

**Verpleegkundige beroepsuitoefening
en
deskundigheidsbevordering
in de GGz**

Contourennota

**Advies uitgebracht aan
het Centraal Orgaan Opleiding Verpleegkundigen
door de werkgroep
Psychiatrische Verpleegkunde**

April 1998

Samenvatting

De werkgroep Psychiatrische verpleegkunde van het COOV (Centraal Orgaan Opleiding Verpleegkundigen) is gevraagd advies uit te brengen over de wijze waarop samenhang gecreëerd kan worden in de deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen in de GGz en daarbij de contouren te schetsen waarbinnen deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen in de GGz in de toekomst ontwikkeld en getoetst zal worden.

Vanuit een analyse van relevante ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en verpleegkundige zorgverlening in de GGz worden vijf uitgangspunten voor verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz geformuleerd. De basis van die uitgangspunten wordt gevormd door een visie op gezondheid, ziekte en verplegen waarin gezondheid breed wordt opgevat als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Verplegen in de GGz richt zich daarom op het erkennen, herkennen en actief beïnvloeden van menselijke vermogens, zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van gezondheid. De verpleegkundige laat zich daarbij leiden door de zorgbehoefte van de cliënt en de situatie waarin hij/zij verkeert en dit is alleen goed te realiseren wanneer er een relatie en dialoog tussen cliënt en verpleegkundige tot stand komt. Vanuit de brede opvatting van gezondheid en het generalistisch karakter van verpleegkundige zorgverlening is de verpleegkundige inzetbaar in elke zorgsetting binnen de geestelijke gezondheidszorg.

In de GGz-verpleegkunde zijn meerdere beroepsdomeinen te onderscheiden. Binnen elk domein zijn rollen en taken te onderscheiden die in hun samenhang weer leiden tot verschillende functies. Op grond van de geschetste ontwikkelingen en de geformuleerde visie en uitgangspunten worden drie soorten van beroepsuitoefening onderscheiden:

- 1 generalistische verpleegkundigen opgeleid op kwalificatieniveau vier of vijf met differentiatie GGz;
- 2 verpleegkundigen met specifieke kennis ten aanzien van bepaalde doelgroepen;
- 3 verpleegkundig specialist GGz.

Deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen in de GGz zal binnen deze kaders georganiseerd kunnen worden. Het COOV zal namens de beroepsverenigingen van verpleegkundigen in de GGz een initiërende, toetsende en evaluerende rol dienen te spelen bij de verdere ontwikkeling van deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen in de GGz.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

Inleiding

1	Opdracht en werkwijze van de werkgroep	1
2	Te verwachten ontwikkelingen die van invloed zijn op de beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGz	3
2.1	Ontwikkelingen in de zorgvraag	3
2.2	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	3
2.3.	Verpleegkundige zorgverlening	4
3	Visie en uitgangspunten voor de beroepsuitoefening en opleiding van verpleegkundigen in de GGz	5
4	Gewenste rollen, taken en beroepsuitoefening	8
5	Gewenste kennis, vaardigheden en attitude	10
6	De rol van het COOV als kwaliteitsbewaker	11
	Literatuur	12

Bijlage 1:		
Werkgroep Psychiatrische Verpleegkunde: Taak en werkwijze		14

Bijlage 2:		
Samenstelling werkgroep		17

Bijlage 3:		
Achtergronden bij ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod en verpleegkundige beroepsuitoefening		18

Bijlage 4:		
Profiel Verpleegkundige Specialist GGz, een positionering		

Inleiding

Het aanbod van bij- en nascholing voor verpleegkundigen in de GGz is groot en zeer gevarieerd. Vele aanbieders bewegen zich op deze markt: hogescholen, opleidingsinstituten verbonden aan een APZ, de RINO's en diverse particulieren. Tot nu toe is er nauwelijks samenhang in de bij- en nascholing. Zo kan bijvoorbeeld een verpleegkundige aan het ene instituut in één jaar worden opgeleid tot case-manager, een functie waarvoor het andere instituut drie jaar opleiding noodzakelijk acht.

Met het vanstartgaan van het samenhangend opleidingsstelsel en het inwerkingtreden van de wet BIG doet zich nu echter steeds meer de noodzaak voor om behalve in het initiële onderwijs ook tot meer samenhang in het post-initiële traject te komen. Bij het totstandbrengen van die samenhang spelen beroepsverenigingen een belangrijke rol. De legitimering daarvoor is af te leiden uit artikel 14 van de wet BIG waarin aangegeven wordt dat de basisberoepsgroep de mogelijkheid heeft om een specialisme van dat beroep in te stellen. Bovendien wordt in het kader van de wet van beroepsverenigingen gevraagd, helderheid te verschaffen over de noodzaak, kwantiteit en kwaliteit van deskundigheidsbevordering vanuit de professie. Kortom, het stellen van professionele normen en het vaststellen van eisen voor nascholing en registratie.

In het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen in de GGz (COOV) dragen beroepsverenigingen van verpleegkundigen in de GGz gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het stellen van professionele normen ten aanzien van bij- en nascholing. Om deze verantwoordelijkheid gestalte te geven werd de werkgroep '*Psychiatrische Verpleegkunde*' ingesteld. Deze kreeg als opdracht contouren te schetsen waarbinnen en richtlijnen te geven waarmee het COOV deze verantwoordelijkheid gestalte kon geven.

Deze nota is het resultaat van de werkzaamheden van de werkgroep. In het eerste hoofdstuk worden de opdracht en werkwijze van de werkgroep verwoord. In het tweede hoofdstuk worden vervolgens kort de ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz beschreven. Op grond hiervan worden in hoofdstuk drie de visie en uitgangspunten beschreven die naar de mening van de werkgroep richtinggevend moeten zijn voor de verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz en daarom ook voor de opleidingen. In hoofdstuk vier en vijf worden deze uitgangspunten vertaald naar keuzen voor beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen in de GGz. Tot slot wordt in hoofdstuk zes ingegaan op de taak van het COOV bij de ontwikkeling en bewaking van bij- en nascholing en worden adviezen gegeven om die taak gestalte te geven.

1 Opdracht en werkwijze van de werkgroep

De opdracht van de werkgroep werd als volgt geformuleerd:

'In het licht van ontwikkelingen in de praktijk van de GGz, het verpleegkundig beroep en het verpleegkundig onderwijs, in kaart brengen over welke kennis en vaardigheden verpleegkundigen in de GGz de komende vijf jaar en daarna zullen moeten beschikken en op basis daarvan het COOV adviseren over de inhoud en vorm van deskundigheidsbevordering in de GGz.' (COOV i.o. 1996).

Een advies over de in de toekomst gewenste kennis en vaardigheden dient geworteld te zijn in de huidige en, voorzover voorspelbaar, toekomstige realiteit waarin de verpleegkundige in de GGz haar werkzaamheden zal verrichten. Aan die realiteit zal vanuit een professionele optiek betekenis moeten worden gegeven.

Daarmee heeft het advies meerdere doelstellingen:

- ▶ in kaart brengen van relevante ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod in de GGz;
- ▶ het formuleren van visie en uitgangspunten voor verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz;
- ▶ op basis van deze visie en uitgangspunten uitspraken doen over de gewenste kennis, vaardigheden en attitude van verpleegkundigen in de GGz ;
- ▶ uitspraken doen over de rol en taken van het COOV bij de bewaking van de kwaliteit van deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen in de GGz.

Het belangrijkste resultaat van het advies is echter dat er een door alle beroepsverenigingen gezamenlijk vastgestelde visie en uitgangspunten wordt vastgelegd die in de toekomst de contouren zullen vormen voor onderwijs en deskundigheidsbevordering in GGz-verpleegkunde. Daarmee beschikt ook het COOV over richtlijnen waarmee het zijn taak als bewaker van de kwaliteit van bij- en nascholing voor verpleegkundigen in de GGz gestalte kan geven.

