

**SPECIFIEK BESLUIT VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GEESTELIJKE  
GEZONDHEIDSZORG (GGZ)**

**COLLEGE SPECIALISMEN VERPLEEGKUNDE**

Besluit van 10 februari 2020 houdende de specifieke eisen voor het deskundigheidsgebied en de specifieke competenties van de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (vs ggz)<sup>1</sup>.

**(Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg)**

Het College Specialismen Verpleegkunde,

gelet op artikel 14, tweede lid onder d. van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en artikel 10, eerste lid van de Regeling Specialismen Verpleegkunde 2007 van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN);

gezien het advies van het bestuur van V&VN en het advies van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde;

**BESLUIT:**

---

<sup>1</sup> Van de vaststelling van dit besluit en van de beslissing van de minister houdende instemming met dit besluit op 17 juni 2020 is mededeling gedaan in de Staatscourant van 13 juli 2020.

## **Artikel 1 (toepassingsbereik besluit)**

1. Op de opleiding, registratie en erkenning behorend bij het verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg zijn, naast de in dit besluit genoemde eisen, alle eisen van toepassing zoals opgenomen in het Algemeen besluit Specialismen Verpleegkunde.
2. In beleidsregels van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde kunnen bepalingen in dit besluit nader worden ingevuld.

## **Artikel 2 (deskundigheidsgebied)**

1. Tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op diagnostiek, behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen.
2. Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld in het eerste lid wordt begrensd door het aandachtsgebied en daarbinnen een expertisegebied van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij maakt de vs ggz gebruik van onderdelen van het behandelspectrum.
  - a. De aandachtsgebieden zijn ontwikkelingspsychologisch georiënteerd. Deze betreffen:
    - kinder- en jeugdpsychiatrie;
    - volwassenenpsychiatrie;
    - gerontopsychiatrie.
  - b. De expertisegebieden kenmerken zich door het intrusieve karakter en de hoge prevalentie van de problematiek, en vragen om specifieke kennis en kunde.
    - licht verstandelijke beperkingen met psychiatrische comorbiditeit;
    - transculturele psychiatrie;
    - forensische psychiatrie;
    - verslavingszorg.
  - c. Binnen de aandachtsgebieden en expertisegebieden worden de volgende onderdelen van het behandelspectrum onderscheiden:
    - klinische behandeling;
    - ambulante behandeling;
    - spoedeisende behandeling;
    - consultatieve psychiatrie;
    - bemoeizorg.

## **Artikel 3 (specifieke competenties)**

1. De vs ggz heeft kennis van:
  - a. het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal met betrekking tot veelvoorkomende aandoeningen binnen het deskundigheidsgebied zoals beschreven in artikel 2.
2. De vs ggz is in staat om:
  - a. geestelijke gezondheidszorg op effectieve, efficiënte en ethisch verantwoorde wijze te verlenen binnen het deskundigheidsgebied zoals beschreven in artikel 2;

