behandelvoorstel, dat zij voorlegt ter multidisciplinaire besluitvorming. Ze is verantwoordelijk voor het totale proces van gegevens verzamelen tot het moment dat het behandelvoorstel aan de zorgvrager wordt voorgelegd.

De SPV bewaakt de continuïteit van de zorg door toewijzing van de zorgvrager aan zichzelf of andere professionals, die bij de behandeling of begeleiding betrokken zijn. De zorgvrager krijgt met deze werkwijze te allen tijde een op maat gesneden verpleegkundig behandel aanbod.

Competentie

Om voor de zorgvrager en diens zorgvragen tot een behandelvoorstel op maat te komen draagt de SPV zorg voor een adequate interpretatie en analyse van verzamelde onderzoeksgegevens. Op deze wijze sluit het beoogde aanbod en de vraag naar zorg zo optimaal mogelijk op elkaar aan, wat het bereik van de beoogde doelstellingen maximaal effectueert.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- een toetsbare werkhypothese formuleert
- een sociaal-psychiatrisch diagnose formuleert
- een behandelvoorstel formuleert en beargumenteert
- bepaalt of aanvullende diagnostisch onderzoek noodzakelijk is, voorstellen daartoe doet en indien nodig organiseert
- diagnostische informatie van leden van het multidisciplinaire team interpreteert en afweegt

- het verpleegkundige behandelvoorstel in multidisciplinair verband bespreekt
- discrepantie in vraag en beoogd aanbod, en mogelijk voortvloeiende conflicten tussen zorgvrager, zijn naasten en de instelling signaleert, en bespreekbaar maakt
- afwijken van vigerende protocollen en richtlijnen beargumenteert.

E. Kerntaak: Opstellen van een SPV-behandelplan

In de planningsfase worden de beoogde resultaten, de SPV-interventies, de afspraken met andere disciplines en de evaluatiemomenten in overleg met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk vastgelegd in een behandelplan. Bij het plannen van de zorg en het advies houdt de SPV rekening met de belangen van anderen (zoals die van de instelling of andere disciplines), die de SPV kunnen beperken en prioriteren bij het kiezen van interventies. De zorgvrager stelt de prioriteiten. De SPV heeft een adviserende functie naar de zorgvrager, tenzij er sprake is van ongevraagde zorg op basis van ernstige gezondheidsrisico's en gevaar.

Op basis van de diagnostiek stelt de SPV een behandelvoorstel op voor de toegewezen zorgvrager. Ze formuleert het resultaat van de zorgverlening en geeft hierin prioriteiten aan. De resultaten kunnen gericht zijn op het wegnemen, reduceren of voorkomen van een probleem, maar ook op het accepteren van de situatie. Uitgangspunt bij het opstellen van het behandelplan is de vraag van de zorgvrager, het stimuleren en activeren van zijn participatie in het besluit- en keuzeprocess. In beginsel wordt in samenspraak met de zorgvrager het definitieve behandelplan opgesteld, met inachtneming van de WGBO-criteria. In een adviesgesprek formuleert de SPV samen met zorgvrager een behandelplan, inclusief de voorgenomen methode en activiteiten.

Competentie

Om richting te geven aan de zorg formuleert de SPV in relatie tot de geconstateerde problemen en de eigen zienswijze van de zorgvrager het resultaat van de zorgverlening en geeft hierin prioriteiten aan.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- met gangbare richtlijnen en met inachtneming van relevante wettelijke kaders, een SPV behandelplan opstelt
- beoogde resultaten formuleert, rekening houdend met de condities waaronder, de termijn waarop en de weg waarlangs dit gebeurt, realistisch en meetbaar
- in overleg en samenwerking met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk het SPV-beleid bespreekt en vaststelt en de mate van begeleiding en ondersteuning bij de uitvoering van dit beleid (adviesgesprek)
- de zorgvrager en zijn ondersteunt bij het afwegen en beoordelen van de reikwijdte, de aard van het voorgestelde behandelplan en de keuzemogelijkheden en alternatieven
- het bevattingsvermogen van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk bij het verstrekken van informatie over de aard, doel en gevolgen van het behandelplan in acht neemt.

F. Kerntaak: Kiezen en plannen van SPV-interventies

De SPV put uit een breed scala aan veranderkundige – en (deel-) psychotherapeutische interventies. Afhankelijk van de aard van de problematiek, de mogelijkheden en sociaal-maatschappelijke omstandigheden van de zorgvrager wordt gekozen voor een meer of minder specialistische benadering, dan wel een eclecticische 'breedte'-benadering.

Uitgangspunt is het aansluiten en afstemmen van de zorg bij de keuzes van de zorgvrager, het bevorderen van zelfzorg en het handhaven binnen de sociaal-maatschappelijke context. De SPV-zorg kan variëren in gerichtheid: individuele benadering, systeemtherapeutische benadering en groepstherapeutische benadering.

De SPV kan optreden als hoofdbehandelaar, waarbij een deel van de zorgverlening wordt uitbesteed aan andere professionals, zowel binnen als buiten de eigen instelling.

Competentie

Om het beoogde resultaat van zorgverlening te behalen kiest de zorgvrager samen met de SPV, rekening houdend met de keuzes, mogelijkheden, urgentie, sociale omstandigheden en verhoudingen van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, interventies om doelgerichte veranderingen of preventieve ondersteuning in de situatie te bewerkstelligen.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- een behandeltraject beargumenteerd formuleert bij het benoemen en kiezen van passende interventies en een reële fasering in tijd, ruimte en urgentie inschat
- eigen interventies legitimeert op basis van evidence-based en best-practice based informatie en het sociaal-psychiatrische referentiekader
- interventies ontwikkelt om gestelde doelen te realiseren
- bepaalt op welk niveau van sociaal functioneren de interventie is gericht en het belang ervan uitlegt aan de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- prioritering en hiërarchie aanbrengt in te verrichten interventies en doelstellingen
- afwegingen in de soms strijdige belangen weegt en type oplossingen van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, of een groep zorgvragers herkent en benoemt
- oplossingen aandraagt die passen binnen de context van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- in begrijpelijke taal uitlegt wat de bedoeling is, welke activiteiten worden ondernomen, binnen welk tijdsbestek en wanneer met elkaar vastgesteld wordt of de beoogde verandering ook tot stand komt.

G. Kerntaak: Uitvoeren van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige zorg

De SPV verleent zorg en ondersteuning aan zorgvragers en hun sociaal netwerk die een complexe mix aan specifieke zorgvragen hebben die zich op verschillende levensgebieden en binnen een bepaalde context gelijktijdig kunnen aandienen. Zij verleent zorg bij (hoog) complexe geestelijke gezondheidsproblemen, die het welzijn van de zorgvrager verstoren. De zorgsituaties kenmerken zich door voortdurende verandering in de mate van urgentie, intensiteit en kunnen in de tijd wisselend van karakter en complexiteit zijn. De SPV anticipeert flexibel, en beoefent haar zorgverlening pro-actief in mono-, multi- en interdisciplinair verband. Het zorgproces heeft – afhankelijk van problematiek, context en betrokkenen – een kort, langdurend of wisselend karakter.

Van sociaal-psychiatrische zorgverlening is sprake bij zorgvragers met psychiatrische- of ernstige psycho-sociale problemen, die aanleiding geven tot sociaal disfunctioneren. De SPV werkt outreachend en motiveert zorgvragers. Ook degenen die daar niet om vragen, maar tegelijkertijd zichtbaar en dringende behoefte hebben aan sociaal-psychiatrische zorgverlening.

