
SCHOENMAKER BLIJF BIJ JE LEEST

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de Eerstelijns GGZ

Ben Venneman, spv, docent, auteur en werkzaam in eigen bureau Ben Venneman voor training, coaching en advies

Frans Verberk, spv, tot mei 2008 voorzitter V&Vn-SPV, auteur en op diverse plekken in de GGZ actief

Er waait de laatste jaren een nieuwe wind door Nederland. De eerstelijns GGZ is hot. Allerlei partijen in de GGZ, en het maatschappelijke veld zien kansen om een aanbod in de markt te zetten en ruiken de kansen van de marktwerking. De SPV wordt als relatieve nieuwkomer in het veld van de eerstelijns GGZ gezien. Het lijkt erop alsof beleidsmakers, eerstelijns hulpverleners, inclusief de huisarts en zorgverzekeraars de sociaal psychiatrisch verpleegkundige¹⁾ hebben ontdekt als een toegevoegde waarde. Hoewel deze erkenning een aardige opsteker voor de SPV-beroepsgroep lijkt te zijn, ligt er volgens mij een belangrijk vraagstuk voor de voeten van de SPV-en. Hoe gaan de SPV-en om met geboden kansen in de eerste lijn, welke positie en rol gaan ze innemen. Wordt de POH-GGZ de nieuwe panacee waarop de beroepsgroep haar jongste ontwikkeling gaat baseren.

Wat zijn de kansen van de SPV, welke uitdagingen liggen in het verschiet en wat moet de SPV doen om zijn vakgebied trouw te blijven. Op deze vragen wil ik een antwoord geven.

Om de context te begrijpen waarin de SPV keuzes kan maken ga ik eerst met grote stappen door de ontwikkeling van de eerstelijns GGZ in de afgelopen decennia, om vervolgens de (ver)schuivende rol en positie van de SPV daarbinnen te schetsen. Ik sluit af met het aangeven van een koers waarmee ons sociaal-psychiatrisch verpleegkundig vakgebied een nieuw gezicht krijgt.

I Ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ in de afgelopen 30 jaar

Het startpunt van de ontwikkelingen leg ik in 1974 bij het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg²⁾. Deze nota, bedoeld voor de gehele gezondheidszorg, markeert het denken in echelons, regionalisering en samenwerking. Regionalisering houdt in een landelijke indeling in gebieden waarbinnen een samenhangend stelsel van voorzieningen voorhanden is. Echelonnering is een indeling van gezondheidszorgvoorzieningen in eerste, tweede en derde lijn. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekende regionale samenwerking het streven om een geïntegreerde vorm van samenwerking van beroepsgroepen binnen de lijnen tot stand te brengen. De vorming van de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (afgekort: RIAGG) is daar een voorbeeld van.

Midden jaren tachtig komt aan de centrale regelgeving en planning door de overheid een eind. De eerste nota's verschijnen waarbij het principe van de marktwerking wordt geïntroduceerd. Het begin ook van een langzame verschuiving van inhoud van zorg naar het primaat van de bedrijfsvoering.

Met de Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984³⁾ wordt een uitwerking gegeven van de Structuurnota in de geestelijke gezondheidszorg. Een belangrijke stap wordt gezet in de modernisering van de GGZ-zorg. Een van de centrale thema's was de verschuiving van specialistische naar generalistische eerstelijnszorg. Voor het eerst wordt er gerept van taakverdeling tussen de eerstelijns-GGZ en de (A)GGZ.

Het trio huisarst, AMW en eerstelijnspsycholoog waren de disciplines in de eerstelijns. Het hoofddaccent kwam te liggen op de scheiding tussen lichte psychosociale problematiek en ernstige psychische problematiek; de eerste te behandelen in de eerste lijn, de tweede in de (A)GGZ. In verschillende nota's werd de huisarts als poortwachter voor de GGZ aangemerkt. Uit onderzoeken en beleidsnota's blijkt dat de beoogde versterking van de rol van de huisarts voor de GGZ geen doorslaand succes is geworden⁴⁾. Ook de verschuiving van lichtere problematiek naar de eerste lijn bleek niet van de grond te komen.

