

# VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN IN DE GGZ

**door Katja Teunissen, Marie Louise Seelen en Monique Niele**

## **Inleiding**

De ontwikkelingen in de GGZ zullen de komende jaren ook de beroepsgroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundige raken. De toekomst van de beroepsgroep zal afhankelijk zijn van de functies die de toekomstige (extramuraal) GGZ zal gaan vervullen en de taken en de activiteiten waarvoor de spv ingezet kan worden. Een ontwikkeling waarin de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een belangrijke rol zal gaan spelen is het in 1999 ingezette beleid van minister Borst de eerstelijns GGZ te versterken en ondersteunen. De opbouw en versterking van de eerstelijns GGZ is een instrument om het bestaande aanbod in de GGZ efficiënter te organiseren. Wachttijden en wachtlijsten dienen te verminderen, het aanbod toegankelijker en vraaggericht. Door het aanbod volgens het principe van stepped care (aanpak waarbij behandelintensiteit geleidelijk oploopt) zal de samenwerking en afstemming tussen en van de generalistische GGZ (eerste lijn) en de gespecialiseerde GGZ (tweede lijn) verder ontwikkelen.

Om deze nieuwe ontwikkeling verder vorm te geven is de verwijfsfunctie van de huisarts uitgebreid met de functie van poortwachter. De huisarts beoogd de toegang tot de gespecialiseerde GGZ adequaat te structureren. Dit vereist dat hij een goed onderscheid kan maken tussen de cliënten die binnen de eerste lijn behandeld kunnen worden en cliënten die gespecialiseerde hulp nodig hebben,

zoals de ambulante GGZ kan bieden. De huisarts zou hierbij moeten worden bijgestaan door een gespecialiseerde verpleegkundige in de GGZ zoals bijvoorbeeld de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. VWS zal de brugfunctie tussen de eerste en tweedelijnszorg in de vorm van consultatieprojecten de komende jaren subsidiëren. Deze gelden worden ter

### **Mevrouw Katja Teunissen**

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam als projectcoördinator eerstelijns bij Altrecht te Den Dolder*

### **Mevrouw Marie Louise Seelen**

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij het huisartsenproject van Parnassia*

### **Mevrouw Monique Niele**

*Auteur is juriste en sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam als opleider GGZ-verpleegkundig specialisten opleiding bij Parnassia in Den Haag*

beschikking gesteld aan de GGZ-instellingen. Landelijk is een divers en gevarieerd aanbod van consultatieprojecten gestart dat gemonitord worden door Steunpunt tussen de Lijnen (Steunpunt is vanuit VWS ontwikkeld; het secretariaat is gevestigd bij het Trimbosinstituut). In veel van deze projecten worden sociaal psychiatrisch verpleegkundigen vanuit de GGZ instelling gedetacheerd naar de huisartsenpraktijk. De taken die zij

hier vervullen variëren. Sommigen richten zich met name op voorlichting, psycho-educatie en advies en verwijzing terwijl anderen zich ook bezighouden met diagnostiek en begeleiding (uit de functie van GGZ verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, Trimbosinstituut afdeling zorg, 2000).

Dit artikel is een eerste aanzet tot discussie met betrekking tot de invulling van deze nieuwe functie door de spv en de dilemma's waar de gedetacheerde werker mee te maken krijgt in de dagelijkse praktijk. Deel 1 biedt een overzicht van beschreven doelgroep en functie van spv en mogelijke invulling van de functie van spv in de eerste lijn. In deel 2 beschrijft een via de GGZ instelling gedetacheerde sociaal psychiatrisch verpleegkundige, haar werkzaamheden in een huisartsenpraktijk. Als laatste wordt ingegaan op een aantal juridische dilemma's waar de spv in de huisartsenpraktijk mee te maken krijgt ; met andere woorden aan wie is de spv verantwoording schuldig.

