

GGz- Verpleegkundige

© **Copyright AVVV Utrecht.**

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

GGz- verpleegkundige



NVPV
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Verantwoording	
1.1 Inleiding	
1.2 Betekenis van dit beroepsdeelprofiel	
2 Positionering van de GGz-verpleegkundige	7
2.1 Inleiding	
2.2 Ontwikkelingen binnen de GGz-verpleegkunde	
2.3 Ontwikkelingen van invloed op de beroepsuitoefening GGz-verpleegkundige	
2.4 Autonomie in het handelen	
3 Zorgvragers en zorgvragen binnen de GGz-verpleegkunde	12
3.1 Inleiding	
3.2 De oorsprong van de zorgvragen	
3.3 Kenmerken van de groep zorgvragers	
3.4 Aard van de zorgvragen naar urgentie en complexiteit	
3.5 Effecten van de zorgvraag voor gezondheid en bestaan	
3.6 Settings	
4 De betekenis en meerwaarde van de GGz-verpleegkundige	16
4.1 Inleiding	
4.2 Betekenis en meerwaarde	
- binnen het domein van GGz	
- voor de zorgvrager	
- ten opzichte van bestaande differentiaties	
- voor medeprofessionals	
- binnen gezondheidszorgorganisaties	
- binnen de gezondheidszorg	
5 Taakgebieden, kerntaken en competenties van de GGz-verpleegkundige	20
5.1 Inleiding	
5.2 Zorgvragergebonden taken	
Context en kernopgaven	
- de vraag naar GGZ-verpleegkundige zorg introduceren en verkennen	
- gegevens verzamelen	
- de verpleegkundige diagnose vaststellen	
- het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg formuleren	
- verpleegkundige interventies kiezen en plannen	
- observeren en signaleren	
- verplegen en verzorgen	
- begeleiden	
- verpleegtechnische handelen	
- informeren en adviseren	
- coördineren	
- intercollegiaal en multidisciplinair samenwerken	
- evalueren van zorg	
5.3 Professiegebonden taken	
Context en opgaven	
- de eigen deskundigheid bevorderen	
- de kwaliteit van de zorg bevorderen	

- de beroepsuitoefening professionaliseren
 - methodische beroepsuitoefening bewaken en bevorderen
- 5.4 Organisatiegebonden taken
- bijdragen aan het verpleegbeleid en beheer van de organisatie-eenheid

Bijlagen

35

Begrippenlijst

1. Lijst met gebruikte afkortingen
2. Geraadpleegde literatuur
3. Opstellers Beroepsdeelprofiel
4. Geschiedenis GGz-verpleegkunde

Voorwoord

Waarom dit beroepsdeelprofiel?

De verpleegkundige beroepsuitoefening beweegt mee met de dynamiek in de hedendaagse gezondheidszorg. Een dynamiek die op gang wordt gehouden door continu veranderende zorgvragen, ontwikkelingen in medisch-technisch handelen en de voortdurend bewegende arbeidsmarktsituatie.

Hierdoor zien wij momenteel een grote verscheidenheid aan vormen van verpleegkundige beroepsuitoefening.

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

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

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

AVVV
Utrecht, 2004

1. Verantwoording

1.1 Inleiding

De GGz-verpleegkundige is bekwaam om potentiële en actuele GGz-zorgbehoeftes op complexiteit en urgentie te kunnen inschatten en de aard en omvang van de zorg die nodig is te kunnen organiseren en uitvoeren. Zij biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen, en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties, ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van hun psychiatrische ziekte en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.

1.2 Betekenis van dit beroepsdeelprofiel

Het voorliggende beroepsdeelprofiel is een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel. Het geeft een expliciete beschrijving van de beroepsuitoefening als GGz-verpleegkundige zodat alle betrokkenen hiervan een helder beeld krijgen.

De essentie van het verpleegkundig beroep komt herkenbaar terug in het referentiekader, gevormd door de taakgebieden, kerntaken en competenties uit het beroepsprofiel. De verbijzondering wordt zichtbaar in de specificering of uitbreiding van taakgebieden, kerntaken en competenties binnen de context waarin de GGz-verpleegkundige haar beroep uitoefent.

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

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

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

In navolging van het beroepsprofiel gebruiken we de werkveldoverstijgende term *zorgvrager*. Hiermee worden, afhankelijk van het werkveld, mannelijke en vrouwelijke patiënten, cliënten of bewoners bedoeld. Voor de leesbaarheid gebruiken we de term *zorgvrager* in de mannelijke vorm.

2. Positionering van de GGZ-verpleegkundige

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de ontwikkeling van GGZ-verpleegkundige en een duiding van autonomie in handelen.

2.2 Ontwikkelingen binnen de GGZ-verpleegkunde

Evidence Based Nursing (EBN)

Deze zienswijze gaat uit van toepassing van interventies waarvan het resultaat (wetenschappelijk, empirisch) aangetoond is. Evidence Based (EB) verplegen wordt gezien als een proces waarin verpleegkundigen hun klinische besluiten nemen op grond van de beste onderzoeksresultaten, hun klinische ervaring, de voorkeur van de zorgvrager en de beschikbare hulpmiddelen. Het belang van het toepassen van zoveel mogelijk Evidence Based interventies past bij de ontwikkeling van het willen bekostigen van vooral aantoonbare resultaten. Een en ander zal naadloos aansluiten bij de ontwikkeling van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) als bekostigingssysteem. Binnen veel GGZ-instellingen is het zorgaanbod in zogeheten zorgprogramma's beschreven. Modulen in deze (multidisciplinaire) overzichtsstudies per cluster van stoornissen zullen gaan voldoen aan de eis tot wetenschappelijke onderbouwing. Indien er nog geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is, kan volstaan worden met het hoogst mogelijk (Inter)nationale bewijs of erkenning over de werkzaamheid van de interventies, bekend onder "Best Practice (BP).

Belevingsgerichte verpleging

Deze zienswijze, die door experts wordt getypeerd als "Het leven boven de ziekte uittillen", accentueert de betekenisgeving aan het bestaan als mens en het maken van eigen keuzen. De zienswijze, ook wel 'supportive emotional care' genoemd, is in de verpleegkunde te verbinden met problematiek vanuit de maatschappelijke en sociale context van de cliënt. GGZ-verplegen is vooral een relationeel gebeuren en gericht op zingeving van het bestaan. De verpleegsituatie kan beschermend, in de zin van vermijden van gevaarlijke situaties, zijn ingericht, mogelijk uitmondend tot een besloten verblijfsmilieu. Op individueel niveau gaat het om zelf gewenste veranderingen in de leefstijl en het adequaat willen omgaan met specifieke kwetsbaarheid en stress. Begeleiding bij persoonlijke verzorging met betrekking tot de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) is belangrijk, in relatie tot de persoonlijke spanningsboog en energiebalans. Aandacht voor verschillende, hiërarchische niveaus in menselijke behoeften en de noodzaak tot realisatie ervan speelt een rol. Vooral voor mensen die chronisch ziek zijn, blijkt deze belevingsgerichte benadering succesvol.

Educatie en begeleiding

Hierbij wordt uitgegaan dat 'leren' (ofwel 'patiënt education') de zorgvrager ondersteunt om zich staande te kunnen houden om te komen tot een autonomie in het praktisch handelen (ADL en HDL). Voorlichting en advies, vorming, activering en methodische begeleiding zijn aanduidingen van activiteiten door GGZ-verpleegkundigen op dit terrein. Het betreft het toepassen van methodieken op het terrein van voorlichting (psycho-educatie) en begeleiding bij het leren, zowel binnen een klinische setting, een woon- of verblijfsvoorziening of in de thuissituatie van een zorgvrager. Deze methodieken kunnen uitgaan van 'trial and error', maar ook bestaan uit meer gestructureerde methoden als het systematisch oefenen in praktische situaties. Anderzijds gaat het om het aanleren van gedragingen die bijdragen aan een gezond bestaan door bijvoorbeeld als rolmodel voor cliënten te dienen. GGZ-verpleegkundigen participeren in cognitief gedragstherapeutische interventies als co-therapeut en passen vormen van sociale vaardigheidstraining (Goldstein), operante conditionering en reality oriëntation training (ROT) toe. Psychiatrische rehabilitatie en begeleiding gericht op sociale activering behoren ook tot deze invalshoek. Reden tot verblijf in een GGZ-setting of tot activerende groepsbegeleiding kan ook

therapeutisch zijn; het met lotgenoten delen van ervaringen en het samen zoeken naar oplossingen zijn onderdeel van een verpleegkundige begeleidingsstrategie.

Rehabiliterende hulp

Deze benadering vormt zich rond hulp voor normale participatie aan het maatschappelijke verkeer, bij voorkeur vanuit een eigen leefsituatie. Uitgaande van de 'gezonde krachten' wordt participatie op diverse levensterreinen bevorderd en gaat het vooral om de kwaliteit van leven, de rol als burger en het bevorderen van het autonoom handelen van de zorgvrager. Lotsverbetering, emancipatie, herstel en empowerment zijn sleutelbegrippen in de rehabilitatiemethodieken. Ook het begrip 'vermaatschappelijking' wordt in dit kader gehanteerd. Binnen deze context wordt 'normalisatie' van de GGZ bevordert wanneer deze integreert binnen de somatische gezondheidszorg waarbij 'verblijven' van het 'behandelen' gescheiden zijn. Daarnaast wordt binnen de zorg voor de geestelijke gezondheid ruim gebruik gemaakt van maatschappelijke instanties als woningbouwverenigingen, gemeentelijke diensten en welzijnsvoorzieningen.

(Inter)culturele verpleging en verzorging

In de Nederlandse samenleving wordt in de hulpverlening toenemend rekening gehouden met de culturele context van de zorgvrager. In de GGZ-verpleegkunde vormt het spreken en begrijpen van de taal en culturele context een belangrijke randvoorwaarde voor optimale zorgverlening. Een aantal GGZ-hulpverleningsvormen kiest nadrukkelijk voor het samenvallen van professionele en levensbeschouwelijke zienswijzen. Deze vormen onderscheiden zich van de regionale GGZ-centra die, toegankelijk voor geïndiceerden, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bieden. Te denken valt aan specifieke settings voor Gereformeerd/Protestantse GGZ, Joodse GGZ en Antroposofische GGZ. GGZ-verpleegkundigen die in deze context werken beschikken over aanvullende expertise door ervaring en (na en bij)scholing.

Geïntegreerde GGZ-verpleegkunde

Voornoemde vijf invalshoeken en zienswijzen kunnen zowel afzonderlijk als in combinatie binnen de GGZ-verpleegkunde aan de orde zijn. In de dagelijkse praktijk zal de GGZ-verpleegkundige samen met zorgvragers, als met haar collega's, en in multidisciplinair verband vaststellen welke methoden, methodieken of zienswijzen worden geïntegreerd.

De GGZ-verpleegkundige gaat, anticiperend op alle voorkomende maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg, op zoek naar passende en geïntegreerde manieren van werken. Daarbij bouwt zij voort op kennis en inzichten over ontwikkelde verpleegkundige methoden, methodieken en zienswijzen. Vermaatschappelijking, rehabilitatie, interculturele context, belevingsgerichte zorg als educatieve begeleiding zijn hierbij terugkerende begrippen, die ze integreert in haar zorgaanbod.

2.3 Ontwikkelingen van invloed op de GGZ-verpleegkundige beroepsuitoefening

Maatschappelijke ontwikkelingen

Individualisering van de maatschappij, mondiger wordende zorgvragers, multiculturele verscheidenheid en de dubbele vergrijzing zorgen voor een grote diversiteit en complexiteit in de GGZ. Hulpverleners richten toenemend hun oriëntatie op de individuele zorgvraag, ingeschatte zorgbehoefte en competenties van de zorgvrager, waarmee in veel gevallen een passend zorgaanbod tot stand kan komen, dat aansluit bij de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de zorgvrager.

De emancipatoire ontwikkeling, de toenemende mondigheid en kennis van hulp- en financieringsmogelijkheden bij zorgvragers, vaak via cliëntenorganisaties georganiseerd, heeft de zorgvraag en de relatie met de hulpverleners beïnvloed. Deze ontwikkelingen zet de afstemming tussen vraag en aanbod op scherp. Uit onderzoek blijkt dat cliënten met een persoonsgebonden budget bijvoorbeeld veel emotionele begeleiding inkopen, wellicht uit onvrede met de organisatie en uitvoering van de reguliere hulpverlening.

Terugtrekend Overheidsbeleid

De overheid geeft in de contouren van de ideale GGZ van de 21^e eeuw haar terugtrekende rol en bijbehorende grenzen aan bij het organiseren van de sociale zekerheid. Ze voorziet ook op het terrein van de GGZ een grotere rol van gemeenten in het bekostigen van maatschappelijke dienstverlening, collectieve preventie, welzijn en OGGZ, verslavingszorg en forensische zorg. De overheid is van mening dat de GGZ zich niet verder als afzonderlijke zorgsector dient te ontwikkelen, maar dat deze in samenwerking met, dan wel als onderdeel van de somatische curatieve zorg, de care, de welzijnssector en de openbare gezondheidszorg dient te worden aangeboden.

Zij verwacht tevens in toenemende mate bijdragen van zorgafhankelijke mensen (en hun betrokkenen), vraagt hen bepaalde zorgactiviteiten te regelen, al of niet uitgevoerd door betrokkenen uit de directe omgeving van de zorgvrager. Er bestaat een groep kwetsbare en kansarme GGz-klanten die geen zorgvragen stelt, maar belang heeft bij een duidelijk pakket van (ongevraagde) GGz-zorgdiensten. Zij worden als eersten getroffen door de terugtrekkende beweging van de overheid en de toenemende individualisering van de maatschappij. De GGz-verpleegkundige onderkent deze ontwikkeling.

Kerntaak van de GGZ is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen daarvan. De organisatie van de zorg dient op de principes van 'getrapte zorg' (stepped care) te berusten. Kortdurende en generalistische behandeling of langerdurende en meer gespecialiseerde behandeling, al dan niet in combinatie met begeleiding of een beschermende woonomgeving wordt binnen deze context aangeboden.

De toegang tot de verzekerde geestelijke gezondheidszorg is bij de kortdurende zorg op herstel gericht en wordt geregeld via verwijzing door huisarts, sociaal geneeskundige of medisch specialist. De langerdurende zorg vraagt een beoordeling van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Immers de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg heeft een ondersteunende gespecialiseerde rol voor de eerstelijns gezondheidszorg. Toegang tot deze gespecialiseerde GGZ moet onafhankelijk kunnen worden vastgesteld.

Op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGZ) doen zich vraagstukken voor in de richting van bemoeizorg, dwang- en dranghulp, dak- en thuisloosheid en chronische verslavingsproblematiek. Het juridische kader rond deze vraagstukken is onder andere vastgelegd in de Wet BIG, WGBO, BOPZ en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Toename van GGz-zorgvragers

De overheidscommissie 'Zorg van Velen' constateert in 2002 dat uit de bewezen toename van GGZ-zorgverlening, niet mag worden geconcludeerd dat Nederland ook psychisch zieker wordt. Men ziet meerdere oorzaken en verklaringen voor de stijgende hulpvraag:

- a) De visie op de hulpverlening verandert. Mensen worden zo dicht mogelijk bij huis geholpen en worden zo min mogelijk voor lange(re) tijd opgenomen in een kliniek.
- b) Het uitkomen voor psychische stoornissen en het hulp zoeken wordt door de maatschappij geaccepteerd.
- c) De behandelmogelijkheden in de GGZ zijn toegenomen.
- d) De toename van verslavingsproblematiek en de co-morbiditeit van psychiatrische- en verslavingsproblematiek. Harde cijfers aangaande de omvang van en differentiatie in de verslavingsproblematiek ontbreken. Voor deze zorgvragers, vaak met dubbele diagnoses, zijn weinig intra- en transmurale plaatsen beschikbaar en op het gebied van zorgprogrammering en methodiekontwikkeling verkeert een en ander in een pril stadium.

In toenemende mate worden GGZ-verpleegkundigen geconfronteerd met zorgvragen die verschuiven naar de thuissituatie van de zorgvrager en zo ook binnen de generalistische 1^e lijnszorg: de transmuralisering is een feit. Het belang van ketenzorg wordt dan ook door de GGz-verpleegkundige onderschreven. Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid richt zich in toenemende mate op de toetsing van de kwaliteit van de GGz-ketenzorg.

Multi-etniciteit

De samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert door de komst van andere etniciteiten mede door de komst van vluchtelingen, asielzoekers en migranten. Op dit moment is ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking allochtoon; in de grote steden ligt dat percentage rond de 30%. Bijgevolg is er een toename van het aantal cliënten met niet-Nederlandse herkomst, vooral sterk merkbaar in de grote steden (VWS, 2002). De verwachting is dat een deel van deze cliënten niet de behandeling of begeleiding krijgen dat gezien hun achtergrond adequaat zou zijn. De GGz-verpleegkundige onderkent binnen haar beroepsuitoefening een aantal kernopgaven als gevolg van de multiculturele achtergronden van haar zorgvragers. Zij anticipeert op de zorgbehoeftes die daaruit voortkomen.

