

---

# POSITIE VAN DE PROFESSIONAL IN HET ALGEMEEN EN DE SPV IN HET BIJZONDER BINNEN DE ZORGONDERNEMING VAN DE TOEKOMST

**Frits Bovenberg & Robert van der Krogt**

*Innovatieve ideeën, trends en toekomstscenario's voor de geestelijke gezondheidszorg.*

## **Inleiding**

"We zijn verbijsterd over de aangekondigde maatregelen, waarmee minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS) bijna zeshonderd miljoen euro gaat bezuinigen op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De meest besproken maatregel is de invoering van een eigen bijdrage voor cliënten, die kan oplopen tot tweehonderd euro per behandeling; een bedrag dat veel cliënten niet kunnen ophoesten. Een eigen bijdrage alleen voor de GGZ is discriminerend voor mensen met een psychische aandoening en biedt geen oplossing voor de huidige financiële knelpunten in de zorg. Veel mensen met psychische problematiek staan sociaaleconomisch op achterstand omdat hun inkomen vaak lager is dan gemiddeld. Het brengt een onhoudbaar en onrechtvaardig onderscheid aan tussen mensen met een lichamelijke ziekte en mensen met psychische ziekte". Dit en andere negatieve berichten lezen we dagelijks in de media. Kunnen we er ook anders tegen aan kijken? Tegen onze cliënten zeggen we vaak: "Een crisis heeft een functie, een crisis is noodzakelijk om een verandering teweeg te brengen". De geestelijke gezondheidszorg komt dankzij de crisis in beweging. Er komen nieuwe en zelfs uitdagende tijden aan. Binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten we de komende jaren meer kwaliteit leveren met minder middelen en op een krappere arbeidsmarkt. Een mooie uitdaging! In de praktijk betekent dit meer innoveren en meer ondernemen. Het is naar onze mening slecht gesteld met de innovatiekracht van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Slechts enkele kleine en nieuwe organisaties zijn daadwerkelijk in staat om meer kwaliteit te leveren tegen een gunstigere prijs. Met name de oude bekende en door fusies groter geworden instituten blijven achter als het gaat om daadwerkelijke innovatie. De aandacht gaat uit naar beheersing en herverdeling van de middelen. Er zijn vanzelfsprekend wel interessante projecten. Maar een rigoureuze koerswijziging, een zogenaamde 'paradigmaswitch', blijft vaak achterwege. Onduidelijk blijft hoe de positie van de professionals in de toekomst vormgegeven gaat worden. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) is de laatste jaren van gewaardeerde en noodzakelijke generalist binnen de sociale psychiatrie een relatief dure kracht geworden. Was de oude vertrouwde SPV bij uitstek de discipline die de consultatie in de eerste lijn, bij huisartsen, kon verzorgen, in het meest recente financieringsmodel zijn wij al snel 'te duur'. Immers, een psychiatrisch verpleegkundige of een maatschappelijk werkende of anderszins zijn goedkoper. In de eerste lijn lijkt de SPV dus niet welkom te zijn. Voor de activiteiten binnen een DBC volstaat ook het niveau van een verpleegkundige of sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH). Hebben wij als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen onze posities binnen de huidige instellingen en nieuwe ondernemingen wel goed ingenomen? Zijn wij wel moderne, innovatieve en ondernemende professionals? Horen we wel thuis in alle segmenten van de GGZ?

In dit artikel proberen wij antwoord te geven op deze en andere vragen. Vragen zoals: "hoe ziet de GGZ er in de nabije toekomst uit?, welk type organisaties ontstaan er dankzij de marktwerking?, hoe kunnen wij ons positioneren binnen de nieuwe organisatievormen? en, hoe kunnen we de handen ineenslaan en innovatie en ondernemerschap bevorderen?".