De SPV beschouwt de GGP altijd in relatie tot de directe omgeving van de zorgvrager. Het kennen van het sociaal netwerk, de sociale verhoudingen en de wisselwerking tussen leden van het netwerk geeft gerichte informatie over de mogelijkheden van de zorg.

De SPV-zorgverlening vereist een flexibele instelling, maar met een hoge mate van beoogde professionaliteit, waarbij vanuit rolmodellen het zelfzorgmanagement van de zorgvrager en zijn naasten wordt begeleid. Deze werkwijze stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden van de SPV. Zij initieert, onderhoudt en beëindigt de communicatie met de zorgvrager op professionele wijze. Zij past de stijl van communiceren aan het gewenste niveau van de zorgvrager en zijn sociale context.

Competentie

De SPV-zorgverlening is gericht op het bieden van een continu, kwalitatief verantwoorde zorg die aansluit bij het zelfzorgvermogen van iedere zorgvrager en zijn sociaal netwerk. De SPV is er op gericht, ook onder sterk wisselende omstandigheden, de overeengekomen interventies naar wens en verwachting van de zorgvrager uit te voeren, binnen de mogelijkheden van haar zorgsetting en de vigerende wettelijke kaders.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- de communicatie (verbaal en non-verbaal) als middel tot relatievorming centraal stelt
- kan reflecteren op het eigen autonome handelen en in staat is tot zelfregulatie
- het sociaal netwerk van de zorgvrager in kaart brengt, sociaal netwerk strategieën ontwikkelt en toepast.
- de gepresenteerde zorgvrager plaatst in een contextueel kader
- de wederzijdse beïnvloeding van de zorgvrager en zijn omgeving hanteert in de zorgverlening
- de expertise op het terrein van interactiepatronen, communicatie en systeembenaderingen onderhoudt en beargumenteerd toepast.

H. Kerntaak: Uitvoeren van een SPV-behandeling

De SPV behandelt zelfstandig zorgvragers (individueel, in partner-relatieverband, in gezinsverband, en in groepstherapie), die op grond van ernstige psychosociale of psychische problemen, geïndiceerd zijn voor het doelgericht hanteren van een specifieke behandelmethodiek.

Het betreft zorgvragers, die daarnaast ook in bepaalde mate sociaal disfunctioneren. Zij zijn in staat tot het kritisch kijken naar eigen gedrag of met behulp van de SPV het eigen gedrag (laten) beïnvloeden tot wenselijk gedrag. De SPV-behandeling wordt vaak in combinatie met sociaal-psychiatrische zorgverlening aangeboden.

De SPV heeft zich bekwaamd in het toepassen van en reflecteren op specialistisch therapeutische vaardigheden in diverse zorgsituaties. Met dit aanbod van therapeutische referenties kunnen juist zorgvragers met ernstige psychosociale of psychische en complexe en diffuse problemen (of gedragsproblemen) terecht bij de SPV.

Competentie

Om recht te doen aan de vragen gericht op (gedrags)verandering van een zorgvrager of zijn sociaal netwerk maakt de SPV gebruik van uiteenlopende (psycho-) therapeutische referentiekaders.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- procesmatig en fenomenologisch werkt
- veranderkundige vaardigheden kent en beheerst
- verschillende psychotherapeutische (deel-)technieken beheerst, die al dan niet gecombineerd binnen een behandel-/begeleidingssituatie worden toepast
- haar handelen baseert op verschillende therapeutisch referentiekaders en deze kan beargumenteren
- transfers maakt en referentiekaders uitkiest, die noodzakelijk zijn voor begeleiding/behandeling, en zichzelf als onderdeel van het therapeutische proces plaatst, onder gebruikmaking van reflectieve vaardigheden.

I. Kerntaak: Continuïteit van (keten)zorg leveren

De SPV maakt op methodische wijze haar eigen handelen inzichtelijk. Zij rapporteert regelmatig over de vorderingen in het multidisciplinaire team. Zij legt een dossier aan dat actueel, volledig en volgens de richtlijnen van de instelling en aanwezig is, zodat de voortgang en resultaten van het hulpverleningsproces voor diverse belanghebbenden continue inzichtelijk en toetsbaar zijn.

Er vindt schriftelijke rapportage plaats naar de verwijzer of andere belanghebbenden. De verwijzer wordt geïnformeerd over het behandelvoorstel en bij afsluitingen. Tijdens langer lopende behandelingen worden voortgangsrapportages opgemaakt en aan betrokkenen aangeleverd. Hierbij worden de vigerende wetgeving toegepast.

Competentie

Om de zorginterventies t.b.v. verpleegkundige behandelingsstrategie en resultaatvoortgang te kunnen verantwoorden verzorgt de SPV zelfstandig rapportage en dossiervorming

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de SPV:

- bij verslaglegging uitgaat van de diverse functies waartoe het dossier dient
- het dossier up-to-date, auditbaar en reproduceerbaar houdt
- een verwijzer met regelmaat op de hoogte houdt van start, voortgang en beëindiging van een behandel- of begeleidingsrelatie
- rapportage en dossiervorming bespreekbaar maakt met de zorgvrager zodat hij te allen tijde inzage kan hebben in het aangelegde dossier, met inachtneming van wet- en regelgeving.

J. Kerntaak: Zorggerichte preventie verlenen

De SPV richt zich in deze kerntaak primair op zorggerichte, preventieve activiteiten. Binnen de zorgrelatie signaleert zij de gevolgen van de zorgvraag voor de (directe) omgeving en de zorgvrager zelf. Het gaat hierbij om psychohygiëne in de ruimste zin. De preventieve interventies van de SPV bestaan uit terugvalpreventie, het voorkomen van co-morbiditeit en het verminderen van de consequenties van de psychische/psychiatrische ziekte voor mensen in de directe omgeving. Soms betekent dit zorgvragers en hun omgeving voorlichten over gezondheidsbevorderende activiteiten en een gezonde leefstijl. Op andere momenten zal de SPV informatie verschaffen of adviseren over specifieke onderwerpen om problemen te voorkomen en goede leefgewoonten te bevorderen, zowel groeps- als individueel gericht. Activiteiten gericht op terugvalpreventie zijn bedoeld voor de zorgvrager zelf en alle mensen, die in directe relatie tot deze persoon staan.

Competentie

Om het eigen vermogen van zelfmanagement van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk te vergroten, geeft de SPV voorlichting, informatie of adviezen. Zij is gericht op vroegsignalering en geeft door middel van voorlichting tijdens de behandel- en begeleidingscontacten de zorgvrager en zijn omgeving inzicht in oorzaken en gevolgen van zijn ziekte/stoornis, opdat deze toegerust worden om (hernieuwde) terugval of verslechtering te voorkomen.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- belemmerende en bevorderende factoren van invloed op de geestelijke gezondheid van actuele (en potentiële) groepen zorgvragers screent
- door actieve vroegsignalering de zorgvrager en zijn sociaal netwerk zicht geeft op prodromen
- (nood)plannen ontwikkelt in het kader van terugvalpreventie en crisisinterventie
- advies en instructie geeft over praktische zaken op het gebied van het dagelijks leven en hulpverlening
- prognoses geeft over de gezondheids- en bestaansrisico's die een zorgvrager en zijn sociaal netwerk lop indien geen maatregelen worden getroffen
- zowel groepsmatig als individueel instructies en ondersteuning geeft die leidt tot gedragsverandering, zoals opvoedingsondersteuning of het omgaan met maatschappelijke diensten
- voorlichting en psycho-educatie geeft aan de zorgvrager en diens omgeving
- consulten geeft aan een (GGZ-) professional over diens zorgvrager, zonder dat deze wordt overgedragen
- op verzoek van derden, dienstverlenende of hulpverlenende beroepen of organisaties curatieve zorg en diensten verleent aan mensen die voor overlast zorgen of sociaal en maatschappelijk buiten de boot vallen.

