

Wat mag de SPH'er nog?

In de rubriek "De worsteling" van SoziO-SPH nr. 91 wordt het dilemma geschetst van enerzijds een grote overlap in taken en handelingen tussen verpleegkundigen en sph'ers (beschreven in een concrete casus in de kinder- en jeugdpsychiatrie), en anderzijds de professionalisering en afbakening van beroepen, vastgelegd in beroeps- en competentieprofielen. Dit is een heel vervelend dilemma, dat niet, zoals veel dilemma's in de hulpverlening, voortkomt uit de gecompliceerde en weerbarstige praktijk van handelen van hulpverleners met hulpvragers, maar *door de hulpverleners zelf wordt gecreëerd en in stand gehouden*. Over de hoofden van cliënten heen en ten koste van hun directe belangen menen professionals te moeten uitvechten wat tot het competentiegebied van de een en wat tot de ander behoort. Wie meent dit te kunnen rechtvaardigen met het argument, dat deze afbakening van professionele taken in het belang is van de kwaliteit van de hulpverlening en de zorg voor de cliënt, houdt zichzelf voor de gek. Uiteraard is het van belang dat beroepsprofielen en bevoegdheden duidelijk zijn, maar daar waar in de praktijk taken en handelingen overlappen, moet deze overlap gewoon worden erkend en geen aanleiding worden voor grensconflicten. Dat een sph'er zelfs de medicijnen, die al zijn uitgezet door de apotheek, niet mag geven aan de cliënt en nog geen pleister mag plakken is werkelijk te gek voor woorden.

Wanneer we het beroepsprofiel van de ggz-verpleegkundige (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, 2004) vergelijken met dat van de sph'er, dan valt meteen de grote mate van overeenkomst op. Beide gaan uit van een driedeling van competentiegebieden: taken m.b.t. de directe zorg- of hulpverlening aan cliënten, professiegebonden en organisatiegebonden taken. In het beroepsprofiel van de ggz-verpleegkundige wordt het eerste gebied ("zorgvragergebonden taken") beschreven in 14 kerntaken. Wanneer men in deze kerntaken het woord 'verpleegkundige zorg' vervangt door 'hulp', of 'verpleegkundig' door '(ped)agogisch', dan wordt duidelijk hoe dicht beide beroepen tegen elkaar aan liggen. Uiteraard zijn de kerntaken in het beroepsprofiel van de ggz-verpleegkundige beschreven vanuit een verpleegkundig kader - en dat verschilt in zijn accenten duidelijk van dat van de sph'er - maar dat neemt de overlap tussen beide vormen van hulpverlening niet weg.

Het toedienen van medicijnen - daar ging het in de casus van "De worsteling" om - valt in het beroepsprofiel van de ggz-verpleegkundige onder de kerntaak 'Verpleegtechnisch handelen'. Uitgerekend een kerntaak die de sph'er niet kent. Men zou dit kunnen aangrijpen om het conflict meteen te beslechten. De beroepsprofielen maken duidelijk dat medicijntoediening wel tot de beroepscompetentie van de verpleegkundige behoort en niet tot dat van de sph'er. Einde discussie. Maar dan gaan we voorbij aan de werkelijkheid van de hulpverleningspraktijk en - belangrijker nog - de belangen van de hulpvrager. In de (residentiële) kinder- en jeugdpsychiatrie wordt niet alleen behandeld, maar ook opgevoed en samengeleefd in groepen. Dit is bij uitstek het terrein van de sph'er. In de casus was aan zo'n hulpverlener behoefte, maar omdat deze niet competent en/of bevoegd zou zijn om medicijnen toe te dienen werd het problematisch om haar aan te stellen. Hoe moet dit dilemma worden opgelost?

Op weg naar een oplossing wil ik het volgende heel duidelijk stellen: *medicijntoediening is geen verpleegtechnische handeling*. Verpleegkundigen kunnen dat wel willen en zij kunnen dat wel zo noemen, maar dat is slechts een kwestie van definiëring. Ik begrijp dat het fijn is voor de verpleegkundige beroepsgroep om zich met een bepaalde competentie of bevoegdheid te kunnen profileren van andere professies, maar het toedienen van medicijnen vereist geen bijzondere *verpleegkundige* competenties. Het valt ook niet - zoals sommigen abusievelijk menen - onder de voorbehouden handelingen volgens de wet-BIG, tenzij het gaat om toediening per injectie. Voor het (oraal) toedienen van geneesmiddelen is zowel kennis als vaardigheid en attitude vereist, die door sph'ers uitstekend beheerst kunnen worden. De sph-opleidingen met een minor ggz en/of een (keuze)module Medicatie, maar ook de interne cursussen van veel kjp- en andere ggz-instellingen, voorzien in de nodige kennis en attitude voor sph'ers. *Kennis* betreft de werking, indicaties en bijwerkingen van de meest voorkomende geneesmiddelen. Alle sph'ers kunnen die kennis verwerven, en degenen die in de ggz willen werken zijn verplicht dat te doen. De enige *vaardigheid* die beheerst moet worden is goed lezen. Het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen is namelijk een kwestie van heel

goed lezen van de naam van de cliënt op de medicatielijst, de naam van het geneesmiddel op de verpakking, van de dosering en de tijdstippen van toediening: het juiste geneesmiddel in de juiste dosering op het juiste tijdstip aan de juiste cliënt. De *attitude* die hiervoor vereist is, betreft grote zorgvuldigheid en verantwoordelijkheidsbesef. Fouten met het toedienen van geneesmiddelen worden zelden gemaakt door gebrek aan kennis, maar door gebrek aan zorgvuldigheid of concentratie. Alle protocollen voor het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen zijn op dit gegeven gebaseerd. Het is flauwe kul om te denken dat alleen verpleegkundigen deskundig genoeg zouden zijn om medicijnen volgens protocol toe te dienen.

Het staat niet ter discussie dat directies van ggz-instellingen moeten zorgen voor protocollen en bevoegdheidsregelingen rond het toedienen van medicatie. Maar daarbij hoeven zij niet uit te gaan van een exclusieve deskundigheid van verpleegkundigen. En sph'ers mogen best een beetje beter laten zien wat zij kunnen en waar zij voor staan. Verpleegkundigen zijn er goed in geslaagd om zich als beroepsgroep te profileren. Nu de sph'ers nog.

Arie Hordijk, docent Medische Kennis,
Christelijke Hogeschool Ede,
Academie voor Sociale Studies.