In 1993 wordt met de Nota Onder Anderen de balans opgemaakt van alle activiteiten. Geconstateerd wordt dat de beoogde MFE-vorming (multifunctionele eenheden) regionaal wel van de grond komt en de beoogde versterking van de rol van de huisarts voor de GGZ achter blijft bij de verwachtingen. Ook was de conclusie dat het verschuiven van de lichtere problematiek naar de eerste lijn maar mondjesmaat gebeurde.

De nota Onder Anderen gaf een nieuwe impuls aan het denken in functies en regionale samenwerking. Het begrip zorgcircuit deed zijn intrede. Voor allerlei groepen werden aparte zorgcircuits voorgesteld.

Langzaam werden de contouren van het vraaggerichte denken en het thema vermaatschappelijking in de GGZ zichtbaar: bepaalde categorieën patiënten met een bepaalde zorgvraag moeten hun aanbod bij verschillende, in circuits samenwerkende aanbieders kunnen betrekken⁵⁾.

Opvallend is wel dat er in die tijd nauwelijks door beleidsmakers wordt gerept over de eerste lijn. Zorg en zorgcircuits werden expliciet geplaatst binnen de tweedelijns GGZ. Echelonoverschrijdende zorgvragen had nog geen warme belangstelling.

Met de brief Geestelijke Gezondheidszorg (1997)⁶⁾ wordt het ingezette beleid nog scherper geformuleerd. Het vergroten van de samenhang in het zorgaanbod en de vermaatschappelijking van zorg voor langdurig zorgafhankelijken door extramuralisering blijft het fundament waarop verder wordt gebouwd.

Nu wordt in het vervolg op alle plannen geadviseerd om de financiering van de GGZ-hulp anders in te richten (de opsplitsing van het verzekeren in drie compartimenten).

Dit advies wordt ondersteunt met de vraag om een adequate poortwachterfunctie van de huisarts (waar nodig in overleg met ELP en AMW) en een goede indicatiestelling voor de GGZ die binnen het verplichte verzekeringspakket zou vallen.

Met deze roep om de GGZ-poortwachtersfunctie voor de huisarts is de thematiek van de eerstelijns-AGGZ weer volop terug in beleidsmatige en inhoudelijke zin.

Vanaf het einde van de jaren negentig vormt de ondersteuning van de eerstelijns GGZ vanuit de tweede lijn een belangrijke beleidsprioriteit voor het ministerie van VWS⁷⁾. Reden daarvoor is een toename van de vraag om hulp bij psychische en psychosociale problemen in combinatie met een beperkte capaciteit in de tweede lijn. Ook spelen de groei van zorgkosten en de beheersbaarheid daarvan een rol bij het voeren van substitutiebeleid van tweede naar eerste lijn.

De aandacht richt zich op het beïnvloeden van de organisatie van het zorgproces. Het adagium is: de zorg voor de patiënt is kortdurend en generalistisch en langdurig en specialistisch als het niet anders kan. Om lokale en regionale initiatieven te stimuleren werden tijdelijke en structurele stimulerings- en subsidiegelden verstrekt. Er worden onder andere 'consultatiegelden' verstrekt om de consultatiefunctie van de tweedelijns GGZ te intensiveren ten behoeve van huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerstelijns⁸⁾.

Ook worden stimuleringsgeld verstrekt voor lokale projecten om op lokaal niveau de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen de eerste- en tweedelijns GGZ te vergroten en te verbeteren. Deze projecten werden gecoördineerd door het Diaboloproject. Tussen 2001 en 2005 zijn er landelijk 16 projecten geïnitieerd en uitgevoerd⁹⁾.

De doelen van de projecten en de versterking van de consultatie zijn samen te vatten in de volgende doelen:

- verbetering van de signalering van psychische problematiek in de eerste lijn en een adequate globale diagnostiek;
- verhoging van de deskundigheid in de eerste lijn op het gebied van psychische problematiek,
- snellere en gerichte verwijzingen: toewijzing van de hulpvrager aan de juiste zorgaanbieder;
- verbetering van de toegankelijkheid van de GGZ;
- ondersteuning van de eerstelijns hulpverlener in het omgaan met (cliënten) met GGZ-problematiek;
- verbetering en intensivering van de ondersteuning van de eerstelijns in de behandeling van patiënten.