K. Kerntaak: Evalueren van het eigen en het totale zorgproces

De SPV evalueert systematisch tijdens behandeling en begeleidingsprocessen de behaalde effecten van de aangeboden zorg op de zorgvrager en zijn sociaal netwerk in relatie tot de beoogde doelstellingen. Zij overlegt met andere betrokken disciplines – multidisciplinair - om na te gaan of er sprake is van voortgang in het behalen van gestelde doelen. Indien nodig worden nieuwe gegevens verzameld om de diagnoses bij te stellen of om tot een bijgesteld SPV-plan te komen. Het evalueren van het totale zorgproces heeft vooral betrekking op de kwaliteit van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines in relatie tot continuïteit en effectiviteit en de tevredenheid van de zorgvrager en zijn sociale netwerk over de organisatie en kwaliteit van aangeboden zorg.

Bij de evaluatie binnen het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van de kwaliteit en het effect van de SPV zorg, de samenwerking met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk. Het evalueren van het totale zorgproces heeft voornamelijk betrekking op de kwaliteit (zoals efficiëntie en effectiviteit) van de totale zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de zorgvrager over het beleid en beheer van de zorg. De evaluatie richt zich op het SPV-zorgverleningproces en de resultaten van de totale zorgverlening. Bij beëindiging van de SPV-zorgverlening wordt geëvalueerd op basis van criteria die voortvloeien uit het behandel-/zorgplan.

Competentie

Om de kwaliteit en continuïteit van de uitgevoerde zorg te beoordelen evalueert de SPV systematisch de resultaten van de zorg en de samenwerking met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- het zorgproces evalueert, zowel tijdens de zorgverlening als bij tussentijdse beëindiging en het afsluiten van een behandelrelatie
- evaluatiecriteria opstelt en evalueert
- tussentijdse veranderingen signaleert evalueert en het behandelplan, crisisplan of begeleidingsplan zo nodig bijstelt
- uitkomsten van de evaluaties betreffende kwaliteit en continuïteit van de verleende zorg rapporteert en deze zonedig overdraagt aan verwijzers, of betrokkenen uit eerste- of tweedelijnsvoorzieningen.

L. Kerntaak: Acute psychiatrische hulpverlening en crisisinterventie verlenen

In de GGZ is het aanbod van acute psychiatrie en crisisinterventie (vanwege de 7x24-uurs bereikbaarheid) een belangrijke voorwaarde voor een goede sociaal-psychiatrische hulpverlening. Kenmerkend voor de sociaal-psychiatrische crisishulpverlening is, dat zorgvrager op zijn naasten en op de eerste lijn kan terugvallen. In acute situaties kan die eerste lijn – zo nodig – de crisisdienst inschakelen. De SPV triageert en biedt hulp bij crisismeldingen:

1. advies of consult aan betrokkenen
2. crisisinterventie onder supervisie van arts medicamenteus adviserend, structurerend, of ingrijpend
3. bemiddeling bij eventuele (vrijwillige/gedwongen) opname met inachtneming van de wet BOPZ
4. kortdurende begeleidingen van een crisissituatie.

Bij de uitvoering van deze taak werkt de SPV nauw samen met de psychiater.

De SPV vervult door een zelfstandige positie de voorwacht van crisisdiensten en komt in noodsituaties terecht, zowel binnen als buiten kantooruren. Veelal is zij de eerste GGZ-zorgverlener die de zorgvrager en andere betrokkenen uit de directe omgeving ontmoet.

Het gaat om zorgverlening aan zorgvragers die in een zodanige crisis geraakt zijn, dat deze gepaard gaat met psychiatrische symptomen. De SPV richt zich op het snel doorgronden en diagnosticeren van de crisissituatie. Hierbij houdt zij rekening met de vigerende wetgeving voor het werken in de acute psychiatrische hulpverlening en crisisinterventie

De SPV bepaalt de mate van urgentie en complexiteit (o.m. suïcidaliteit) en treedt zonedig handelend op m.b.t. het beveiligen/beschermen van de zorgvrager en de omgeving.

Zij pleegt overleg met de psychiater voor diagnostiek en behandeling. Zij handelt in principe de crisis zelfstandig af. Uitgangspunt is dat de zorgvrager zo lang mogelijk in (en door) het eigen sociale netwerk ondersteund kan worden. Ten behoeve van psychiatrische diagnostiek en behandeling overlegt de SPV met de psychiater.

Competentie

Om te zorgen dat een zorgvrager en zijn sociaal netwerk in crisis zo min mogelijk fysieke, mentale als sociale schade oplopen, is de SPV gericht op een adequate inschatting van een crisis- of noodsituatie en het herwinnen van een nieuw evenwicht.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- in continue diensten directe hulp aan zorgvragers in crisis of noodsituaties verleent
- overlegt en onderhandelt met professionals om te verduidelijken wie in crisis is en welke geëigende interventies kunnen worden uitgevoerd
- de crisissituatie zelfstandig taxeert en exploreert
- een inschatting maakt van gevaar/dreiging/veiligheid van derden en aanwezigheid van (voornemen tot) suïcidaal gedrag/uitvoering van de zorgvrager
- zelfstandig de situatie triageert om een afweging te maken voor de inschakeling van een psychiater
- een crisisinterventieplan ontwikkelt, bespreekt, vaststelt en nadien evalueert (voor zover mogelijk) met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk
- informatie geeft aan zorgvrager en zijn sociaal netwerk over de gevolgen van het al dan niet aanvaarden van zorg en de alternatieven
- binnen het sociaal netwerk actief zoekt naar oplossingen voor ondersteuning en alternatief voor een opname
- adviseert om een gedwongen opname in gang te zetten, op basis van een inschatting van alle factoren die een psychiatrische of psychische stoornis veroorzaken of beïnvloeden
- een verifieerbare inschatting maakt in hoeverre een gedwongen opname een ultimum remedium is
- alle noodzakelijke activiteiten uitvoert voor de opname van een zorgvrager met een juridische maatregel of aanmelding binnen de wettelijke kaders BOPZ
- alle interventies documenteert en het eigen handelen tijdens overdracht en in de vorm van multidisciplinaire toetsing van het crisisinterventieplan verantwoordt
- consultatie geeft aan professionals over een (potentiële) zorgvrager die in crisis is of waarvan verwacht wordt dat een crisogene reactie tot de mogelijkheden behoort.

M. Kerntaak: Casemanagement

Ontwikkelingen zoals ontschotting, transmuralisering, circuitvorming, ketenzorg en vervaging van grenzen tussen zorg en welzijn betekenen voor de SPV, dat zij in verschillende sectoren de begeleidings-/behandeltrajecten van de zorgvrager volgt. Zij heeft veelal de regie over instellingsoverstijgende zorgplannen en coördineert de diverse activiteiten en interventies van de hulpverlenende instanties.

Voor alle zorgtrajecten geldt dat de SPV gericht is op een integraal zorgaanbod en de rol van zorgcoördinator, indien noodzakelijk, op zich neemt.

Bij complexe problematiek zijn vaak meerdere disciplines en vrijwilligers uit verschillende instellingen betrokken. Wil de zorg- en dienstverlening in een dergelijke situatie effectief en efficiënt zijn, dan zullen ze moeten worden gecoördineerd.