(Dubbele) Vergrijzing GGZ

Binnen de GGZ-populatie bestaat een groep oudere zorgvragers die een multi-dimensionele of complexe zorgvraagstelling kunnen hebben: ouderdom, geriatrische of psychiatrische stoornissen of ziektes kunnen een complex beeld geven van de zorgvrager dat bij onvoldoende expertise vatbaar is voor misleiding van de juiste zorgvraag. Deze groep oudere zorgvragers kent vaak een combinatie van cognitieve, geestelijke en fysieke stoornissen, waardoor de ziektegeschiedenis niet goed onder woorden te brengen is, of gegevens niet overeenkomen met de werkelijkheid.

De GGz-verpleegkundige anticipeert op de zorgbehoeftes die voortkomen vanuit ouderdom, geriatrie, somatiek en psychiatrie, en onderkent een aantal dilemma's en voortvloeiende kernopgaven binnen haar beroepsuitoefening. Deze dilemma's zijn: omgaan met wilsbekwaam versus onbekwaam, autonomie versus bemoeizorg.

Veranderend contexten bij zorgaanbod

Het proces van ambulantisering speelt in op de ontwikkeling om de zorg zo dicht mogelijk in de eigen omgeving van de cliënt te bieden. Dit resulteert in een aantal belangrijke processen:

- a) klinisch psychiatrische zorg wordt deels vervangen door een grote variëteit aan transmurale en ambulante zorgarrangementen (ketenzorg)
- b) behoefte aan opnamevoorkomende en opnameverkortende interventievormen
- c) groepsgerichte zorg wordt vervangen door individueel gerichte zorg, een verzwaaring van de problematiek, de zorg - die klinisch wordt gegeven - verzwart in intensiteit. Er worden langdurende individuele relaties opgebouwd (verzwaaring caseload).

Werken vanuit zorgcircuits en met zorgprogramma's geeft een inhoudelijke verwijzing naar de wijze waarop GGz-instellingen en -hulpverleners het huidige aanbod ontwikkelen. Het is echter nog niet bewezen of de ontwikkelde programma's aansluiten bij de concrete hulpvraag van de zorgvragers. Wel wordt getracht een aanbod te bieden dat berust op het hoogste niveau van beschikbaar bewijs over de werkzaamheid ervan. Dit aanbod zal wel aansluiten op de ingeschatte behoefte aan professionele zorg. Steeds duidelijker wordt dat zorgvragers, vanwege hun problematiek op meerdere levensterreinen, een divers samengesteld pakket van zorgactiviteiten uit verschillende sectoren nodig hebben.

Initiëren van eigen beroepsorganisatie NVPV

Hoewel de geschiedenis van de GGz-verpleegkunde begon in de 19^e eeuw, werd pas midden negentiger jaren van de 20^e eeuw de Nederlandse Vereniging Psychiatrie Verpleegkunde (NVPV) opgericht.

De NVPV adviseert over GGz-professionaliseringsvraagstukken waaronder onderwijszaken. Zij organiseert congressen en geeft beroepsinformatie uit. Daarnaast bewaakt de NVPV in strategisch opzicht de belangen van het GGz-verpleegkundige beroep binnen GGz-gerelateerde gremia. Een belangrijk initiatief van de NVPV is de conferentie in 1997 over de samenwerking in de GGz-verpleegkunde. Deze conferentie mondde uit in het zogenaamde Berg & Dal-overleg, waarbinnen voorzitters van de diverse GGz-verenigingen de toekomst van een gezamenlijke GGz-verpleegkundige beroepsgroep initieerden. Hun rapport *Samen sterk in psychiatrische verpleegkunde* legde het fundament voor de oprichting van de Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZI) in 2002.

Initiëren oprichting Federatie GGz-Verpleegkundigen

In 2002 is de Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ) opgericht. Deze kent vier portefeuilles: beroepsontwikkeling, onderwijs, public relations en kwaliteit. De FVGGZ omvat vier aangesloten beroepsorganisaties (NVPV, NVSPV, STIP, Vereniging Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen ,die lid zijn van de AVVV. Namens de vier aangesloten beroepsverenigingen brengt het FVGGZ-bestuur binnen de Algemene Ledenvergadering (ALV) van de AVVV verpleegkundige standpunten op voornoemde terreinen naar voren.

2.4 Autonomie in het handelen

De GGz-verpleegkundige draagt zorg voor de zelfbepaling van de zorgvrager, diens levensloop, betekenis en zingeving aan gezondheid, bestaans- en interactieproblemen. Ze past binnen deze context zelfstandig, onvervangbare, GGz-verpleegkundige zorg toe. Zij kan naast andere professionals verpleegkundig hoofdbehandelaar zijn of totale regiefunctionaris.

De GGz-verpleegkundige is individueel verantwoordelijk af te wegen bekwaam en bevoegd te zijn in het uitvoeren van haar taken en daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden.

De mate van autonomie in het handelen van de GGz-verpleegkundige wordt ontleend aan kaders Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), Kwaliteitswet zorginstellingen, en Wet Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst (WGBO), en is in deze wettelijk toetsbaar (Tuchtrecht).

In de GGz-verpleegkundige beroepspraktijk komen risicovolle handelingen, beslissingen of voorbehouden handelingen voor. De handelingen gebeuren onder geautoriseerd en vastgelegd toezicht van de behandelend arts binnen de context van de wet BIG.

De autonomie van de GGz-verpleegkundige komt concreet tot uiting in:

- het zelfstandig voorbereiden, vaststellen en verlenen van eigen en andere gerichte verpleegkundige interventies;
- de verantwoordelijkheid voor het zelfstandig diagnosticeren, interpreteren, prioriteren, plannen en uitvoeren van verpleegkundige interventies, ook in (acute) situaties, bemoeizorgsituaties met in achtname van zowel de landelijk geldende standaarden en handelingsvoorschriften;
- het zelfstandig identificeren, verpleegkundig diagnosticeren en verplegen, verzorgen, begeleiden of verwijzen van zorgvrager met (complicaties als gevolg van) psychiatrische zorgvragen, zonedig in (voor)overleg met de behandelend arts, doch binnen de kaders van de wet BIG;
- het zelfstandig uitvoering geven van risicovolle en voorbehouden handelingen, zowel volgens landelijke richtlijnen als vastgelegde samenwerkingsafspraken.
- het zelfstandig uitvoeren van verpleegkundige consulten binnen en buiten de instelling.
- het zelfstandig voorbereiden en uitvoeren van klinische lessen/presentaties psychiatrische zorg aan betrokkenen (para-/medische/verpleegkundige) beroepsbeoefenaren binnen en buiten de instelling, patiëntengroepen / belangenvereniging.

De GGz-verpleegkundige maakt gebruik van (inter)nationale vakinhoudelijke ontwikkelingen rond zorgvragers met psychiatrische ziekten, en hun specifiek verpleegkundige zorgvragen. Deze kennis vergaart zij door middel van bij- en nascholing, het lezen van vakliteratuur, netwerkbijeenkomsten, een actieve deelname aan een relevante beroepsorganisatie, contacten met de VAR binnen de eigen instelling en het deelnemen aan internationale congressen.

3. Zorgvragers en zorgvragen binnen de GGz-verpleegkunde

3.1 Inleiding

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

3.2 Oorsprong van de zorgvragen

Over het algemeen wordt over een psychiatrische stoornis of ziekte gesproken wanneer iemand gedrag vertoont dat ernstig ongemak of lijden teweegbrengt bij zichzelf of bij zijn omgeving. Aandacht voor de persoonlijke achtergronden, mogelijkheden en behoeften van de cliënt is van essentieel belang.

Vooralsnog wordt aangenomen dat ongeveer 25% van de volwassen Nederlandse bevolking kort of langdurig kampt met psychische problemen, dat wil zeggen psychische stoornissen of psychosociale problemen.

Ook is er een duidelijke tendens in de vorm van OGGZ-problematiek. Zorgvragers die in feite geen hulpvraag formuleren op de juiste plaats en op het juiste moment. Hulp wordt geboden op basis van signalen uit de omgeving.

De gemeenschappelijke factor van deze groep zorgvragers bestaat uit de complexiteit en combinatie van psychische en andere stoornissen, zoals somatische gebreken, verslaving, dakloosheid, dementie. Ten slotte nemen de psychische problematiek toe als gevolg van maatschappelijke problemen zoals werkdruk, overlast, mishandeling, eenzaamheid, slechte woon- en leefomstandigheden, het leven onder een bestaansminimum of in de marge van de samenleving. Deze problematiek komt zowel onder mannen als vrouwen voor, met accenten door de multiculturele samenleving

Aanvullend kunnen stresserende situaties of incidenten, onvoldoende sociale en maatschappelijke vaardigheden en sociaal-economische factoren, het decor vormen voor het ontstaan van psychische stoornissen en problemen onder alle leeftijdsgroepen.

De oorsprong van de zorgvragen zijn meervoudig en te herleiden naar de vier niveaus van functioneren of een combinatie hiervan:

- een lichamelijke oorzaak; zoals een aangeboren hersenbeschadiging of een beschadiging na een trauma, het ontbreken van bepaalde neurotransmitters in de hersenen
- een psychische oorzaak; zoals een matig ontwikkelde gewetensfunctie of sociaal inzicht, een onvoldoende of adequate individuele stresshantering met betrekking tot stressvolle situaties, life events
- een sociale oorzaak; zoals een familiale belasting, gebrek aan steun, problemen in sociaal netwerk, ontoereikende sociale vaardigheden
- een maatschappelijke oorzaak; zoals maatschappelijke uitstoting, een gefrustreerde zelfstandige en waardige deelname aan het maatschappelijke verkeer: slechte huisvesting, ontbreken van opleidings-, en arbeidsmogelijkheden, leven van een bestaansminimum.

3.3 Kenmerken van de groep zorgvragers

De GGz-verpleegkundige kent verschillende doelgroepen met hun specifieke hulpvragen:

- kinderen en jeugdpsychiatrie
- volwassenenzorg
- gerontopsychiatrie en ouderenzorg
- forensische en gedragstherapeutische psychiatrie
- verslavingszorg
- zorg voor gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten.

Om recht te doen aan de diversiteit van deze groepen GGZ-zorgvragers wordt de gehele zorgcategorie omschreven als zorgvragers die kort of langdurend problemen ondervinden als

gevolg van een psychische stoornis of psychisch probleem, het verlies van de lichamelijke structuur of veranderingen in de somatische, psychologische of sociale functies, problemen met activiteiten in het persoonlijk functioneren en problemen in het maatschappelijk participeren. Bovenstaande vertaalt zich in specifieke kenmerken van de zorgvrager en zijn lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk niveau van functioneren.

Jaarlijks wordt ongeveer 5% van alle Nederlanders behandeld, verpleegd, begeleid of verzorgd. De omvang van deze problematiek onder kinderen en jeugdigen wordt op dezelfde orde van grootte geschat. De leeftijd van de zorgvragers varieert van zeer jong tot zeer oud. De meest voorkomende kenmerken van de groep zorgvragers zijn depressiviteit, alcoholverslaving, en angststoornissen. Er is sprake van een stijgend aantal poly-drugsgebruikers. Daarnaast een toenemende mate van somatische en psychiatrische co-morbiditeit onder ouderen en meer zorgbehoeftige verslaafden. Ook de ernst en de chronische toestand van de psychische problematiek onder gedetineerden en TBS-gestelden neemt fors toe. Ook onder de groep dak- en thuislozen bevindt zich een groeiend aantal (potentiële) zorgvragers met psychiatrische problematiek.

Bijna 40% van alle mensen met een verstandelijke beperking heeft te kampen met psychische problemen of gedragsproblemen.

50.000 tot 75.000 mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek leven maatschappelijk geïsoleerd soms in armoede, en willen vaak niet binnen de GGZ-instelling in zorg zijn.

Zorgvragers met co-morbiditeit verplaatsen zich transmuraal naar de verslavingszorg, de psychogeriatric, de forensische psychiatrie, jeugdzorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en de maatschappelijke opvang. Zorgvragers zijn mondiger geworden en in toenemende mate geneigd hun psychische problemen als behandelbaar te zien.

Toename van het aantal zorgvragen in de GGZ wordt o.a. verklaard door verbeteringen van diagnostiek, de toenemende mondigheid van de burger, open toegang tot informatie (internet) en het verbrede GGZ-aanbod. Daarnaast bestaat er een groep zorgvragers die onmondig is en emancipatoire vaardigheden ontbeert.

3.4 Aard van de zorgvragen naar urgentie en complexiteit

De factoren die de mate van complexiteit en urgentie bepalen, zijn geordend in algemene zorgvrager- en omgevingsgebonden factoren. Daarnaast kunnen urgentie en complexiteit mede afhankelijk zijn van de kwaliteit en uniciteit van de gezondheid en bestaanssituatie van de GGZ-zorgvrager.

Zorgvragergebonden factoren zijn:

- de ernst van de psychische stoornis of het psychische probleem
- de snelheid van wisselingen in de gezondheids- of gemoedstoestand
- de voorspelbaarheid van de wisselingen in de gezondheids- of gemoedstoestand
- de gelijktijdige aanwezigheid van meerdere stoornissen en problemen
- het inzicht of zelfbesef dat een zorgvrager heeft in zijn eigen gezondheids- of gemoedstoestand
- de multiculturele achtergrond van de zorgvrager
- de seksespecifieke vragen die een zorgvrager heeft
- de motivatie van een zorgvrager om mee te werken in het behandelproces
- de mate waarin de zorgvrager zich sociaal veilig voelt of de uitstoting en marginalisering aan den lijve ervaart
- de hoeveelheid ervaren dagelijkse stress en de invloed van stressvolle life events
- mate van terugvallen op familie en andere mensen in het sociale netwerk
- de persoonlijke gedrags- en cognitieve mogelijkheden in het omgaan met andere mensen en in verschillende sociale situaties
- de aanspreekbaarheid op getoond gedrag
- de afwezigheid van een door de zorgvrager zelf gestelde hulpvraag

Omgevinggebonden factoren zijn:

- de beschikbaarheid van een sociaal netwerk
- het inzicht dat leden van het sociale netwerk hebben in de gezondheids- of gemoedstoestand van de zorgvrager
- de psychische en emotionele belasting van het sociale netwerk of mantelzorgers
- de bereidheid van leden van het sociale netwerk om de zorgvrager te ondersteunen in zijn proces van herstel en bij leren leven met de beperkingen die een psychische stoornis met zich mee brengt.
- de mate waarin de woon- of verblijfsomgeving voor een zorgvrager betrouwbaar, veilig en acceptabel is
- het al dan niet betrokken zijn van andere disciplines binnen en buiten de zorgverlening, en van de verschillende instellingen waar de zorgvrager veelal van afhankelijk is.
- de groep zorgvragers of gemeenschap waarvan de zorgvrager deel uitmaakt
- de solidariteit, tolerantie en acceptatie van leden uit het sociale netwerk en de samenleving met betrekking tot zorgvragers die een psychische stoornis hebben
- de mogelijkheid om regie in een zorgsituatie tot stand te brengen
- de omvang, intensiteit, tijdstip van een crisissituatie
- de acuutheid van het ontstaan van een crisissituatie
- het plotselinge, niet te voorziene optreden van een cumulatie van stressfactoren in een zorgsituatie, met de soms onvoorspelbare wendingen in gedrag of gedragspatronen

3.5 Effecten van de zorgvraag voor gezondheid en bestaan

De GGz zorgvrager wordt vaak bedreigd in zijn gezondheid- of bestaanssituatie en is kwetsbaar door de verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast. Zonder geneeskundig of verpleegkundig ingrijpen komt de zorgvrager lichamelijk, psychisch of maatschappelijk mogelijk in een neerwaartse spiraal terecht. Bij GGz-zorgvragers is genezing niet altijd haalbaar en is het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van het leven het doel van het professioneel handelen van de GGz-verpleegkundige. Zorgvragen kunnen acuut en levensbedreigend zijn, maar ook chronisch en langdurig. Gezien de verwevenheid van problemen zijn de zorgvragen altijd complex van aard.

Een psychiatrische ziekte heeft ingrijpende gevolgen voor de gezondheid- en bestaansbeleving van de zorgvrager: Dagelijkse activiteiten van de zorgvrager in de persoonlijke leef- en woonomgeving, het onderhouden van sociale contacten en het besteden van tijd en het kunnen vinden van zinvolle dagbesteding, kunnen als problematisch worden ervaren.

Beperkingen en problemen in dagelijkse levensfuncties die optreden als gevolg van een psychiatrische stoornis leiden tot specifieke zorgbehoeftes zoals de ondersteuning bij het vormgeven van het dagelijkse leven en het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte/stoornis. Soms kan er sprake zijn van een bepaalde noodzaak aan toezicht en bescherming, een bepaalde wenselijkheid naar begeleiding, de behoefte aan sociale vaardigheidstrainingen, de ordening van dagactiviteiten en materiele omstandigheden. Daarnaast dienen zorgvragen zich aan over zingeving en de behoefte aan het zoeken naar antwoorden op zingevingsvragen.