### **Inventarisatie landelijke evaluatie gegevens consultatieprojecten door Steunpunt tussen de Lijnen.**

Zoals te lezen is in de tussenrapportage (december 2000) van het Steunpunt tussen de Lijnen heeft consultatie tot doel hulpverleners uit de eerste lijn die generalistische en/of kortdurende hulp geven aan mensen met psychische en psychosociale problemen desgewenst te ondersteunen bij het (h)erkennen, het vervolgens goed diagnostiseren en behandelen of adequaat doorverwijzen naar de gespecialiseerde zorg. Verschillende disciplines uit de

gespecialiseerde GGZ hebben het geven van consultatie in hun takenpakket. Uit de meest recente evaluatie (februari 2001) blijkt dat de consultatiegever in meer dan de helft van de consultatievragen van de geregistreerde projecten bij Tussen de Lijnen een spv is (63,7%, ten opzichte van psychiater 15,4% en psycholoog 9,5%). Het merendeel van de consultatievragers blijken huisartsen te zijn (87,3%). De cliëntengroep waarover de consultaties plaatsvinden bestaat voornamelijk uit volwassenen. De meest voorkomende klachten zijn stemmingsstoornissen en sociale of relatieproblemen. De reden om consultatie aan te vragen komt vaak voort uit een behoefte aan advies met betrekking tot een eventuele verwijzing, de diagnose, of de omgang met een cliënt. Daarop aansluitend heeft het advies van de consultatiegever ook vaak betrekking op een verwijzing of diagnostiek. Een derde van de cliënten wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ en in een kwart wordt de behandeling door de consultatievrager voortgezet en blijft cliënt in de eerste lijn. Het inhoudelijk advies van spv-en betreft met name advies met betrekking tot verwijzing, andersoortig advies met betrekking tot verwijzing en diagnostiek binnen de GGZ. Medicatieadviezen en adviezen met betrekking tot de attitude van de hulpverlener zijn kleiner in aantal. In 30% van de consultaties door een spv is verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ het gevolg, in 20% wordt de behandeling voortgezet door de consultatievrager en in 26% volgt een consultatie in dezelfde setting. Deze evaluatiegegevens bieden geen inzicht in welk type consultatievragen aan de spv gesteld worden en wat de

kenmerken zijn van de cliënt over wie een vraag wordt gesteld. Voor de beroepsgroep is dit een gemis omdat de specifieke deskundigheid van de spv en de vraag van de eerstelijns hulpverlener aan de spv niet zichtbaar wordt gemaakt.

### **De SPV als gespecialiseerd verpleegkundige in de GGZ**

De ontwikkelingen in de GGZ en het stelsel van verpleegkundig onderwijs zijn van invloed op de plaats die de spv in de GGZ zal innemen. Door de schaalvergroting van GGZ instellingen is bijvoorbeeld de plaats van de spv in de organisatie veranderd. Van grootste beroepsgroep binnen de RIAGG naar meestal kleinste groep van verpleegkundigen binnen de gefuseerde organisatie. Van enige verpleegkundige discipline (ambulant ggz verpleegkundige) naar een van de verpleegkundige beroepsgroepen binnen de organisatie. Door de transmuralisering van zorg begeven ook B verpleegkundige zich steeds meer richting het van oorsprong aan de spv voorbehouden ambulante werkgebied. Mede door deze ontwikkelingen is het voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige essentieel een keuze te maken in de rol die zij in deze veranderende markt wenst in te nemen. De ontwikkelingen binnen de eerstelijns GGZ bieden de spv, als gespecialiseerd verpleegkundige in de GGZ, de mogelijkheid zich helder en onderscheidend van andere verpleegkundige beroepsgroepen te profileren en staan voor de taak om functie en doelgroep in de eerstelijns GGZ te beschrijven. In "Beroep SPV" ( inventarisatie onderzoek NcGv, maart 1995) wordt geconstateerd dat zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten de

opvatting overheerst dat spv-en zich voornamelijk dienen te richten op mensen die 'de hulp het hardst nodig hebben'. Met name de chronische psychiatrisch cliënt zou als eerste aanspraak mogen maken op de hulp van de spv . Ook G. Hutschemakers beschrijft "In beroepen in beweging" (1998) de langdurig zorgafhankelijke cliënt als doelgroep van de spv. Het lijkt zowel binnen als buiten de beroepsgroep van de spv duidelijk dat de begeleiding van de langdurig zorgafhankelijke cliënt een taak is van de spv.

In "En garde voor de sociale psychiatrie" noemen, C. Raben en I van der Padt, (2001) zorgcoördinatie een verpleegkundige functie bij uitstek; geestelijke gezondheidsproblemen worden er breed gedefinieerd en geplaatst in de context van het systeem en in de maatschappelijke context.