### **Deregulering**

De overheid stuurt aan op minder regels en de deregulering gaat nu serieuze vormen aannemen. Het is makkelijker om toegelaten te worden als ondernemer binnen de zorgmarkt. Er mag zelfs, zij het nog steeds gereguleerd, enige winst gemaakt worden. Er ontstaat een mix tussen publieke en private partijen en op deze manier wordt de weg geëffend voor echte marktwerking, ook binnen de geestelijke gezondheidszorg. De wetgeving is in de afgelopen jaren eenvoudiger geworden, denk aan de wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) enz. De wetgeving is steeds meer gericht op de individuele cliënt, waarbij het autonomiebeginsel hoog in het vaandel staat. Met andere woorden, er zijn ook goede ontwikkelingen gaande die er voor zorgen dat de wereld van de GGZ transparanter wordt. Verwijzers, cliënten en familie kunnen weer invloed uitoefenen en participeren. Tot voor kort werd de GGZ voornamelijk beschouwd als een "black box". Voor de buitenwereld, inclusief de media was het vaak volstrekt onduidelijk hoe de zaken binnen een grote instelling geregeld waren. De deregulering dwingt instellingen om transparanter te worden en openheid van zaken te geven. Dit is voor alle partijen een positieve ontwikkeling en onomkeerbaar.

### **Grote veranderingen op komst?**

De huidige crisis en als gevolg daarvan de bezuinigingen dwingen ons om na te denken. "Het roer moet om". Burgers mogen en moeten zelf meer initiatieven nemen. We spreken tegenwoordig ook steeds meer over herstel en burgerschap. In de Verenigde Staten, met name in New York en Philadelphia zie je al de eerste resultaten van deze nieuwe beweging. Het heeft iets weg van een burgerbeweging. Cliënten, hun familieleden, burens en betrokken burgers nemen steeds meer het initiatief. Zij richten nieuwe organisaties op die volledig door cliënten en hun naast betrokkenen worden gerund. Er komt geen hulpverlener meer aan de pas. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen groeit met enorme sprongen. Tijdens een studiereis in september 2011 constateerden wij dat er in een psychiatrisch ziekenhuis in Brooklyn (King's County hospital) recent niet minder dan achtentwintig ervaringsdeskundigen zijn aangenomen om de eerste ontvangst binnen het ziekenhuis te organiseren. Allemaal uitstekende ontwikkelingen, die navolging verdienen in Nederland. Zo kunnen ervaringsdeskundigen een brug slaan tussen de zorgpraktijk en initiatieven op het gebied van herstel, die snel in aantal en betekenis toenemen (Boevink, 2006). Zie hiervoor ook het visiedocument Langurende GGZ van GGZ Nederland We gaan als professionals echter wel een periode tegemoet van onzekerheid; de bestaande structuren verdwijnen. Instellingen gaan weer veranderen. De baan voor het leven met een "riant" pensioen staat op de tocht. We gaan langzamerhand beseffen dat we het heft in eigen handen moeten gaan nemen. Zo niet, dan gaan weer andere partijen voor ons de richting bepalen. Het is nu het moment voor heroriëntatie. We moeten zelfredzaam worden, en ons welzijn en onze verworven welvaart beschermen. Er gaan nieuwe structuren en rechtsvormen ontstaan. Denk bijvoorbeeld aan coöperaties van cliënten en coöperaties van professionals.

### **Terugkeer van solidariteit**

De coöperatie is een vorm van zelforganisatie van producenten of verbruikers, gericht op het vergroten van de economische macht en het behalen van schaalvoordeel.