De effecten van zorgvragen voor gezondheid en bestaan worden in onderstaande figuur op vier niveaus van functioneren beschreven:

Lichamelijk niveau	Invloed van medicatie op bewustzijn, praten, lichaamshouding etc. Het ontstaan van lichamelijke aandoeningen na lang gebruik van psychofarmaca De aanwezigheid van denkstoornissen: verhoogde afleidbaarheid De aanwezigheid van negatieve symptomen Door langdurig medicatie en middelengebruik een verstoord seksualiteitsbeleving
Individueel niveau	Veranderde leefstijl ten gevolge van psychiatrische problematiek (roken, eten, drinken etc.) Beperkte mentale inspanningsboog bij het vasthouden van aandacht Cognitieve beperkingen Zich niet geaccepteerd voelen in de eigen omgeving Zich onmachtig voelen om iets voor zichzelf in de situatie te veranderen, veelal

	gepaard gaan met rouw en rouwreacties Het continue gevoel van afhankelijkheid van hulpverlening en zorg Zich niet gerespecteerd voelen door naasten, hulpverlening en andere betrokkenen Het ontwikkelen van een zelfbeeld, waarin falen en faalervaring de boventoon voert Alledaagse dingen van het leven worden bijzonder of lijken onbereikbaar Angst voor terugval Het ontstaan van kwetsbaarheid op vele gebieden en het accepteren ervan Sterke emotionele ontregeling Gevoeligheid voor stressvolle situaties of dagelijkse ongemakken In een neergaande spiraal van functioneren terecht komen
Sociaal niveau	Een steeds kleiner wordend sociaal netwerk; moeite hebben met het aangaan en/of het onderhouden van relaties Moeite om zich aan te sluiten bij en gebruik te maken van alledaagse voorzieningen Het leven in isolement of een continue gevoel van eenzaamheid Moeite om anderen deelgenoot te maken van de psychiatrische achtergrond De confrontatie met processen van marginalisering en uitstoting
Maatschappelijk niveau	Geen passende arbeid kunnen vinden In de WAO belanden Afhankelijk zijn van beperkte financiële middelen De maatschappelijke beeldvorming van psychiatrie en psychiatrische patiënten Huisvestingsproblemen Vervoersproblemen

3.6 Settings

De GGz-verpleegkundige komt in intra-, trans- en extramuraal zorgsettings voor. Zij organiseert de zorgverlening ambulant, (poli)klinisch, in consultatief/liaisonverband, trans-I, of semi-muraal.

Samenwerkingspartners zijn:

1. Paramedici
2. Medici
3. Psycho-sociale disciplines
4. Geestelijk verzorgers
5. Maatschappelijke diensten en voorzieningen
6. Eerstelijnsfunctionarissen zoals doktersassistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen bij huisartsen
7. Gespecialiseerde verpleegkundigen intra- en extramuraal, verpleegkundigen in verpleeg- en verzorgingshuizen, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten en verplegingswetenschappers
8. Verzorgenden en helpenden in de thuiszorg, in verpleeg- en verzorgingshuizen
9. Familieleden en andere mantelzorgers, vrijwilligers en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties
10. Docenten en praktijkbegeleiders van verpleegkundige opleidingen.

De belangrijkste instellingen waarmee de GGz-verpleegkundige te maken heeft zijn, in volgorde van belang en frequentie:

1. (Openbare) GGZ-voorzieningen intra- en extramuraal
2. Thuiszorg en andere eerstelijnsvoorzieningen
3. Regionaal Indicatie Organen
4. Verpleeg- en verzorgingshuizen

4. De betekenis en meerwaarde van GGZ-verpleegkundige zorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag wie de GGZ-verpleegkundige is, wat zij doet en waar zij zich mee onderscheidt van andere verpleegkundigen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg. Het accent ligt daarbij op de toegevoegde waarde ten opzichte van al bestaande vormen van verpleegkundige beroepsuitoefening.

4.2 Betekenis en meerwaarde

4.2.1 Binnen het domein van psychiatrische zorgverlening

Het primaire aandachtsgebied van de GGZ-verpleegkundige wordt bepaald door het geheel van de dreigende of feitelijke gevolgen van psychische stoornissen of psychiatrische ziekten met effecten op de gezondheid- en bestaanssituatie van de zorgvrager.

De vaak geleidelijk verlopende en bijna onopgemerkte ingrijpende gevolgen van veranderingen in het dagelijkse levenspatroon, op de gezondheid en het bestaan van de zorgvrager vergen van de GGZ-verpleegkundige een specifieke kwaliteit: een voortdurende oplettendheid en een geoefende blik om vroegtijdig signalen te herkennen. Vervolgens wordt een nauwgezette en volledige analyse gevraagd van de zorgproblemen, waarbij de psychologische, sociale en fysieke verwevenheid naar voren zal komen.

Een van de kerntaken voor de GGZ-verpleegkundige is door voorbeeldgedrag vertrouwen en veiligheid te creëren, in het tempo en de tijdsduur van de zorgvrager en hem te laten ervaren waar zijn eigen krachten en mogelijkheden liggen.

Een aantal psychiatrische zorgvragers kampt met een toenemend functieverlies en raakt als gevolg daarvan een belangrijk deel van hun autonomie kwijt. Zij moeten daarmee leren leven waarbij toch een zo hoog mogelijke mate van autonomie wordt nagestreefd. Om die reden is er veel aandacht voor het geven van informatie, voorlichting en advies betreffende leefregels en voorzieningen waar men gebruik van zou kunnen maken. Ook is er aandacht voor de psychosociale begeleiding van de naasten. Door hen actief te ondersteunen, met zowel praktisch hulpaanbod als morele steun, lukt het vaak om de psychiatrische zorgvrager langer thuis te begeleiden of verplegen.

De GGZ-verpleegkundige is in staat een overall-blik te vormen om de noodzaak van zorg vast te stellen en deze uit te (laten) voeren. Zij heeft snel inzicht in de psychische, praktische en verpleegtechnische zorgbehoeften van de zorgvrager en diens omgeving. Zij is tevens in staat om mono- of multidisciplinaire interventies efficiënt en flexibel uit te voeren. Het zwaartepunt ligt bij het vaststellen van de specifieke zorgbehoefte van de individuele zorgvrager en - indien nodig - het dagelijks plannen en uitvoeren van de verpleegkundige zorg. Bij het uitvoeren en ontwikkelen van procedures is een hoge mate van creativiteit vereist. Dit heeft te maken met de vele interacties: de psychiatrische zorgvrager bevindt zich in een situatie van verstoord evenwicht en is dan ook letterlijk snel uit zijn evenwicht. De GGZ-verpleegkundige dient hier voortdurend rekening mee te houden en op te anticiperen. Behalve met de individuele zorgvrager heeft zij binnen de verschillende settings altijd te maken met de belangen van de overige zorgvragers en met diens naasten. Het individuele belang van een zorgvrager kan in strijd zijn met het collectieve belang van een groep zorgvragers.

4.2.2 Voor de zorgvrager

De GGZ-verpleegkundige acteert in verschillende intra-, trans-, of extramurale settings waar psychiatrische en psychische zorg wordt verleend. Zij is in staat in om in de genoemde settings de zorgvrager en zijn naasten te verzorgen, te begeleiden, te ondersteunen en bij eventuele (acute) multidisciplinaire complexiteit verwijzend op te treden.

Bij veel zorgvragers in de GGZ is er sprake van een langdurige psychiatrische ziekteproces. De GGZ-verpleegkundige biedt op vier manieren hulp. Zij biedt ondersteuning bij het verwerken van het chronisch psychiatrisch ziek zijn. Zij helpt de strijd voor het dagelijkse leven te

vergemakkelijken, en bij de uitvoering van het therapeutisch regiem. Daarnaast ondersteunt zij bij het management van de zorg.

De GGz-verpleegkundige beroepsuitoefening berust op kennis en inzicht betreffende het verplegen, verzorgen en begeleiden van de psychiatrische zorgvrager en zijn omgeving. Zij heeft kennis en inzicht in zowel de specifiek somatische, psychiatrische en psychosociale problemen als gevolg van psychische ziektes en psychiatrische stoornissen. Het gaat hierbij om situaties waarbij sprake is van ernstige suïcidaliteit, een acute psychotische decompensatie, ernstige depressiviteit, overmatig middelengebruik, cognitieve beperkingen, overmatige dreiging van de eigen veiligheid of de integriteit van de zorgvrager of de omgeving. Zij beschikt over communicatieve vaardigheden in het omgaan met de psychiatrische zorgvrager en zijn naasten.

De GGz-verpleegkundige beschikt over deskundigheid betreffende psychische en psychiatrische stoornissen en beperkingen. Zij beschikt over inzicht in psychopathologie en de psychische problemen, wat maakt dat zij bij uitstek toegerust is tot het verplegen i.c. het professioneel omgaan met psychiatrische behandelingen. Zij begeleidt in het leren leven met een psychische stoornis of beperking. Dit betekent vaak een (hernieuwd) evenwicht zoeken in het persoonlijk functioneren, rekening houdend met gezondheidsbevorderende en belemmerende factoren, die de kwaliteit van leven beïnvloeden. De GGz-verpleegkundige is pro-actief en anticipeert professioneel op de maatschappelijke omstandigheden die van invloed zijn op de gezondheid- en bestaansituatie van de zorgvrager.

Bij psychiatrische zorgvragers kan er sprake zijn van zeer specifieke zorgvragen: vragen en behoeften waarop eerder niet of ontoereikend is ingespeeld door aanverwante beroepsgroepen of andere collegaverpleegkundigen. De GGz-verpleegkundige anticipeert op deze lacunes, begeleidt en verwijst naar de juiste zorgverlener. Zij streeft ernaar de zorg bij voorkeur in het eigen woon- en leefmilieu aan te bieden. Is dit niet mogelijk dan wordt een voorziening zo dicht mogelijk bij het eigen milieu georganiseerd.

4.2.3 Ten opzichte van al bestaande differentiaties

Momenteel ontwikkelt de psychiatrische zorgverlening, uitgevoerd door GGz-verpleegkundigen, zich in een hoog tempo. Continue professionele ontwikkeling en Herregistratie wet BIG noodzaken zowel de werkgever (Kwaliteitswet Zorginstellingen) als de GGz-verpleegkundige (Wet BIG art 3) tot onderhoud van een verantwoord deskundigheidsniveau. Het onderhoud van haar deskundigheidsniveau legitimeert deze specifieke differentiatie. Mede door de ondersteuning van de beroepsorganisatie krijgen zorginhoudelijke en organisatorische thema's binnen de zorginstellingen, op landelijk en regionaal niveau zowel multi- als monodisciplinair aandacht. Deze ontwikkeling draagt bij tot een verdere uniformering en normering van kwaliteitszorg in de verschillende psychiatrische zorgsettings.

Expertise wordt opgedaan in landelijke en regionale netwerken van GGz-verpleegkundigen. Met verschillende informatiebronnen worden EB- en BP-resultaten gepresenteerd..

Binnen verschillende zorgsettings wordt op afdelings- en instellingsniveau kennis en inzicht opgebouwd door de aanwezigheid van psychiaters, psychologen, collega-beroepsbeoefenaren, en (para-)medische disciplines.

Ten slotte wordt de expertise op peil gehouden door middel van vakliteratuur.

De GGz-verpleegkundige is competent op het vakgebied psychiatrische verpleegkunde. De zorgvragergebonden competenties zijn voorwaardelijk voor het bestaan van andere differentiaties in het GGz-verpleegkundige vakgebied, zoals de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de verpleegkundig specialist, maar ook functiegebonden differentiaties binnen zorginstellingen.

De GGz-verpleegkundige omvat een breed gebied van generalistisch-psychiatrische verpleegkunde, die toegepast wordt op de deelgebieden jeugd/kind, volwassenen en ouderen. De toepassing van competenties van de GGz-verpleegkundige wordt door ontwikkelingen en vermaatschappelijking van zorg in ketenzorg aangeboden. Bestaande differentiaties kunnen gebruik maken van de competenties van de GGz-verpleegkundige.

4.2.4 Voor medeprofessionals

Op het gebied van psychiatrische zorgverlening bestaan overlappingen met het werk van collegae zoals praktijkverpleegkundigen, (huis)arts, wijkverpleegkundigen (Thuiszorg), sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (RIAGG), consultatief psychiatrisch verpleegkundigen (PAAZ), indicatie-adviseurs van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en sociaal verpleegkundigen (GGD). Ook met GGz-agogen als maatschappelijk werkers (AMW) of sociaal-pedagogisch hulpverleners (RIBW) bestaan overlappingen. Binnen het ziekenhuis verlenen vele verpleegkundigen zorg aan psychiatrische zorgvragers, op alle mogelijke afdelingen. Vaak is er sprake van aanvulling en gebruikmaking van elkaars expertise en deskundigheid in het totale proces van de psychiatrische ketenzorg.

De GGz-verpleegkundige geeft adviezen over het signaleren en herkennen van verschillende uitingen van een ziekte of stoornissen, het omgaan met mensen met verschillende psychiatrische en/of psychische problemen en stoornissen. Zij geeft adviezen over bepaalde benaderingswijzen en behandelingsmethoden, over hulpmiddelen of over observatiemethodes die bruikbaar zijn bij GGz-zorgvragers.

Als lid van het multidisciplinair team heeft de GGz-verpleegkundige een rol bij het coördineren van individuele en groepsgerichte zorgprocessen, en het organiseren van therapeutische milieus. Deze taken komen naar voren bij woonbegeleiding en begeleiding van ambulante groepen. In de intramurale setting is de verpleegkundige discipline als enige 24 uur betrokken bij de zorgverlening van de zorgvrager en heeft dagelijks contact met de zorgvrager en vaak ook met mantelzorgers. Zij is pleitbezorger, consultant, intermediair en bewaker van en voor de zorgvrager. Zij observeert de resultaten en effecten van de interventies door rapportage en overleg met de eigen en andere disciplines.

De GGz-verpleegkundige werkt samen met verpleegkundigen en verzorgenden van verschillende opleidingsniveaus en diverse specialismen: onder andere sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist, consultatief werkende verpleegkundige, verzorgenden, en gespecialiseerd verzorgenden

Ze werkt vaak zowel in mono- als multidisciplinair verband, waarin zij op inhoudelijke en organisatorische zorgvraagstukken incidenteel of structureel samenwerkt met andere beroepsgenoten. De frequentie van samenwerken is mede afhankelijk van de individuele zorgvraag, het aanbod van verschillende diensten en de behoefte aan onderlinge afstemming en ontwikkeling van diensten. Ze bewaakt bij al haar interventies de autonomie van de zorgvrager welke optimaal wordt beïnvloedt door het stimuleren van een (behandel) klimaat waarin alle therapeutische interventies van eigen en andere disciplines tot het beoogde resultaat zullen uitwerken.

4.2.5 Binnen gezondheidszorgorganisaties

Voor intra- en extramurale zorgorganisaties met veel of uitsluitend GGz-zorgvragers is het van groot belang te beschikken over deskundigen, die zowel leidend als coachend kunnen optreden. In de afgelopen jaren is het aandeel van GGz-verpleegkundigen in de dagelijkse zorgverlening in intramurale zorgsettings afgenomen. Er is hierdoor minder deskundigheid op de afdelingen aanwezig, waardoor wellicht veranderingen en complicaties minder snel worden gesignaleerd.

In algemene ziekenhuizen worden veel oudere GGz-zorgvragers verpleegd, bij wie de verpleegkundige expertise tot op zekere hoogte toereikend is. De GGz-verpleegkundige kan voor consultatie gevraagd worden bij vraagstukken die de deskundigheid van de generalistische verpleegkundigen overstijgen. GGz-verpleegkundigen bevorderen de deskundigheid door het geven van klinische lessen aan generalistisch werkende verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast begeleiden zij collega's on the job.

De meerwaarde van de GGz-verpleegkundige komt tot uiting in de verhoging van de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor GGz-zorgvragers, minder urgentie en complicatie bij behandeling, voorkomen van hospitalisatie door bewaking van de autonomie van de zorgvrager en tijdige signalering van veranderingen bij langdurige zorgverlening.

4.2.6 Binnen de gezondheidszorg

Het beleid van de overheid is gericht op het zolang mogelijk handhaven van de GGz zorgvrager in zijn eigen woon- en leefomgeving. Dit beleid is pas succesvol als er voldoende GGz-verpleegkundige expertise aanwezig is. Het gaat hierbij niet alleen om het verlenen van hulp maar ook om preventief handelen. Binnen deze context is de GGz-verpleegkundige in staat om zowel intra- als extramuraal een signalerende en coördinerende rol te vervullen, zowel voor de zorgvrager als voor betrokken niet-gespecialiseerde hulpverleners. Ze is zelfstandig en in multidisciplinair verband betrokken bij het ontwikkelen van (regionale) zorgprogramma's op het gebied van chronisch zieken met psychiatrische zorgvragen. Op deze wijze levert zij een bijdrage aan het specialisme psychiatrie en aan de kwaliteitsbewaking van de zorg voor diverse doelgroepen in de samenleving. Daarnaast levert zij een bijdrage aan de ontwikkeling en het onderhoud van landelijke protocollen en richtlijnen in de zorgverlening voor chronisch zieken met psychiatrische zorgvragen.