Het is niet eenvoudig een balans op te maken wat al deze maatregelen hebben opgeleverd en of de doelstellingen zijn behaald. De eerstelijns GGZ is door al deze bewegingen in de GGZ-markt ruimschoots op de kaart staat. Hoe alle ontwikkelingen en initiatieven een structurele borging in de eerstelijns krijgen, zal in de komende jaren beantwoord worden.

Enkele initiatieven tot borging worden al uitgevoerd of staan in de steigers¹⁰⁾:

- Voor de coördinatie en begeleiding van initiatieven en vragen vanuit het veld zijn de budgetten van de ROS'en (Regionale Ondersteunings Structuren) met ingang van 1 januari 2006 verruimd met een deel voor de GGZ. Alle ROS'en zijn overgegaan op het aanstellen van een regiocoördinator GGZ. Daarmee heeft de ondersteuning voor de eerstelijns GGZ een structurele plek binnen de ROS-organisaties gekregen.
- Met ingang van 2008 is de curatieve, kortdurende GGZ zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze zorg zal vanaf nu dus worden ingekocht door verzekeraars. Dit betekent dat een veel groter budget dan nu het geval is, beschikbaar komt voor GGZ-zorg binnen de eerste lijn. Daar tegenover staat dat GGZ instellingen een deel van hun AWBZ budget kwijtraken.
- Per 1 januari 2008 is de eerstelijns psychologische zorg ondergebracht in de basisverzekering.
- Vanuit het AMW worden pilots gestart om een contracteerbaar AMW-aanbod onder de Zorgverzekeringswet te ontwikkelen.
- GGZ-instellingen ontwikkelen een eigen eerstelijnsaanbod gericht op consultatie en kortdurende behandeling door SPV-en en behandeling door GGZ-psychologen en preventieactiviteiten.
- Het beschrijven van de Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ); in dit rapport worden de contouren van de praktijkondersteuner GGZ uitgewerkt. De SPV wordt genoemd als een functionaris die een dergelijke functie kan gaan innemen.
- De V&VN-SPV en het NVMW hebben het initiatief genomen om een landelijk registratie - en accreditatiesysteem te ontwikkelen specifiek voor de POH-GGZ functionaris. Hiermee wordt het ontwikkelen van kwaliteitseisen voor de POH-GGZ (in de praktijk zal de SPV in hoofdzaak de beroepsbeoefenaar in de functie van de POH-GGZ zijn) en kwaliteitsborging nagestreefd.

Samenvattend:

Met alle ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ wordt beoogd de cliënt snel, direct, integraal en dichtbij en stepped care de juiste hulp te bieden. Cliënten willen een goede vraagverheldering, aandacht voor problemen op meerdere gebieden vanuit een integrale benadering. Kostenbeheersing wordt bereikt door zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn aan te bieden en onnodige zorg in een specialistische GGZ-omgeving te vermijden.

Er wordt een concreet onderscheid gemaakt tussen de generalistische eerste lijn en de specialistische tweede lijn. De generalistische eerstelijnszorg is een eigen specialisme door de geïntegreerde wijze van benaderen van problemen en klachten. Het overgrote deel van klachten waarmee mensen hulpverleners in de eerste lijn benaderen, kunnen daarbinnen worden behandeld en/of opgelost. Dit geldt zowel voor de somatische klachten, klachten die van psychische of psychosociale aard zijn of een combinatie van beide.

De komende jaren zal worden geïnvesteerd om op beide fronten te verhelderen wat een cliënt aan zorg kan krijgen en waar, door wie en hoe dat wordt georganiseerd en aangeboden.

Welke betekenis dit heeft voor de rol en positie van de SPV is het onderwerp in het volgende deel van dit artikel.

II (Ver)schuivende rol van de SPV

Ontegenzeggelijk betekent de huidige aandacht voor de eerstelijns GGZ een revival van de SPV. De SPV was in de jaren 70, 80, en begin 90, een vertrouwde hulpverlener in de samenwerking met eerstelijns disciplines. Het was in die tijd gebruikelijk dat de SPV vanuit de RIAGG contactpersoon was voor huisartsen, hometeams organiseerde en preventieve activiteiten ontwikkelde om problematiek in wijken aan te pakken. In het boek 'Hoopvol bezorgd' komen verschillende SPV-en aan het woord die hun ervaringen uit die tijd vertellen¹¹⁾.