Coöperaties hebben een belangrijke rol gespeeld in de economische emancipatie van grote groepen van de bevolking, vooral rond de eeuwwisseling van de 19e naar de 20e eeuw. Via de coöperatie of coöperatieve vereniging konden producenten (vooral boeren) en consumenten zich verenigen en zo gezamenlijk doelen bereiken die voor elk individu onbereikbaar zouden zijn geweest. Ook andere in de vergetelheid geraakte organisatie- en rechtsvormen zullen een nieuwe opleving krijgen. Denk aan bijvoorbeeld; de vereniging onder firma (VOF), commanditaire vennootschap (CV) enz. Zorgondernemingen gaan de positie van de terugtrekkende overheid opvullen en worden niet meer alleen op papier maatschappelijk betrokkenen. Instellingen gaan zich steeds meer mengen in de buurten en wijken waar zij zich bevinden en het geld verdiend wordt en zullen ook iets terug geven. Denk aan het beschikbaar stellen van vergaderruimten en aan het beschikbaar stellen van expertise aan de lokale gemeenschap. In het door de opeenstapeling van crisissen zwaar geteisterde Noord Amerika, wachten bedrijven niet langer op de overheid. Volgens Howard Schultz, topman van Starbucks, is de tijd gekomen voor bedrijven om hun tijd, expertise en creativiteit in te zetten om de samenleving te versterken. Zo ondersteunt Starbucks in New York en Los Angeles lokale welzijnsorganisaties. Het bedrijf biedt trainingen, ruimtes en zelfs een deel van zijn winst om nieuwe welzijnsorganisaties op weg te helpen (Heshof, 2011). Kortom commerciële bedrijven gaan naast de klantwaarde ook daadwerkelijk werken aan de waarde van de samenleving. Je kunt nu immers niet een samenleving uitknipen uit puur winstbelang. De gevolgen van het oude kapitalistische denken zien we dagelijks om ons heen. Solidariteit komt weer terug en het is noodzakelijk om het tij te keren. In Nederland signaleren wij een vergelijkbare trend. Stichting GGZ+, een nieuw initiatief binnen de GGZ, werkt momenteel ook naar beiderzijdse volle tevredenheid samen met commerciële partijen zoals GOM Zorg support (schoonmaakbedrijf), VFM (facilitair management), Eneco (energie), Philips (innovaties in medische apparatuur) enz. Deze nieuwe samenwerkingsverbanden dragen bij aan een nieuwe en transparante geestelijke gezondheidszorg. Dergelijke brancheoverstijgende samenwerking draagt naar onze mening bij aan het creëren van een nieuw paradigma. Een paradigma waar de GGZ zich openstelt voor oplossingen en denkrichtingen, die in marktsituaties beproefd zijn. Toepassingen in deze andere branches komen hiermee binnen 'bereik' van de GGZ. Tevens menen wij dat hiermee de als 'Black Box' bekend staande geestelijke gezondheidszorg zich meer 'opent'.

### **Nog meer trends**

Verandering is de enige constante in het leven. We constateren veel trends. De politieke keuzes veranderen, de wetgeving is aan verandering onderhevig en de financiering van de zorg staat voortdurend onder druk. Ook de maatschappij verandert, denk aan de samenstelling in demografische, geografische, culturele, religieuze en spirituele zin. De marktwerking en crisis in de vorm van bezuinigingen binnen het zorgstelsel leiden binnenkort tot nieuwe organisatievormen. De vraag binnen de sector blijft onstuimig groeien. Gemiddeld met zo'n negen procent per jaar. Er is veel behoefte aan innovatie, nieuwe producten en diensten voor nieuwe doelgroepen. Denk alleen maar aan specifieke producten en diensten voor allochtone Nederlanders, nieuwe e-health toepassingen en behandelingen gericht op de groeiende belangstelling voor spiritualiteit. De indeling en structuur van de sector is ook in ontwikkeling. Differentiatie en specialisatie lijken de boventoon te gaan voeren in de komende jaren. Het veranderend GGZ-landschap zal zonder twijfel enorme invloed hebben op de huidige instellingen en de professionals die daar werken. De branche is op dit moment al interessant voor nieuwe aanbieders, waardoor concurrentie stevig zal toenemen. In de huidige structuur van het aanbod en de prijsstelling die nu gehanteerd wordt, zijn er veel kansen voor nieuwe ondernemers.