In de visie op de eerstelijns GGZ zoals vorig jaar is geformuleerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Landelijke Vereniging voor Eerstelijns Psychologen en het Algemeen Maatschappelijk Werk is het met name de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die een taak heeft in het ondersteunen van de huisarts bij het bieden van zorgcontinuïteit ten aanzien van chronisch psychiatrische cliënten.

Uit de eerste evaluatiegegevens van Tussen de Lijnen blijkt -nog- niet dat het met name deze doelgroep is waarover consultatie wordt gevraagd aan spv-en. Ook is onvoldoende duidelijk in hoeverre de beroepsgroep ervoor kiest zich ook in de eerste lijn te profileren ten behoeve van deze doelgroep.

Voor welke taken kan de spv, behalve voor de zorgverlening aan langdurende

zorgafhankelijk client, ingezet worden ter ondersteuning van de huisarts? In de Contourennota Verpleegkundige beroepsuitoefening en deskundigheids bevordering in de GGZ, (COOV, 1998) wordt gepleit voor het inzetten van de GGZ verpleegkundige in de eerste lijn als zorgcoördinator (belangenbeharter), indicatiesteller en poortwachter (dit wijkt af van het landelijk beleid om de functie van poortwachter bij de huisarts onder te brengen maar sluit aan bij de wens van de huisartsen een deel van deze taak te delegeren). Het herkennen van psychische en psychiatrische problematiek en inroepen/verwijzen van de gewenste hulpverlener is een taak die past binnen de sociaal psychiatrische deskundigheid. Spv-en zijn goed op de hoogte van de sociale kaart en hebben met name een meerwaarde op het gebied van inhoudelijke kennis van het specialistische GGZ aanbod. Bovendien kunnen ze een belangrijke liasonfunctie vervullen bij eventuele doorverwijzing. Kenmerkend in de behandeling van de spv is dat zij aan de hand van een analyse prioriteiten stelt in een hulpverleningssituatie (waaronder crisis) en bepaalt in hoeverre het evenwicht gerealiseerd kan worden door interventies te plegen op somatisch, psychisch of sociaal gebied. De spv bepaalt de verpleegkundige preventieve interventies in nauw overleg met de cliënt en het systeem dat de cliënt omgeeft zoals ook de consultatievragers (uit beroepsprofiel van de spv). In de discussienota van de NVSPV (mei 2001) ten aanzien van de rol van de spv in de eerste lijn, wordt met name de brede, sociaal georiënteerde blik gecombineerd met kennis van de psychopathologie van de spv,

belangrijk genoemd ten aanzien van de ondersteuning van de huisarts. Wij onderschrijven dat het met name de brede generalistische kijk is die de spv zo geschikt maakt als GGZ verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Met het oog op de ontwikkeling binnen de beroepsgroep en de komst van de verpleegkundig specialist in de GGZ maken wij ons ook zorgen hoelang de spv deze meerwaarde zal behouden. De nieuwe lichting spv-en zal voor een groot deel gaan werken in zorgprogramma's en zich daardoor steeds specialistischer ontwikkelen. De verpleegkundig specialisten doorlopen een breed en gevarieerd scholings-traject en zijn nog zoekende naar de plaats die ze wensen te verwerven. Bezien in deze ontwikkelingen is het de vraag hoelang de spv de meest geschikte kandidaat voor de functie in de eerste lijn is/blijft. Dat de ggz verpleegkundige een taak en functie zal krijgen in de eerste lijn is een ontwikkeling die is ingezet. Hoe die taak en functie omschreven zal worden zal in samenspraak met de verschillende partijen vormgegeven moeten worden, waarbij ik hoop dat de spv in ieder geval een voortrekkersrol houdt bij de ontwikkeling van een ambulante hulpaanbod voor mensen die gezien de aard van hun problemen als langdurig zorgafhankelijk moeten worden beschouwd. Vragen als welke taken de GGZ verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk vervullen, welke veranderingen er bestaan ten opzichte van de taken van verpleegkundigen in de ambulante GGZ, en welke kenmerken cliënten hebben die bij GGZ verpleegkundige komen, zullen nader onderzocht moeten worden. Een aanvraag voor een dergelijk onderzoek is reeds geformuleerd door GGZ

'sHertogenbosch in samenwerking met het Trimbosinstituut. Wat ons betreft hoog tijd om een dergelijk onderzoek gefinancierd te krijgen en uit te voeren. De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen kunnen intussen hun voordeel doen met de kennis en

ervaring die zij in de consultatieprojecten zullen vergaren. Het is aan hen deze ervaringen te beschrijven en te delen om zo de discussie en visie -bepaling in de beroepsgroep aan te scherpen.