De fusiegolf in de jaren 90 zorgde ervoor dat SPV-en toenemend een 'bureaushulpverlener' werd. Veel SPV-en ontkwamen niet aan het zorgprogrammatische virus en werden ingekapseld in tweedelijns GGZ behandelteams waar sociaal psychiatrische behandelprincipes ver te zoeken zijn.

Vanaf het moment dat er een krachtige - politieke - wind is gaan blazen richting de eerstelijns GGZ wordt de SPV vanuit de tweedelijns GGZ als bruggenbouwer en gids aangewezen. Het overbruggen van de afstand tussen beide velden zorgde plots voor het zichtbaar worden van hetgeen de SPV al jaren deed. Wat aarzelend kwamen de initiatieven op gang om SPV-en bij huisartsen te stationeren.

Hoewel aanvankelijk de insteek was om via de klassieke consultatie de eerste lijn te ondersteunen blijkt uit onderzoek van het Trimbos¹²⁾ dat SPV-en de laatste jaren een brede waaier aan activiteiten hebben ontwikkeld:

In veel consultatieprojecten is er sprake geweest van een uitbreiding van taken van de SPV: van het adviseren van en consultatie geven aan eerstelijns professionals tot het kortdurend behandelen van patiënten in de eerste lijn. De SPV levert een bijdrage aan diagnostiek, begeleidt zelf cliënten of motiveert tot vervolgbehandeling en denkt met de huisarts even mee over een 'lastige casus'. Naast direct cliëntencontact heeft de SPV een gidsaak ontwikkeld ten opzichte van de huisarts en andere disciplines in de eerste en tweede lijn. Hierbij gaat het om het vervullen van de liaisonfunctie tussen de eerste en tweede lijn en het optreden als gids naar de tweede lijn en andere verwijsmogelijkheden.

De SPV is er voor alle mogelijke categorieën cliënten, van jong tot oud, van lichte tot zware problematiek, zowel psychische, sociale als psychiatrische en verslavingsproblemen¹³⁾ ¹⁴⁾. De SPV kan goed uit de voeten met de diversiteit aan vragen en verschillende groepen cliënten. Ze zijn er op gericht om goede vraagverheldering uit te voeren. Soms beperkt de bijdrage zich tot het maken van onderscheid in psychische, sociaal-maatschappelijke of psychiatrische problematiek.

Andere SPV-en doen bijna een volledige intake die door de tweede lijns GGZ wordt overgenomen.

Door zijn actieve en snelle manier van werken wordt de SPV gewaardeerd als een kundig GGZ-hulpverlener. De SPV lijkt door deze nieuwe rol in de huisartsenvoorzieningen kleur op de kaken te krijgen. Er wordt weer een beroep gedaan op de autonome manier van werken, de zelfstandige toepassing van de brede deskundigheid op het gebied van psychiatrie en het praktisch en pragmatisch organiseren van hulp en zorg. Alles wijst erop dat de SPV zich de laatste vijf jaar bijna geruisloos heeft weten te nestelen in de eerste lijn. Huisartsen en andere eerstelijns werkers zijn in het algemeen tevreden over de inzet van de SPV.

De genoemde verschuiving van activiteiten van de SPV is niet op de eerste plaats toe te schrijven aan een bewuste keuze binnen de beroepsgroep SPV. De herpositionering van de SPV is in grote lijnen bepaald door het beleid van hun werkgevers, veelal de tweedelijns GGZ instelling, het formeel-juridische kader waarbinnen ze moeten werken en de wensen van de eerste lijns professionals¹⁵⁾. De grote variëteit in activiteiten van de SPV vind ik ook een illustratie van de verscheidenheid aan doelstellingen van de GGZ-organisaties.

Er zijn initiatieven die zich beperken tot de meer consultatieve werkvormen, maar er is ook sprake van het 'aanbieden' van tweedelijns zorg in het veld van de eerstelijns GGZ. Of tweedelijns GGZ instellingen bedenken formules om een eigen eerstelijns aanbod aan te bieden. Denk onder andere aan Indigo. Een initiatief van drie grote GGZ instellingen die gezamenlijk een te onderscheiden eerstelijns GGZ-aanbod in de markt zetten.