De ontschotting tussen de zorgaanbieders, transmuralisering, circuitvorming, ketenzorg en vervaging van grenzen tussen zorg en welzijn betekenen voor de GGz-verpleegkundigen dat zij hun werkzaamheden behalve in de klinische setting (zoals die van het traditionele psychiatrische ziekenhuis) ook ontkoppeld van een locatie of zelfs instelling verrichten. Het settingonafhankelijk werken is sinds midden jaren '90 onderdeel van de reguliere beroepspraktijk geworden. De komende jaren zullen GGz-verpleegkundigen voorkomen in transmurale begeleidingsvormen, zoals ambulante woonbegeleiding, kortdurende en langdurende zorg-aan-huis, en casemanagement.

5. Taakgebieden, kerntaken en competenties

5.1 Inleiding

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

- **Zorgvragergebonden taken:** de verzameling van taken die verbonden zijn aan het primaire proces, de directe zorgverlening
- **Professiegebonden taken:** de verzameling van taken die verbonden zijn aan behoud, ontwikkeling en kwaliteit van professionele beroepsuitoefening
- **Organisatiegebonden taken:** de verzameling van taken die verbonden zijn aan beleid en beheer met betrekking tot voorwaarden voor de directe zorgverlening in een zorgsituatie of in een organisatie-eenheid.

Elk taakgebied is een verzameling van kerntaken rond een aspect van zorg, waarvoor de GGz-verpleegkundige verantwoordelijkheid draagt. Alle taakgebieden samen dekken het totale proces van behandeling en zorg.

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

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

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

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

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

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

5.2 Zorgvragergebonden taken

Context en opgaven

De verbijzondering van de verpleegkundige zorg naar de GGz-verpleegkunde berust op een specifieke deskundigheid op het gebied van psychiatrische verpleegkunde en psychiatrische zorg.

De GGz-verpleegkundige is zich ervan bewust dat geestelijke gezondheid gereflecteerd wordt in het evenwicht van het individu en zijn omgeving. De GGz-verpleegkundige onderkent in haar werk de factoren die geestelijke gezondheid beïnvloeden.

De GGz-verpleegkundige plaatst het psychiatrisch ziek-zijn tegen de achtergrond van haar taak om geestelijke gezondheid te bevorderen, te herstellen en te behouden. Daarnaast is kennis, inzicht en vaardigheden in de herkenning van psychopathologie en psychiatrisch gedrag onontbeerlijk bij het vaststellen van verpleegkundige diagnoses, interventies en resultaten van verpleegkundige zorg.

Ontwikkelingen als vraag en behoeftegerichte zorg, vermaatschappelijking, ontschotting van zorg en circuitvorming maakt het mogelijk dat de GGz-verpleegkundige activiteiten zelfstandig, autonoom in verschillende settings worden uitgevoerd. Hoewel de nadruk steeds meer lijkt te liggen op het begeleiden van mensen met een psychiatrische stoornis vormt verplegen de kern van het GGz-verpleegkundige vakgebied. Binnen deze context ontwikkelen zich kernopgaven voor de GGz-verpleegkundige.

Inherent aan de begeleiding van lichamelijke, psychosociale, psychiatrische zorgvragen stelt de GGz-verpleegkundige in haar zorgverlening voor een aantal met elkaar samenhangende kernopgaven. Door alle kernopgaven heen spelen continu moreel ethische kwesties zoals afhankelijkheid van professionals, dwang en drang versus bewaking van de autonomie, de omgang met het psychiatrisch ziek-zijn, eigen beeldvorming versus de beeldvorming van de samenleving met betrekking tot zorgvragers met psychiatrische problemen, en voortvloeiende zingevingsvragen van de zorgvrager de context voor kernopgaven voor de GGz-verpleegkundige.

Zorgvragergebonden kernopgaven zijn:

a) Het begeleiden van 'de strijd' voor het dagelijks leven

De GGz-zorgvrager kan bedreigd worden in zijn bestaan en is extra kwetsbaar voor de verstoring van het evenwicht van draagkracht en draaglast. De normen en waarden van de zorgvrager ten aanzien van de woon – en leefomgeving kunnen op gespannen voet staan met maatschappelijke (en door de professional) aanvaardbare normen en waarden. De overmatige (be)dreiging van de eigen veiligheid en/of de integriteit van de zorgvrager of de omgeving kan in bepaalde situaties tot noodzakelijke toezicht en bescherming leiden. De GGz-verpleegkundige zal in dergelijke situaties soms – tijdelijk en deels – de zorg overnemen, voor zover de zorgvrager niet in staat is om de gevolgen van zijn handelen te overzien of te kunnen inschatten.

Binnen deze context vormen ethische kwesties en het zoeken naar een evenwicht tussen belangen van de zorgvrager, de omgeving en direct betrokkenen en de aangeboden GGZ-zorg een kernopgaven voor de GGz-verpleegkundige.

b) Het bewaken van draagkracht en draaglast van de zorgvrager bij de uitvoering van een psychiatrische behandeling binnen een therapeutisch regiem.

De GGz-verpleegkundige is gericht op het, met zo weinig mogelijk ingrijpende middelen en maatregelen, opstellen en uitvoeren van een effectief behandelprogramma en gericht op zoveel mogelijk functieherstel. Zij is extra alert op specifieke somatische en psychische complicaties, de uitwerking van interventies van andere beroepsbeoefenaren en GGz-disciplines of crisisverhogende zorg- en omgevingsituaties die kunnen optreden bij GGz-zorgvrager. Het verpleegkundig interveniëren valt onder supervisie van het medisch regiem met gedelegeerde medische interventies (behandeling, therapie en onderzoek), waarbij het hanteren van medisch versus verpleeg- en zorgethische dilemma's een belangrijke kernopgave voor de GGz-verpleegkundige vormt.

Vaststellen van benodigde zorg

De GGz-verpleegkundige verkent en beoordeelt samen met de zorgvrager en eventueel de omgeving de zorgvraag, zodat zij zich een beeld kan vormen van de aard van de zorgvraag op vier niveaus van functioneren en de behoefte aan verpleegkundige zorg.

De GGz-verpleegkundige verzamelt informatie over de gezondheid, het welzijn en het bestaan van de zorgvrager. Ze gaat na op welke wijze de zorgvrager zijn situatie beleeft en welke verwachtingen en vragen er bestaan. Afhankelijk van de situatie, acuut, kortdurend, langdurig, crisis, of in bemoeizorg zal het verzamelen van gegevens zich vooral concentreren op die informatie die behulpzaam is bij het in kaart brengen van de feitelijke of potentiële gezondheids-

en/of daaraan gerelateerde bestaans- en interactieproblemen van de zorgvrager en stelt zij verpleegkundige diagnoses op.

A. Kerntaak: De vraag naar GGz-verpleegkundige zorg introduceren en verkennen

De GGz-verpleegkundige vormt zich een beeld van de zorgvrager en zijn (uitgangs)situatie, op grond waarvan zorgtoewijzing kan plaatsvinden. Daarnaast maakt de GGz-verpleegkundige de zorgvrager wegwijs in de zorg; zij informeert de zorgvrager over de gang van zaken binnen de instelling, afdeling of groep en bespreekt de mogelijkheden van de zorgverlening. Hierbij stemt ze de informatie af op de behoefte van de zorgvrager, der familie, omgeving en ander betrokkenen.

Competentie

Alvorens zorg te verlenen, vormt de GGz-verpleegkundige zich systematisch een beeld van de zorgvrager, zijn gezondheidssituatie, zijn gemoedstoestand en de ervaringen en reacties van de familie, omgeving of anderzijds betrokkenen zodat zorgvraag, het zorgaanbod en zorgproces optimaal op elkaar worden afgestemd.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- de zorgvraag van verschillende type zorgvragers inschat, de verpleegkundige zorgvraag herkent en deze vaststelt.
- de verpleegkundige zorgvraag bij mensen die geen zorgvraag hebben, maar wel hulp nodig hebben herkent
- de zorgvraag helpt formuleren voor zorgvragers die deze niet goed onder woorden kunnen brengen
- de (potentiële) zorgvraag formuleert voor mensen, die zelf geen zorgvraag hebben, maar door omgeving worden geïndiceerd omdat zij overlast bezorgen.
- met de familie of directe omgeving van de zorgvrager de wensen, behoeften en mogelijkheden formuleert, wanneer de zorgvrager niet zelf in staat is om de zorgvraag onder woorden te brengen.
- een inschatting maakt van de complexiteit van de situatie waarbij zij haar vereiste deskundigheid beoordeelt, maar ook die van anderen op grond waarvan de zorg kan worden toegewezen.
- Veranderingen die zich voordoen in de zorgvraag of in de omgevingsfactoren herkent waardoor indicatiestelling en zorgtoewijzing en beoogde interventies moeten worden bijgesteld.
- bij de belevingswereld van de zorgvrager en diens naasten aansluit
- analfabetisme onder de diverse allochtone groeperingen herkent
- culturele beleefdheidsaspecten herkent
- een therapeutische omgeving organiseert waarin de zorgvrager en eventueel direct betrokkenen de zorgvraag kunnen uiten
- de zorgvrager en direct betrokkenen mondeling en/of schriftelijk laat kennismaken met de
- zorgsetting, door middel van informatiemateriaal over behandelingen en rechten en plichten bij afname daarvan
- de mogelijkheden van een complexe zorgsituatie inschat door gebruik te maken van de ervaringsdeskundigheid, de draagkracht-draaglast verhouding en de oplossingsmogelijkheden van de zorgvrager en de omgeving
- het zorgaanbod (van andere disciplines) afstemt op de draagkracht en draaglast, de belevingswereld en de zelfbepaling van de zorgvrager
- de motivatie en de psychische belasting van het sociaal netwerk beoordeelt, noodzakelijk om mee te werken aan het herstel van de gezondheidstoestand van de zorgvrager.
- (potentiële) overbelasting van naasten inventariseert.

B. Kerntaak: Gegevens verzamelen

De GGz-verpleegkundige verzamelt op systematische wijze gegevens over de gezondheid en bestaanssituatie van de zorgvrager of een groep. Op deze wijze komt zij tot een verpleegkundig zorgaanbod dat aansluit bij zorgvraag van de zorgvrager of een groep. De gegevensverzameling kan zich onder andere richten op een juiste inschatting van een crisis, het beoordelen van vaardigheden en kennis om een nieuwe vaardigheid aan te leren, vroege signalen van decompensatie te herkennen. De informatie verschaft de GGz-verpleegkundige inzicht in de feitelijke of potentiële gezondheids- of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en vormt de basis voor haar verpleegkundige diagnoses.

Competentie

Om het verpleegkundig zorgaanbod aan te laten sluiten bij de zorgvraag van de zorgvrager verzamelt de GGz-verpleegkundige op systematische wijze gegevens over de situatie van de zorgvrager zodat in het dossier, door een systematische schriftelijke weergave van relevante gegevens, het gevoerde en te voeren zorgbeleid continue wordt weergegeven

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- een anamnese afneemt, waarbij de gegevensverzameling zich richt op lichamelijke, psychische, sociaal-maatschappelijke, ontwikkelingsgerichte en spirituele aspecten in het dagelijks functioneren
- gericht observaties uitvoert bij een individu, een groep zorgvragers of een groep mensen direct betrokken bij een zorgvrager. Dit bestaat uit het gestandaardiseerd verzamelen, selecteren, interpreteren en bespreken van de gegevens en observaties bij de zorgvrager en naasten (hetero-anamnese)
- het verzamelen van gegevens aanpast als de omstandigheden van de zorgvrager, de soms snel wisselende gedrags- of gemoedstoestanden, het doel van de zorgverlening en de aard van de problematiek dat wenselijk maken
- zich een totaalbeeld vormt van de situatie van de zorgvrager en kan nagaan welke (risico)factoren van invloed zijn op de situatie van de zorgvrager.
- de verzamelde gegevens interpreteert tegen de achtergrond van de eigenheid van de zorgvrager, zijn individuele levensloop, zijn eigen perspectief op actuele problemen en de persoonlijke betekenisgeving en zingeving daarbij
- de zorgvrager vraagt naar de betekenis van de geformuleerde problemen in diens culturele achtergrond
- gegevens op een transparante en toegankelijke wijze schriftelijk vastlegt en hierbij rekening houdt met de rechten en plichten van de zorgvrager.

C. Kerntaak: Verpleegkundige diagnoses vaststellen

Aan de hand van de verzamelde gegevens stelt de GGz-verpleegkundige de verpleegkundige diagnoses vast in samenwerking met de zorgvrager. De verpleegkundige realiseert zich dat gezondheids- of daaraan gerelateerde bestaans- en interactieproblemen vaak niet eenduidig, maar verweven, complex zijn en de veiligheid van de zorgvrager en zijn omgeving kunnen bedreigen. Zij houdt rekening met de voorgeschiedenis en ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager en omgeving.

Te onderscheiden zijn acute, langdurige, chronische, actuele of potentiële problemen op het niveau van lichaam, individu, sociaal en maatschappelijk, voor zover deze verpleegkundige zorg rechtvaardigen.

Competentie

Om gezondheids- of daaraan gerelateerde bestaans- en interactieproblemen eenduidig te typeren, stelt de GGz-verpleegkundige (zo mogelijk in samenwerking met de zorgvrager) de verpleegkundige diagnose op aan de hand van verzamelde gegevens, gebruikmakend van recente wetenschappelijke gegevens en praktijkkennis, verpleegkundige en medisch-psychiatrische gegevens.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- op basis van de mogelijkheden en vermogens van de zorgvrager en zijn context, de verpleegkundige diagnoses of potentiële verpleegproblemen vaststelt
- wanneer de situatie zo specifiek is, de ontoreikendheid vaststelt van (standaard-) procedures
- de samenhang en wisselwerking van de problematiek analyseert en beargumenteerd prioriteiten aangeeft
- de problematiek van de zorgvrager ordent, zodat de problematiek toegankelijk wordt voor beïnvloeding
- consensus bereikt via overleg en dialoog over de diagnostische beschrijving van de problematiek en aanwijzingen geeft voor een behandeling of verwijzing
- met de zorgvrager het spanningsveld bespreekt tussen feitelijke en wenselijke verpleegkundige zorg en beargumenteert als er wordt afgeweken van de door de zorgvrager geformuleerde zorgvragen
- recente (wetenschappelijke) informatie en onderzoeksresultaten integreert met betrekking tot de zorgverlening in haar keuze voor verpleegkundige diagnoses.

Plannen van zorg

In de planningsfase worden de beoogde resultaten, de verpleegkundige interventies, de afspraken met andere disciplines en de evaluatiemomenten in overleg met de zorgvrager vastgelegd in een verpleegplan. Bij het plannen van de zorg kan de GGz-verpleegkundige te maken krijgen met belangen van anderen (zoals die van de instelling, andere disciplines en naasten en omgeving) die haar kunnen beperken in het kiezen van verpleegkundige interventies.

D. Kerntaak: Het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg formuleren

De GGz-verpleegkundige formuleert het haalbare resultaat van de zorgverlening en de ondersteuning van het verpleegkundige en psychiatrische behandelbeleid en geeft hierin, zo mogelijk in overleg met de zorgvrager, prioriteiten aan. De resultaten kunnen gericht zijn op het wegnemen, reduceren of voorkomen van het probleem, maar ook op het accepteren van de situatie.

Daarnaast maakt de ze onderscheid tussen resultaten op korte en lange termijn. Het beoogde eindresultaat wordt beschreven in termen van concreet haalbaar gedrag.

De zorgvrager ontvangt vervolgens de noodzakelijke (keten-) zorgverlening, mede gewaarborgd in het GGz-verpleegkundig, psychiatrisch, afdelings/settings- en instellingsbeleid.

Formuleringen van de verpleegkundige zorg worden schriftelijk vastgelegd in een verpleegplan, rehabilitatieplan, crisisplan, of trajectplan.

Competentie

Om richting te geven aan de verpleegkundige zorg formuleert de verpleegkundige, in relatie tot geconstateerde problemen, het gewenste resultaat van de zorgverlening en de ondersteuning van het verpleegkundige en het psychiatrische beleid, en geeft hierin prioriteiten aan.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- een verpleegplan opstelt dat een verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen omvat op basis van verzamelen en interpreteren van gegevens en gebruikmakend van (gestandaardiseerde) verpleegkundige interventies, richtlijnen en protocollen. Zij zorgt ervoor dat het deel uitmaakt van het verpleegkundig/integraaldossier van de zorgvrager
- de beoogde resultaten formuleert, rekening houdend met de condities waaronder, de termijn waarop en de weg waarlangs dit gebeurt. Ze kan deze beoogde resultaten herformuleren indien de situatie verandert
- de effecten van de interventies inschat op de draagkracht en draaglast en de mate van kwetsbaarheid van de zorgvrager en diens sociaal netwerk
- de effecten registreert van de verpleegkundige en psychiatrische interventies. Zij actualiseert vervolgens schriftelijk het verpleegplan volgens de geldende professionele en

wettelijke criteria. Zij zoekt in samenwerking met andere disciplines en de zorgvrager en zijn naasten afstemming over beoogde resultaten.