- b. een effectieve behandelrelatie op te bouwen, te onderhouden en af te bouwen waarbij ook de persoon van de vs ggz als therapeutisch instrument kan worden ingezet; de vs ggz kan aspecten van overdracht en tegenoverdracht hanteren;
  - c. het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal – waar mogelijk evidence-based – toe te passen met gebruik van een combinatie van verpleegkundige methodieken en van methodieken van andere vakgebieden, zoals de geneeskunde en de psychotherapie.
3. De vs ggz kenmerkt zich door:
- a. Het verbinden van verpleegkundige en geneeskundige behandeling ten behoeve van de ervaren gezondheid, het lichamelijk en/of psychisch functioneren, de kwaliteit en de waardigheid van het leven van de zorgvrager.
4. De vs ggz is aangaande het behandelproces, binnen het deskundigheidsgebied zoals beschreven in artikel 2, in staat om:
- a. doelgericht informatie te verzamelen:
    - I. kent de principes van het afnemen van een anamnese, heteroanamnese en biografie;
    - II. kan deze toepassen in de beoordeling van zorgvragers;
  - b. diagnostische interventies te indiceren en uit te voeren:
    - I. kent de principes van psychiatrisch onderzoek, met inbegrip van gestructureerde interviewtechnieken, psychotherapeutische interviewtechnieken, beoordelingsinstrumenten en vragenlijsten;
    - II. kan psychiatrisch onderzoek uitvoeren;
    - III. kent de principes van lichamelijk onderzoek;
    - IV. kan lichamelijk onderzoek uitvoeren;
    - V. kent de veelvoorkomende aanvullende onderzoekstechnieken (inclusief beeldvormende technieken en laboratoriumbepalingen);
    - VI. kan deze aanvullende onderzoekstechnieken toepassen;
  - c. op basis van klinisch redeneren een differentiaaldiagnose op te stellen en de juiste beslissingen te nemen:
    - I. kent de principes van klinisch redeneren en differentiaaldiagnostiek;
    - II. is in staat om een differentiaaldiagnose te stellen;
  - d. therapeutische interventies te indiceren en uit te voeren:
    - I. kent de principes van medisch-psychiatrische behandelvormen (met inbegrip van voorbehouden handelingen binnen de kaders van de Wet BIG waaronder het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, psychodynamische, gedragstherapeutische, groepsdynamische, milieutherapeutische en systemische interventies);
    - II. kan deze behandelvormen in de juiste context op de juiste wijze toepassen;
  - e. te evalueren of de gestelde doelen bereikt zijn:
    - I. kent de principes van verwijzing en overdracht, met inbegrip van verwijzen en overdracht naar de algemene gezondheidszorg;
    - II. kan zorgvragers adequaat verwijzen en overdragen, en volgt hierbij de patient journey;
    - III. heeft kennis van principes van follow-up en ontslag;
    - IV. kan de hulpvraag adequaat vervolgen en/of de behandeling beëindigen;
  - f. regie te voeren over de behandeling en het zorgproces:
    - I. kent de principes van regie voeren over de behandeling en het totale zorgproces;
    - II. kan functioneren als zelfstandig behandelaar en zo mogelijk, indien de patient journey dit wenselijk maakt, als regiebehandelaar.

**Artikel 4 (publicatie)**

Van dit besluit wordt gelijktijdig met de beslissing van de minister, houdende instemming met dit besluit, mededeling gedaan in de Staatscourant.  
In het officiële orgaan van V&VN wordt mededeling gedaan van dit besluit.

**Artikel 5 (inwerkingtreding)**

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2021, of indien die datum na 1 januari 2021 ligt, met ingang van de tweede dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin mededeling wordt gedaan van de beslissing van de minister houdende instemming met dit besluit.

**Artikel 6 (citeertitel)**

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg.

Utrecht, 10 februari 2020



drs. B.J.M. Gallé  
voorzitter CSV



drs. A.J. Uitewaal  
secretaris CSV

## Toelichting

### Algemeen

Het deelgebied geestelijke gezondheidszorg dat door het College Specialismen Verpleegkunde als verpleegkundig specialisme is aangewezen vindt zijn basis in de aanvraag verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg van 16 oktober 2008. Deze aanvraag is door V&VN Nurse Practitioners, V&VN Specialist in GGZ (nu samen: V&VN Verpleegkundig Specialisten), V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, V&VN Consultatieve Psychiatrie, V&VN GGZ verpleegkunde en V&VN Adviesradennetwerk GGZ bij het college ingediend.

Naar aanleiding van het advies 'Toekomstbestendige indeling verpleegkundig specialismen' over de toekomstige verpleegkundige beroepsstructuur en het opleidingscontinuüm, van 19 december 2017 is het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist herzien. Op basis van het beroepsprofiel zijn de specifieke competenties voor het deelgebied geestelijke gezondheidszorg aangepast.

Met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt in dit besluit bedoeld op de zorg voor patiënten met psychische stoornissen en gedragsproblemen, ongeacht waar deze zorg wordt geleverd. Deze patiënten worden veelal behandeld en begeleid binnen of vanuit GGZ-voorzieningen (de GGZ-branche), maar dit is lang niet altijd het geval.

Dit besluit bevat eisen voor het verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg, aanvullend aan de in het Algemeen besluit Specialismen Verpleegkunde neergelegde eisen.

### Artikelsgewijs

#### Artikel 2

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg heeft verpleegkundige en medische expertise in een aandachtsgebied, een expertisegebied en weet binnen de verschillende onderdelen van het behandelspectrum te handelen. Haar werk laat zich het beste samenvatten door de volgende begrippen; diagnosticeren, behandelen, begeleiden, voorkomen en ondersteunen.

Naast de gemeenschappelijke competenties van de verpleegkundig specialist zoals beschreven in het algemeen besluit, bezit de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg specialismegebonden competenties op het competentiegebied klinische expertise beschreven op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude.