Grenzen van het advies

De ondergrens voor het advies wordt gevormd door de eindtermen voor de kwalificatieniveaus vier en vijf zoals beschreven in de kwalificatiestructuur voor verpleegkundigen. Beide kwalificatieniveaus kennen een afstudeerdifferentiatie voor de GGz. Het betreft hier een vertrekpunt dat nog weinig uitgekristalliseerd is. De eerste verpleegkundigen die afstuderen met de differentiatie zullen pas over drie jaar het veld betreden. Daarna is het mogelijk te evalueren en beoordelen hoe deze verpleegkundigen zijn toegerust voor de GGz.

Hierbij is het belangrijk te onderkennen dat de GGz-differentiatie behalve voor verplegen van cliënten met psychiatrische ziekten ook opleidt voor het verplegen van verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patienten. De sector verstandelijk gehandicapten is echter (nog) niet in het COOV vertegenwoordigd. Waar mogelijk is er naar gestreefd om uitspraken over het verplegen van cliënten met psychiatrische ziekten ook van toepassing te laten zijn op het verplegen van verstandelijk gehandicapten. Echter, de visie en uitgangspunten die gelden voor verplegen in de psychiatrie, gelden niet vanzelfsprekend ook voor het verplegen van verstandelijk gehandicapten.

De bovengrens voor het advies wordt gevormd door de opleiding tot verpleegkundig specialist in de GGz. Ook hier geldt dat over minimaal vijf jaar duidelijk zal zijn hoe deze beroepsbeoefenaren voldoen in de praktijk.

De grenzen waarbinnen het advies gegeven wordt zijn dus nog niet volledig duidelijk. Het advies over gewenste kennis, vaardigheden en attitude is dan ook vooral richtinggevend bedoeld. De geformuleerde visie en uitgangspunten zullen in de toekomst gebruikt worden als

kader waarbinnen zowel de beroepsuitoefening als de opleiding geëvalueerd en getoetst zullen worden.

De werkwijze

De werkwijze is gebaseerd op de methodiek voor het ontwikkelen van beroeps- en opleidingsprofielen van Moerkamp en Onstenk (Moerkamp en Onstenk, 1991). De eerste drie fasen van het proces van profielontwikkeling worden doorlopen:

Fase 1: *In kaart brengen van relevante ontwikkelingen*

In kaart brengen van actuele en te verwachten ontwikkelingen:

- zorgvraag in de GGz;
- overheidsbeleid t.a.v. de GGz;
- zorgaanbod in de GGz;
- beroepsuitoefening en opleidingen van verpleegkundigen in de GGz.

Fase 2: *Formuleren visie en uitgangspunten voor verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz.*

Fase 3: *Ontwikkelen van een taakprofiel*

Beschrijven van beroepsdomeinen, gewenste rollen, taken en beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGz.

Fase 4: *Ontwikkelen van een kwalificatieprofiel*

Beschrijven van gewenste kennis, vaardigheden en houdingen.

Fase 5: *Adviezen voor kwaliteitsbewaking formuleren*

2 Te verwachten ontwikkelingen die van invloed zijn op de beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGz

In dit hoofdstuk worden kort de ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en verpleegkundige zorgverlening beschreven die van invloed zijn op de verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz. Voor een uitgebreide toelichting op de ontwikkelingen wordt verwezen naar bijlage 3.

2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

De verwachting is dat het totale gebruik van GGz-voorzieningen fors zal toenemen. Vooral het aantal ouderen dat een beroep doet op de GGz zal toenemen evenals het aantal groepen met een andere dan de Nederlandse nationaliteit. Daarnaast komt de toenemende vraag voort uit sociale problematiek zoals een toenemend aantal dak- en thuislozen, armoedeproblematiek, verslavingsproblematiek en werkloosheid. Steeds vaker leiden psychiatrische ziekten tot crimineel gedrag. Geestelijk gezondheidsproblemen manifesteren zich op steeds jongere leeftijd en vaak is er sprake van een combinatie van problemen. Ook verbetering van de diagnostiek en toenemende geïnformeerdheid en mondigheid en hogere verwachtingen van cliënten, dragen bij aan een groter beroep op GGz-voorzieningen.

Doelgroepen en hun problematiek

Er tekenen zich nieuwe GGz-doelgroepen af. De context waarbinnen problemen zich voordoen wordt complexer en daarmee samenhangend ook de problematiek omdat er meerdere factoren zijn die hierop van invloed zijn. Het resultaat is een nieuwe, complexe zorgvraag die bovendien minder gericht is op primair behandeling en genezing maar meer op het instandhouden en ontwikkelen van de gezondheid en basisbehoeften zoals wonen, werken en veiligheid. Deze zorgvraag is breder dan alleen de GGz. Maatschappelijke steunsystemen worden daardoor nadrukkelijk betrokken bij de zorgverlening en de zorgvraag is daardoor niet meer exclusief gekoppeld zijn aan de GGz maar ook aan maatschappelijke en dienstverlenende instellingen.

Behalve aandacht voor nieuwe doelgroepen dient een belangrijke deel van het zorgaanbod voor chronisch psychiatrische patiënten instand te blijven. Er zal de komende jaren zeker vraag blijven naar de beschermfunctie en intensive-care-functie van het APZ.

2.2 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Overheid

De rol van de overheid zal vooral een initiërende en stimulerende zijn, gepaardgaand met een versoepeling van de regelgeving zodat de partijen zelf zoveel mogelijk zorgvraag en zorgaanbod op elkaar kunnen afstemmen. De overheid zal toezicht blijven houden op de kwaliteit van zorg waarbij zorg op maat, circuitvorming, extramuralisering, vermaatschappelijking en zorginnovatie belangrijke pijlers zijn, en op de kwaliteit van de beroepsuitoefening door middel van de wet BIG.

Instellingen

Door middel van de zorgvernieuwingsfondsen heeft de overheid een ontwikkeling gestimuleerd tot een zorgverlening die niet meer gekoppeld is aan een locatie of instelling maar die gegeven wordt daar waar de patiënt zich bevindt. Zorg wordt zowel klinisch, ambulant als transmuraal verleend waarbij het onderscheid tussen klinisch en ambulant vervaagt. De vergaande samenwerking en circuitvorming krijgt concreet gestalte in de ontwikkeling van

zorgprogramma's waarin meerdere GGz instellingen gezamenlijk hun zorgaanbod omschrijven (COPS, 1996).

Naast ontwikkelingen als substitutie en extramuralisatie blijft er voor de GGz een belangrijke taak bestaan bij intensieve langdurige zorg, crisisopvang en gedwongen opnames.

2.3 Verpleegkundige zorgverlening

Verpleegkundigen zullen in de toekomst voor een deel werkzaam blijven in klinische settingen. Echter ontwikkelingen als transmuralisering en circuitvorming betekenen dat zij in toenemende mate hun werkzaamheden ook buiten traditionele kaders - niet per definitie gekoppeld aan een locatie of instelling - zullen verrichten. Hierdoor zullen verpleegkundigen steeds autonomer gaan werken. Bovendien verandert het zorgaanbod door zorginnovatie zodanig, dat het steeds vaker gaat om meer dan het genezen van ziekte. Het behoud en ontwikkelen van gezondheid en het leren omgaan met de gevolgen van ziekte in de voor de patiënt specifieke situatie, staan meer centraal. Deze visie op gezondheid en ziekte sluit aan bij verpleegkundige opvattingen over zorgverlening en draagt daarom bij aan een verdere professionalisering van het beroep en ontwikkeling van de beroepsuitoefening. Preventie, psycho-educatie en bescherming zijn belangrijke pijlers voor de zorgverlening door verpleegkundigen.