---

## Een vrijdagochtend in een huisartsenpraktijk

*door Marie-Louise Seelen*

Op de fiets rij ik naar het wijk-en dienstencentrum midden in een kleurrijke wijk vlakbij de Haagse markt. Het gebouw weerspiegelt de wijk. Het is oud en levendig. In de kantine drinken oudere migranten mannen hun koffie, en in de gangen wacht een gevarieerd bont scala aan mensen tot ze geholpen worden door de huisartsen, maatschappelijk werkers, logopedisten, verloskundigen, fysiotherapeuten of de immam die er soms ook een spreekuur draait. Mijn dag begint met een kopje koffie bij het maatschappelijk werk. Het koffiedrinken neemt een belangrijke plek in omdat ik op die momenten met hen overleg of ze mij consulteren. Halverwege de ochtend ga ik opnieuw koffiedrinken maar dan met de huisartsen .

Mijn eerste cliënt is een Indonesische man die door de zorg voor zijn suïcidale schoonzus al heeft kennismemaakt met mijn collega van de algemene ambulante afdeling van Parnassia. Zij was ingeroepen voor crisisinterventie. Haar advies was om hulp voor zichzelf te zoeken. Hij heeft last van slapeloosheid en huilbuien. Op zich is dat niet verwonderlijk, want zijn vrouw, zwager en nog zes familieleden zijn opgepakt en zitten in voorarrest op verdenking van

ontvoering en drugssmokkel. Nu zorgt hij voor zijn drie kinderen, staat zijn schoonzus bij en houdt een oogje op zijn neefje waarvan beide ouders vastzitten. Ik vind een doorverwijzing naar de specialistische tweede lijn niet nodig. Hij handelt adequaat en zijn klachten zijn beperkt. We spreken af dat hij bij mij terecht kan voor vijf gespreken ter ondersteuning. Met mijn collega overleg ik wekelijks over het familiesysteem.

De volgende mensen zijn voor mij bekend. Het is ons laatste gesprek van de vijf. Het is een hindoestaans echtpaar: net een jaar getrouwd. Zij was naar de huisarts gestapt omdat ze zich lusteloos en misselijk voelde, leed aan slapeloosheid, moeilijk kon opstaan en ze vloog tegen de muren op. Ze had op staande voet ontslag genomen en was een maand thuis. Ze was bang om weer te gaan werken. Beiden waren heel duidelijk in het eerste gesprek. Hun huwelijk en een weg hierin vinden ligt ten grondslag aan haar problemen. Haar man toonde alle bereidheid. Vandaag is ons laatste gesprek. Het gaat beter in de relatie en met haar klachten. Ze hoopt binnenkort werk te vinden. Ze hebben geen verdere hulpvraag. We maken een laatste nieuwe afspraak voor over drie maanden.

Mijn volgende cliënt zit al te wachten. Het is een vitale zeventigjarige weduwe die altijd hard gewerkt heeft in de horeca. Op haar eenenzestigste was ze nog aan de slag gegaan als huishoudelijk assistente in een ziekenhuis. Haar pensioen had voor haar niet gehoeven maar het hoofdkantoor was niet te vermurwen. Ze is verbaasd dat de huisarts haar naar mij heeft doorverwezen. Ze had namelijk om een zenuwtabletje gevraagd en in plaats daarvan zit ze nu hier. Ze heeft moeite met de dag, komt soms tot niets. In ons gesprek komen we tot probleemverheldering. Ze heeft in de winter moeite om tot zinvolle activiteiten te komen. Zomers voelt ze zich best. Ze heeft dan de caravan en ze fietst wat in het rond. Na een inventarisatie van haar interesses vertrekt ze met het adres van de vrijwilligersbank. Het ging hier om levensfase problematiek. Ze had net dit duwtje in haar rug nodig. Zelf vraag ik me wel af of dit een goede doorverwijzing is geweest. Had de huisarts dit niet zelf kunnen doen, of het maatschappelijk werk? Het probleem is soms ook dat ik niet altijd weet wat ze precies van me willen. Ik neem me dan ook voor dat ik dit bespreek in een volgend overleg.