De brede geestelijke gezondheidszorg wordt ontwikkelingspsychologisch ingekaderd in aandachtsgebieden. Hier ligt de grootste focus van het werk van de vs ggz. Er zijn binnen de aandachtsgebieden overeenkomsten met betrekking tot financieringsstromen, wet- en regelgeving, onderzoeksmethoden en ontwikkelingen op het gebied van zorgvraag en -aanbod en kwaliteit van zorg. Daarnaast kan binnen de aandachtsgebieden al een eerste focus op het gebied van de verpleegkundige en medische expertise gelegd worden. Binnen deze aandachtsgebieden bestaat vaak ook een andere nadruk aangaande het behandelspectrum.

Binnen de aandachtsgebieden vindt de grootste specialisatie plaats in de expertisegebieden. In het expertisegebied ligt de meest specialistische deskundigheid van de vs ggz. De vs ggz werkt voor die patiëntencategorieën waarop haar deskundigheid

betrekking heeft en binnen de grenzen van haar persoonlijke bekwaamheid, de zorgsetting, alsook de voorkeuren en de leefsituatie van de patiënt.

Het behandelspectrum geeft de reikwijdte aan waarbinnen de behandeling van de vs ggz kan plaatsvinden. Dit kan per zorgvrager binnen een aandachts- of expertisegebied verschillend zijn, maar ook de actuele gezondheidstoestand van de zorgvrager kan nu eens vragen om spoedeisende behandeling, dan weer om klinische behandeling, ambulante behandeling, consultatieve psychiatrie of bemoezorg. Het behandelspectrum beschrijft de mogelijke patient journey vanuit het perspectief van behandeling.

#### Aandachtsgebieden

De aandachtsgebieden zijn ontwikkelingspsychologisch georiënteerd. Deze betreffen:

- kinder- en jeugdpsychiatrie;
- volwassenenpsychiatrie;
- gerontopsychiatrie.

#### *Kinder- en jeugdpsychiatrie*

Het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat uit zowel jeugd-GGZ als jeugdzorg. Onder jeugdzorg valt onder andere: ambulante jeugdhulp, pleegzorg, jeugdzorgplus, verblijf in een jeugdinstelling, jeugdbescherming, jeugdreclassering en jeugdzorg voor jongeren met een beperking. De hulpverlening binnen dit aandachtsgebied richt zich op kinderen en jeugdigen die door hun psychische klachten, ontwikkelingsstoornis en/of psychiatrische stoornis psychisch lijden, ernstig probleemgedrag vertonen en/of beperkt worden in hun sociaal en schools functioneren, hetgeen een negatieve invloed heeft op de ontwikkeling naar volwassenheid en de kwaliteit van leven. Onderdeel van het aandachtsgebied is expliciet ook de (sociale en pedagogische) omgeving van de kinderen en jeugdigen, waarbij zo veel mogelijk een laagdrempelig en eenduidig aanbod in de directe leefomgeving wordt geboden. Er wordt behandeling en/of (pedagogische) ondersteuning geboden aan ouders en/of opvoeders en scholen om de belemmeringen die voor kinderen en jongeren een evenwichtige ontwikkeling naar de volwassenheid in de weg staan zoveel mogelijk op te heffen. De zorg kan zich ook richten op situaties waarin de opvoeding zo problematisch dreigt te worden dat ouders/opvoeders het niet meer aan kunnen en/of de veiligheid van het kind of de jongere in het geding is.

#### *Volwassenenpsychiatrie*

Het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie betreft de zorg voor volwassenen die door hun psychische klachten en psychiatrische stoornissen psychisch lijden en/of beperkt worden in hun maatschappelijk en sociaal functioneren, hetgeen een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven. De zorg voor volwassenen krijgt steeds meer gestalte in een maatschappelijke context, waarbij de ambulante behandeling prevaleert. Focale behandeling is gericht op het verhelpen van de klachten. Een geïntegreerde behandeling is gericht op het verbeteren van het dagelijks functioneren. Hierbij ligt het accent op herstelondersteuning, rehabilitatie en maatschappelijke re-integratie.

#### *Gerontopsychiatrie*

Het aandachtsgebied gerontopsychiatrie wordt gekenmerkt door de combinatie van seniumgebonden prevalentie van somatische, cognitieve en psychiatrische stoornissen, de veranderde farmacokinetiek en -dynamiek, het afnemend functioneren in het dagelijks leven, en de sociale inbedding en afnemende flexibiliteit (kwetsbaarheid). Daarbij spelen de dubbele vergrijzing, de tendens dat ouderen langer thuis wonen en het gegeven dat de samenleving toenemend individualiseert een rol. Ook hier prevaleert ambulante

behandeling of zorg. Interventies zijn gericht op functiebehoud en prognostische factoren van zorgtoename.