Binnen de beroepsgroep zelf, zijn belangrijke ontwikkelingen gaande zoals de verandering in het onderwijs, waarin verpleegkundigen breed worden opgeleid, en de binnenkort te starten opleiding tot verpleegkundig specialist in de GGz. Daarnaast ontwikkelt de verplegingswetenschap zich steeds meer waardoor wetenschappelijke kennis beschikbaar komt voor de verpleegkundige praktijk. Theorieën en opvattingen over behoefte- en diagnosegestuurde verpleegkundige zorg krijgen duidelijker vorm en toepassing in de beroepsuitoefening.

3 Visie en uitgangspunten voor beroepsuitoefening en opleiding van verpleegkundigen in de GGz

In het voorgaande is een schets gegeven van ontwikkelingen in de GGz. De beroepsuitoefening en de deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen in de GGz anticipeert hierop. Verpleegkundige interpretaties van opvattingen over thema's die spelen in de GGz zullen richtinggevend zijn bij de verdere ontwikkeling van het verplegen in de GGz. Op grond van de geschetste ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en het verpleegkundig beroep, concludeert de werkgroep dat de volgende uitgangspunten bepalend moeten zijn voor beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen in de GGz.

Verpleegkundigen richten zich primair op behoud van gezondheid en welzijn

Geestelijke gezondheidszorg dient breed te worden opgevat als meer dan alleen het behandelen en genezen van psychiatrische stoornissen. Dit sluit aan bij de door de WHO gehanteerde definitie van gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn' en niet slechts de afwezigheid van ziekte. Dit sluit eveneens aan bij de opvattingen over totale geestelijke volksgezondheid zoals beschreven in de nota 'Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw' (RVZ, 1998). Hierin omvat de zorg voor geestelijke volksgezondheid ook "aanpalende sociale stelsels zoals huisvesting, dagbesteding en welzijnszorg ten behoeve van mensen met psychische problemen" (pagina 18).

De ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod betekenen dat verplegen in het algemeen, en dus ook verplegen in de GGz, vanuit haar oorsprong alleen kan uitgaan van een brede opvatting van gezondheid. Voor het verplegen in de GGz biedt het transactionele stress-copingmodel van Lazarus (Lazarus en Folkman, 1984) uitgangspunten om, vanuit een brede opvatting van gezondheid, samenhang aan te brengen in de begrippen gezondheid, ziekte en verplegen. In dit model wordt psychische gezondheid niet gezien als een stabiel, persoonlijk kenmerk maar als het resultaat van een persoonlijk vermogen te adapteren aan veranderende omgevingseisen. Zowel de omgeving als de persoon zelf hebben invloed op het adaptatievermogen. Hun invloed oefenen ze uit via een copingsproces waarbij elementen als tijd, subjectieve betekenis en persoonlijke inschatting van situaties een grote rol spelen.

Verschillende definities van verplegen weerspiegelen een dergelijke opvatting van ziekte, gezondheid en verplegen, echter specifiek voor verplegen in de GGz zijn deze nauwelijks beschreven. De definitie van GGz verpleegkunde zoals geformuleerd door Venneman e.a. (Venneman, 1996) omschrijft op bruikbare wijze de inhoud en betekenis van verplegen in de GGz:

'De GGz-verpleegkunde richt zich op het erkennen, herkennen en actief beïnvloeden van menselijke vermogens, zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van (geestelijke) gezondheid. Geestelijke gezondheid wordt opgevat als een dynamisch proces waarbij op alle niveaus van functioneren: lichamelijk, psychisch, sociaal-maatschappelijk, ontwikkelingsgericht en spiritueel, een balans wordt nagestreefd in de wisselwerking tussen de cliënt/het cliëntsysteem en de omgeving. De omgeving van de cliënt wordt opgevat als een geheel van intrapersoonlijke, interpersoonlijke en extrapersoonlijke factoren die zowel in positieve als in negatieve zin een bron van stress kunnen vormen. Deze kunnen een gevaar voor - of een verstoring van - de (geestelijke) gezondheid betekenen. Wanneer de eigen mogelijkheden en hulpbronnen van de cliënt ontoereikend zijn om de (geestelijke) gezondheid op peil te houden zijn verpleegkundige interventies aangewezen. Op basis van een continue dialoog met de patiënt en diens sociaal netwerk worden preventieve verpleegkundige interventies uitgevoerd en geëvalueerd waarbij de

verpleegkundige de voortdurende tegenstelling tussen eisen van de samenleving/omgeving en de, op basis van geestelijke gezondheidproblemen verminderde mogelijkheden van de cliënt om aan die eisen te voldoen, probeert op te heffen (..)'.

Voor verpleegkundigen betekent dit uitgangspunt dat hun werkzaamheden steeds minder bepaald zullen worden door de ziekte en het herstel daarvan, maar steeds meer door wat nodig is om gezondheid te bevorderen en behouden. Naast werkzaamheden in het kader van de behandeling van ziekten zal de verpleegkundige rol zich primair ontwikkelen richting deelnemer, onderhandelaar en belangenbehartiger in plaats van die van 'reperateur'. Bovendien zal meer aandacht uitgaan naar het opzetten van maatschappelijke steunsystemen rondom de client. In opleidingen voor verpleegkundigen zal daarom veel aandacht besteed moeten worden aan een participerende, open en flexibele houding en onderhandelingsvaardigheden.

GGz-verpleegkundigen hebben taken in de eerste lijn

Vermaatschappelijking betekent dat samengewerkt gaat worden met maatschappelijke en welzijnsinstellingen en lokale overheden die een gezamenlijk zorgaanbod bieden. Behalve dat samengewerkt zal gaan worden met andere beroepsbeoefenaren dan alleen die we in de GGz kennen, zullen de werkzaamheden van verpleegkundigen meer dan tot nu toe betrekking hebben op preventie en dienstverlening en daardoor in toenemende mate ook in de eerste lijn plaats gaan vinden.

Juist in een dergelijk breed samengesteld zorgaanbod is de verpleegkundige invalshoek van groot belang omdat deze een breed perspectief biedt op gezondheid, welzijn en ziekte gecombineerd met specifieke kennis ten aanzien van zorg in de GGz. Vanuit hun rol van belangenbehartiger voor de cliënt, nemen verpleegkundigen een centrale en coördinerende positie in in het totale zorgaanbod en zijn zij in staat om zorgvraag en zorgaanbod op een doelmatige en doeltreffende wijze op elkaar af te stemmen. Om dezelfde redenen dienen verpleegkundigen een rol te spelen in de indicatiestelling en tevens als poortwachter.

De GGz-verpleegkundige dient in elke setting inzetbaar te zijn

Verpleegkundigen van de toekomst zullen in alle zorgsituaties in de GGz werkzaam moeten zijn. Afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt zal een GGz-verpleegkundige in staat moeten zijn in elke setting zorg te verlenen. Substitutie en extramuralisering verandert niets aan de visie en uitgangspunten van de verpleegkundige beroepsuitoefening. Wel zal de context waarin ze werken veranderen en wisselen al naar gelang de behoefte van de cliënt.

De koppeling tussen functies en de daarvoor benodigde opleiding zal daarom niet bij voorbaat bepaald worden door de context of plaats waar zorg verleend wordt maar in de eerste plaats door de complexiteit van de zorgvraag in combinatie met die context.

De beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de GGz meer behoeftegestuurd

Welke zorg verleend wordt, wordt niet meer alleen vastgesteld door de zorgaanbieder, maar is de uitkomst van een afstemmingsproces tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod is een complex proces waarin, vanuit een betekenisvolle relatie en dialoog tussen de cliënt en zijn omgeving enerzijds en de verpleegkundige anderzijds, wordt vastgesteld wat binnen de context de zorgbehoefte is. Dit proces kan alleen tot een bevredigend resultaat leiden wanneer niet alleen het herstel van ziekte centraal staat, maar ook het behoud van gezondheid en welzijn.