Wat levert dit alles op?

Uit Trimbos en Nivel-rapportages blijkt dat vanuit de tweedelijns het inzetten van de SPV een aantal voor- en nadelen oplevert: er zijn kortere overleg en verwijslijnen ontstaan tussen de huisarts en de SPV, en de SPV in de GGZ instelling. Een groter deel van de behandelingen en begeleidingen worden in de eerste lijn en dichtbij huis, snel en kortdurend uitgevoerd. Er is sprake van een duidelijke ontlasting van de huisarts. De SPV is laagdrempelig in haar aanbod en benadering van cliënten: plezierig voor de cliënt en huisarts.

Als nadelen wordt genoemd: de SPV heeft te weinig kennis van verwijs- en behandelmogelijkheden buiten de eigen instelling (brede sociale kaart); kritiek is dat zij te weinig gebruik maakt van expertise in de 0e en 1e lijn. Ook heeft de SPV soms een snelle focus op de psychiatrische diagnose en stoornissen en behandeling. Terwijl de vraag vaak is: een vraagverheldering en het werken met de lichtst mogelijke interventie. Door de korte lijnen met de eigen GGZ-instelling is het beeld ontstaan dat de SPV teveel een arrangeur van behandelingen in de tweede lijn is (de instelling aan klanten helpen).

Met alle bevindingen op zak is de politiek en de betrokken partijen een volgende stap gaan zetten. Hoe borg en veranker je nu een succesvolle versterking van de 1e lijn? Vanaf 2006 is er een project waarin een antwoord moest worden geformuleerd op de vraag hoe de ondersteuning van de huisarts in de toekomst vorm en inhoud moest krijgen? Dit traject heeft de geboorte ingeluid van de Praktijkondersteuner Huisarts - GGZ, afgekort de POH-GGZ. Analooq aan de al bestaande praktijkondersteuners Somatic werd voorgesteld om op het gebied van de GGZ een brede generalist in de huisartsenvoorziening toe te voegen. Hoewel de SPV in de achterliggende jaren heeft laten zien dat zij degene is die kan opteren voor een dergelijke functie, is de uitkomst van veel overleg dat de functie POH-GGZ niet exclusief voor de SPV is weggelegd. Ook maatschappelijk werkers kunnen werkzaam zijn als POH-GGZ¹⁶⁾.

Doel van deze nieuwe functie is: 'het ondersteunen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts'¹⁷⁾.

Met het inmiddels uitgeschreven functieprofiel POH-GGZ¹⁸⁾ wordt duidelijkheid gegeven over de kerntaken van deze functionaris. Een takenpakket dat in veel opzichten staat voor het werk van de SPV.

Of de SPV daadwerkelijk deze functie gaat uitvoeren zal moeten blijken. De eerste maanden van 2008 geven de indruk dat de implementatie van de POH-GGZ bepaald niet eenvoudig verloopt. Huisartsen die niet goed weten wat de POH-GGZ zo anders maakt dan de SPV, waar ze al goede ervaringen mee hebben. Ook financieel blijft het voorlopig onaantrekkelijk om deze functie uit te voeren. Zorgverzekeraars maken beleid op basis van de NZA beleidsregel. Met de bekostiging kan een POH-GGZ amper haar werk doen.

Wat ook een belangrijke verandering is: de POH-GGZ valt onder de regie van de huisarts en niet langer onder de aansturing van een tweedelijns GGZ instelling. Dat geeft andere arbeidsverhoudingen, maar ook een ingewikkelde samenwerking tussen huisartsen en tweedelijns GGZ instellingen.

Veel van wat nu als organisatorische en samenwerkingskwesties wordt genoemd zal koudwatervrees blijken te zijn. Het ingezette beleid van versterking van de eerstelijns GGZ zal niet worden teruggedraaid. Sterker nog, de generalistische werkwijze in de eerste lijn zal in hoog tempo gaan professionaliseren. Wat gaat de SPV doen met deze functie? Gaan SPV-en in op aanbiedingen van huisartsen en eerstelijns detacheringsbureaus om een deel van hun tijd als POH-GGZ te gaan werken bij de huisarts? Gaan ze een zelfstandig SPV aanbod ontwikkelen en aanbieden als eerstelijns SPV? Uitdagingen genoeg voor de SPV.