E. Kerntaak: Verpleegkundige interventies kiezen en plannen

De GGz-verpleegkundige gebruikt een breed scala aan interventies om doelgerichte verandering in de situatie te bewerkstelligen. Deze kunnen in intensiteit variëren van het geheel overnemen van de zorg tot het ondersteunen van de zorgvrager. De keuze voor een interventie is onder meer afhankelijk van het beoogde resultaat en de fysieke, cognitieve en sociaal emotionele mogelijkheden van de zorgvrager.

De GGz-verpleegkundige houdt rekening met de ervaringsdeskundigheid en zelfbepaling van de zorgvrager. Ze heeft behalve met de planning van verpleegtechnische interventies ook te maken met de planning van diagnostische en psychiatrische interventies. Ze kiest haar interventies door afstemming met andere disciplines tijdens het uitvoeren van het behandelplan.

Competentie

Om het beoogde resultaat van zorgverlening te behalen kiest de GGz-verpleegkundige, rekening houdend met de mogelijkheden van de zorgvrager en zijn context, interventies om doelgerichte veranderingen in de situatie te bewerkstelligen

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- haar keuze beargumenteert voor bepaalde interventies. Dit loopt uiteen van het kiezen van interventies waarbij ze gebruik kan maken van (standaard-) procedures tot het bedenken van oplossingen voor acute problemen in niet-protocolaire situaties
- indien mogelijk overlegt met de zorgvrager, het belang van de interventie uitlegt aan de zorgvrager en de afwegingen beargumenteert, met respect voor de soms strijdige belangen van de zorgvrager en zijn context
- gebruik maakt van recente wetenschappelijk kennis en onderzoeksresultaten, en psychiatrische en verpleegkundige expertise bij het kiezen van interventies
- zich bij de keuze van interventies richt op het vergroten van de handelingscompetentie van de zorgvrager en zijn context
- crisissituaties herkent en adequaat interventies uitvoert, dan wel assisteert bij de toepassing van Middelen of Maatregelen volgens voorschrift.

Uitvoeren van zorg

De GGz-verpleegkundige verleent haar zorg in een zogenaamde multidimensionele context: individuele en groepsgebonden zorgvragers hebben complexe mixen aan specifieke zorgvragen die van verschillende orde kunnen zijn, en zich binnen een bepaalde context of behandelsetting gelijktijdig kunnen aandienen. Zij verleent zorg in laag tot hoog complexe, al dan niet urgente verpleegsituaties. Zij richt zich bij de verpleegkundige afstemming op doelgroepspecifieke aspecten, seksespecifieke uitgangspunten, cultuurgebonden waarden en normen, en de unieke zorgbehoefte van de zorgvrager.

De GGz-verpleegkundige organiseert flexibel en beoefent haar zorgverlening in mono- en multidisciplinair verband. Het zorgproces kan een kort cyclisch karakter hebben, maar kent veelal langdurige zorg- en begeleidingsprocessen.

De interventies die de verpleegkundige verricht kunnen in drie soorten verdeeld worden:

1. interventies die voortkomen uit de vastgestelde verpleegkundige diagnoses en behoren tot het autonome aandachts- en competentiegebied van de GGz-verpleegkundige;
2. interventies die voortvloeien uit problemen waarvan het aandachts- en competentiegebied gedeeld wordt met andere disciplines en hun diagnostische en therapeutische werkzaamheden;
3. interventies naar aanleiding van het signaleren van GGz-verpleegkundige problemen waarvan de behandeling buiten haar aandachts- en competentiegebied ligt. Deze problemen brengt zij onder de aandacht bij andere disciplines.

F. Kerntaak: Observeren en signaleren

De GGz-verpleegkundige observeert, analyseert en interpreteert behoeften van de zorgvrager die het uitgangspunt vormen voor de verpleegkundige zorgverlening. Deze observaties vinden plaats in het kader van haar eigen zorgverlening en die van andere disciplines. Daarnaast heeft de GGz-verpleegkundige een rol in het signaleren van (geestelijk) gezondheidsbedreigende factoren in de verschillende fasen van de zorgverlening.

Competentie

Om een uitgangspunt te verkrijgen voor de verpleegkundige zorgverlening bewaakt, observeert, analyseert en interpreteert de GGz-verpleegkundige voortdurend systematisch relevante verpleegkundige en psychiatrische gegevens uit verschillende bronnen.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:
de uitwerking van therapeutische interventies van andere disciplines observeert, signaleert, interpreteert en registreert
Zij signaleert vroegtijdig en in overleg met de zorgvrager als een gewenste verbetering, of verandering in de zorgsituatie een aanpassing vragen in het programma
zorgbehoeften herkent van de zorgvrager en de veranderingen in de gedrags- of gemoedstoestand en de gezondheidstoestand
tijdens het zorgproces regelmatig evalueert en zo het diagnostische of zorgproces bijstelt
gerichte observaties verricht, zowel gericht op de individuele zorgvrager als op groepswijze interacties
geestelijke gezondheidsbedreigende factoren signaleert
seksespecifieke problemen of behoeften signaleert
zorgproblemen of -behoeften signaleert die specifiek voortkomen uit een cultuurgebonden achtergrond
zelfstandig interventies start bij calamiteiten, en nagaat welke alternatieve interventies mogelijk zijn, rekening houdend met de te verwachten effecten en contra-indicaties.

G. Kerntaak: Verplegen en verzorgen

De GGz-verpleegkundige richt haar activiteiten op het erkennen, herkennen en actief beïnvloeden van menselijke vermogens, zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van geestelijke gezondheid. De GGz-verpleegkundige neemt de vier niveaus van functioneren als uitgangspunt bij het beschrijven van verpleegkundige diagnostiek, het plannen, uitvoeren en evalueren van verpleegkundige zorg.
Daarbij erkent zij de soms marginale positie en rol van de zorgvrager met zijn psychiatrische ziekte in de samenleving. In overleg met de zorgvrager en zijn omgeving kan worden besloten tot het geheel of gedeeltelijk overnemen van de zorg die de zorgvrager anders zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te kunnen voorzien.

Competentie

Bij de uitvoering van verpleging en verzorging van de zorgvrager verleent de GGz-verpleegkundige zorg op maat. Hierdoor krijgt de zorgvrager de zorg die hij nodig heeft voor herstel van gezondheid- en bestaanssituatie.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- het verpleegbeleid uitvoert, gericht op het vergroten van de handelingscompetenties en het inzicht van een individuele zorgvrager of een groep zorgvragers
- met respect voor de zorgvrager en zijn omgeving, morele en materiële belangen behartigt
- met de zorgvrager een dagprogramma opstelt en afspraken maakt voor het verpleegbeleid van de zorgvrager
- over expertise beschikt die een continue verpleging, begeleiding en verzorging van zorgvragers met een psychiatrische problematiek waarborgt: in kortdurende en

langdurende begeleidingstrajecten, zowel in klinische, transmurale en ambulante settings

- rekening houdt met de beschikbare energie van de zorgvrager en de balans tussen als dagelijkse verplichtingen, ontspanning de ruimte voor zingevende beschouwende activiteiten
- rekening houdt met de emotionele reacties en de invloed daarvan op het ziekteproces
- de relationele factoren en communicatieve processen in de uitvoering van de zorg signaleert, onderkent en hanteert. Zij herkent en onderkent crisissituaties, acute en potentiële problemen, en schat suïcidaliteit en gevaar voor derden in
- adequaat handelend optreedt door op het juiste tijdstip de juiste interventies aan zorgvrager en diens naasten aan te bieden
- indien geïndiceerd – zorg uit handen van de zorgvrager neemt
- vooraf of achteraf uitleg geeft over de keuzes voor interventies aan de zorgvrager en zijn naasten
- de kennis, die binnen de afdelings- setting- en instellingsgebonden richtlijnen en protocollen zijn vastgelegd, vertaalt naar de situatie van de individuele zorgvrager
- relevante gegevens documenteert en zorgcontacten registreert volgens de wettelijke bepalingen
- bij het toepassen van dwang/drang wettelijke kaders en morele overwegingen kent en in acht neemt
- knelpunten in de fysieke omgeving onderkent en hanteert in het sociaal netwerk en op het gebied van levensbeschouwing en zingeving van de zorgvrager. Zij past het zorgaanbod hierop aan
- systematisch de zorgsituatie evalueert, opdat de geboden interventies continue een bijdrage leveren aan het behouden of vergroten van de hoogst haalbare autonomie van de zorgvrager
- de zorgvrager ondersteunt bij het zoeken naar coping cq. overlevingsstrategieën en beschermende omgevingsfactoren, gericht op het reguleren van stress
- rouwreacties bij de zorgvrager in de verschillende fasen van het behandel- en ziekteproces signaleert en rapporteert
- na een acute episode (door bv. depressie, manie, suïcide, automutilisatie, psychose) evalueert en gegevens bijstelt van het ziektebeeld, hetgeen wordt vastgelegd in een saneringsplan
- relevante gegevens selecteert en rapporteert aan de eigen en andere betrokken disciplines
- de taal spreekt die aansluit bij de leef- en gedachtewereld van de zorgvrager.

H. Kerntaak: Begeleiden

Bij begeleiden gaat de GGz-verpleegkundige uit van een ondersteunende benadering aan een zorgvrager met een psychiatrische ziekte en zonodig aan zijn naasten en omgeving. Afhankelijk van de emotionele, mentale, en cognitieve condities van de zorgvrager kiest de zij voor een (tijdelijk) sturende of activerende begeleiding. Ze houdt hierbij rekening met de culturele achtergronden en specifieke waarden en normen van de zorgvrager, en streeft naar groei, ontplooiing, onafhankelijkheid en zelfbepaling van de zorgvrager.

Competentie

Om de autonomie (onafhankelijkheid en zelfbepaling) van de zorgvrager tijdens de zorgverlening te hervinden, behouden of te vergroten biedt de GGz-verpleegkundige begeleiding en ondersteuning aan de zorgvrager.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- de zorgvrager begeleidt bij diverse gemoedstoestanden en bij praktische, sociale, ethische en levensbeschouwelijke zaken
- het aangaan en onderhouden van contacten van de zorgvrager en belangrijke personen uit zijn leef-, verpleeg- en behandelomgeving bevordert en ondersteunt. Zij begeleidt het sociaal netwerk van zorgvragers

- het (therapeutische) leef- en leerklimaat bewaakt
- de samenstelling en invloed van een groep op therapeutische klimaat bewaakt.
- een bemiddelende en schakelende rol heeft tussen de zorgvrager en andere hulpverleners, zodat de kwaliteit en continuïteit van het zorgaanbod wordt bewaakt en zo mogelijk bijgestuurd
- groepsprocessen bij verpleegkundige activiteiten en interactie tussen zorgvragers begeleidt
- de emoties bij de zorgvrager en zijn naasten kent , behorende bij de verwerking van het ontstaan en de gevolgen van een psychische stoornis
- verpleegkundige zorg bij ingrijpende verlieservaringen, life events en gedragsproblemen verleent, variërend van ondersteunen tot constructief en methodisch begeleiden bij gedragsverandering van een zorgvrager
- de zorgvrager ondersteunt bij het formuleren en zoeken van dagstructuur, betekenisvolle dagbesteding of arbeid
- de zorgvrager ondersteunt bij het aanleren van vaardigheden gericht op het omgaan met de beperkingen voortkomend uit de psychiatrische ziekte
- zorgdraagt dat de zorgvrager over passende hulpmiddelen beschikt die zijn dag- en weekstructuur overzichtelijk maakt. Daarbij draagt zij zorg voor aansluiting bij de levensfase waarin de zorgvrager zich bevindt, mede gebaseerd op zijn interesse, ambities en vroegere ervaringen
- de zorgvrager ondersteunt bij het terugbrengen van complexe activiteiten naar overzichtelijke, vertrouwde stappen
- hiaten signaleert in het activiteiten aanbod of in de directe leefomgeving van de zorgvrager, en hierin actie onderneemt
- mede ontwikkelaar is van individuele dan wel groepsgerichte dagprogramma's en deze uitvoert
- alledaagse contacten en activiteiten als een therapeutisch, relatiebevorderend en lerend instrument hanteert
- het leefklimaat en de natuurlijke omgeving therapeutisch hanteert bij het inzichtelijk maken van gedragspatronen en het ontwikkelen en toepassen van gedragsalternatieven van de zorgvrager
- bij verbale en fysieke agressie meerdere toenaderingstechnieken toepast
- de tegenstrijdige verplichtingen, emoties en gevoelens van zorgvrager en naasten bij de toepassing van dwang- en dranginterventies onderkent
- aandacht besteedt aan communicatie bij dwang- en drangtoepassing: bejegening, openheid, afspraken maken, contact houden, onderhandelen en overtuigen om situaties van dwang te voorkomen
- iedere toepassing van dwang en drang met collega's, zorgvrager en naasten evalueert en leerpunten intercollegiaal bespreekt
- in crisissituaties normaliserend optreedt en in geval van acute psychiatrie de meest aangewezen handelsewijze kiest
- bij andere disciplines – samen met de zorgvrager – afspraken maakt voor het vaststellen van een individueel begeleidingsplan
- gevolgen van therapeutische interventies inschat en aanpassingen formuleert, zodanig dat deze bij de perceptie en de cognitieve en emotionele mogelijkheden van de zorgvrager passen.

I. Kerntaak: Verpleegtechnisch handelen

De GGz-verpleegkundige voert verpleegtechnische handelingen uit en diagnostische en therapeutische werkzaamheden van de eigen en onder supervisie van andere (medische) disciplines. In multidisciplinair verband is ze bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen mits vastgelegd in autorisaties op minimaal instellingsniveau en binnen de kaders van de wet BIG.

Competentie

Ten behoeve van de eigen diagnostische en therapeutische werkzaamheden en die van andere disciplines, verricht de GGz-verpleegkundige (onder supervisie) medisch-technisch en verpleegtechnische handelingen. Zij geeft uitvoering aan verpleegtechnische handelingen en past deze volgen voorschrift toe.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- voor de toediening en het medicijngebruik van de zorgvrager zorgdraagt en condities scheidt die medicatietrouw bevorderen
- de werking en bijwerkingen van de medicatie die zij toedient kent en de zorgvrager hierover informeert
- zo nodig – vitale functies bewaakt
- aan onderzoek en behandeling door de eigen en andere disciplines meewerkt
- volgens de richtlijnen van isolatie, preventie van infectie, steriel werken en risicovolle stoffen handelt
- zelfstandig verpleegtechnische handelingen uitvoert
- onder omstandigheden controle en fysieke beheersingstechnieken toepast.

J. Kerntaak: Informeren en adviseren

De GGz-verpleegkundige richt zich op het bevorderen van kennis, inzicht en zelfbesef van de zorgvrager en zijn omgeving, waardoor het oplossend vermogen van de zorgvrager of de omgeving wordt vergroot. Informatie is algemeen van aard en kan gaan over het uitvoeren van onderzoek en behandeling, de rechten en plichten van de zorgvrager, de functie en de deskundigheid van andere disciplines. Informeren en adviseren kunnen bijdragen aan interventies die vallen onder preventieve taken.

Bij adviseren gaat het om deskundige suggesties en raad vanuit een individueel gerichte vraag of een vraag vanuit de omgeving. De informatie kan ook specifiek en afgestemd zijn op de groep zorgvragers en naasten: bijvoorbeeld psycho-educatie met betrekking tot schizofrenie, depressie, borderlineproblematiek.

Competentie

Om het eigen zelfzorgvermogen, de zelfbepaling van de zorgvrager en zijn omgeving te vergroten, verstrekt de GGz-verpleegkundige informatie en adviezen gericht op het bevorderen van kennis, inzicht en zelfbesef.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- informatie verstrekt die is afgestemd op en aangepast aan de gemoedstoestand, cognitieve en sociaal-emotionele toestand van de zorgvrager en zijn omgeving
- informatie van andere disciplines vertaalt naar inzicht en behoefte van de zorgvrager
- advies en instructie geeft over praktische zaken zoals hulpverleningsmogelijkheden en hulpmiddelen en medicatie.
- de zorgvrager en zijn naasten informeert om kennis over het ziektebeeld, de behandeling en zorgverlening en verwachtingen te verbreden
- instructies geeft die leiden tot gedragsverandering, zoals opvoedingsondersteuning en informatie over leefstijl
- rekening houdt met de waarden en normen van zorgvragers en diens naasten.