De werkgroep is van mening dat de zorg - in navolging van maatschappelijke ontwikkelingen - primair gestuurd moet worden door de behoefte van de cliënt in zijn specifieke situatie. Deze benadering draagt er het meest toe bij, dat een effectieve werkrelatie ontstaat waarbij de beleving en behoefte van de patiënt centraal staat. Een te eenzijdige benadering vanuit verpleeg-

kundige diagnostiek benadrukt te veel een relatie waarin de verpleegkundige de deskundige is en de patiënt afhankelijk van zijn oordeel. Dit komt het totstandbrengen van die effectieve werkrelatie niet ten goede. Verpleegkundige diagnostiek is echter wel belangrijk en bruikbaar in besluitvorming over de te verlenen verpleegkundige zorg en zal dan ook vooral gebruikt worden omdat zij bijdraagt aan een heldere communicatie en overdracht tussen hulpverleners en het eenduidig beschrijven van het verpleegkundig zorgaanbod.

Kwaliteit en doelmatigheid al kenmerken van verpleegkundige beroepsuitoefening

Het leveren van kwalitatieve zorg tegen zo gering mogelijk kosten zal ook in de toekomst een dwingende factor zijn die ook voor verpleegkundigen steeds meer de zorgverlening zal bepalen. Uit oogpunt van professionalisering is het belangrijk dat verpleegkundigen in de GGz kunnen laten zien wat zij tegen welke kosten doen en daarover verantwoording af kunnen leggen. Daarvoor is wetenschappelijk onderzoek, zowel gericht op toetsing van kwaliteit van zorg als op het onderbouwen van de effectiviteit van verpleegkundige zorg, noodzakelijk. Wanneer verpleegkundigen autonoom gaan werken zullen zij ook meer verantwoording moeten kunnen afleggen over de kwaliteit en doelmatigheid van hun werkzaamheden. Juist voor verpleegkundigen is de relatie met de cliënt belangrijk en het is een uitdaging voor de toekomst om kwaliteit, doelmatigheid en persoonlijke benadering met elkaar in evenwicht te brengen.

Samenvattend

Opvattingen over gezondheid, ziekte en verplegen bepalen de opvattingen over de beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen in de GGz. Een brede opvatting van gezondheid - als meer dan de afwezigheid van ziekte - leidt er toe dat verpleegkundigen in hun beroepsuitoefening zich behalve met het bieden van ondersteuning bij het omgaan met de gevolgen van ziekte, ook bezighouden met het bevorderen van gezondheid op meer dan alleen psychisch gebied, dat zij ontwikkelingsgericht werken en uitdrukkelijk de omgeving in hun zorgverlening betrekken. Hieruit vloeit voort dat de GGz-verpleegkundige ten opzichte van de cliënt vanuit een betekenisvolle relatie behalve als zorgverlener ook een taak te vervullen heeft als belangenbehartiger, indicatiesteller en coördinator van zorg. De GGz-verpleegkundige dient ook in de eerste lijn ingezet te worden als zorgcoördinator, indicatiesteller en poortwachter.

De GGz verpleegkundige is echter in elke setting inzetbaar omdat de cliënt nu eenmaal in elke setting zorg kan krijgen. Dergelijke zorg kan alleen werkelijk vorm krijgen vanuit een relatie met de cliënt waarin wat hij in zijn specifieke situatie nodig heeft richtinggevend is. Desalniettemin heeft de verpleegkundige als professional de verantwoordelijkheid om verantwoording af te leggen over de doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteit van de zorgverlening.

4 Gewenste rollen, taken en beroepsuitoefening

In de GGz-verpleegkunde zijn verschillende beroepsdomeinen te onderscheiden:

- directe cliëntenzorg;
- consultatie;
- innovatie en zorgbeleid;
- coaching en deskundigheidsbevordering.

De vier domeinen vormen een geïntegreerd profiel van de verpleegkundige in de GGz. Binnen de domeinen zijn rollen en taken te onderscheiden die in hun samenhang leiden tot verschillende soorten beroepsuitoefening. De domeinen komen dus in al die soorten beroepsuitoefening voor, de setting en de zorgbehoefte bepalen welke het meest aangesproken zullen worden. De beroepsdomeinen en haar beschrijvingen geven ook een kader aan voor het onderwijs. Elk kwalificatieniveau geeft per domein invulling aan kennis, vaardigheden en attitude. Daarbij zullen de beroepsprofielen voor psychiatisch verpleegkundigen (STIP, 1993), het profiel van de Sociaal Psychiatische Verpleegkundige (NVSPV, 1998), het beroepsprofiel voor sociotherapeuten (VBS, 1997), het opleidingsprofiel GGz-verpleegkundig Specialist en de in deze nota geformuleerde uitgangspunten voor verpleegkundige beroepsuitoefening in de GGz richtinggevend moeten zijn.

Rollen

Onder rollen verstaan we hier: *“het geheel van normen en verwachtingen die men koestert jegens personen in een bepaalde situatie”* (Holzhauer & van Minden, 1978). Rollen geven betekenis aan activiteiten en daarmee aan functies. Verpleegkundigen zullen in de toekomst, niet anders dan nu, meerdere rollen gaan vervullen in de GGz.

Binnen de vier domeinen kunnen op de volgende wijze rollen geplaatst worden:

- ▶ *directe cliëntenzorg: zorgverlener, case-manager, belangenbehartiger, onderhandelaar, zorgcoördinator;*
- ▶ *consultatie: indicatiesteller, poortwachter, preventiewerker;*
- ▶ *innovatie en zorgbeleid: adviseur, projectmedewerker/leider, innovator;*
- ▶ *coaching en deskundigheidsbevordering: vertegenwoordiger van het beroep, werkbegeleider.*

In verpleegkundige beroepsuitoefening op verschillende kwalificatieniveaus zullen meerdere van deze rollen geïntegreerd zijn. Dit leidt vervolgens weer tot een takenpakket.

Taken

Er kunnen een groot aantal activiteiten en interventies genoemd worden die in de huidige en toekomstige GGz door verpleegkundigen zullen worden uitgevoerd. Het nieuwe onderwijsstelsel met haar differentiaties beschrijft vanuit onderwijsperspectief uitvoerig de taken van GGz-verpleegkundigen (Commissie kwalificatiestructuur, 1996). Daarnaast biedt ook het onderzoek van Kram (1995) een overzicht van de door een groot aantal GGz verpleegkundigen relevant geachte taken voor verpleegkundigen in de GGz. Voor een gedetailleerd overzicht wordt naar beide publicaties verwezen.

Beroepsuitoefening

De generalistisch opgeleide verpleegkundige - op kwalificatieniveau 4 en 5 - die de GGz-differentiatie heeft gevolgd, is in principe in alle settings inzetbaar en kan met diverse doelgroepen werken.

Op grond van de ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod in de GGz is de verwachting dat er behoefte zal ontstaan aan verpleegkundigen die beschikken over specifieke kennis ten aanzien van bepaalde doelgroepen en die in staat zijn algemene en specifieke kennis toe te passen in de vier beroepsdomeinen bij deze doelgroepen. De keuze voor de ontwikkeling van speci-

fieke kennisgebieden in de GGz verpleegkunde dient gekoppeld te worden aan de behoefte aan kennis en specifieke zorg bij bepaalde doelgroepen. Daarvoor lijkt aansluiting bij bestaande zorgcircuits, zoals benoemd in de nota 'Onder Anderen' (Ministerie van WVC, 1993) het meest voor de hand liggend.