III Herijking sociaalpsychiatrisch verpleegkundige werkwijze

Uit de beschreven ontwikkelingen blijkt dat het voor de SPV beroepsgroep geen eigen keuze is geweest zich weer in de eerste lijn te manifesteren. Jarenlang is de SPV 'weggestopt' geweest in het bolwerk van de tweedelijns GGZ. En daar hebben ze zelf ook hard aan meegewerkt. Ik heb de ontwikkeling gezien dat de SPV steeds meer stoornisgericht en met veel verve DSM-classificaties afgevend, te werk ging. De sociaalpsychiatrische blik en werkwijze werd ingeruild voor een klinische en naar binnen gerichte GGZ-blik.

Vooraf de beleidsmatige en strategische ontwikkelingen hebben er voor gezorgd dat de SPV weer zichtbaar werd. Onverwacht krijgt de beroepsgroep nieuwe kansen om zich te profileren en een duidelijke positie in te nemen. De SPV wordt weer aangesproken op het sociaal psychiatrische handwerk. Hoe gaat de beroepsgroep of de individuele SPV gebruik maken van de uitdagingen? Hoe gaan ze de opgebouwde tweedelijns routines omzetten naar de van oudsher bekende generalistische werkwijze in de eerste lijn?

Het werken in de eerste lijn veronderstelt een andere werkwijze. Niet de stoornis staat voorop, maar het verhelderen van de vraag van de cliënt, niet langer als eerste denken in termen van DSM-diagnoses. Het werken in de eerste lijn verlegt de aandacht naar de context van de problemen. Wat houdt gedrag in stand, op welke wijze beïnvloedt de omgeving het ontstaan en mogelijk in stand houden van klachten. Welke interventies op sociaal en maatschappelijk vlak zijn nuttig om een cliënt te ondersteunen om zijn situatie weer aan te kunnen. SPV-zorg betekent niet alleen putten uit bekend programmatisch GGZ-aanbod of gebruik maken van gebaande wegen in het tweedelijns GGZ circuit.

De SPV wordt weer uitgedaagd om gebruik te maken van alles wat in de 0e en 1e lijn aanwezig is.

Wil de SPV een stevige en onderscheidende positie gaan innemen dan zal door de beroepsgroep geïnvesteerd moeten worden in methodieken die passen bij het werken in de 0e en 1e lijn. De basis van de methodieken vinden we in het beroepsprofiel SPV. Alle kerntaken bij elkaar vormen een geschikte achtergrond om het eerstelijns aanbod te omschrijven. Of de SPV nu gaat werken als POH/GGZ of als eerstelijns SPV, de kern van het SPV/werk blijft de verpleegkunde, sociale psychiatrie en het contextueel denken en handelen.

De SPV kan naar mijn idee bij de ontwikkeling van een eigen generalistische wijze van werken in de eerstelijns steun vinden bij de volgende SPV kenmerken:

- Een sterke preventieve gerichtheid.
- Een meervoudige en contextuele benadering van geestelijke gezondheidsproblematiek.
- Een gevarieerd aanbod van 'kortdurende' behandeling en 'langdurige' begeleiding van mensen met meervoudige problematiek.
- Een praktische hulpverlening gericht op alledaagse problemen van mensen.
- Een gerichte ondersteuning van andere hulp/ en dienstverleners.
- Een regiefunctie in soms ingewikkelde samenwerking rondom cliënten.
- Een sterke gerichtheid op sociaal psychiatrische interventies in wijken en sociale netwerken.

Moet de SPV in de eerste lijn zichzelf weer gaan uitvinden? Nee. Er is al veel voorhanden en beschreven. Movisie heeft begin 2008 een project afgesloten waarin een transparant aanbod van de SPV in de eerste lijn is beschreven¹⁹⁾. De beschreven modules geeft een compleet overzicht wat de SPV in de aanbidding heeft. De rapportage maakt het ook mogelijk om anderen, zoals huisartsen, eerstelijns disciplines en zorgverzekeraars te verduidelijken op welke taken de SPV ingezet kan worden.