K. Kerntaak: Preventie en voorlichting geven

Bij preventie gaat het om het signaleren en voorkomen, dan wel het in een zo vroeg mogelijk stadium aanpakken van gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en de gevolgen hiervan, ter voorkoming van erger. De GGz-verpleegkundige heeft tot doel de risico's voor de (geestelijke) gezondheid, het dagelijks functioneren en eventuele complicaties te verminderen. Bij voorlichting gaat het om informatieverschaffing over specifieke individuele onderwerpen om fysieke, emotionele problemen te beperken en/of te voorkomen en goede leefgewoonten te bevorderen, zowel groeps- als individueel gericht

Competentie

Om risico's voor de gezondheid en complicaties van onderzoek of behandeling te verminderen, past de GGz-verpleegkundige primaire, secundaire en tertiaire preventie toe.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- de dreigende ontregeling van psychisch evenwicht en de mogelijke nadelige gevolgen daarvan herkent
- zo nodig preventieve maatregelen neemt ter voorkoming van situaties die een goed leefklimaat bedreigen of een negatieve invloed hebben op het leefklimaat, ter bescherming van bewoners, collega's, derden en materialen
- specifieke kenmerken van risicopopulaties, symptomen van en reacties op ziekte of stoornis signaleert en interpreteert
- een situatietanalyse maakt, op basis waarvan besloten wordt dat Gezondheid Voorlichting en Opvoeding (GVO) mogelijk en nodig is
- een consultatievraag onderscheidt van een hulpverleningsvraag, en deze op een methodische wijze kan hanteren
- binnen de ervaringskennis van een beginnend beroepsbeoefenaar consultatie geeft aan hulpverlenende en dienstverlenende disciplines binnen en buiten de organisatie
- verpleegkundigen en verzorgenden begeleidt bij vraagstukken in de directe zorgverlening
- prognoses geeft over de risico's die een zorgvrager loopt, zodanig dat deze gerichte keuzes kan maken uit verschillende mogelijkheden tot het nemen van gezondheidsbevorderende maatregelen
- vroegtijdig en pro-actief interventies uitvoert, zo mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke inzichten. Zij kan de genomen maatregelen en interventies onderbouwen, en evalueren
- gebruik maakt van interventiemethoden die de zorgvrager stimuleren tot gewenst gedrag
- op basis van programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies geeft om een gezonde leefstijl bij zorgvragers en hun naasten te bevorderen
- gezondheidsvoorlichting geeft die kan variëren van het geven van informatie met het oog op kennisoverdracht tot het geven van informatie gericht op gedragsverandering
- een voorlichtingsbijeenkomst organiseert of een inhoudelijk programma opstelt, en voorlichtingsmateriaal aanpast
- haar interventies inricht op het erkennen, herkennen en actief beïnvloeden van menselijke vermogens, zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van geestelijk gezondheid. De primaire, secundaire en tertiaire preventief verpleegkundige interventies zijn hierin herkenbaar.

L. Kerntaak: Coördineren

Coördineren is het op elkaar afstemmen van de verschillende vormen van zorg rond de zorgvrager en zijn omgeving. Hiertoe is overleg nodig met de eigen- en andere disciplines. De coördinatie is ook gericht op het bewaken van de continuïteit van de verpleegkundige zorg en behandelbeleid. Verpleegkundig rapporteren en overdracht zijn essentiële vereisten om de zorgketen optimaal te kunnen uitvoeren en op kwaliteit te bewaken.

Daarnaast betekent coördineren streven naar een effectieve en efficiënte multidisciplinaire samenwerking. Op deze wijze krijgt de zorgvrager en zijn omgeving gegarandeerd continue, op elkaar afgestemde multidisciplinaire zorg in de verschillende fasen van behandeling. In Nederland wordt het coördineren betiteld met verschillende benamingen: casemanagement, mentorschap, zorgcoördinatie, intensieve thuiszorg etc.

Competentie

Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn en de geestelijke gezondheid van de zorgvrager, coördineert de GGz-verpleegkundige de totale zorgverlening tijdens de behandeling.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- aan besprekingen met andere disciplines deelneemt, activiteiten van collega's regisseert en samenwerkt in multidisciplinair verband
- de noodzaak van zorgcoördinatie signaleert en initiatieven neemt om de continuïteit in de verpleegkundige zorgverlening te realiseren
- toezicht op de continuïteit en kwaliteit van het verpleegkundige zorgprocessen voor de zorgvrager en zijn omgeving, coördineert, stuurt en houdt, al dan niet uitgevoerd met andere zorgverleners en instanties
- een werkplanning maakt en hierbij prioriteiten aangeeft
- haar expertise gebruikt gericht op de 4 niveaus van functioneren bij het coördineren van een zorgaanbod.

M. Kerntaak: Intercollegiaal en multidisciplinair samenwerken

Voor de continue uitvoering van de zorg werken de meeste GGZ-verpleegkundigen in teamverband. Dit brengt een aantal organisatorische taken met zich mee zoals het ondersteunen van collega's, het inwerken van nieuwe collega's, overleg en samenwerking tot stand brengen. Daarnaast zullen als gevolg van de ontschotting GGZ-verpleegkundigen meer samenwerkingsrelaties aangaan met beroepsgenoten en andere deskundigen, ook buiten de eigen instelling. De kwaliteit en continuïteit van de gewenste (mono, - en multidisciplinaire keten-) zorgverlening optimaliseert, waar de zorgvrager en zijn omgeving bij de uitvoering van het totale zorgproces baat bij heeft.

Door de samenwerking optimaliseert het vakgebied GGZ-verpleegkunde en bereikt de GGZ-verpleegkunde een hogere mate van deskundigheid en kwaliteitsniveaus.

Competentie

Voor een continue uitvoering van zorg om de doelen van de zorgverlening te realiseren werkt de GGZ-verpleegkundige samen met beroepsgenoten en andere deskundigen, binnen en buiten de organisatie.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGZ-verpleegkundige:

- deelneemt aan samenwerkingsverbanden en netwerken in ketenzorgverband, zowel met beroepsgenoten als met andere betrokken deskundigen
- adequaat omgaat met feedback, waardering en kritiek, hierin haar eigen mening kan geven en opkomen voor haar eigen positie
- als contactpersoon/casemanager tussen relevante disciplines of stellingen fungeert
- nieuwe) collega's, leerlingen en stagiaires begeleidt, variërend van het inwerken en onderricht geven tot het vervullen van een begeleidingsfunctie in alle
- fasen van het verpleegkundig proces en bij het uitvoeren van complexe interventies
- communicatief vaardig kan onderhandelen.

Evaluëren van zorg

De evaluatie heeft zowel betrekking op het verpleegproces als op het totale zorgproces. Bij de evaluatie binnen het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorg en om de samenwerking met de zorgvrager. Het evalueren van het totale zorgproces heeft voornamelijk betrekking op de kwaliteit (zoals efficiëntie en effectiviteit) van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de zorgvrager over de organisatie van de zorg.

N. Kerntaak: Evaluëren van het totale zorgproces

De evaluatie heeft zowel betrekking op het verpleegproces als op het onderdeel van het totale verpleeg- en zorgproces tijdens de verschillende fasen van behandeling. Bij de evaluatie van het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van de verpleegkundige zorg, de effecten, de kwaliteit van de zorgverlening, de samenwerking en de tevredenheid van de zorgvrager. Bij de evaluatie van het totale zorgproces gaat het om de effecten van de verschillende onderdelen als geheel. Het betrekken van de zorgvrager bij de evaluatie maakt het mogelijk dat hij de effecten van de verpleegkundige interventies kan waarderen en daardoor de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie in het verpleegkundig zorgbeleid beoordelen.

Competentie

Om de kwaliteit van het verpleegproces te beoordelen evalueert de GGZ-verpleegkundige systematisch de effecten van de verpleegkundige zorg en de samenwerking met de zorgvrager.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGZ-verpleegkundige:

- zowel het verpleegkundige als het totale zorgproces evalueert zowel tijdens als bij de beëindiging van de zorgverlening door vertrek of overplaatsing
- evaluatiecriteria toepast of (nieuwe) evaluatiecriteria opstelt
- tussentijdse veranderingen signaleert, evalueert en op basis hiervan het verpleegplan of andere begeleidingsplannen bijstelt
- systematisch, zowel individueel, groepstherapeutisch als in de natuurlijke omgeving, de reacties van de zorgvrager beoordeelt op de uitgevoerde interventies
- de verleende zorg registreert en zodanig rapporteert dat deze feitelijk, actueel en compleet is
- door mono- en multidisciplinaire besprekingen verantwoording aflegt over de verpleegkundige zorgresultaten.

5.3 Professiegebonden taken

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

Context en opgaven

De coördinatie van de totale zorg is gericht op het bewaken van de continuïteit en kwaliteit van de eigen verpleegkundige zorg versus het totale behandelbeleid. Naarmate GGZ-zorgvragers in toenemende mate afhankelijk worden van professionele hulpverleners, wordt het managen van de zorg een belangrijk doch mogelijk een complexe kwestie. De GGZ-verpleegkundige draagt - binnen de ketenzorg - zorg voor een goede communicatie met de zorgvrager en diens naasten over de verleende en te verlenen zorg, zowel in intra-, trans- als in extramurale settings. Ze zorgt ervoor dat in de relatie met de zorgvrager recht wordt gedaan aan de zelfbepaling van deze persoon, diens individuele levensloop, persoonlijke betekenis en zingeving aan de gezondheids-, bestaans- en interactieproblemen.

Binnen deze context kunnen tegenstrijdige belangen in eigen, zorgvrager- en instellingsdoelen een kernopgave vormen.

A. Kerntaak: De eigen deskundigheid bevorderen

De GGz-verpleegkundige is, in het kader van de wet BIG, individueel verantwoordelijk om de eigen deskundigheid op peil te houden. Hierdoor kan zij de kwaliteit van haar beroepsbeoefening garanderen en een bijdrage leveren aan de continue professionalisering van het verpleegkundige beroep. De uitvoering van GGz-verpleegkunde, zowel op de afdeling/setting, als binnen de instelling en de beroepsgroep, zal op deze wijze zo adequaat en transparant mogelijk, volgens de laatste (inter-) nationale beroepsontwikkelingen optimaliseren.

Competentie

Om de kwaliteit van het GGz-verpleegkundige beroep op het vereiste peil te houden zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke en beroepsinhoudelijke criteria, werkt de GGz-verpleegkundige actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- eigen leermogelijkheden ziet en door te reflecteren op eigen ervaringen en handelen, persoonlijke waarden en normen leert
- door na- en bijscholingsprogramma's en themabijeenkomsten leert
- een bijdrage aan het instellingsbeleid levert en individueel- en groepsgericht verpleegbeleid mede ontwikkelt
- verpleegkundige standaarden en protocollen mede ontwikkelt
- de grenzen van haar eigen deskundigheid kent en in staat is om zo nodig consult of steun te vragen in de uitvoering van het verpleegkundige werk
- periodiek vakliteratuur bijhoudt en relevante informatie hieruit toepast. Dit wordt onder andere zichtbaar door het aan de orde stellen van nieuwe ontwikkelingen en de consequenties voor de GGz-verpleegkundige beroepspraktijk
- op de hoogte blijft en consequenties overziet van nieuwe ontwikkelingen voor het beroep en de beroepspraktijk, deze aan de orde stelt en toetst door intervisie, intercollegiale begeleiding en het inwerken en begeleiden van nieuwe collega's
- een professionele houding, 'loopbaan-lang' leren uitdraagt en leermogelijkheden uit de beroepspraktijk en wetenschappelijke kennis signaleert, interpreteert en gebruikt
- vragen formuleert die een (verplegings)wetenschappelijke benadering of onderzoek mogelijk of wenselijk maken
- de grenzen van haar eigen deskundigheid kent en zo nodig consultatie vraagt.

B. Kerntaak: De kwaliteit van de GGz-verpleegkundige zorg bevorderen

De GGz-verpleegkundige spoort op systematische wijze knelpunten op in de verpleegkundige zorgverlening en onderneemt stappen om deze aan de orde te stellen en op te lossen. Het is belangrijk dat zij kritisch is ten aanzien van haar eigen handelen en dat van collega's. De kwaliteit van de GGz-verpleegkundige zal zich, zowel volgens de maatschappelijke als laatste beroepsmatige ontwikkelingen en trends, onderhouden en ontwikkelen.

Competentie

Om de kwaliteit van de zorg te bewaken, te bevorderen en te waarborgen participeert de GGz-verpleegkundige in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelings - en instellingsniveau.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- op doelmatige en doeltreffende wijze de zorgverlening inzet en verantwoording geeft over de verleende zorg en de gemaakte keuzes
- knelpunten met betrekking tot een werkklimaat en een therapeutisch klimaat signaleert en voorstellen ter verbetering van de situatie formuleert
- zich kritisch tegenover het eigen vakgebied opstelt en oplossingsrichtingen formuleert voor individuele en groepsvraagstukken in voorkomende dagelijkse problemen in zorgsituaties

- verpleegmodellen kent, deze vertaalt naar de eigen setting en toepast in het dagelijks handelen
- bijdragen levert en voorwaarden schept om de kwaliteit van de (verpleegkundige) zorg te verbeteren van een organisatie-eenheid, en in staat is om GGz-verpleegkundige zorg uit te voeren volgens (nieuwe) werkwijzen en (standaard) procedures
- aan de invoering van uitgewerkte modellen voor kwaliteitsverbetering meewerkt en in de ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen participeert
- de beroepsontwikkeling van de GGz-verpleegkundige zorg ontwikkelt door werkwijze, (standaard) procedures en bijbehorende criteria systematisch te evalueren en bij te stellen
- voorstellen voor overleg, gericht op verbetering van communicatie opstelt en bespreekt, die van invloed zijn op de kwaliteit van de GGz-verpleegkundige zorgverlening
- op de hoogte is van sociaal-culturele en ethische vraagstukken in de geestelijke gezondheidszorg en de effecten op de GGz- verpleegkundige zorg.

C. Kerntaak: De GGz- verpleegkundige beroepsuitoefening professionaliseren

Het professionaliseren van de GGz-verpleegkundige praktijkvoering wordt op drie manieren beschreven: algemeen, methodisch en beroepshouding.

Professionalisering heeft betrekking op het ontwikkelen van opvattingen over taken, houding en verantwoordelijkheden van de GGz-verpleegkundige beroepsuitoefening. Deze wordt zo afgebakend van andere disciplines. De opvattingen over taken, beroepshouding en verantwoordelijkheden worden op deze wijze onderhouden en manifesteren zich volgens de maatschappelijk, eigen en andere beroepsmatige ontwikkelingen.

Competentie

Om het beroep van GGz-verpleegkundigen te ontwikkelen tot een beroep dat aansluit op maatschappelijke ontwikkelingen, vervullen GGz-verpleegkundigen een actieve rol in de vernieuwing en ontwikkeling van het beroep.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundigen:

- een bijdrage levert aan de handelwijzen binnen de GGZ en de eigen beroepsnormen, beroepscode en beroepshouding hanteert aan de hand van het beroepsdeelprofiel
- binnen interdisciplinaire samenwerkingsverbanden participeert en bijdragen levert aan de positieverbetering van de eigen beroepsgroep door te participeren in netwerken van belangen- of beroepsorganisaties
- aan professionele verenigingen en hiervan afgeleide werkgroepen en vakgroepen deel neemt
- pro-actief en betrokken deelneemt bij het opzetten en uitvoeren van verpleegkundige adviesraadtaken
- praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek genereert
- van vigerende wetgeving betreffende de gezondheidszorg en specifiek wetgeving op de hoogte is die betrekking heeft op de dagelijkse verpleegkundige praktijk op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

D. Kerntaak: Methodische beroepsuitoefening bewaken en bevorderen

De methodische beroepsuitoefening verwijst naar de systematische wijze waarop de GGz-verpleegkundige haar taken evidenced based uitvoert.

Het verpleegproces is een gangbare manier om systematisch, methodisch en doelgericht te handelen. Via een viertal stappen (vaststellen, plannen, uitvoeren en evalueren van zorg) en de vier niveaus van functioneren werkt de verpleegkundige aan (reacties op) gezondheids- of daaraan gerelateerde problemen, toe naar een meer gewenste zorgsituatie. Op basis van verpleegkundige diagnoses stelt ze een verpleegplan op.

Het verpleegproces en het behandelprogramma is geen statisch geheel, maar een cyclisch en dynamisch proces. Observatie, signaleren, registreren en evalueren van de verleende zorg door de GGz-verpleegkundige vindt voortdurend plaats, in alle fasen van het zorgproces. Door deze gegevens schriftelijk en mondeling te rapporteren wordt de verpleegkundige zorg overdraagbaar, toetsbaar en controleerbaar. De GGz-verpleegkundige kan te maken krijgen met

nieuwe informatie en onverwachte omstandigheden, die kunnen leiden tot veranderingen in de diagnosestelling of de uitvoering. Evaluatie van het totale verpleegproces indien mogelijk tijdens en in ieder geval aan het eind van de behandeling, kan voor de verpleegkundige tevens aanleiding geven tot bijstelling. De zorgvrager speelt een belangrijke rol bij de evaluatie van de verpleegkundige zorg, aangezien zij de toetssteen is voor de verbetering, verandering of herstel in het functioneren.

Competentie

Voor systematisch, methodisch en doelgericht handelen in de uitvoering van - op de zorgvrager gerichte - taken, volgt de GGz-verpleegkundige bewust en kritisch de stappen in het verpleegproces.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- via de stappen van het verpleegproces werkt om beoogde resultaten te kunnen behalen en inspeelt op veranderende omstandigheden, ideeën en nieuwe informatie, en hierin zelfstandig beslissingen neemt
- in alle fasen van het verpleegproces indien mogelijk samenwerkt met de zorgvrager
- met in achthouding van beroeps- en wettelijke kaders in overleg met naasten of de omgeving optreedt als de samenwerking met de zorgvrager niet mogelijk is
- de behandeling conform werkafspraken en protocollen uitvoert
- adequaat handelend optreedt in onverwachte situaties, daarbij improviseert onder druk en oplossingen zoekt voor problemen
- probleem- en oplossingsgericht denkt en handelt mede door prioriteiten te stellen
- het eigen en totale zorgproces zodanig documenteert dat inzichtelijk is op welke wijze toegepaste werkwijzen effect hebben op de gemoedstoestand en mentale en sociaal-emotionele conditie van de zorgvrager.