Dit betekent dat verdiepende verpleegkundige beroepsuitoefening, volgend op het initiële onderwijs zich zullen richten op:

- ▶ ouderenpsychiatrie;
- ▶ kinder/jeugdpsychiatrie;
- ▶ volwassenenpsychiatrie;
- ▶ verslavingszorg;
- ▶ verstandelijk gehandicapten.

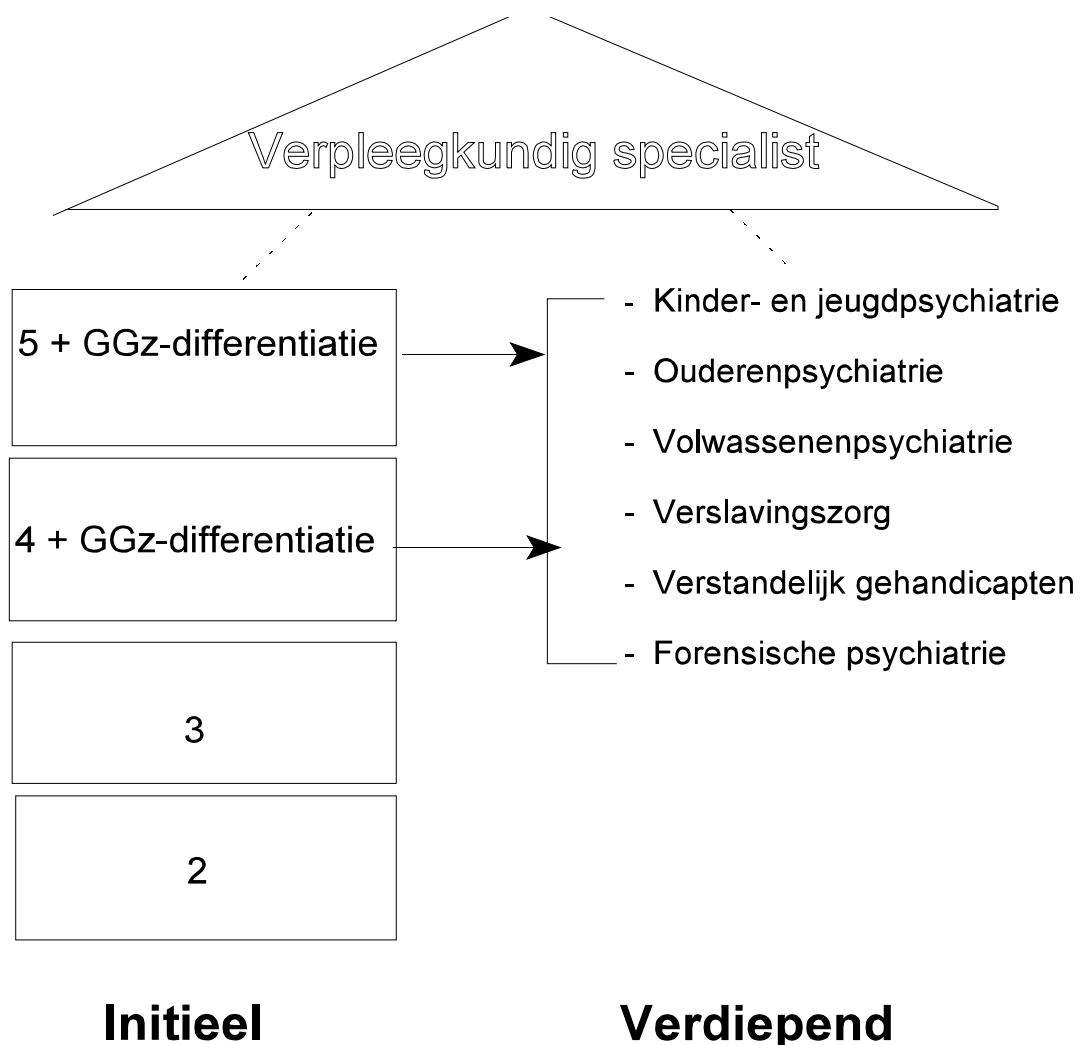
Daarnaast zullen ook forensische psychiatrische clienten een doelgroep zijn waarvoor specifieke kennis vereist is.

Behalve deze 'initiële' en 'verdiepende' beroepsuitoefening is er de functie van verpleegkundig specialist GGz. Bij deze functie is juist het generalistisch aspect, de integratie van meerdere rollen, taken en deskundigheid in verschillende domeinen op een hoog complex niveau. We verwijzen hier naar het profiel van de verpleegkundig specialist GGz zoals vastgelegd door het COOV (bijlage 4).

5 Gewenste kennis, vaardigheden en attitude

Beroepsdomeinen, rollen, taken en functies geven richting aan de gewenste kennis, vaardigheden en attitude die door middel van onderwijs vorm zullen krijgen. Op dit moment kunnen we over niet meer dan richting-geven spreken. Het verpleegkundig onderwijs en de verpleegkundige beroepsuitoefening zijn steeds in ontwikkeling. Pas over enkele jaren zal duidelijk zijn hoe de nieuw opgeleide verpleegkundigen en verpleegkundige specialisten in de praktijk functioneren. Pas dan zal ook duidelijk worden of het onderwijs voldoet aan de eisen vanuit het veld en de verpleegkundige beroepsgroep.

Samenvattend: opbouw van functies en opleiding in de GGz-verpleegkunde zal er bij voorkeur als volgt uitzien.



6 De rol van het COOV als kwaliteitsbewaker

Ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en verpleging maken een constante evaluatie van de post-initiële scholing noodzakelijk. Steeds zal weer getoetst moeten worden of opleidingen en de daar opgeleide verpleegkundigen voldoen aan de eisen gesteld door het veld, cliënten en de beroepsverenigingen. Omdat in het COOV alle beroepsverenigingen van verpleegkundigen in de GGz vertegenwoordigd zijn, heeft het daarin een belangrijke taak te vervullen. Een goedkeuring door het COOV zou een waarborg moeten zijn voor de kwaliteit van de opleiding. Op deze wijze wordt voor zowel naar de cliënten, zorginstellingen als toekomstige studenten duidelijkheid gegeven over de kwaliteit van een opleiding. Dit zal daardoor bijdragen aan een duidelijk gezicht van de verpleegkundige beroepsgroep en uiteindelijk aan de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening.

De in dit advies beschreven definitie van en de geformuleerde uitgangspunten voor verplegen in de GGz zullen richtinggevend moeten zijn bij de beoordeling van de kwaliteit van het verpleegkundig onderwijs in de GGz. Behalve de beroepsinhoudelijke uitgangspunten zullen bij die beoordeling echter ook altijd de actuele en te verwachten ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod moeten worden mee gewogen.

Om in de toekomst kwaliteit van bij- en nascholing te waarborgen zal het COOV de volgende taken op zich moeten nemen:

- Uitgaande van de definitie van en de uitgangspunten voor verplegen in de GGz evenals van de uitgangspunten voor bij- en nascholing, heldere standaarden en criteria formuleren die gebruikt worden bij de beoordeling van de relevantie, kwaliteit en doelmatigheid van bij- en nascholing. Deze standaarden en criteria worden bij voorkeur onderschreven door de koepel GGz-Nederland en sluiten aan bij subsidieregelingen zoals AWOZ.
 - Het ontwikkelen van een samenhangend systeem waarin bij- en nascholing, maar ook studiedagen, symposia e.d. gewaardeerd worden in termen van punten en dat gekoppeld wordt aan het systeem voor herregistratie van verpleegkundigen in het BIG-register.
 - Het signaleren van de behoefte aan bij- en nascholing in het veld door geregeld te (laten) onderzoeken welke de actuele en toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en verpleegkundige zorgverlening zijn.
 - Het landelijk inventariseren en registreren van bij- en nascholing voor GGz-verpleegkundigen en het verstrekken van informatie aan belanghebbenden over kwaliteit, doelmatigheid en relevantie van die opleidingen.
 - Het, zo nodig, nemen van initiatieven om gesignaleerde lacunes in deskundigheid om te zetten in een aanbod voor bij- en nascholing. Het COOV neemt deze initiatieven op grond van een gesignaleerde behoefte in de GGz van cliënten, verpleegkundigen danwel zorgaanbieders.
-