Maar niet alleen inzage in de taken is gewenst. Nog belangrijker is de bejegening van cliënten en de methodische werkwijze. De SPV heeft mijn inziens afgeleerd om met de lichte mogelijke hypothese te werken. Niet de stoornis staat op de voorgrond, wel de vraagverheldering en welke lichte interventies worden gebruikt. Het gaat vaak om het 'bouwen' van oplossingen in plaats van het oplossen van problemen. Het is niet voor niets dat momenteel veel SPV-en worden bijgeschoold op het gebied van oplossingsgerichte gespreksmethodieken.

De herijking is volgens mij niet alleen van belang voor de cliënt met de enkelvoudige problematiek die op het spreekuur van de SPV komt. Het feit dat de SPV in de eerste lijns GGZ een eigen plek kan gaan innemen biedt ook kansen om haar sociaalpsychiatrische basisprincipes te gebruiken in het begeleiden van de chronisch psychiatrische cliënten. Deze groep is gebaat bij een adequaat SPV aanbod. Toegepast in de directe woon- en leefomgeving. De laagdrempeligheid van een huisartsenpraktijk lijkt een pre te zijn om deze groep cliënten te bereiken en ondersteunende begeleiding aan te bieden.

IV afronding

In dit artikel heb ik de historische lijn van de ontwikkeling van de eerste lijns GGZ geschetst. Ik heb geschetst hoe de SPV in de begin periode op de voorgrond stond, een aantal decennia ondergedompeld is geweest in de tweedelijns GGZ en vanaf begin jaren 2000 een bijna niet weg te denken positie inneemt in de eerstelijns GGZ. Op welke manier en in welke functies dat gestalte krijgt is deels afhankelijk van de bereidheid van eerstelijns disciplines om de SPV als één van de kerndisciplines in te sluiten. Anderzijds liggen er ook kansen om, het zij in de functie van POH-GGZ, of als eerstelijns SPV te laten zien hoe met sociaalpsychiatrische principes een goed zorgaanbod in de markt gezet kan worden.

Of de SPV er in slaagt een eigen positie te gaan innemen is volgens mij ook afhankelijk of zij de routines van de tweedelijns GGZ achter zich kan laten. En of ze bereid is om met luide stem haar sociaal psychiatrische uitgangspunten te laten horen of te laten doorklinken in de manier van werken.

De SPV gaat zijn eigen plaats innemen door trouw te blijven aan de eigenheid van het vakgebied, niet met alle winden mee te waaien en als beroepsgroep de nieuwe uitdagingen in de eerstelijns GGZ tot zich te nemen.

Noten en gebruikte literatuur

- 1) Sociaal psychiatrisch verpleegkundige wordt afgekort met SPV
- 2) Hendriks, 1974
- 3) Ministerie WVC, Leidschendam, 1984
- 4) Ministerie WVC, Rijswijk, 1993
- 5) Trimbos, Tussen de lijnen, achtergrondstudie bij de Beleidsvisie GGZ, 1999
- 6) Ministerie VWS, Rijswijk, 1997
- 7) Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005
- 8) Trimbos/Nivel, Tussen de Lijnen, K.de Rijk e.a., Utrecht, 1999
- 9) Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005
- 10) LVG rapport Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn, Utrecht, 2007
- 11) Ivoonne van der Padt, Hoopvol Bezorgd; sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20e naar de 21e eeuw, uitgave NVSPV, 1999
- 12) Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005
- 13) Bosman M., J. de lange, De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk, Trimbos, 2002, Utrecht
- 14) NVSPV, Beroepsdeelprofiel SPV, uitgave AVVV, red. B. Venneman, 2005
- 15) Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, M. Scholten e.a., Utrecht 2005
- 16) LVG, Praktijkondersteuner GGZ in de eerstelijns, Utrecht 2007
- 17) LVG, Praktijkondersteuner GGZ in de eerstelijns, pag. 7, Utrecht 2007
- 18) Kunst en Venneman, 2008, Functieprofiel POH-GGZ, startdocument, Nieuwegein-Gouda
- 19) M. Scholte en C. Brink, Movisie, Transparant aanbod Sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de eerste lijn, Utrecht 2008)'