5.4 Organisatiegebonden taken

GGz-verpleegkundige zorg vindt over het algemeen plaats in of vanuit een instelling of eigen woonomgeving van de zorgvrager. Het instellingsbeleid c.q. de instelling die optreedt als GGz-verpleegkundige werkgever, vormt het kader waarbinnen de verpleegkundige haar zorg verleent. Zij heeft vanuit haar eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid een belangrijke rol in de bedrijfsvoering van haar organisatie-eenheid. Ze ontwikkelt en optimaliseert daarmee de voorwaarden voor de kwaliteit van haar beroepsuitoefening.

A. Kerntaak: Bijdragen aan het verpleegbeleid en beheer van de organisatie-eenheid/instelling

Het beleid van de organisatie-eenheid heeft onder andere betrekking op de omgang met de zorgvrager, de personele zorg, veilige arbeidsomstandigheden, de registratie- en rapportagesystemen. Het is van belang dat de verpleegkundige zich hierbij betrokken voelt, omdat deze beleidsonderdelen de voorwaarden voor haar beroepsuitoefening vormen.

Competentie

Om de zorgverlening op de organisatie-eenheid zo efficiënt en effectief mogelijk te laten verlopen, levert de GGz-verpleegkundige een bijdrage aan het tot stand komen van het verpleegbeleid en beheer van de organisatie-eenheid.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de GGz-verpleegkundige:

- gebaseerd op zorgprogramma's zowel individueel als groepsgericht verpleegbeleid ontwerpt en toepast
- door het toepassen van psychiatrisch verpleegkundige expertise bijdraagt aan het realiseren van (behandel-) doelstellingen en de maatschappelijke opdracht van een GGZ-instelling.

- mondeling en schriftelijk - met gebruikmaking van (wetenschappelijke) inzichten, theorieën, concepten en EB-onderzoekresultaten - een verpleegkundige bijdrage aan een zorgprogramma levert
- de voorwaarden creëert voor een veilig werkklimaat, goed therapeutisch klimaat en een voorbeeldfunctie vervult
- de veiligheid van de zorgvrager organiseert tijdens zijn verblijf binnen een afdeling/setting
- de eigen risico's van het verpleegkundig handelen kent en de afdelings-/setting- en organisatieregels in acht neemt
- een bijdrage levert aan de ontwikkeling van klantgericht beleid van de organisatie-eenheid en hier uitvoering aan geeft
- een bijdrage levert aan het organisatiebeleid door het uitvoeren van zorg binnen de doelstelling en visie van de organisatie
- op effectieve en efficiënte wijze omgaat met materiële en personele middelen van de organisatie-eenheid. Zij voert daartoe bureauactiviteiten uit en hanteert (geautomatiseerde) registratie- en informatiesystemen
- medisch-technische apparatuur gebruikt en voor het onderhoud zorgdraagt. Ze is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied.

Bijlagen

Begrippenlijst

Acuut Begeleiden	Hevig, met een snel (mogelijk levensbedreigend) verloop Invloed uitoefenen op het functioneren van de zorgvrager, die erop gericht is problemen of terugval te voorkomen, situaties draaglijk te maken of de zelfstandigheid of zelfredzaamheid te vergroten.
Bemoeizorg	De methodiek die gericht is op mensen bij wie sprake is van complexe problemen door een tekort schietende zelfzorg op meer dan 1 levensgebied, terwijl de zorgvrager geen hupvraag formuleert op de juiste plaats of op het juiste moment. Hulp wordt dan ook geboden op basis van signalen uit de omgeving.
Beroepsdeelprofiel	Een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel, gericht op een expliciete beschrijving van verpleegkundige beroepsuitoefening, verbonden aan een niveau en verbonden aan een welomschreven groep zorgvragers.
Casemanagement	Doelgericht het gehele proces van de zorgvrager, die in het kader van een bepaald vraagstuk te maken krijgt met meerdere aanbieders van diensten en waarbij meerdere belangen een rol spelen, op elkaar afstemmen.
Chronische ziekten	Zorgvragers met een of meer lichamelijke aandoeningen, waarmee ze hoogstwaarschijnlijk de rest van hun leven te maken hebben. Hun klachten zijn te verlichten, te verminderen of anderszins te behandelen maar de ziekte is meestal niet te genezen. Zij komen binnen alle situaties van de gezondheidszorg voor.
Co-morbiditeit	Het voorkomen van problematiek op zowel psychiatrisch als somatisch gebied.
Compliance	Therapietrouw c.q. strikte naleving van regels.
Complicatie	Ongunstige samenloop.
Deelgebied van verpleegkundige beroepsuitoefening	Een te onderscheiden deel of terrein van verpleegkundige beroepsuitoefening, op basis van een representatieve groepering van zorgvragers. Dat wil zeggen een groepering van zorgvragers met eigen, herkenbare en te generaliseren zorgvragen.
Differentiatie	Een te onderscheiden vorm van verpleegkundige zorg aan specifieke zorgvragers binnen een bepaald deelgebied op een bepaald niveau.
Format beroepsdeelprofiel	Raamwerk met richtlijnen dat beroepsdeelprofielen voorziet van een gestandaardiseerde basis.
Intensieve klinische zorg	Alle intensieve vormen van verpleegkundige zorg die binnen en buiten het ziekenhuis gegeven wordt. De term verwijst naar de inhoud, niet naar de locatie van de zorg. Het gaat om zorg die sterk bepaald wordt door medisch-technologische ontwikkelingen en tegelijkertijd hoge eisen stelt aan de begeleiding van de zorgvrager.
Kerntaken	Sets van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die door een belangrijk deel van de verpleegkundigen worden uitgeoefend. Dat wil zeggen: zij weerspiegelen de kenmerkende werkzaamheden van de verpleegkundige, geordend in logische volgorde van het beroepsproces.
Kernopgaven	De opgaven of problemen waarmee een verpleegkundige regelmatig te maken heeft, die kenmerkend zijn voor het beroep en waarbij van de verpleegkundige een oplossing en een aanpak wordt verwacht. Dergelijke problemen stellen de verpleegkundige voor keuzes of dilemma's en zijn daarmee complex van aard.
Maatschappelijk	Alle behandel-elementen en alle ondersteunings- en

steunsysteem	rehabilitatiemogelijkheden die de zorgvrager nodig kan hebben om zijn plaats in de samenleving in te nemen.
Niveau van verpleegkundige beroepsuitoefening	Beroepsuitoefening geordend naar verpleegkundige bekwaamheid, die parallel loopt met een groei in professionele beroepsuitoefening en met beroepservaring. Een niveau in beroepsuitoefening is niet alleen gekoppeld aan specialisatie in een bepaald type zorg.
Preventie	Bestrijden van risicofactoren en het bevorderen van positieve determinanten van gezondheid om nieuwe gevallen van problemen van gezondheid te voorkomen (primair), vroegtijdig risicofactoren van ziekte of problemen van gezondheid op te sporen en te behandelen (secundair) en om ernstiger gevolgen van bestaande problemen te voorkomen (tertiair).
Seksespecifieke hulpverlening	Hulpverlening specifiek toegankelijk voor of mannen of vrouwen.
Specialisatie	Afzonderlijk beoefent deel van een tak van vak of wetenschap: daar waar men zich bijzonder op toelegt.
Transfer	De mate waarin een verpleegkundige competenties kan toepassen in uiteenlopende beroepsmatige situaties (Comm. Kwalificatiestructuur 1996).
Vermaatschappelijking	1. Het maatschappelijke proces waarmee uitsluiting van mensen met een psychiatrische achtergrond wordt nagestreefd en tegengegaan. 2. Alle beleidsmatige en hulpverlenende interventies die het mogelijk maken mensen met een psychiatrische of een verstandelijke beperking een zelfstandige plaats in de samenleving te geven.
Verpleegkundige beroepsstructuur	Structuur van niveaus en deelgebieden in verpleegkundige beroepsuitoefening.
Vier niveaus van functioneren	Een ordeningsprincipe ontleend aan de systeemtheorie: uitgangspunt is de voortdurende wisselwerking tussen de vier niveaus: lichamenlijk, individueel, sociaal en maatschappelijk niveau.
Verplegen	Het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheid- of daaraan gerelateerde bestaansproblemen, en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.

Gebruikte afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AVVV	Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden
BIG	Wet beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BP	Best Practice
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
COOV	Coördinerend Overleg Opleidingen in de GGZ
CONO	Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleidingen in de GGZ
EB	Evidence Based
FVGGZ	Federatie van Verpleegkundigen in de GGZ
MFE	Multi Functionele Eenheid
NVPV	Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Verpleegkundigen
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
RIAGG	Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling Beschermd Woonvormen
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
STIP	Staffunctionarissen in de Psychiatrie
VAR	Verpleegkundige Adviesraad

VCPV
WGBO
WHO

Vereniging Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen
Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
World Health Organisation

Geraadpleegde literatuur

- E. Albersnagel, *Methodiekontwikkeling voor verpleegkundigen* (Groningen 1993)
- M. Appelo, Sloof, C., *De begeleiding van de chronisch psychiatrische patiënt* (Houten/Zaventem 1993)
- A. Baart, *Zorg geven aan armen: de opgave naderbij te zijn*, In: Sociale Overbodigheid, Laeyendecker et.al., (Nijmegen, 1998)
- Z. Bauman, *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid* (Boom, 1998)
- R. Berghmans, *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*, GGZ Nederland, (Utrecht/Maastricht 2001)
- N. Bijl de, *Taakherschikking en verpleegkundigen; een juridische analyse*, (TGE, 2003)
- A. Bos, (red), , *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte* (Leiden 1999)
- D. Bruin, de, e.a.a, , *Zwerven in de 21^e eeuw. Een exploratief onderzoek naar de geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*, Centrum voor Verslavingsonderzoek (Utrecht 2003)
- Commissie Kwalificatiestructuur, , *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging*, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Zoetermeer/Rijswijk 1996)
- CONO, , *Advies beroepenstructuur GGZ 1^e fase* (Utrecht 2000)
- CONO Werkgroep Beroepencluster Verpleegkunde, *Rapportage beroepencluster Verpleging*, (Utrecht 1999)
- COOV, *Contourennota; verpleegkundige beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering in de GGZ* (Utrecht 1998)
- N. Cullum, *Evidence based nursing: uitdagingen en mogelijkheden*, Verpleegkunde Nieuws, (Houten 2000)
- F. Derks, e.a., *Het advies van de Commissie Kosto over de toekomstige organisatie van de zorg voor ter beschikking gestelden*, (MGV 2002),
- M. Eland-Goossensen, e.a., , *Verslaafden binnen en buiten de drugshulpverlening: een combinatie van klinisch- en veldonderzoek*, TADP 21, (1995)
- J. Graste, Bauduin, D., , *Waardenvol werk; ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Assen 2000
- H. P.M. Haaster van, *Clëntenparticipatie*, (Bussum 2001)
- H. Hillmann, *De kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners*, (Utrecht 2000)
- G. Hoogeboezem, *Wonen in een verhaal; dak- en thuisloosheid als sociaal proces*, De Graaff, (Utrecht 2003)
- G. Hutschemaekers, *Wordt Nederland steeds zieker?; kengetallen en achtergrondanalyses*, MGV, 4, (2000)
- G. Hutschemaekers, *In de beperking toont zich de meester*, ZM, (1999)
- J. Kerseboom, Geelen, K., *"Ik voel me, zeg maar, krachtig"; ervaringen van cliënten met het PGB in de geestelijke gezondheidszorg*, MGV (2000)
- L. Laeyendecker e.a., , *Sociale Overbodigheid*, Uitgave KSGV, serie Geestelijke Volksgezondheid, (Nijmegen 1998)
- E. Leistra e.a., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, NIZW en LCVV, Elsevier, Tijdstroom, (Maarssen 1999)
- S. Lindt van der, *Bemoei je ermee; leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*, (Assen 2000)
- G. Lohuis, G. Van bemoei- naar groeizorg; *methodieken voor de OGGZ*, (Houten 2002)
- C.A. Loth, Rutten, R., Huson-Anbeek, D., Linde, L., , *Verslavingen de verpleegkundige praktijk*, (Maarssen 1999)

C.A. Loth, *Professionele verpleegkundige begeleiding van chronische drugsverslaafde cliënten in de ambulante verslavingszorg*, werkdocument op weg naar een geïntegreerd zorgaanbod voor een moeilijk te bereiken cliëntengroep (Deventer 2003)

W.C.B. Mandemakers, *Complexiteit van de verpleegsituatie: een onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid en hanteerbaarheid van een complexiteitsscorelijst binnen het algemeen ziekenhuis*, Afstudeerscriptie, Verplegingwetenschappen RUL (Maastricht 1993)

B. Meyel., *Relapse prevention; in patients with schizophrenia*, UMC (Utrecht 2003)

M.C. Mos, Weeghel, van, J., *Zorg in de samenleving; een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen* (1999)

Nu'91, *Beroepscode voor de Verpleging*, (Maarssen 1996)

NVPV en STIP, *Beroepsdeelprofiel GGZ-verpleegkundige*, (red. B. Venneman), Kavannah (Dwingeloo 2000)

NVPV en STIP, , *Interculturele hulpverlening*, Consensusdocument, gezamenlijke uitgave NVPV/STIP(2000)

NVPV en STIP, *Verpleegkundige zorg aan mensen met schizofrenie*, Consensusdocument, gezamenlijke uitgave NVPV/STIP (2000)

NVSPV,*Profiel SPV*, Uitgave NVSPV (Utrecht 1998)

A. Pool, Lambregts, J., *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*, (Utrecht 1999)

A. Pool, e.a., *Met het oog op de toekomst*, beroepscompetenties van Hbo-verpleegkundigen, NIZW, (Utrecht 2001)

C. Raben, *Toekomstscenario's psychiatrische verpleegkunde*, (Almelo 1999)

RMO, *Verslavingszorg herijkt; Advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid*, RVZ en RMO-advies, (Zoetermeer 1999)

RMO, *Kwetsbaar in het kwadraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen*, RMO-advies 16, (den Haag 2001)

S. Rooyen van, e.a., *We komen eraan !!; zorg-aan-huis voor mensen met ernstige psychische problemen*, SWP, (Amsterdam 2003)

RVZ, *Ingelijfd en ingelijnd; Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw*, advies aan minister van VWS (Zoetermeer 1998)

RVZ, *Professionals in de gezondheidszorg*, advies RVZ (Zoetermeer 2000)

RVZ, *Taakherschikking in de Gezondheidszorg* (Zoetermeer 2002)

SCP, *De sociale staat van Nederland, 2003*, Sociaal en Cultureel Planbureau (Den Haag 2003)

P.Schnabel, *Individualisering en sociale integratie*, (Nijmegen 1999)

G.J.C. Stegge aan de, Klungers, J., *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*, Kavannah, (Dwingeloo 1993)

G.J.C. Stegge aan de, *Verpleegkundigen opleiden in de psychiatrie*, MGV, (2001)

P.J.M.Stevens, *Methodiek van het verpleegkundig handelen*, (Leiden 1995)

STIP, *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*, herziene versie (Dwingeloo 1997)

W. Vandereycken, Van Deth, R., *Psychiatrie, serie Bouwstenen voor gezondheidszorgonderwijs*, (Diegem 1995)

B.J.M. Venneman, *Profiel SPV*, Uitgave NVSPV, (Utrecht 1998)

H. Verburg, H., e.a., *GGZ programma': krijgen cliënten wat ze willen?*, MGV, (2002)

VWS, *Beleidsbrief Geestelijke Gezondheid*, Ministerie VWS, (Rijswijk 1997)

VWS, , *Beleidsbrief Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*, Ministerie VWS, (Rijswijk 1997)

VWS, *Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg 1999*, Ministerie VWS, (Rijswijk 1999)

VWS, *gezondheidsberoepen in beweging*, rapportage van een projectgroep, Ministerie VWS, (Den Haag 2000)

VWS, *Zorg van Velen*, Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, (Rijswijk 2000)

H.J. Wennink, *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en Geestelijke Gezondheidszorg*, Elsevier, (Maarssen 1998)

H.J. Wennink, e.a, *De metamorfose van de GGZ; kanttekeningen bij vermaatschappelijking*, MGV, (2001)

ZonMw Evaluatie wet BIG, (Den Haag 2002)

Opstellers Beroepsdeelprofiel

Dit beroepsdeelprofiel is tot stand gekomen binnen het kader van het programma Beroepsontwikkeling van de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) en samengesteld door een ontwikkelgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging Psychiatrie Verpleegkunde (NVPV) en Staffunctionarissen in de Psychiatrie (STIP):