Literatuur

- Boeije, H.R. e.a. (1997). *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: NiZW/vakgroep Verplegingswetenschap, RU Utrecht.
- Brunenberg, W. & E. Borgesius (1996). *Zorgvernieuwing in de psychiatrie. Een verkennend onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten van psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht: NcGv-reeks, 96-11.
- Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (1996). *Handleiding GGz-programma's*.
- Centraal Orgaan Opleiding Verpleekundigen (1996), Werkgroep Psychiatrische Verpleegkunde. *Taak en werkwijze*.
- Commissie Kwalificatiestructuur (1996). *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor de Verpleging en Verzorging*. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie OCW/ministerie VWS.
- Francke, A.L., A. Persoon, A. Kerkstra (1997). Doorbroken muren; transmurale zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie. In *Medisch Contact* 52, pp. 309-315.
- Grypdonck, M. (1996). *Het leven boven de ziekte uitvullen. De opdracht van de Verpleegkunde en de verplegingswetenschap voor chronisch zieken*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does
- Gordon, M. (1996). *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing*. Utrecht: Lemma.
- Holzhauser, F.F.O. & J.J.R. van Mindern (1978). *Psychologie, theorie en praktijk*. Amsterdam: H.E. Stenfert Kroese.
- Hoof, F. van & J. Wolf (1995). *Beroep SPV. Een onderzoek naar werk en toekomstperspectieven van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen*. Utrecht: NcGv.
- Johannesma, J.C.M. (1997). Diagnostiek in de verpleging: aandachtsgebied. In *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* nr. 1/2, pp. 40-41.
- Jonghe, F. de (1997). Steun, Stress, Kracht en Kwetsbaarheid-model, In F. de Jonghe, J. Dekker, G. Goris. *Steun, Stress, Kracht en Kwetsbaarheid in de psychiatrie*. Amsterdam: Psychiatrisch Ziekenhuis amsterdam/Van Gorcum.
- Kram, A. (1995). *Opleiding is koersbepalend voor het vak. Een onderzoek naar het minimumeisenpakket voor de verpleegkundige basisopleiding van verpleegkundigen in de toekomst werkzaam in zorgsituaties waar psychiatrische problematiek dominant is*. Afstudeerscriptie Verplegingswetenschap, RU Limburg.
- Lazarus, R.S. & S. Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministerie van WVC (1993). *Onder anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Den Haag, SDU.
- Ministerie van VWS (1997). *Beleidsbrief geestelijke Gezondheidszorg*.
- Moerkamp, T. & J.H.A.M. Onstenk (1991). *Van beroep naar opleiding. Inventarisatie van procedures naar het ontwikkelen van beroeps(opleidings)profielen*. Amsterdam: Stichting Centrum voor Onderwijsonderzoek, UvA.
- Nationale Raad voor de volksgezondheid (1988). *Verpleegkundig beroepsprofiel*. Zoetermeer.
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid/Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg (1993). *Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorgverkenningen tot het jaar 2000*. Utrecht: NcGv/StG.
- Nederlandse Patiënten/consumenten Federatie (1996). *De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht: NP/CF.
- Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (1998). *Beroepsprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. NVSPV.
- Opleidingsinstelling Geestelijke gezondheidszorg Verpleegkundige Specialist (1997). *Opleidingsplan*. GGz-VS, Amsterdam.

- Pool, A. & M. Grypdonck (1997). Diagnosegestuurd of behoeftegestuurd? Twee oriëntaties voor de verpleegkunde. In *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* nr. 10, pp. 292-295.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996) *Thuis in de GGz. Zorg, wonen en welzijn voor psychiatrisch patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*. Zoetermeer: RVZ.
- Schout, G. (1998). Bondgenoot of deskundoloog? De verpleegkundige praktijk vraagt meer dan diagnoses alleen. In *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* nr. 2, pp. 50-52.
- STIP (1993). *Funcieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige*. Dwingeloo: Kavanah.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1990). *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010*. Utrecht\ Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. (1993). *Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Signaleringsrapport 1993: Verkenningen tot 2000*. Rijswijk.
- Venneman, B. (red.) (1996). *Ontwerpplan verpleegkundig zorgaanbod voor de GGz*. Utrecht: Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht.
- Vereniging ter Bevordering Sociotherapie, (1997). *Beroepsprofiel voor Sociotherapeuten*. Utrecht: SWP
-

Samenstelling werkgroep Psychiatrische Verpleegkunde

Voorzitter

Mw. drs. M. de Leeuw

Leden

mw. drs. I. van der Padt	NVSPV
dhr. B. Venneman Msn.N.	NVSPV
dhr. D.S.J. Wiersma	NVPV
dhr. S. van der Voort	NVPV
mw. D. Visser	STIP

Adviseurs vanuit de CONO-kamers

dhr. C.H. Doorschot	kamer NVP
mw. M.E. Rijken	kamer Orthopedagogiek
dhr. H.J. Dalewijk	kamer Psychotherapie
mw. M. Arends	kamer NVAGGZ

Toelichting bij te verwachten ontwikkelingen

Ontwikkelingen in de zorgvraag

In het rapport 'Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorgverkenning tot het jaar 2000' (NcGv/StG, 1993) wordt de verwachting uitgesproken dat in het jaar 2000 één op de vier personen met ernstige psychische problemen in contact zal komen met de GGz. Het totaal gebruik van GGz voorzieningen zal fors toenemen, in de periode 1990 tot 2000 met 40 procent. De toenemende vraag naar GGz-hulp is een gevolg van meerdere ontwikkelingen. Demografisch gezien ligt een belangrijke oorzaak in een toename van de gemiddelde leeftijd waardoor meer mensen met ziekten en aandoeningen geconfronteerd worden, dit geldt ook voor psychische aandoeningen (Boeije, 1997). Maar de samenstelling van de bevolking verandert ook doordat meer bevolkingsgroepen met een andere dan Nederlandse cultuur zich hier vestigen. Dit brengt een geheel eigen categorie zorgvragen met zich mee. In het algemeen is een toename van mensen met gezondheidsproblemen te verwachten. Daarbij zal bovendien steeds meer sprake zijn van meervoudige hulpvragen. De (geestelijke) gezondheidstoestand verandert ook onder invloed van sociale problematiek. Daarbij moet gedacht worden aan de groei van het aantal dak- en thuislozen, toenemende gevoelens van onveiligheid, verslavingsproblematiek, armoede en werkloosheid. Geestelijke gezondheidsproblemen blijken zich op steeds jongere leeftijd te manifesteren en in steeds heftiger mate.

De toename van gezondheidsproblemen is voorts te verklaren uit een verbetering van de diagnosestelling waardoor psychische problemen steeds eerder onderkend worden. Mede daardoor is er een grotere bewustwording van wat psychiatrische problemen zijn en betekenen. De stigmatisering neemt af en de bevolking zal daarom eerder een beroep doen op het GGz-hulpaanbod.

Daarnaast krijgt de gezondheidszorg, en dus ook de GGz steeds meer te maken met geëmancipeerde cliënten. De invloed van cliënten zal als gevolg van een toenemende geïnformeerdeheid, grotere koopkracht en geactualiseerde patiëntenrechten, zoals bijvoorbeeld de wetten BOPZ en WGBO, versterkt worden. De relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder zal meer op wederkerigheid gebaseerd zijn (Boeije, 1997). Patiënten zullen duidelijker eisen gaan stellen aan zorg en zorgverleners en zich steeds meer als een gelijkwaardige actieve onderhandelingspartner opstellen (NP/CF, 1996).