De SPV coördineert die zorg op drie niveaus: op instellingsniveau, op teamniveau en op het niveau van de uitvoerende zorgverlening. Bij langdurige zorgafhankelijken of moeilijk bereikbare zorgvragers wordt het 'allesomvattende' casemanagement-model gehanteerd. De SPV staat een aantal strategieën ten dienste:

- a) bemiddelen tussen een instelling die de benodigde hulp kan leveren aan de zorgvrager
- b) het koppelen van de zorgvrager aan andere instellingen voor zorg- en dienstverlening
- c) het coördineren van de zorg- en dienstverlening t.b.v. een zorgvrager
- d) het behartigen van belangen, het opbouwen van een maatschappelijk steunsysteem
- e) het geven van steun en advies.

De SPV levert een zelfstandige bijdrage aan een steunsysteem zodanig dat de zorgvrager ondersteuning krijgt bij het verkrijgen en behouden van een adequaat en integraal zorgaanbod. Het gaat om aanbod in de vorm van psychiatrische, somatische en psychotherapeutische zorg, crisisinterventie, rehabilitatie met betrekking tot wonen, leren, werken en socialiseren, praktische hulp bij het verwerven en behouden van huisvesting, inkomen en voeding, belangbehartiging en emancipatie.

Competentie

Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn, en de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk coördineert de SPV de totale zorgverlening tijdens de behandeling opdat de zorgvrager en zijn sociale netwerk sociaal netwerk de meest optimale en passende wijze gebruik kunnen maken van hulpverlening.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- samenwerkt in multi- en interdisciplinaire netwerken, zodat de juiste activiteiten op het juiste moment en door de juiste persoon of instelling worden verricht
- samenwerkt en afstemming van de zorg zoekt met de zorgvrager en andere zorg- en dienstverleners voor de continuïteit in de zorgverlening
- een werkplanning maakt, prioriteiten aangeeft en rekening houdt met de rechten en plichten van de zorgvrager en de professionals, die zorg of diensten aanbieden
- maatregelen treft om te voorkomen dat de zorgvrager ieder keer opnieuw zijn verhaal moet vertellen of van het kastje naar de muur wordt gestuurd
- op een pro-actieve wijze aanwijzingen geeft aan de zorgvrager en zijn sociaal netwerk over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om het zorgaanbod te realiseren
- samenwerkingsprocedures en structuren tussen de onderscheiden instellingen of personen in de instellingen verduidelijkt
- contacten om integrale zorgverlening mogelijk te maken initieert, coördineert en onderhoudt
- outreachend werkt bij maatschappelijk kwetsbaren uitgaande van hun leefsituatie, normen- en waardenpatroon en met inschakeling van intermediairs
- een maatschappelijk steunsysteem mede helpt opzetten
- randvoorwaarden mogelijk maakt om een maatschappelijk steunsysteem te behouden.

5.3 Professiegebonden taken

Registratie als verpleegkundige ex.artikel 3 Wet BIG brengt expliciet de verantwoordelijkheid en verplichting met zich mee de bekwaamheid te behouden en verder te ontwikkelen. Onbekwaam is immers onbevoegd. Dit vereist een permanente investering van de SPV om zich op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen, maatschappelijk, op haar sociaal-psychiatrische en verpleegkundige vakgebied, in de zorg en deze toe te passen. Naast haar eigen ontplooiing als professioneel beroepsbeoefenaar, levert zij tevens een bijdrage aan de kwaliteit van de zorgverlening en de professionalisering van het verpleegkundig beroep en de SPV in het bijzonder.

A. Kerntaak: Continu Professioneel Ontwikkelen

De SPV draagt continu verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling waaronder permanente scholing. Dit betekent dat zij zich op de hoogte stelt van ontwikkelingen in de maatschappij, het (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige vakgebied, GGZ-ontwikkelingen en trends en ontwikkelingen op het gebied van welzijn, wonen en zorg. De SPV houdt hiertoe vakliteratuur bij, volgt (bij- en na-) scholing, woont congressen en studiedagen bij, onder andere van de beroepsorganisatie NVSPV.

Het gebruik van nieuwe kennis resulteert in de ontwikkeling, toepassing en handhaving van professionele attitudes, gedrag en vaardigheden. Hierdoor kan zij de kwaliteit van haar beroepsuitoefening garanderen.

Competentie

Om de kwaliteit van het sociaal-psychiatrische verpleegkundige beroep op het vereiste deskundigheidsniveau te houden, zodat het voldoet aan de maatschappelijke en beroepsinhoudelijke criteria, werkt de SPV actief mee aan de bevordering van de eigen deskundigheid en dat van het SPV-beroep in zijn algemeen.

Dit betekent in handelen en gedrag dat de SPV:

- een professionele houding uitdraagt met betrekking tot loopbaan-lang-leren en in staat is leermogelijkheden uit beroepspraktijk en wetenschappelijke kennis te signaleren, te interpreteren en te gebruiken
- eigen leermogelijkheden herkent en reflecteert op eigen ervaringen en handelen, persoonlijke waarden en normen
- leert door het volgen van (bij- en na-)scholingsprogramma's en themabijeenkomsten, congressen en studiedagen
- zich continu op de hoogte houdt van relevante kwesties binnen de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg, en de daaruit voortvloeiende consequenties vertaalt voor eigen zorg- en dienstverlening
- periodiek vakliteratuur bijhoudt en relevante informatie hieruit toepast in de beroepspraktijk
- aan wetenschappelijk of praktijkonderzoek meewerkt van eigen en andere disciplines
- zich pro-actief opstelt in het deelnemen, organiseren of uitvoeren van op de beroepsinhoud gerichte commissies of bijeenkomsten
- intervisiebijeenkomsten organiseert en eraan deelneemt
- de eigen beroepsinhoud durft te toetsen aan inzichten, wensen en behoeften van zorgvrager- en familieorganisaties.

B. Kerntaak: Het bevorderen van de kwaliteit van de SPV-zorg

De SPV spoort op systematische wijze knelpunten op in de sociaal-psychiatrische zorgverlening. Kwaliteit bevorderen betekent voor haar: uitgevoerde zorg en vernieuwingen valideren en legitimeren door verantwoording af te leggen op basis van toepassingen, zoals beschreven in vigerende standaarden en richtlijnen, of kan beargumenteren waarom hiervan is afgeweken. Gebruikt evidence-based en best-practices kennis en inzichten. De professionele standaard vindt haar basis in de SPV-beroepscode en vice versa.

Competentie

Om de kwaliteit van de zorg te bewaken, te bevorderen en te (waar)borgen participeert de SPV in het ontwerpen, toepassen en evalueren van een systeem van kwaliteitszorg. Ze doet dit op verschillende werkniveaus: binnen een zorgeenheid of een instelling, regionaal met andere hulpverleners of instellingen en in landelijke werkgroepen.

Opdat de zorgvrager en zijn sociaal netwerk een kwalitatief verantwoorde zorg krijgen, maatschappelijke processen en verhoudingen worden beïnvloed voor een optimaal functioneren en integratie van zorgvragers, wordt de zorg systematisch getoetst aan kwaliteitscriteria.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- persoonlijk en professioneel standpunten over actuele kwesties inneemt
- zich toetst aan vigerende richtlijnen en standaarden, en voor borging zorgdraagt in de eigen GGZ-beroepsuitoefening
- de vijf uitgangspunten van sociale psychiatrie toepast als referentiekader voor het formuleren van een eigen beroepsvisie op vraagstukken in de beroepspraktijk
- zelfstandig, doelmatig en doeltreffend zorgverlening uitvoert
- actief voorwaarden schept om de kwaliteit van de (SPV-) zorg te verbeteren
- de invoering van uitgewerkte modellen van kwaliteitsverbetering initieert dan wel eraan meewerkt
- de ontwikkeling, vaststelling en toepassing van richtlijnen, protocollen en standaarden voor de beroepspraktijk initieert en erin participeert.