Mijn volgende cliënt is vijftig jaar jonger. Het is ons tweede gesprek. Hij kwam de vorige keer met de vraag of het verstandig was om opnieuw te gaan studeren of dat werken toch geen betere optie was. Hij zag geen enkel toekomst perspectief, zat veel thuis maar vertelde dat hij toch ook zeker kon genieten en lachen. Echt somber of angstig was hij niet. Hij woont thuis, heeft een goede band met zijn moeder, zijn vader is wat apart. Tussen de gesprekken had ik een collega van de afdeling jeugd

geraadpleegd omdat ik nog in het duister tastte over wat er aan de hand kon zijn. Hij heeft me toen instructies gegeven over punten waar ik op moest letten en vragen die ik kon stellen. In het tweede gesprek wordt het duidelijker: Het bleek dat hij zeer onzeker was en zich niet kon voorstellen dat hij iets kon worden later. Hij durfde niet met een meisje om te gaan, bang dat ze het gelijk zou uit maken. Hij was op school een impopulaire jongen die nooit een vraag stelde in de klas. Ik heb hem overgedragen aan mijn collega van de afdeling jeugd voor een verdere behandeling want van adolescenten weet ik niet genoeg en vijf gesprekken zal zeer waarschijnlijk te weinig zijn.

Mijn laatste cliënt is voor mij ook nieuw. Ze is een week eerder met haar huisarts naar mijn kamer toe gekomen voor kennismaking en een afspraak. Deze huisarts doet dit wel vaker om ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk aankomt. Laagdrempeliger kan bijna niet. Ze komt uit Egypte. Pas als ik haar spreek, dringt het tot me door dat ze vier weken geleden twee serieuze t.s.-en heeft gepleegd.

Uit het verhaal van de huisarts had ik dit niet voldoende opgepikt. Ik schrik maar realiseer me ook dat ze de afgelopen vier weken geen nieuwe poging heeft ondernomen. Haar relatie is op een nare manier verbroken. Ze voelde een pijn die ze niet eerder heeft gekend. Met dat verdriet was ze naar Egypte gevlogen en heeft pillen geslikt. Het verhaal over haar relatie is zo bizar dat ik het amper kan geloven. We maken afspraken over haar suicidaliteit. Ik schat de situatie in als een heftige reactie na een verbroken relatie.

N.B. Pas in ons derde gesprek gaan bij mij alarmbelletjes rinkelen. Het verhaal over de relatie wordt zo ongeloofwaardig dat ik sterk het vermoeden krijg dat het een waanstoornis is of misschien wel een

psychotische depressie. Heb ik bij de suicidaliteit ook geen verkeerde inschatting gemaakt? Ik maak voor dezelfde middag een spoedafpraak bij de psychiater.

---

## De juridische positie

### *Door Moniek Niele*

In dit laatste deel van het artikel wordt ingegaan op het formele kader waarin de bevoegdheden en taken van de spv geregeld zijn, zoals bepalingen uit de kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), wet op de geneeskundige behandeling overeenkomst (WGBO), wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), beroepscode voor spv'en, instellingsgebonden protocollen en richtlijnen.

De inspectie houdt toezicht op de geboden zorg, evenals de werkgever. De tuchtrechter beoordeelt per individueel geval of klacht van patiënt of inspecteur de kwaliteit van de zorg.

Zoals bekend heeft de spv geen aparte status maar valt onder de artikel 3 BIG beroepen; i.c. als verpleegkundige. Wettelijk gezien heeft de verpleegkundige een nauwkeurig omschreven deskundigheidsgebied: het observeren, begeleiden, verplegen en verzorgen van patiënten. De verpleegkundige kan déze taken zelfstandig en op eigen indicatie uitvoeren. Een verpleegkundige mag in opdracht van een arts onderdelen van een behandelplan uitvoeren (artikel 33 sub a en b wet BIG). Uit de formulering van dit wetsartikel 'handelingen verrichten *in aansluiting op diens* diagnostische en therapeutische werkzaamheden',

waarbij 'diens' slaat op de opdrachtgever, kan men afleiden dat diagnoses stellen en therapie bedrijven zeker geen zelfstandige, op eigen gezag uit te voeren verpleegkundige taken zijn.