### Expertisegebieden

De vs ggz heeft kennis van en vaardigheden in de behandeling van algemene psychiatrische beelden zoals psychoses, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en traumatische ervaringen. Hiernaast zijn er expertisegebieden die vaak samen gaan met de eerder genoemde beelden. De expertisegebieden kenmerken zich door het intrusieve karakter en de hoge prevalentie van de problematiek, en vragen om specifieke kennis en kunde. Door de jaren heen zullen expertisegebieden zich ontwikkelen en onvermijdelijk veranderen. Binnen de GGZ zijn op dit moment enkele al langer bestaande clusters van expertisegebieden te onderscheiden waarop kennis en vaardigheden toegesneden zijn. Zorgvragers kunnen te maken hebben met problemen uit verschillende expertisegebieden:

- licht verstandelijke beperkingen met psychiatrische comorbiditeit;
- transculturele psychiatrie;
- forensische psychiatrie;
- verslavingszorg.

### *Licht verstandelijke beperkingen met psychiatrische comorbiditeit*

In de GGZ worden licht verstandelijke beperkingen bij zorgvragers vaak niet herkend. De beperkingen uiten zich vaak in een disharmonisch intelligentieprofiel, cognitieve, sociale en emotionele beperkingen waardoor functioneringsproblemen ontstaan. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben naast problemen met 'kunnen' ook problemen met 'aankunnen', hetgeen leidt tot overvraging. Daardoor ontstaan mede problemen in sociaal functioneren en gedrag die interfereren met, of leiden tot psychiatrische stoornissen of verslavingsproblemen. Er is bij mensen met een licht verstandelijke beperking sprake van een hogere comorbiditeit met psychiatrische stoornissen en/of verslaving.

### *Transculturele psychiatrie*

De transculturele psychiatrie kenmerkt zich door cultuursensitief werken. In de behandeling van zorgvragers wordt rekening gehouden met de sociale en cross-culturele diversiteit (diversiteit in cultuur, gender, religie, spiritualiteit en seksualiteit). De vs ggz houdt er rekening mee dat symptomen zich anders kunnen presenteren. In een transculturele context wordt ook rekening gehouden met andere omgangsvormen en andere verwachtingen met betrekking tot het verloop en de resultaten van de behandeling. Het vraagt om een oordeelvrije aansluiting bij de zorgvrager en diens achtergrond en omgeving.

### *Forensische psychiatrie*

De forensische psychiatrie omvat ambulante, semimurale en intramurale behandeling voor mensen die een verhoogd risico hebben op delictgedrag samenhangend met psychiatrische stoornissen, verslaving of licht verstandelijke beperkingen. De behandeling is gericht op risicomanagement met als primair doel een veilige samenleving. Secundair vindt psychiatrische en medische zorg en behandeling plaats. Vaak is er sprake van onvrijwillige behandeling, opgelegd door een strafmaatregel. De behandeling vindt plaats tijdens of na de uitvoering van de strafoplegging voor een delict, of na het vertonen van delictgedrag. De forensisch-psychiatrische behandeling wordt geboden in verschillende settings. Steeds meer wordt consultatie verleend aan collega's



in de reguliere GGZ. De forensische psychiatrie kenmerkt zich door een nauwe relatie met justitie.

#### *Verslavingszorg*

Categorale verslavingszorg omvat ambulante, semimurale en intramurale behandeling en begeleiding aan mensen met een verslavingsstoornis m.b.t. middelen en gedrag (alcohol, drugs, medicijnen, eten, gamen, seks, gokken en internet). Verslaving wordt gezien als een syndroom met een groeiende chroniciteit, gekenmerkt door onder andere craving, tolerantie en controleverlies. Dit syndroom leidt uiteindelijk tot een verminderde autonomie in denken, voelen en handelen.