C. Kerntaak: Professionaliseren en profileren van de SPV-beroepsuitoefening

Professionaliseren heeft betrekking op het ontwikkelen van opvattingen over taken, houding en verantwoordelijkheden van de SPV. De beroepsuitoefening wordt op deze wijze afgebakend van andere disciplines. Maatschappelijke, eigen en andere beroepsmatige, wetenschappelijke en praktijkontwikkelingen worden gevolgd en op relevantie benut om invloed en krachtenbundeling tot stand te brengen. De NVSPV speelt een belangrijke rol in de professionalisering van de SPV-expertise en stelt zich ten doel elke SPV als lid van de beroepsvereniging op te nemen. Zowel individueel als collectief is men doordrongen van de verantwoordelijkheid om de beroepsuitoefening op een optimaal niveau te

presenteren en uit te voeren. De SPV is erop gericht om haar professionaliseringsproces te toetsen door intercollegiale toetsingen het toetsen aan landelijke richtlijnen. Zij ontwikkelt zich door samen te werken binnen de eigen instelling, regionaal en landelijk aansluiting te zoeken bij ontwikkelingen, zowel binnen als buiten de beroepsgroep.

Competentie

Om de beroepsuitoefening van SPV te onderhouden en te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij de ontwikkelingen, vervult ze een rol in continu innovatieve processen van beroepsontwikkeling, zodat de maatschappelijke inbedding van zorgvragers met hun GGP zo optimaal is.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- vanuit SPV-optiek een bijdrage levert aan de handelwijzen binnen de gezondheidszorg
- de eigen beroepsnormen, -code en -houding hanteert aan de hand van het beroepsdeelprofiel
- aan interdisciplinaire samenwerkingsverbanden, samenwerkingsverbanden op het gebied van maatschappelijke instellingen en diensten en hiervan afgeleide werk- of projectgroepen deelneemt
- een bijdrage levert aan de positieverbetering en profilering van de beroepsgroep door te participeren in netwerken van belangen- of beroepsorganisaties, zowel lokaal, regionaal als landelijk
- de beroepsinhoud actief en betrokken uitdraagt door het meewerken aan het opzetten van een verpleegkundige adviesraad
- continue mogelijkheden onderzoekt en voorstellen formuleert over de grenzen van verantwoordelijkheden als gevolg van ontwikkelingen in de taakherschikking en het autonoom uitvoeren van zorg in alle echelons van de gezondheidszorg
- het (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige vakgebied, wat zich uit in het doen van presentaties mondeling en (schriftelijk) uitdraagt, door het publiceren dan wel overbrengen van verpleegkundige ontwikkelingen in de GGZ
- een bijdrage levert aan visieontwikkeling en discussie met betrekking tot de vormgeving van de (geestelijke) gezondheidszorg, en het ontwerpen van beroepscodes en standaarden.
- ethische vraagstukken binnen de ontwikkeling van het beroepsdeelprofiel SPV identificeert en bediscussieert
- SPV-methodieken ontwikkelt door systematisch bij te dragen aan evaluaties en bijstellingen van de werkwijzen, (standaard-) procedures en bijbehorende criteria.

5.4 Organisatiegebonden taken

De SPV heeft vanuit haar eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid een leidende en beroepsinhoudelijke rol op innovatief gebied binnen het zorgbeleid van de eigen instelling. In dit kader wordt haar expertise ingezet op het gebied van dienstverlening, preventie en OGGZ.

Zij voert haar werkzaamheden uit in combinatie van specifieke taken en diensten, gericht op het instellingsbeleid, of op het verlenen van consultatie aan professionals binnen en buiten de eigen instelling.

Dienstverlening is een middel om de samenwerking binnen de GGZ en daarmee de continuïteit van de zorg te bevorderen. De SPV ondersteunt vanuit een dienstverleningsrelatie andere professionals in hun werkzaamheden als er psychische of psychiatrische problemen in het geding zijn bij zorgvragers en deze tot werkproblemen leiden.

Zij stelt haar expertise, specialistische deskundigheid over verschillende typen problematiek en groepen zorgvragers beschikbaar voor andere professionals. Het kan gaan om verschillende dienstverlenende activiteiten, consultatie voor zorgverleners, consulten aan zorgvragers, advisering en verwijzing, coaching, initiëren en geven van voorlichtingsbijeenkomsten, stagebegeleiding of gastcolleges. Haar doelstelling is de kwaliteit en continuïteit van de (keten)zorg te optimaliseren. En daarmee het helpen oplossen van GGP door het beïnvloeden van maatschappelijke processen en verhoudingen.

A. Kerntaak: Consultatie verlenen

Consultatie verlenen vormt een essentieel onderdeel van de werkzaamheden van de SPV. Zij past consultatie toe in verschillende settings, binnen en buiten de eigen instelling, in de eerstelijns-GGZ, in het veld van maatschappelijke diensten en lokale overheden.

De SPV geeft consultatie op drie niveaus:

- collegiaal niveau: binnen eigen instelling, zowel mono- als multidisciplinair
- organisatieniveau; eerstelijns professionals zoals, huisarts, maatschappelijk werk en ELP
- samenlevingsniveau, bijvoorbeeld politie, scholen.

Consultatie richt zich op het vergroten van het eigen oplossingsvermogen op individueel en mono- en multidisciplinair teamniveau. De specialistische GGZ-deskundigheid van de SPV wordt door andere zorgverleners benut ten dienste van een gezondheid-/bestaansprobleem van een zorgvrager, waarvoor de consultvrager (de zorgverlener) verantwoordelijk blijft. De SPV beperkt zich tot aanbevelingen.

Competentie

Om de kwaliteit van de taakuitvoering van professionals binnen en buiten de GGZ-instelling te ondersteunen en zorgvragers de optimale zorg en continuïteit te garanderen geeft de SPV consultatieve ondersteuning. Op basis van een vraag om ondersteuning bepaalt zij of consultatie geïndiceerd is.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- op basis van kennis en ervaringen als inhoudsexpert mogelijke lacunes inventariseert in deskundigheidsniveaus bij professionals en vrijwilligers. Aan de hand van tekorten mogelijke behoeftes aan ondersteuning inventariseert, in de vorm van gevraagde en ongevraagde consultatie
- op een methodisch verantwoorde wijze consultatiegesprekken voert, zowel individueel als groepsgericht
- relevante kennisbronnen toepast, o.a. kennis van de sociale kaart, gebruikt bij het ondersteunen van diagnostiek van eerstelijns professionals
- behandelmogelijkheden benoemt, beargumenteert en alternatieven met betrekking tot behandeling, omgangsadviezen of verwijzing voorlegt
- voorkomende consultatievragen naar een vraag om deskundigheidsbevordering in een zorgsetting thematiseert
- gerichte omgangsadviezen t.a.v. zorgvragers en zijn sociaal netwerk geeft en oplossingsstrategieën ondersteunt van professionals binnen en buiten de GGZ-instelling
- het onderscheid beargumenteert tussen specifieke GGZ-problematiek en overige problematiek, en de consultatievrager gericht ondersteunt bij een adequate verwijzing
- cliëntgerichte consultatie geeft aan in de OGGZ werkzame dienstverlenende of hulpverlenende professionals of instellingen.