De spv mag in opdracht van een zelfstandig bevoegde (= arts) een aantal limitatief omschreven voorbehouden handelingen uitvoeren. In het dagelijks werk van de spv is de belangrijkste voorbehouden handeling het intramusculair injecteren. Voor deze voorbehouden handeling geldt dat men zowel bevoegd (qua opleiding) en bekwaam (vaardigheid beheersen voor de handeling) moet zijn voordat men die uitvoert. Onbekwaam betekent onbevoegd. Consultatie geven, diagnosticeren volgens de DSM IV en het indiceren en uitvoeren van een kortdurende behandeling zijn verrichtingen die risico's kunnen opleveren en niet behoren tot het deskundigheidsgebied van de spv. Strikt juridisch gezien is een verpleegkundige die buiten zijn deskundigheidsgebied treedt (behalve in noodsituaties) en daarmee (een aanmerkelijke kans op) schade veroorzaakt voor de gezondheid van de ander, strafbaar.

Er is een spanningsveld tussen de wettelijke bevoegdheden en

beperkingen, en het in de praktijk gegroeide takenpakket.

Volgens de taakomschrijving van de werkgever moeten spv'en in de regel intakes doen (waarin ook een diagnose wordt gesteld), interveniëren bij crisis, consultatie geven en behandelingen uitvoeren. Bovendien wordt er in de opleiding tot spv aandacht geschonken aan deze taken. In de praktijk is daardoor de situatie ontstaan dat taken die niet tot het deskundigheidsgebied van 'de verpleegkundige' behoren wel door de spv worden uitgevoerd.

De arts is verantwoordelijk voor het totale medische beleid waaronder diagnose, behandelplan en indicatiestelling. Als een spv taken van de arts 'overneemt' moet er dus een regeling zijn waarin de spv verantwoording aflegt over deze werkzaamheden aan de arts. Binnen het reguliere spv werk is het afleggen van verantwoordelijkheid (meestal voldoende) geregeld doordat er intake- en voortgangsbesprekingen in aanwezigheid van de behandelend arts worden gehouden. In geval van crisis is er een achterwacht.

De spv'en die gedetacheerd zijn bij een huisartsenpraktijk werken daardoor nog solistisch en hebben een takenpakket waarvan onderdelen voorbehouden zijn aan de artsen en psychologen. Uit het relaas van

voorgaande inleiders blijkt met name in die situatie de verantwoordelijkheidstoedeling onduidelijk.

De spv heeft de taak cf. beroepscode van de NVSPV en het 'goed hulpverlenerschap' volgens de WGBO zich ervan te vergewissen dat men het werk verantwoord kan doen alvorens ermee te beginnen.

De instelling heeft de taak (KZI) verantwoorde en doelmatige zorg te leveren. Deze verantwoordelijkheid geldt met name ook bij detachering van spv'en in de praktijk van de huisarts.

Mijns inziens zou per detachingscontract duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de taken en toedeling van verantwoordelijkheden. Dat betekent dat bijvoorbeeld wordt vastgelegd in welke situaties een psychiater moet worden geconsulteerd, zoals bij suïcidaliteit en bij een verzoek tot indicatie en zo nodig voorschrift van medicatie.

Verder moet geregeld zijn hoe de indicatiestelling tot behandeling, de voortgang van de uitvoering van behandelonderdelen en het voornemen die te beëindigen door de psychiater gefiatteerd wordt. Alvorens te kunnen fiatteren zou de psychiater over adequate informatie moeten beschikken, en erop moeten kunnen vertrouwen dat de spv deskundig is.

## Literatuur

Beumans e.a.,  
*Zorg voor chronisch zieken*, Medisch  
contact, februari 2001

*De eerstelijns geestelijke  
gezondheidszorg in perspectief, naar  
een betere samenwerking van de  
hulpverlening door de huisarts, het  
algemeen maatschappelijk werk en de  
eerstelijns psycholoog*,  
Utrecht/Amsterdam 2000

*De functie van GGZ verpleegkundige  
in de huisartsenpraktijk*,  
onderzoeksaanvraag Trimbosinstituut  
in samenwerking met GGZ 's  
Hertogenbosch, 2000

Hoof, van en Wolf,  
*Beroep SPV, een onderzoek naar werk  
en toekomstperspectief van sociaal  
psychiatrisch verpleegkundigen*, NcGv,  
Utrecht, 1995

*Nieuwsbrief Tussen de Lijnen*, oktober  
2000 en december 2000

*Profiel van sociaal psychiatrisch  
verpleegkundige*, NVSPV 1998

Rijk e.a.,  
*Achtergrondstudie bij de beleidsvisie  
GGZ*, Trimbos-instituut/Nivel, Utrecht  
1999