De verwachting is dat dit verder zal toenemen. Het is maar de vraag of de instellingen zoals deze nu bestaan ook zullen blijven bestaan. Deze zullen zichzelf opnieuw gaan uitvinden en omvormen. Als we de huidige bedrijfseconomische realiteit doorredeneren naar de toekomst, verwachten we dat instellingen zoals deze nu bestaan, zich in de komende jaren moeten gaan omvormen waarbij differentiatie en specialisatie de boventoon voeren (Boer & Croon, 2011). De echte vernieuwingen lijken op dit moment slechts voorbehouden aan de nieuwkomers op de markt. Dit vraagt aandacht. Als er niets gebeurt zullen de bestaande instellingen krimpen ten gunste van de nieuwkomers. Ook komt de positie van de 'traditionele SPV' mogelijk in gevaar. Dit vraagt om bezinning en we moeten niet te lang meer wachten met actie. Hiermee doelen wij op de marktpositie van de SPV, als een meer gespecialiseerde verpleegkundige, vaak hoger ingeschaald dan de overige CONO-beroepen, buiten de hoofdbehandelaren.

### **Bedreigingen of nieuwe uitdagingen?**

Vermeend & van Boxtel (2010) bieden prikkelende oplossingen aan die een rol kunnen gaan spelen bij de discussies over toekomstige ontwikkelingen en aanpassingen van het zorgstelsel. Kort samengevat stellen Vermeend en van Boxtel dat: De gezondheidszorg niet meer als een kostenpost moet worden beschouwd, maar als een van de belangrijkste economische sectoren van ons land. Een sector die van groot belang is voor economische groei, werkgelegenheid, innovaties, onze algemene en geestelijke gezondheid, welvaart en welzijn. Volgens deze visionairs kan Nederland internationaal uitgroeien tot een land dat Europees en mogelijk zelfs wereldwijd een koppositie inneemt op het terrein van de beste gezondheidszorg. De financiering van het Nederlandse zorgstelsel moet dan wel ingrijpend worden vereenvoudigd en gewijzigd. Met andere woorden; er is nog meer deregulering noodzakelijk. Ook stellen zij dat er een nationaal meerjarenprogramma moet komen waarin een pakket maatregelen wordt opgenomen dat ongezond gedrag tegengaat en een gezonde levensstijl bevordert. Gelukkig staat Nederland niet helemaal stil als het gaat om innovatieve methoden om zorg te verlenen. Inhoudelijk ligt de Nederlandse GGZ ruim op koers. Dankzij de ontwikkeling van bijvoorbeeld assertive community treatment (ACT) en de Nederlandse variant FACT is Nederland naast de United Kingdom (UK) een van de koplopers binnen de langdurende zorg in Europa geworden.

### **Toekomstscenario's voor de GGZ**

Volgens het al eerder geciteerde en recent verschenen rapport van Boer & Croon (2011), zijn er in de nabije toekomst vier categorieën van zorg, te weten; zorg dichtbij, standaardiseerbare zorg, gespecialiseerde zorg en langer durende zorg (zie tabel 1). In iedere categorie kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige 'nieuwe stijl' een belangrijke rol gaan en blijven spelen. De SPV is nog steeds van alle markten thuis, maar zal zich wel manifesteren moeten profileren. De SPV heeft immers een combinatie van een medisch-psychiatrische basis, met een aanvullende scholing in o.a. psychotherapeutische interventies en is ingesteld op samenwerkingsrelaties (systemisch). Belangrijk naar onze mening is dat de SPV het eigen profiel weer oppoetst en modern in de markt zet. Hier kunnen SPV-en, naar onze mening veel leren van cognitieve gedragstherapeuten en psychiaters.

Tabel 1. Vier categorieën van zorg volgens het toekomstscenario van Boer & Croon.

	Soort zorg	Kenmerken van deze categorie
1.	Dichtbij	Hoge mate van bereikbaarheid, Relatief kortdurend, Laagdrempelig, Onderdeel van of dichtbij de eerste lijn
2.	Standaardiseerbaar	Hoge mate van standaardisatie, tweede lijn of op verwijzing, ambulante of poliklinisch
3.	Gespecialiseerd	Gespecialiseerd, Derde lijnsfunctie, Casusgedreven, Klinisch en poliklinisch
4.	Langer durend	Wisselende en soms onvoorspelbare intensiviteit, Niet standaardiseerbaar, Geïntegreerd met de persoonlijke omgeving, Omvat ook acute voorzieningen.