B Kerntaak: Coaching

De SPV heeft een coachende taak om junior-SPV of andere beroepsgenoten in de GGZ en vrijwilligers te begeleiden bij de uitvoering van verpleegkundige zorg of vrijwilligerswerk. Coaching is gericht op het op gang brengen van een proces van verandering van bepaald beroepsgedrag of het omgaan met een vraagstuk gerelateerd aan het hulpverlening en het aanleren van en vergroten van het eigen handelingsrepertoire van de professional en de vrijwilliger.

Competentie

Om de prestaties van junior-SPV-en, beroepsgenoten en vrijwilligers te optimaliseren past de SPV op verzoek of standaard coaching toe. Dit omvat een breed scala aan instructies, voorlichting en advies, organiseren en bespreken van leermomenten en training van vaardigheden.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- het op methodische en systematische wijze een coachingstraject start, onderhoudt en afbouwt
- uiteenlopende leerstijlen van een gecoachte hanteert, zodat het leren optimaal aansluit bij de mogelijkheden van de persoon
- didactische principes kan hanteren om een optimale leersituatie te creëren.

C. Kerntaak: Ontwikkelen en uitvoeren van preventie

Preventie is het gericht voorkómen – in brede – zin van ernstige problemen op het terrein van de geestelijke gezondheid. Deze problemen ontstaan of worden in stand gehouden onder invloed van een samenspel van factoren op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau. De selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten richten zich, direct of indirect, zowel op individuen en groepen als op organisaties en maatschappelijke structuren. Preventie richt zich vanuit specifieke GGZ- en preventiedeskundigheid op systematische signalering, vroegtijdige onderkenning, probleemanalyse, preventie-uitvoering en netwerkontwikkeling. De preventie is niet alleen gericht op de GGZ, maar er is ook sprake van een nauwe samenwerking met anderen die op dit terrein een rol spelen, zoals de eerste lijn, GVO-organisaties, welzijnszorg en onderwijs.

Gezondheidsbevordering is erop gericht om gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen aan te pakken. Om het psychische welbevinden van de zorgvragers te verhogen richt de SPV haar interventies op het gedrag van de zorgvrager en de kwaliteit van zijn omgeving. Zij stimuleert de samenwerking en afstemming tussen andere partijen, die een preventietaak hebben of zorg/welzijn of diensten aanbieden

De SPV levert, samen met preventiewerkers of zelfstandig, een bijdrage aan selectieve en geïndiceerde preventie. Het kan betrekking hebben op (individueel en familiegerichte) educatieve en gezondheidsbevorderende processen als op (collectief gerichte) aandacht voor maatschappelijke invloeden op de gezondheid van mensen.

Het gaat om cursussen/voorlichtingsprogramma's voor zowel zorgvragers als hun familie. Te denken valt aan eerste episode psychiatrische problematiek, maar ook rehabilitatieprogramma's gericht op optimaal functioneren in de eigen leefomgeving. Voorbeelden zijn cursussen voor zorgvragers met het risico op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek. Daarnaast heeft psycho-educatie binnen de zorgverlening een preventief karakter op individueel en groepsniveau, zowel gericht op zorgvragers als de omgeving. Ten slotte richt de SPV haar activiteiten op het stimuleren van, samenwerken met en afstemmen van andere partijen die in preventieve zin de zorg ondersteunen.

Competentie

Om ernstige psychiatrische problematiek te voorkomen, (her) opnamen zoveel mogelijk te voorkomen en maatschappelijke integratie te stimuleren en mogelijk te maken voert de SPV preventieve taken uit.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de SPV:

- een bijdrage levert aan de ontwikkeling van preventiebeleid aangaande geestelijke gezondheidsproblematiek, zowel op team-, instellings- of regionaal niveau
- initiatieven neemt om (ook OGGZ-gerichte) preventieprojecten te starten en uit te voeren, en relevante betrokkenen binnen en buiten de instelling te motiveren tot deelname en ondersteuning
- zelfstandig of in samenspraak een preventieprogramma of delen ervan uitvoert, bewaakt en over de resultaten rapporteert
- intermediairs actief betreft bij het opzetten en uitvoeren van interventies
- didactische principes van onderwijs en nascholing toepast
- een onderwijsleersituatie, een scholingsbijeenkomst of het houden van een lezing voorbereidt en uitvoert
- een scholingsplan opstelt op basis van behoefte aan extra deskundigheid bij professionals
- (inclusief vrijwilligers en mantelzorgers) in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

D. Kerntaak: Innovatie, kwaliteitszorg en zorgbeleid

In het taakgebied innovatie, kwaliteitszorg en zorgbeleid staat bevorderen van integraal kwaliteitsbeleid op verschillende niveaus centraal. De SPV levert een bijdrage aan het ontwerpen, bijstellen, vaststellen en uitvoeren van (GGZ-) gezondheidszorgbeleid op team-, instellings- of regionaal niveau, door input van haar inhoudelijke en sociaal-psychiatrische deskundigheid. Zij toetst het beleid aan wetenschappelijke en praktijk inzichten, verwachtingen en beleid van zorgvrager – en consumentenorganisaties. Zij neemt initiatieven om het beleid te beïnvloeden opdat maatschappelijke processen en verhoudingen een positieve uitwerking hebben op het functioneren van zorgvragers en hun sociaal netwerk in de samenleving. Zij innoveert de sociaal-psychiatrische praktijkvoering, waarbij

actuele verplegingswetenschappelijke, evidence-based en practice-based kennis worden toegepast. Tevens geldt dat de kwaliteitsverbetering zich richt op marginaliserings- en uitstotingsprocessen van zorgvragers in een eigen woon- en leefomgeving.

De SPV neemt het initiatief om samen met zorgvragers en het sociaal netwerk verbeteringen te initiëren, te ontwikkelen en uit te voeren om de kwaliteit van leven te verhogen. Ze beschikt over competenties om transfers te maken tijdens participatie van zorgvragers, professionals, en instellingen (individueel of in wijk-/buurtverband).

Competentie

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de SPV:

- trends, ontwikkelingen en beleid in het eigen vakgebied, de dagelijkse praktijk van de (geestelijke) gezondheidszorg signaleert vanuit het zorgvragersperspectief die een zorginhoudelijke vernieuwing op het niveau van de zorgvrager, de wijk, de instelling of regio noodzakelijk maken
- de relevantie van zorginhoudelijke vernieuwing in relatie tot verbetering van de kwaliteit motiveert vanuit het perspectief van een zorgvragerscategorie en in samenspraak met zorgvrager – en familieorganisaties
- de zorginhoudelijke verandering vanuit eigen beroepswaarden, opvattingen, ethische overwegingen, cultureel bepaalde normen en waarden en gangbare professionele standaarden en het insluiten van het perspectief van zorgvragers legitimeert
- draagvlak voor gewenste zorginhoudelijke veranderingen en samenwerking ontwikkelt
- ideeën omzet in systematisch onderzochte, opgezette en realistische plannen
- initiatieven neemt tot het ontwikkelen van zorginhoudelijke concepten om de kwaliteit van zorg te vergroten en hiermee het zorgbeleid te beïnvloeden en te borgen
- op basis van onderzoeksgegevens een innovatieplan maakt waarin keuzes worden gemaakt ten aanzien van de inzet van methoden, middelen en technieken
- de innovatie vorm geeft door het ontwikkelen, implementeren en evalueren van standaarden, richtlijnen, protocollen voor specifieke zorgvragercategorieën of intra- of interdisciplinaire samenwerkingsverbanden en werkprocedures
- resultaatgericht en functioneel sturing geeft aan de personen, die betrokken zijn bij de uitvoering van het zorginhoudelijk innovatieplan
- met management, professionals, medewerkers van lokale overheden en maatschappelijke diensten onderhandelt over zorginhoudelijke veranderingen, lokaal zorgbeleid, resultaten en financiering
- de doelgroep en specifieke wensen centraal stelt bij het ontwikkelen en vaststellen van zorgprogramma's
- veranderingen in de buurt, samenleving en wetgeving, evenals landelijke en regionale kwaliteitsbevorderende inspanningen en innovaties naar de eigen zorgenheid of organisatie vertaalt
- voorstellen formuleert voor en een bijdrage levert aan onderzoek en registratie van kwaliteitsbevorderend onderzoek
- samenwerking en participatie van patiënten- en ouderverenigingen, familieraden, bewonersverenigingen initieert, stimuleert en motiveert bij het ontwikkelen en uitvoeren van kwaliteitsbevorderende innovaties op lokaal zorgbeleid.