De verslavingsbehandelingen richten zich op de verslavingsstoornis zelf en op stoornissen gerelateerd aan het gebruik van het middel. Veelvoorkomende stoornissen zijn psychotische stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, slaapstoornissen, seksuele disfuncties en neurocognitieve stoornissen. De diagnostiek en de behandeling zijn gericht op een combinatie van het biologisch, psychologisch en sociaal functioneren en het doorbreken van de oorzaak-gevolgcyclus die de verslaving en de bijkomende ziektebeelden in stand houden. De behandeling heeft veelal drie doelen:

- abtinent worden en blijven;
- vermindering van middelengebruik en/of verslavingsgedrag en verbeteren en/of stabiliseren van de kwaliteit van leven;
- palliatie en vermindering van overlast voor de zorgvrager en diens omgeving.

Zorg aan mensen met een verslavingsprobleem beperkt zich niet tot de 'instellingen voor verslavingszorg'; ook andere instanties verlenen hulp aan mensen met een verslavingsprobleem. Voorbeelden hiervan zijn: huisartsenpraktijken, reguliere GGZ-instellingen, het gevangeniswezen, licht verstandelijk beperktenzorg, de GGD, de maatschappelijke opvang, wijkteams, en ook de algemene gezondheidszorg. De verslavingszorg werkt nauw samen met deze instellingen en teams en biedt ondersteuning in de vorm van deskundigheidsbevordering of intervenueert in de teams in complexe situaties.

#### Behandelspectrum

Binnen de aandachtsgebieden en expertisegebieden worden de volgende onderdelen van het behandelspectrum onderscheiden:

- klinische behandeling;
- ambulante behandeling;
- spoedeisende behandeling;
- consultatieve psychiatrie;
- bemoeizorg.

#### *Klinische behandeling*

Onder de klinische behandeling wordt verstaan: zorg en behandeling waarbij sprake is van overnachting. Dit kan opgevat worden als intramurale of semimurale zorg. Er is een noodzaak het dagelijks functioneren continu te monitoren, te stimuleren, te ondersteunen of over te nemen. Onder semimurale zorg worden beschermende woonvormen geschaard. In de klinische behandeling wordt multidisciplinair samengewerkt.



#### *Ambulante behandeling*

In de ambulante behandeling worden zorg en behandeling verplaatst naar daar waar de zorgvrager zich bevindt, of naar de polikliniek; de zorgvrager komt dan naar de vs ggz. Een ambulante behandeling vraagt nadrukkelijk aandacht voor de directe omgeving van de zorgvrager. De behandeling kan multidisciplinair of monodisciplinair worden geboden.

#### *Spoedeisende behandeling*

Spoedeisende psychiatrie kenmerkt zich door crisisinterventie binnen 24 uur na aanmelding. Dit betreft hulp aan mensen in acute psychische of psychiatrische nood – 24 uur per dag en 7 dagen per week. Bij een psychiatrische crisis gaat het om integrale diagnostiek en het inzetten van de-escalerende interventies. Dit houdt in dat naast de psychopathologie ook de somatische en sociale context worden beoordeeld. Er kan sprake zijn van een delier, dementie, psychose, dissociatie, risico op suïcide en agressie. Er wordt een beroep gedaan op de spoedeisende psychiatrie wanneer mensen vanuit hun psychische problematiek zorg oproepen of de openbare orde verstoren. De triagefunctie is hier van belang: het inschatten van het risico op suïcide en van lichamelijke of materiele schade, evenals op het inzetten van interventies, zoals het indiceren van opname, het voorschrijven van ingrijpmedicatie, of het activeren van het sociale netwerk om de crisis te couperen. Van de vs ggz wordt naast een intellectuele en emotionele inspanning een grote stressbestendigheid verwacht.

#### *Consultatieve psychiatrie*

Bij consultatieve psychiatrie gaat het om het verrichten van psychiatrische consulten en om het bieden van consultatie. Bij een psychiatrisch consult wordt de vs ggz ingezet voor de diagnostiek, de behandeling of het geven van behandeladviezen gericht op een specifieke psychiatrische hulpvraag in een somatische context. De consultatie is gericht op het bieden van hulp en kennis aan anderen die minder expertise hebben op het gebied van de psychiatrie. De consultatie wordt geboden op somatische afdelingen van algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra, aan huisartsen, praktijkondersteuners huisarts (POH) en eerstelijnsvoorzieningen. Expertise met betrekking tot somatische comorbiditeit is van essentieel belang.