### Financiële slagkracht is een vereiste

Enkele cijfers. In 2009 waren de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg ongeveer 5,5 miljard euro en werkten er ongeveer 86.000 mensen in de sector. Er werden 859.000 patiënten behandeld, waarvan zo'n 70 procent tussen de 18 en 64 jaar oud. Bij volwassenen waren de meest voorkomende diagnoses: persoonlijkheids- en gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen en neurotische stoornissen.??Op 31 december 2009 stonden er 101.000 cliënten op de wachtlijst. Ruim 70 procent van hen wacht korter dan de norm voor maximaal aanvaardbare wachttijden (Treenormen). Deze cijfers zijn afkomstig uit het Sectorrapport GGZ 2010, van GGZ Nederland. Deze 5,5 miljard is inmiddels al weer uitgegeven. De GGZ heeft weinig financiële buffers opgebouwd in de afgelopen jaren. Voor innovatiekracht speelt deze financiële buffer die beschikbaar is een belangrijke en zelfs cruciale rol. Uit een analyse van de jaarverslagen van enkele bestaande en nieuwe instellingen maken wij op dat met name de nieuwkomers, denk aan Mentaal Beter, 1 NP, MoleMann, Virenze, Zeeuwse Gronden, enz. op dit moment een beter financieel rendement halen. Waar deze nieuwkomers tussen de 5 en 15 % resultaat halen blijven de traditionele organisaties achter met een rendement tussen -5 en 5 %. De genoemde nieuwe aanbieders groeien qua volume. Samen zijn de genoemde vier qua omzet al groter dan een gemiddelde traditionele GGZ aanbieder. De traditionele instellingen missen op dit moment de financiële slagkracht om noodzakelijke veranderingen door te voeren. De kosten gaan voor de baten uit. Je moet eerst investeren en vervolgens kun je daar de vruchten van plukken. Het is binnen een markteconomie van belang om continue innovatieve producten en diensten aan te kunnen en blijven bieden. Bezuinigingen gericht op de korte termijn, het doorvoeren van meer efficiëntie en het snijden in de overhead leveren weliswaar iets meer rendement, maar zijn niet voldoende om de noodzakelijke financiële buffers aan te leggen. Een grote koerswijziging in het beleid van de grote instellingen is noodzakelijk om te overleven. Het ligt voor de hand dat de instellingen opgesplitst worden in kleinere bedrijven die passen in het door Boer & Croon voorgestelde indelingsprincipe. Alleen op die manier kan meer rendement bereikt worden en kunnen de instellingen kiezen voor een 'core business' en nieuwe producten en diensten blijven ontwikkelen. In deze context is het belangrijk om ook een recent advies van de NZA mee te nemen. Met het introduceren van een nieuw paradigma (basis GGZ) zou de huidige eerste- en tweedelijns GGZ meer moeten aansluiten bij maatschappelijke ontwikkelingen. Met name de behandeling van lichte tot matige psychische klachten moet volgens de NZA in een andere context worden gezien. De nu nog duurdere gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet beschikbaar komen voor meer complexe en ernstige psychiatrische ziekten. Ook financieel zou dit tot uitdrukking moeten komen in een simpel bekostigingssysteem met vrije prijzen voor de Basis GGZ.