Bijlage

Begrippenlijst

Behandelen	Het geheel aan activiteiten en interventies gericht op individuele en systemische begeleiding met als doel stabilisatie, verandering of herstel.
Beroepsdeelprofiel	Een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel, gericht op een expliciete beschrijving van verpleegkundige beroepsuitoefening, verbonden aan een niveau en verbonden aan een welomschreven groep zorgvragers.
Casemanagement	Doelgericht alle activiteiten rondom de zorgvrager, die in het kader van een bepaald vraagstuk te maken krijgt met meerdere aanbieders van diensten en waarbij meerdere belangen een rol spelen, op elkaar afstemmen.
Compliance	Therapietrouw cq strikte naleving van regels.
Co-morbiditeit	Het zich tegelijkertijd voordoen van meerdere gezondheidsverstoringen.
Deelgebied van verpleegkundige beroepsuitoefening	Een te onderscheiden deel of terrein van verpleegkundige beroepsuitoefening, op basis van een representatieve groepering van zorgvragers. Dat wil zeggen een groepering van zorgvragers met eigen, herkenbare en te generaliseren zorgvragen.
Differentiatie	Een te onderscheiden vorm van verpleegkundige zorg aan specifieke zorgvragers binnen een bepaald deelgebied op een bepaald niveau.
Format beroepsdeelprofiel	Raamwerk met richtlijnen dat beroepsdeelprofielen voorziet van een gestandaardiseerde basis.
Kerntaken	Sets van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die door een belangrijk deel van de verpleegkundigen worden uitgeoefend; dat wil zeggen: zij weerspiegelen de kenmerkende werkzaamheden van de verpleegkundige, geordend in logische volgorde van het beroep.
Kernopgaven	De opgaven of problemen waarmee een verpleegkundige regelmatig te maken heeft, die kenmerkend zijn voor het beroep en waarbij van de verpleegkundige een oplossing en een aanpak wordt verwacht. Dergelijke problemen stellen de verpleegkundige voor keuzes of dilemma's en zijn daarmee complex van aard.
Mediatie	Ondersteuning van ouders/verzorgenden tijdens individuele (spel) therapie van een kind
Niveau van verpleegkundige beroepsuitoefening	Beroepsuitoefening geordend naar verpleegkundige bekwaamheid, die parallel loopt met een groei in professionele beroepsuitoefening en met beroepservaring. Een niveau in beroepsuitoefening is niet alleen gekoppeld aan specialisatie in een bepaald type zorg.
Outreaching	Pro-actief zorgvragers opzoeken en benaderen in een eigen woon omgeving.
Preventie	Bestrijden van risicofactoren en het bevorderen van positieve determinanten van gezondheid om nieuwe gevallen van problemen van gezondheid te voorkomen (zorggerichte preventie), vroegtijdig risicofactoren van ziekte of problemen van gezondheid op te sporen en te behandelen en om ernstiger gevolgen van bestaande problemen te voorkomen (selectieve en geïndiceerde preventie).
Professionele autonomie	Met inachtneming van de wettelijke kaders en SPV professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van de werkgever in de individuele/systemische professional/zorgvrager relatie komen tot diagnostiek en geven van begeleiding of behandeling aan de zorgvrager. En, wanneer de situatie erom vraagt, het achteraf verantwoorden van het uitgevoerde beleid.
Specialisatie	Afzonderlijk beoefend deel van een tak van vak/wetenschap: daar waar men zich bijzonder op toelegt.

Sociale Psychiatrie

De vijf uitgangspunten van sociale psychiatrie zijn:

1. voorkomen dat bepaalde groepen zorgvragers in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten
2. aandacht voor sociale en epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, voordoet en in stand wordt gehouden
3. het gaat principieel niet om de zorgvrager alleen, altijd om de zorgvrager in de maatschappelijke en sociaal-culturele context en verhoudingen
4. flexibiliteit van aanbod: langdurige en kortdurende hulp met wisselende intensiteit, crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie
5. aandacht voor praktische problemen en vragen van het zorgvragersysteem op verschillende niveaus van sociaal functioneren.

Systeemperspectief

Het meervoudig-systemisch perspectief benadrukt dat ieder individu kijkt vanuit een eigen standpunt en perspectief en creëert met taal en symbolen een eigen voorstelling van de werkelijkheid. Het is een selectief en subjectief beeld dat zich richt op het interactionele samenspel tussen mensen en gebeurtenissen en op de context waarin gedrag zich afspeelt. In de sociale psychiatrie wordt het systeemperspectief gebruikt om de dynamiek van de interacties, die tot een disfunctioneel patroon leidt, bloot te leggen. Het gaat om het effect van disfunctionele patronen van het individu, de wijze waarop individuele klachten door de herhaling van deze patronen worden versterkt en de gevolgen hiervan voor de verhoudingen met andere mensen.

Verpleegkundige beroepsstructuur Verplegen

Structuur van niveaus en deelgebieden in verpleegkundige beroepsuitoefening.

Het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen. Een systemische ordening die in de sociale psychiatrie wordt gebruikt om de wisselwerking tussen de vier niveaus van functioneren aan te geven:

Vier niveaus van functioneren

- Lichamelijk niveau: alle aspecten die uitdrukking geven aan de lichamelijke constitutie en gesteldheid op een bepaald moment
- Individueel niveau: alle aspecten die uitdrukking geven aan de mentale processen en ontwikkelingen van een persoon
- Sociaal niveau: alle aspecten die uitdrukking geven aan het sociale netwerk en steun van een persoon
- Maatschappelijk niveau: alle aspecten die uitdrukking geven aan de maatschappelijke positie en het maatschappelijk functioneren.

Zorgvrager

De zorgvrager en de direct betrokkenen uit de omgeving.