Brenda Bootsma, verpleegkundig stafmedewerker DeltaBouman, Rotterdam
Chris Loth, manager/onderzoeker Loth Verpleegkunde
Corry van der Oord, psychiatrie verpleegkundige Duin en Bosch, Castricum
Tineke Postuma, verpleegkundig specialist GGz, Parnassia, Den Haag
Yvonne Slee, voorzitter Bestuur NVPV, opleider DeltaBouman, Rotterdam
Ben Venneman, extern adviseur, MScN
Dirk Wiersma, stafverpleegkundige GGz Groningen, Lid COOV

De historische ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrisch verpleegkundige zorg

Auteur: Cecile aan de Stegge (februari 2004)

In 1883 krijgt Jacob van Deventer, geneesheer-directeur van het 'Buitengasthuis' te Amsterdam, opdracht om een reorganisatie door te voeren. Het 'Buitengasthuis' is de –buiten de stadspoorten gelegen- dépendance van het gemeentelijke gasthuis waar louter krankzinnigen, besmettelijk zieken en ongeneeslijken worden opgenomen. Naar de mening van de Gemeenteraad heersen hier ernstige wantoestanden: onder het personeel zouden zich corrupte en gewelddadige lieden bevinden, waardoor gedwongen opsluiting en mishandeling van de patiënten frequent plaatsvindt. Van Deventer beoogt met zijn reorganisatie dan ook bovenal, dat het 'oppassend' personeel het inzicht krijgt dat krankzinnigen 'ziek' zijn, óók of juist wanneer deze patiënten zeer onaangepast of zelfs gevaarlijk gedrag vertonen. Dit inzicht zal het personeel motiveren om minder dwangmiddelen toe te passen, minder strafmaatregelen te nemen en geen persoonlijk geweld meer tegen patiënten te gebruiken. Bovendien zal hij als geneesheer meer kans krijgen om de patiënten die individuele geneeskundige behandeling te bieden die ze nodig hebben. Met het oog hierop stelt hij een gediplomeerd ziekenverpleegster -Anna Reynvaan- aan als zijn adjunct-directrice. Zij is pas de zevende 'verpleegster' in Nederland en Van Deventer toont zich met dit besluit dus bepaald een vooruitstrevend geneesheer. Na 7 jaar samenwerking is hij zó tevreden over de geboekte resultaten¹, dat hij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) in 1890 weet te overtuigen van de noodzaak een 'opleiding in krankzinnigenverpleging' te ontwikkelen voor mannen en vrouwen die 'beroepshalve' verplegend werk ambiëren in een krankzinnigengesticht. De opleiding moet theoretische leerstof (bouw en verrichtingen van het menselijk lichaam, zieken-verpleging, gezondheids- en ziekteleer, krankzinnigenverpleging en kennis over de bepalingen rond de 'gedwongen opname' uit de krankzinnigenwet) combineren met het opdoen van praktische werkervaring op alle afdelingen van een gesticht. Een verplegende moet het gedrag van alle soorten gestichtpatiënten kunnen reguleren: van rustigen, halfrustigen en onrustigen. Ook moet deze de vele patiënten kunnen verplegen die niet alleen *psychisch*, doch ook *somatisch* ziek zijn.

De NVP installeert een examencommissie en gaat voortvarend aan de slag. De eerste 19 NVP-diploma's in krankzinnigenverpleging worden in 1892 uitgereikt aan 2 mannen en 17 vrouwen. Van Deventer zelf publiceert een Handboek in de krankzinnigenverpleging in 1897.²

¹ Zij nam een groter aantal verpleegsters uit de betere kringen aan; controleerde de arbeidsdiscipline onder de verplegers en verpleegsters; strafte lichamelijk geweld tegen patiënten af met ontslag en verbood het gebruik van ouderwetse dwangmiddelen als 'dekselbedden'; introduceerde een regime van 'bedverpleging'; hing gordijnen en schilderijtjes op met als gevolg een huiselijker interieur; introduceerde de 'vaste nachtdienst' en het verpleegstersuniform, introduceerde de voor alle rangen en standen gelijke aanspreektitel van 'broeder' of 'zuster' en gaf patiënten die niet in bed hoefden te liggen allerhande recreatieve of productieve bezigheden

² Hij behandelde 14 'psychiatrische' ziektebeelden: melancholia (zwaarmoedigheid), mania (dolheid), insania cyclica

Uiteraard krijgt de NVP al spoedig concurrentie. Ook de Christelijke Vereniging tot Verzorging van Zenuwzieken & Krankzinnigen en de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging nemen per 1897 eindexamens af in krankzinnigenverpleging. Het Rijk start met een eigen opleiding in haar twee Rijkskrankzinnigengestichten per 1903. Het lukt de NVP niet om al deze organisaties volgens eenzelfde onderwijsprogramma te laten werken. Het lukt evenmin, om de krankzinnigengestichten erkend te krijgen als 'volwaardige werkervaringsplaats' voor 'algemene ziekenverpleegsters'. Naar de mening van de geneesheren in de algemene ziekenhuizen komen diverse somatische ziektebeelden in de gestichten te weinig voor om jonge mensen 'all-round' te leren 'verplegen'. Spaak lopende onderhandelingen over dit punt –al in 1898- bezorgen Nederland tot 1997 twee aparte verpleeg-opleidingen, al geeft men vanaf 1907 reeds gediplomeerden studiekorting bij het volgen van de tweede opleiding. In 1921 erkent de Nederlandse overheid –die het 'maatschappelijk middenveld' volgt en (nog) teveel niet wil 'sturen'- bij Wet twee verschillende verpleegdiploma's: het diploma A voor algemene & bijzondere ziekenverpleging, en het diploma B voor het verplegen van krankzinnigen & zenuwzieken. De twee opleidingen vallen elk onder een eigen Inspectie; deze Inspecties horen op hun beurt –tot 1947- ieder tot een eigen Ministerie.

Verplegen in een gesticht is tot 1929 vooral hard werken in een armoedige en overbevolkte, geïsoleerd van stads- of dorpskern gelegen gestichtsomgeving, waar patiënten overwegend *gedwongen* (op basis van een machtiging) worden opgenomen. Omdat men als verplegende intern moet wonen, is het gesticht ook hun eigen huis. De verplegenden houden zich bezig met zorgen voor de lichamelijke verzorging van de patiënten, het schoonhouden van de afdelingen, het scheppen van een dagorde, toezicht houden op hen die in bed liggen (circa 25%) en op hen die niet in bed hoeven te liggen (75%) en/of die mogen werken. En al heeft niemand de illusie dat alle patiënten voortaan zullen *genezen* (men beseft heel goed dat velen onbehandelbaar zijn en onderscheidt dus drie voorname functies voor een gesticht: een *geneeskundige* functie (behandelen), een *maatschappelijke* functie (het bewaken en beheersen van gevaarlijke patiënten) en een *menslievende* functie (de niet geliefde patiënten bescherming bieden tegen verwaarlozing), toch is men teleurgesteld als tegen 1920 blijkt dat het werken met beter opgeleide verplegenden –door afnemende sterfte onder de patiënten- leidt tot een groei van het aantal gestichten alsmede van hun (chronisch zieke) populatie. De wens psychiatrische problemen door gerichte preventie (alsmede door goede nazorg) vóór te zijn neemt toe. In 1917 start zodoende al een eerste sociaal psychiatrische praktijk in Amsterdam, van waaruit ontslagen patiënten kunnen worden bijgestaan middels huisbezoek met concrete hulp in raad en daad. Ervaren krankzinnigen-verpleegsters (die goed kunnen observeren en rapporteren) vinden al spoedig op tal van plaatsen in Nederland een baan in vergelijkbare praktijken. Op dit punt loopt Nederland voorop! (Dat blijft de hele eeuw zo. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige met grote verantwoordelijkheid en goede opleiding is een Nederlands wapenfeit voor de GGZ van formaat.)

Ook in de gestichten zelf zit men echter niet stil. Dr. W.M. Van der Scheer propageert vanaf 1926 de zg. 'actievare therapie'; deze behelst dat verplegenden hun patiënten dienen 'op te voeden' (door hen een adequate sociale reactie te geven op hun gedrag) en hen dienen te begeleiden bij arbeid, opdat elke patiënt zijn eigen prestatieniveau terugvindt, optimaal weet te benutten en daardoor ook terug kan keren naar de maatschappij. Overige Nederlandse geneesheren volgen van der Scheer in zoverre, dat zij véél meer werk gaan maken van de arbeidstherapie. De 'actievare therapie' verandert verplegenden binnen de *psychiatrische inrichting* dus van 'verzorgers' in 'verzorgers & opvoeders' die met een grote verantwoordelijkheid zijn belast.

In mei 1929 wordt bovendien een Wet aangenomen die de psychiatrische praktijk nog sterker in deze richting zal duwen: een nieuwe Gemeentewet creëert het financiële kader op basis waarvan ook arme patiënten een 'vrijwillige opname' gefinancierd kunnen krijgen. Deze Wet leidt tot een groter aantal 'open' afdelingen. Dit zal het karakter van de krankzinnigengestichten ingrijpend veranderen,

(cyclische krankzinnigheid), insania neurasthenica (neurasthenische krankzinnigheid), idiotia en imbecillitas (zwakzinnigheid), insania moralis (morele idiotie), insania impulsiva (dwangzin), paranoia vecordia (waanzin), amentia (verwardheid), dementia (kindschheid), dementia paralytica (hersenvlamming), insania epileptica (epileptische krankzinnigheid), insania hysterica (hysterische krankzinnigheid) en insania alcoholica (alcoholische krankzinnigheid.). Zie Van Deventer, 1897, *Handboek der krankzinnigenverpleging*, J.H.&G van Heteren, Amsterdam, pagina VIII

zo menen de artsen. *Vrijwillige* patiënten zijn immers *mondige* patiënten. Zij zullen het 'peil' van de verpleging vanzelf verder verhogen. Mondige patiënten zullen de verpleging immers van replek dienen als hen iets niet zint. Reeds in 1929 blijkt dat dit waar is: ex-zenuwpatiënte Fré Dommissie schrijft het boek '*Krankzinnigen*', in de hoop hiermee bij te dragen aan het opheffen van de 'kloof' tussen normale en abnormale mensen. Juist verplegenden kunnen daar veel aan doen, betoogt ze. Die weten op basis van hun ervaring als 'tussenpersoon' hoe klein het verschil is tussen 'normaal' en 'abnormaal' en moeten dat inzicht naar de maatschappij uitdragen. Het boek van Dommissie maakt veel los; het wordt intensief bediscussieerd in verpleegkundige kring en er wordt ruim uit geciteerd in Leerboeken voor de verpleging.

In 1933 worden de eisen voor de praktijkopleiding dan ook aangepast: elke leerling moet vanaf nu werkervaring opdoen op allerlei afdelingen voor arbeidstherapie. Daarnaast moet elke leerling in staat zijn de tijd ontspannen met patiënten te kunnen doorbrengen. In de praktijk van werk en van de exameneisen staat 'opvoeding' voortaan dus gelijk aan 'verzorging'. Helaas besluit de Hoofdinspecteur, dat het door de economische crisis onmogelijk is om na 1933 vóórt te gaan op het ingeslagen pad, elke vijf jaar de eisen van de praktijkopleiding aan te passen. Het praktijkboekje blijft daardoor tot maar liefst 1970 ongewijzigd. Allerlei andere therapieën (belangrijke somatische kuren waaraan de verpleging meewerkte) komen in dit boekje dus niet voor.

Op de werkvloer van de inrichtingen heerst tussen 1933 en 1970 nood: de afdelingen zijn te groot om de (als gewenst ervaren) individualisering in de verpleegkundige zorg vorm te kunnen geven. De verpleging is welhaast gedwongen tot het organiseren van activiteiten als wandelmarsen, sportdagen of zomerfeesten voor (te) grote groepen patiënten. In de jaren vijftig van de 20^{ste} eeuw stijgt –gevoed door zeer extreme personeels-tekorten- de frustratie hierover tot ongekende hoogte. Nu het aantal vrijwillig opgenomen patiënten het aantal gedwongen opgenomen patiënten overtreft, wil men *kleinere* afdelingen opzetten waar groepen patiënten met elkaar kunnen leren samenleven. Men wil op de afdelingen 'zaalraden' invoeren en vermenging van mannelijke en vrouwelijke patiënten toestaan. Het ideaal is dat de patiënten zichzelf kunnen ontplooien, niet alleen voor 'de gemeenschap' zoals ten tijde van Van der Scheer, maar omwille van zichzelf. Patiënten hebben recht op 'zelf-expressie'. Dat alles vergt toezienend personeel, dat in staat is met de patiënten om te gaan. In deze periode- er is nog geen CAO- heerst onder de verplegenden veel idealisme: menigeen maakt –intern wonend- geen onderscheid tussen diensttijd en vrije tijd. Men komt in vrije tijd terug op de afdeling om tijd met de patiënten door te brengen.

Dat komt ook omdat de introductie van het eerste psychofarmaca slaagt: Largactil wordt in Nederland ingevoerd in 1953. Grote groepen patiënten worden door dit medicament meer aanspreekbaar en hanteerbaar. Die patiënten willen nu –terecht- ook wel eens iets 'beleven'. Maar dat vergt toezichthoudend personeel. Ideaal (hoogstaande wensen) en werkelijkheid (personeelstekort) groeien steeds sterker uit elkaar. Deze spanning leidt tot intensief contact tussen artsen en verplegenden om een moderne B-opleiding van de grond te krijgen, waarmee men hoopt hoger gekwalificeerd personeel voor de verpleging in de psychiatrie aan te trekken. De nieuwe opleiding zal een veel betere aansluiting moeten hebben op al het overige onderwijs (Mammoetwet) in Nederland. Met ingang van de jaren zestig schrijven steeds mondiger verplegenden zelf de boeken over het verplegen: zij willen doelgerichter agogisch werken. In hun teksten stellen zij het belang van een vertrouwensrelatie tussen patiënten en verpleegkundigen centraal. Tot 1968 (AWBZ) blijft de Nederlandse psychiatrie echter vrijwel permanent kampen met ernstig personeelstekort. Men beschikt over te weinig gediplomeerden om de B-leerlingen te begeleiden in het leren opbouwen van zo'n relatie. De Stichting Pandora (opgericht in 1964) weet het gebrek aan individuele aandacht voor psychiatrisch patiënten goed onder de aandacht van een breder publiek te brengen.

Pas na 1970 zal het - door omvangrijke financiële investeringen in de psychiatrie, óók op het gebied van de verpleging³ – enigszins gaan lukken om al lang bestaande wensen op het gebied van individualisering en therapeutische begeleiding vorm te geven. Allereerst wordt in juli 1970 wettelijk een harde selectie-eis gesteld aan kandidaten voor de B-opleiding: een afgeronde MULO-opleiding. Hierdoor stijgt de kwaliteit van het personeel: de B-opleiding kan eenduidiger werken. Ver- en nieuwbouw van instellingen maakt voorts verplegen in kleinere, meer gedifferentieerde, leefgroepen op basis van 'sociotherapeutische inzichten' mogelijk. Tevens

³ De Nota betreffende Geestelijke Volksgezondheid van Minister Kruisinga van november 1970 schreef dat men de B-leerlingen niet langer als werkkracht moest inzetten en dat –vanwege het belang van hun vertrouwensrelatie met patiënten- veel meer SPV-ers nodig waren. Zie die Nota pag. 135 en 138 respectievelijk pag. 93

wordt de B-opleiding tussen 1970 en 1986 een aantal malen ingrijpend herzien; van een opleiding met een *medisch* accent verandert deze in een opleiding met een *sociaal-agogisch* en uiteindelijk in een opleiding met een *verpleegkundig* accent. Dat laatste accent is bewust gekozen, om aan te sluiten bij de visie van de sinds begin jaren zeventig bestaande *dagopleidingen* verpleegkunde en bij de steeds verder gaande individualisering van 'verpleegkundige zorg': aan het eind van de 20^{ste} eeuw wordt verwacht dat een verpleegkundige een doelgericht verpleegplan per patiënt kan opstellen.

Onder invloed van de Europese eenwording alsmede onder invloed van het streven naar een verbreding van de kansen van verpleegkundigen op de arbeidsmarkt binnen de gezondheidszorg, worden alle Nederlandse verpleegopleidingen met ingang van augustus 1997 geïntegreerd. Vanaf 1997 kunnen 'generiek' opgeleide MBO- of HBO-Verpleegkundigen⁴ met interesse voor werk in de psychiatrie gedurende hun opleiding één jaar een differentiatie 'geestelijke gezondheidszorg' volgen. In de praktijk blijkt deze periode (vaak) te kort. Een goede GGZ-verpleegkundige blijkt minstens *twee jaar werkervaring met alle typen psychiatrisch patiënten* nodig te hebben, om voldoende zicht te krijgen in de problemen waar deze te onderscheiden groepen psychiatrisch patiënten mee kampen en om alle te verlenen GGZ-functies waar te kunnen maken. De recent opnieuw opgedane ervaring, dat een praktische werkervaring van *twee jaar* nodig is om te kunnen voldoen als overal inzetbare verpleegkundige in de GGZ, brengt weer continuïteit aan tussen de voorheen bestaande B-opleiding en het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleegkundigen.

⁴ inservice opgeleide B-verpleegkundigen worden beschouwd als HBO-opgeleid voor hun eigen werkveld sinds de regeling van 1986