#### *Bemoeizorg*

Bemoeizorg is bedoeld voor mensen die (een opeenstapeling van) complexe problemen hebben en bij wie het niet lukt om tijdig de juiste zorg te bieden doordat ze "zelf geen hulpvraag kunnen of willen stellen; slecht contact kunnen leggen of onderhouden met reguliere hulpverleners dan wel actief hulp uit de weg gaan omdat men van mening is geen probleem te hebben; dus in het bestaande ondersteuningsaanbod tussen wal en schip vallen." (GGZ GHOR Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2014). Bemoeizorg wordt opgedrongen als van de betreffende persoon zelf geen initiatief kan worden verwacht. Bemoeizorg beoogt deze mensen actief, outreachend en ongevraagd te helpen de hulpvraag te onderkennen en te stellen, en hen vervolgens te leiden naar de reguliere zorg. Daarbij is 'kwartier maken' een belangrijk instrument. Het verhogen van de kwaliteit van leven en het verminderen van overlast staan voorop. Kenmerkend is het maken van een inbreuk op het zelfbeschikkings- en zelfontplooiingsrecht in relatie tot de privacy en autonomie van de zorgvrager. Integer omgaan met informatie en geheimhouding maakt deel uit van de bemoeizorg, evenals een zorgvuldige omgang met ketenpartners en een bindende, verleidende attitude naar de zorgvrager.

### **Artikel 3**

De vs ggz is een zelfstandig bevoegd behandelaar. Dit impliceert dat de vs ggz in staat is om specifiek binnen het aandachtsgebied en expertisegebied:

1. het gehele proces van diagnostiek, indicatiestelling, behandeling, verwijzing, overdracht en ontslag uit te voeren, aan te sturen, of te delegeren en daarin

- zelfstandig (finale) beslissingen te nemen;
2. zelfstandig behandelrelaties aan te gaan, behandelingen te delegeren en waar nodig gebruik te maken van de deskundigheid van specialisten van aanpalende disciplines binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg (verwijzen);
3. onderbouwd gebruik te maken van actuele richtlijnen en standaarden, het nieuwste wetenschappelijk bewijs, professionele netwerken, ervaringsdeskundigheid en het sociale netwerk van de zorgvrager;
4. bij te dragen aan het gebruik en de ontwikkeling van evidence-based practice.

De vs ggz is werkzaam in settingen waar meervoudig-complexe en/of enkelvoudig-complexe zorgsituaties voorop staan. Bij meervoudig-complexe zorgsituaties zal veelal sprake zijn van problemen op meerdere levensgebieden waarbij grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Door een lage mate van voorspelbaarheid van het ziektebeloop en het behandelresultaat moeten de behandeling en de interventies continu worden bijgesteld op grond van de actuele situatie en nadere diagnostiek. Bij enkelvoudig-complexe zorgsituaties is er daarentegen sprake van een goed voorspelbaar ziekteverloop met beheersbare gezondheidsrisico's, waarbij protocollaire behandelingen en/of behandelingen van beperkte kwantitatieve omvang volstaan (Kaljouw & Van Vliet, 2015).

Het belangrijkste therapeutische instrument is de vs ggz als behandelaar zelf. Zij reflecteert continu op haar eigen handelen en attitude. Zij is in staat om overdracht en tegenoverdracht te herkennen, te onderzoeken en te gebruiken om een therapeutische alliantie te vestigen en in stand houden – gericht op het bereiken van het behandeldoel. Validatie van dit therapeutische instrument behoeft blijvende inspanning.

Bij de gepersonaliseerde diagnostiek maakt de vs ggz gebruik van classificatiesystemen, zoals de DSM-5, ICF en de NANDA, mede waarmee de hulpvraag van de zorgvrager in kaart kan worden gebracht. Bij de uitvoering van de behandeling maakt de vs ggz gebruik van verpleegkundige interventies gericht op de beoogde resultaten van de behandeling zoals in de NIC en de NOC zijn geïndiceerd. De resultaten van de behandeling betreffen vooral het dagelijks functioneren, herstel en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Tevens maakt de vs ggz gebruik van psychodynamische, (cognitief-) gedragstherapeutische, groepsdynamische, milieutherapeutische en systemische interventies om cognities, stemmingen, gedragingen en houdingen van de zorgvrager en diens systeem te beïnvloeden. Waar nodig en geïndiceerd wordt het mentaliserend vermogen van de zorgvrager bevorderd. Vanuit het medisch domein worden farmacotherapeutische interventies c.q. het voorschrijven van UR-geneesmiddelen uitgevoerd wanneer dit de integrale behandeling faciliteert. Bij de behandeling streeft de vs ggz optimale autonomie van de zorgvrager na, waarbij de mogelijkheden vanuit de omgeving en de technologie optimaal worden benut.