Gebruikte afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (pagina 29 in rode tekst)
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AGGZ	Algemene Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
BAMA	Bachelor- Master voor HBO-onderwijs
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CPO	Continue Professionele Ontwikkeling
CONO	Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleidingen in de GGZ
COOSPV	Coördinerend Orgaan Opleidingen voor Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen
GGP	Geestelijk gezondheidsprobleem
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ-V	Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundige
GVO	Gezondheids Voorlichting en Opvoeding
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (pagina 29 in rode tekst)
MGZ	Maatschappelijke Gezondheidszorg
NVSPV	Nederlandse Vereniging Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling Beschermende Woonvormen
RMO	Raad Maatschappelijke Ontwikkeling
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
SPV	Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige
VO-SPV	Vervolgopleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst
WPR	Wet Persoons Registratie

Geraadpleegde bronnen

- Baart, A.J. (1998), Zorg geven aan armen: de opgave naderbij te zijn. In: Sociale Overbodigheid, Laeyendecker (et al). Nijmegen: KSGV.
- Baart, A.J. (2001), Een theorie van de presentie. Utrecht.
- Bakker, H., L. de Goei & J. Vijselaar (1994), Thuis opgenomen. Uit de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Nederland. In: NcGv-reeks 94-13. Utrecht.
- Bijl, R.V., G. van Zessen & A. Ravelli (1997), Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS onderzoek. II Prevalentie van psychiatrische stoornissen. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141, p. 2453-2460.
- Bijl de, N.P.Y.M. (2003), Taakherschikking en verpleegkundigen; een juridische analyse, TGE, jaargang 13.
- Boeckhorst, F. (2003), Duivelse spiralen; werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie, GGNet. Warnsveld .
- Bohlmeijer, E. (et al) (2004), Integrale preventie van psychische problematiek in Australië, In: MGv, nr 59.
- Bosman, M. & J. de Lange (2002), De functie van GGZ-verpleegkunde in de huisartspraktijk; gids in GGZ zaken, Trimbos-reeks 2002-4. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bruin, D. de (et al) (2003), Zwerven in de 21^e eeuw. Een exploratief onderzoek naar de geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- CONO (2000), Advies beroepenstructuur GGZ 1^e fase, Brief aan minister Borst, VWS.
- Cuijpers P. (et al) (2004), GGZ-preventie: nu en in de toekomst, In: MGv, 2003,
- GGZ-Nederland, trendanalyse 2004. Utrecht
- Goei L. de (2001), De psychohygiënist; psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924 – 1970. Nijmegen: SUN.
- Graste, J. & D. Bauduin (2000), Waardenvol werk ; ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum.
- Festen, T. (1991), Handboek RIAGG-hulpverlening; op inhoud en kwaliteit gerichte beschrijving van het RIAGG-hulpaanbod. Utrecht: NVAGG.
- Haaster, H.P.M. van (2001), Cliëntenparticipatie. Bussum: Coutinho.
- Henselmans, H. (1993), Bemoezorg; ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Delft: Eburon.
- Hodiamont, P.G. (1996), Meten met meer Maten; een begripsverkenning van de sociale psychiatrie. Tilburg: Tilburg University Press.
- Hoogeboezem, G. (2003), Wonen in een verhaal; dak- en thuisloosheid als sociaal proces. Utrecht: De Graaff.
- Hortulanus, R.P. & J.E.M. Machielse (2002), Modern Burgerschap. In: Sociaal Debat, deel 6. 's-Gravenhage.
- Hortulanus, R.P, J.E.M. Machielse & L. Meeuwesen (2003), Sociaal isolement; een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. 's-Gravenhage: Elsevier Overheid.
- Kal, D. (2001), Kwartiermaken; werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Boom.
- Kal, D. & A. Onstenk (2002), Kwetsbaar en zorgzaam burgerschap. Ruimte voor mensen met een psychiatrische achter grond. In: Sociaal Debat, deel 6. 's-Gravenhage.
- Keurentjes, R.B.M. (2003), De wet BOPZ; de betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg, Dossier Gezondheidsrecht, 5^e herzien druk. Den Haag: Koninklijke Vermande.
- Kok, I. & M.C.H. Donker (1996), Sociale Psychiatrie; een concept in kaart gebracht. Utrecht: NCGV.
- KNMG (2002), De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG.
- Kunneman, H. (2000), Levenskunst en burgerschap in een technopolis, Socrateslezing, In: Tijdschrift voor Humanistiek.
- Laeyendecker L. (et al) (1998), Sociale Overbodigheid. Serie Geestelijke Volksgezondheid. Nijmegen: KSGV.
- Lohuis, G. (2002), Van bemoei- naar groeizorg; methodieken voor de OGGZ. Houten: Wolters-Noordhoff.

- Londen, J. van (2001), Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie, Trimboslezing. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Londen J. van (2003), Over vraaggestuurde zorg in de GGZ. In: Sociale psychiatrie, 22^e jaargang.
- Morsman, M.H. (2003), GGZ-verpleegkundige opleidingen in historische context. NVSPV.
- NVPV/STIP (2002), Beroepsdeelprofiel GGZ-verpleegkundige. Dwingeloo: NVPV/ STIP.
- NVSPV (1998), Profiel SPV. Utrecht: NVSPV.
- Padt, I. van der, Hoopvol bezorgd; sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20^e naar de 21^e eeuw. Eindhoven: NVSPV.
- Querido, A. (1935), Psychiatrie d'Urgence. In: Ned. Tijdschrift van Geneeskunde.
- Querido, A. (1951), Openbare gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg. In: Maandblad van de Geestelijke Volksgezondheid, nr 6.
- RMO (2000), Aansprekend burgerschap, RMO-advies 10. Den Haag: Ministerie VWS.
- RMO (2001), Kwetsbaar in het kwadraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen, RMO-advies 16. Den Haag: Ministerie VWS.
- Romme, M.A.J., H. Kraan, R. Rotteveel (1981), Wat is sociale psychiatrie; een inleiding, Samson sociale en culturele reeks. Alphen ad Rijn/Brussel: Samson.
- Romme, M.A.J. (2003), Het sociale in de psychiatrie. In: Sociale Psychiatrie, 22^e jaargang.
- RVZ (1998), Ingelijfd en ingelijnd; Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw, advies aan minister van VWS. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (2000), Professionals in de gezondheidszorg, advies RVZ. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (2002), Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (2003), Gemeente en zorg. Zoetermeer: RVZ.
- SCP (2003), De sociale staat van Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Strategiegroep (2002), Strategienota Sociale Psychiatrie. Amstelveen.
- Venneman, B.J.M. & I. van der Padt (2001), Sociale psychiatrie als referentiekader van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. In: SP.
- Verhaak, P., (et al) (2001), Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut.
- VWS (1997), Beleidsbrief Geestelijke Gezondheid. Rijswijk: Ministerie VWS.
- VWS (1997), Beleidsbrief Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Rijswijk: Ministerie VWS.
- VWS (1999), Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Rijswijk: Ministerie VWS.
- VWS (2000), Gezondheidsberoepen in beweging, rapportage van een projectgroep. Den Haag: Ministerie VWS.
- VWS (2002), Zorg van Velen, Landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid. Den Haag: Ministerie VWS.
- VWS (2003), Beleidsbrief: Opleiden en taakherschikken, Kabinetsstandpunt op rapporten. Den Haag: Ministerie VWS.
- Wennink, H.J. (1998), De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg, Een bezinning op 25 jaar rumoer in de sociale psychiatrie. Maarssen.
- ZON (2002), Evaluatie wet BIG, ZonMw, Reeks evaluatie regelgeving, deel 12. Den Haag: ZON.

Opstellers Beroepsdeelprofiel

Dit beroepsdeelprofiel is tot stand gekomen binnen het kader van het programma Beroepsontwikkeling van de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Het is samengesteld door een ontwikkelgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de NVSPV, beroepsorganisatie voor Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen:

Jeanne Derks, voorzitter NVSPV, sociaal psychiatrisch verpleegkundige
 Leonoor Hermanides- Willenborg, sociaal psychiatrisch verpleegkundige
 Martin Morsman, sociaal psychiatrisch verpleegkundige / opleider
 Ben Venneman MScN, sociaal psychiatrisch verpleegkundige.