In navolging hiervan zal ook de informele hulp veranderen. Mantelzorg zal een belangrijke plaats blijven innemen in de zorgverlening, maar deze wordt wel minder vanzelfsprekend en onvoorwaardelijk.

Doelgroepen en hun problematiek

In het rapport 'Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg' (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1990) wordt onderscheid gemaakt in cultuurafhankelijke en cultuuronafhankelijke problemen. De STG verwacht met name een grote groei van cultuurafhankelijke problemen als gevolg van groeiende werkloosheid, wegvallen van gezinsverbanden of sociaal netwerk en toenemend sociaal isolement.

In de nota 'Onder Anderen' (Ministerie van WVC, 1993) worden ouderen en jeugd benoemd als doelgroepen waarvoor de komende jaren aandacht nodig is. Ouderen omdat deze groep een steeds groter aandeel uit zal gaan maken van de totale groep zorgvragers in de GGz. Kinderen en jeugd behoeven extra aandacht omdat maatschappelijke processen, zoals toename van echtscheidingen, individualisering tot desintegratie leiden die juist bij jeugdigen tot problemen kunnen leiden. Bovendien worden door betere diagnostiek problemen eerder onderkend waardoor vroegtijdig ingrijpen mogelijk wordt.

Daarnaast zijn er andere (nieuwe) doelgroepen te onderkennen die de komende jaren een groot deel van de zorgvragen in de GGz zullen gaan bepalen. In de nota 'Onder Anderen' worden de volgende groepen die specifieke aandacht vereisen genoemd: allochtonen; slachtoffers van geweldsmisdrijven; slachtoffers van seksueel geweld; slachtoffers van kindermishandeling; oorlogsgetroffenen; vluchtelingen en asielzoekers; arbeidsongeschikten. Met name in de forensische psychiatrie en de verslavingszorg wordt een grote toename van de vraag verwacht. Waar de nota 'Onder anderen' vooral de aandacht vestigt op voorkomen en/of bekorten van opnames, wordt recent weer meer aandacht gevraagd voor de groep chronische psychiatrische patiënten. In het advies 'Thuis in de GGz' (RVZ, 1996) wordt gepleit voor voortgaande extramuralisering voor chronisch psychiatrische patiënten. In de beleidsbrief GGz die minister Borst in juni 1997 opstelde merkt zij echter op dat het proces van extramuralisering niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van leven van patiënten die zodanig gehospitaliseerd zijn dat zelfstandig leven in de maatschappij niet haalbaar is. Er zal de komende jaren zeker nog vraag zijn naar de asielfuncties van het APZ (Ministerie van VWS, 1997). Het gaat hierbij vooral om chronisch psychiatrische patiënten die zeer verplegings- en verzorgingsbehoefte zijn en/of patiënten die niet willen of kunnen normaliseren.

Vanwege de diversiteit aan doelgroepen en problematiek zal de zorgvraag zich meer ontwikkelen naar een 'samengestelde' vraag die zich niet als een één-dimensionaal probleem manifesteert maar juist te kenschetsen is als 'multi-problematiek'. Steeds meer is er sprake van dubbele (of wellicht multi) diagnostiek. Problemen zijn veeleer samengesteld uit een psychopathologische component, maar evenzeer uit sociale en culturele elementen.

We zien daarbij een belangrijke ontwikkeling naar een zorgvraag die zich niet zo zeer ontwikkelt in de richting van behandeling in de zin van genezing, maar die gericht is op wonen, woonbegeleiding en rehabilitatie m.b.t. arbeid, wonen en leven en verhoging van gezondheid en welzijn. Gezondheid wordt breder opgevat: niet meer als de afwezigheid van ziekte, maar als het functioneren op een zo hoog mogelijk niveau.

Overheid

In 'Onder Anderen' zijn enkele belangrijke pijlers voor het zorgaanbod gegeven. Verdere ontwikkeling en toepassing van preventie wordt van groot belang geacht. Met name voor de doelgroep kinderen en jeugd lijkt dit veel effecten te sorteren.

Daarnaast moet de vermaatschappelijking verder vorm krijgen door het vormen van circuits van GGz hulpverlening en aangrenzende terreinen zoals maatschappelijk werk, dak- en thuislozenopvang en justitie- en werkgelegenheidsprojecten. Binnen die circuits zal een samenhangend zorgaanbod voor doelgroepen vorm moeten krijgen. Deze beleidslijn zal de komende jaren het aanbod in de GGz grotendeels bepalen zoals minister Borst onlangs aangaf in haar beleidsbrief GGz (Ministerie van VWS, 1997).

Het advies 'Thuis in de GGz' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, 1996) geeft aan wat de rol van de overheid zal moeten zijn in het proces van extramuralisering en vermaatschappelijking. Er wordt een beeld geschetst van een toekomstige GGz waarin huis- en woonbegeleiding een belangrijke plaats innemen en er veel accent ligt op praktische steun bij het leven van alledag, inclusief het trainen van sociale vaardigheden. Opnamen zijn in de toekomst onderbrekingen van een ambulante verloopend proces. Voor een beperkt aantal mensen zal langerdurende intensieve bescherming nodig zijn. In de toekomst zal er sprake zijn van een continuüm van woon-zorg-welzijn, een samenhangende aanbod van verschillende diensten. De rol van de overheid in de GGz zal vooral een stimulerende en initiërend zijn, gepaard gaand met een versoepeling van de regelgeving. Wel zal de overheid toezicht blijven houden op de kwaliteit. De verwachting is dat door deze opstelling het aanbod beter zal aansluiten op de vraag.

Zorg op maat zal een belangrijk uitgangspunt blijven. De overheid zal daarom substitutie en extramuralisatieprojecten blijven stimuleren. Het opzetten van tussenvoorzieningen en resocialisatie- en rehabilitatieprojecten, bij voorkeur op lokaal niveau, wordt dan ook actief gesteund.

Zorg op maat komt ook tot uitdrukking in de flexibele regelgeving. De rol van de verzekeraar als inkoper van zorg en bewaker van kwaliteit en verantwoorde besteding neemt in belang toe. Daarbij wordt ook de invloed van patiënten en consumentenorganisaties belangrijk gevonden en naar wegen gezocht om deze invloed optimaal tot haar recht te laten komen.

Instellingen

Het overheidsbeleid zoals neergelegd in 'Onder Anderen' en 'Thuis in de GGz' heeft in instellingen al veel navolging gekregen. Er is veel geïnvesteerd in zorgvernieuwingsprojecten. In een inventariserend onderzoek werden 583 zorgvernieuwingsprojecten opgespoord (Brunenberg en Borgesius, 1996). De projecten konden worden ingedeeld in zes groepen met verschillende doelstellingen: bevorderen van afstemming, coördinatie en continuïteit; verbeteren van indicatiestelling; diagnostiek, behandeling en begeleiding voor specifieke doelgroepen; integratie, rehabilitatie of resocialisatie; opname vervangende zorg; opnamevoorkomende zorg. Een belangrijk kenmerk van vele vernieuwingsprojecten is dat zorg over de muren van de instelling heen verleend wordt. Er is sprake van de door de overheid gewenste circuitvorming, samenwerking en transmuralisering. Francke e.a. (1997) vonden in een inventariserende studie 352 projecten die als transmuraal zijn te kenschetsen. Daarvan waren er 76 binnen de GGz gesitueerd.

Door de zorgvernieuwingsfondsen heeft de overheid een belangrijke ontwikkeling gestimuleerd tot zorgverlening die niet meer gekoppeld is aan een locatie of instelling maar die gegeven wordt daar waar de patiënt is. Zorg wordt zowel klinisch, poliklinisch als ambulant verleend. Opvallend is dat daarbij structuren en onderscheid tussen klinisch en ambulant niet meer relevant blijken te zijn. Ook het APZ geeft nu ambulante zorg en de RIAGG begeeft zich ook in de APZ-en.

Uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk in de thuissituatie of dicht bij huis wordt verleend en dat zo min mogelijk klinische zorg verleend wordt. Dit leidt ook tot scheiding van het zorgaanbod dat traditioneel als een eenheid gepresenteerd werd: wonen en behandelen vinden niet meer vanzelfsprekend op dezelfde plek plaats.

De samenwerking tussen meerdere GGz-instellingen krijgt concreet vorm in zorgprogramma's waarin voor specifieke doelgroepen het geïntegreerde zorgaanbod wordt beschreven.

Op het eerste gezicht lijkt het alsof instellingen zich vooral concentreren op substitutie en extramuralisatie. Toch is het niet aannemelijk dat de gehele GGz binnen afzienbare tijd ge-extramuraliseerd zal zijn. In haar beleidsbrief GGz geeft minister Borst aan dat de GGz haar asiel functie zal moeten blijven behouden en dat er een groep patiënten aangewezen zal blijven op meer of minder intensieve en/of langdurige klinische zorg. Bovendien zal het APZ een belangrijke taak blijven houden in crisisopvang.

Ook voor de zorg aan verslaafden ziet de minister een taak voor de GGz. Daarnaast wordt ook een tendens om in APZ-en ook forensische patiënten te behandelen en mogelijk andere specifieke doelgroepen.

Verpleegkundige zorgverlening

Zowel ontwikkelingen in het veld van de GGz en het zorgaanbod door instellingen als ontwikkelingen in de verpleegkunde en het verpleegkundig beroep zelf, zullen van invloed zijn op de verpleegkundige zorgverlening in de GGz.

Ontschotting, transmuralisering en circuitvorming betekenen voor verpleegkundigen dat zij hun werkzaamheden behalve in een klinische setting zoals die van het traditionele APZ, ook ontkoppeld van een locatie of zelfs instelling verrichten.

Verpleegkundige zorg wordt zo dicht mogelijk bij huis verleend. Daarmee komt de zorg gericht op wonen, werken en ontwikkelen van vaardigheden steeds meer centraal te staan. In een groot onderzoek naar 15 psychiatrische thuiszorgprojecten komt een soorgelijk beeld naar voren (Gassman, 1997).

Waar voorheen de behandeling een belangrijk deel van de verpleegkundige werkzaamheden bepaalde en verpleegkundige zorg een soort afgeleide was van de behandeling (de aloude verlengde arm), wordt de verpleegkundige zorgverlening steeds meer bepaald door verpleegkundige opvattingen over gezondheid, ziekte en verplegen.

Professionalisering van het beroep brengt met zich mee dat verpleegkundigen hun domein duidelijker omschrijven. Verplegen wordt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als volgt omschreven: *'het herkennen van, analyseren alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps of ontwikkelingsstoornissen voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het instandhouden en bevorderen van gezondheid'*(NRV, 1988). Deze definitie en de professionalisering van verpleegkundigen krijgt mede door de actuele ontwikkelingen in de GGz steeds meer betekenis (Ministerie van WVC, 1993; RVZ, 1996; RVZ, 1997; WRR, 1997). Immers er wordt zowel vanuit de overheid, instellingen en patiënten steeds meer het belang benadrukt van zorg gericht op wonen, werken en het ontwikkelen van vaardigheden en het behoud van gezondheid. In tegenstelling tot het genezen van ziekten, wordt behoud van gezondheid steeds meer het uitgangspunt van zorgverlening. Deze tendens brengt aandachtsgebieden als preventie, psycho-educatie en veiligheid nadrukkelijker in beeld. Werkzaamheden van verpleegkundigen zullen zich daar meer op gaan richten en daarmee zal de verpleegkundige zich ook verder kunnen en moeten ontwikkelen binnen haar eigen domein. Verpleegkundigen worden geconfronteerd met nieuwe wetgeving en mondige patiënten. Steeds nadrukkelijker wordt gevraagd verantwoording af te leggen over de verleende zorg, zowel aan de patiënten als aan financiers. Gedurende lange tijd werden verpleegkundigen benaderd als collectief. Met het in werking treden van de wet BIG is de individuele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen nadrukkelijk vastgelegd en deze zal ook zo gehanteerd worden.

Mondiger patiënten willen meepraten en meebeslissen over de organisatie en de inhoud van de zorg. De verpleegkundige zal daarbij een belangrijke rol vervullen als onderhandelaar en belangenbehartiger. Mede door de extramuralisering zullen verpleegkundigen ook meer dan voorheen te maken krijgen met het sociale netwerk van de patiënt en de mantelzorgers. Hoewel onzeker is hoe groot de rol van mantelzorg in de toekomst zal zijn, duidelijk is wel dat de verpleegkundige bij haar zorgverlening uitdrukkelijk te maken krijgt met mantelzorgers. Verpleegkundigen zullen zich meer gaan richten op het opzetten van maatschappelijke steunsystemen.

Vermaatschappelijking zal bovendien met zich mee brengen dat verpleegkundigen gaan samenwerken met andere hulpverleners zoals medewerkers van de RIBW, AMW en de thuiszorg.

Ook binnen de verpleegkundige beroepsgroep zelf zijn vele ontwikkelingen in gang gezet die bepalend zijn voor de toekomstige beroepsuitoefening. In de eerste plaats zal door het vernieuwde opleidingsstelsel over vier jaar een andere verpleegkundige opgeleid zijn en het veld betreden. Belangrijke verandering is dat verpleegkundigen niet meer voor één sector, maar breed worden opgeleid waarna een differentiatie van een jaar plaats vindt. De GGz is een van de mogelijke differentiaties.

Ook de ontwikkelingen rondom het verpleegkundig specialisme in de GGz nemen een grote vlucht. Binnen afzienbare tijd zullen de contouren van de opleiding voor deze nieuwe functio-

naris duidelijk worden en zal een eerste groep verpleegkundig specialisten staten met de opleiding (Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist, 1997). In de verpleegkunde tekent zich steeds meer een onderscheid af in behoefte-gestuurde en diagnose-gestuurde zorg (Boeije, 1997, Pool en Grypdonck, 1997, Grypdonck, 1996, Schout, 1998). Behoefte-gestuurde zorg sluit aan bij het voorgaande in de zin dat ervan uitgegaan wordt dat verpleegkundige en patiënt hun eigen zienswijze op een situatie hebben en daarmee hun eigen opvattingen over wat problematisch is en wat niet. Problemen zijn contextgebonden en daarom zal ook de probleemdefinitie en de oplossing van het probleem contextgebonden zijn. Daarom is een constante dialoog nodig om tot een vaststelling te komen van de behoefte aan zorg. Alleen dan kan een vanuit de behoefte van de patiënt gewerkt worden. De relatie en communicatie tussen patiënt en verpleegkundige is daarmee belangrijk en vormt de basis voor een goede zorgverlening. Alleen door een dergelijke relatie op te bouwen kan werkelijk zorg in aansluiting op de zorgvraag gegeven worden.

De diagnosegestuurde zorg interpreteert de behoeften van de patient meer binnen een verpleegkundig model en classificatie en bepaalt van daaruit welke problemen er aan de hand zijn en welke factoren dit probleem mogelijk veroorzaken en/of in stand houden (Gordon, 1996, Johannesma, 1997). Deze benaderingswijze gaat meer uit van de verpleegkundige als deskundige en draagt er toe bij dat verpleegkundige zorg in heldere en meetbare termen beschreven wordt (Schout, 1998). Dit soort zorg heeft een grote vlucht genomen in de thuiszorg. Het is niet uitgesloten dat een dergelijk ontwikkeling ook in de GGz zal doordringen.