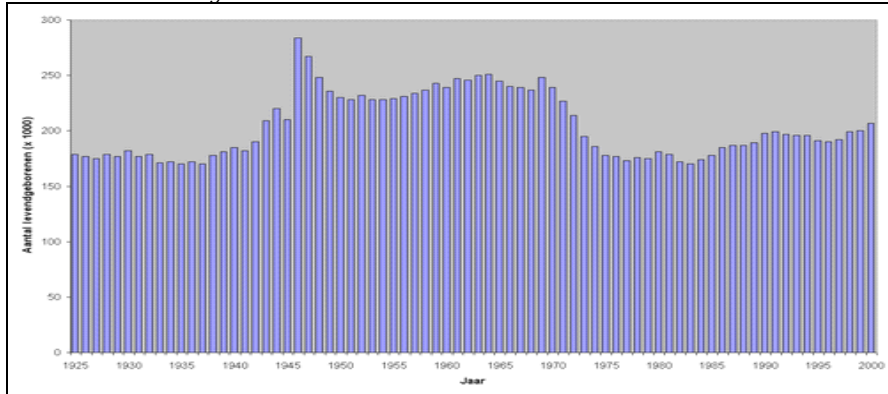
Hierdoor zouden dan mensen met psychische problemen minder vaak (of minder snel) in de dure tweedelijns ggz terechtkomen. Dat zou dan betekenen dat er vrije prijzen zijn voor zorg door huisartsen, praktijkondersteuners ggz (poh-ggz) en andere ggz zorgaanbieders/behandelaars in de basis GGZ, gedefinieerd op basis van bieden van verrichtingen. Er zouden dan voor alle behandelaars in de Basis GGZ dezelfde regels gelden en een uniform bekostigingssysteem ontstaan. Dat zou overigens een flinke stap op weg naar echte marktwerking kunnen zijn. Hier zien wij tevens de mogelijkheden voor de SPV. Hier zou wellicht de mogelijkheid kunnen ontstaan voor SPV-en om als zelfstandige professional actief te kunnen zijn, zonder gebruik te hoeven maken van een de franchiseorganisaties. We kennen nu de POH-ggz binnen de huisartsenpraktijk, maar de NZA is van mening dat er nu te weinig gebruik gemaakt wordt van de POH-GGZ-regeling. De nu tijdelijke regeling, zou structureel van aard moeten worden. Daarnaast zou de zorg voor niet-complexe psychische problemen in de basiszorg een structurele positie moeten krijgen. Er moet daarmee volgens de NZA een scheiding aangebracht worden tussen generalistische behandelingen in de Basis GGZ en de gespecialiseerde behandeling van complexe stoornissen in de traditionele tweedelijns ggz-instellingen. Deze zienswijze komen we ook tegen in het eerder genoemde rapport van Boer en Croon. Alle kortdurende dbc's (tot 800 minuten) zouden uit de DBC structuur moeten worden geschrapt en een plek krijgen in de basiszorg in de vorm van nieuwe prestaties met vrije tarieven. De roep van minister Schippers 'Ik wil dat de zorg uit de ggz-instellingen verplaatst wordt naar de wijken, dichtbij de mensen' moet de SPV toch als muziek in de oren klinken. Als de SPV ergens het verschil kan maken is het ons inziens in de basis GGZ; dichtbij mensen, voor niet gespecialiseerde, sociale psychiatrie als Basiszorg. Wij roepen onze collega's hiermee dan ook op om (met ons) deze visie nader te onderzoeken en betekenis te geven aan deze paradigma-verandering!

### **De arbeidsmarkt verandert**

De gezondheidssector is een van de belangrijkste sectoren in ons land. Er gaat enorm veel geld in om. Of beter gezegd, de economische factor is van belang, als ook de arbeidsmogelijkheden. De komende decennia zal het zorggebruik blijven toenemen en bestaat het risico van een tekort aan personeel. Op dit moment werkt plus minus vijftien procent van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg. Over tien jaar is vijftientwintig procent gewenst omdat door de vergrijzing de vraag om zorg zal toenemen. Dit wordt veroorzaakt door de babyboomgeneratie. De babyboom is een demografische term, waarmee verwezen wordt naar de geboortegolf die in veel West-Europese landen en de Verenigde Staten optrad vlak na de Tweede Wereldoorlog. Ook in Nederland trad een geboortegolf op: met name in 1946 en 1947, maar ook in de twintig jaar daarna. Er werden aanzienlijk meer kinderen geboren dan in de perioden daarvoor en daarna (zie tabel 3; met het absolute aantal geboren kinderen). De babyboomers die momenteel in de zorg werken gaan de komende tien jaar met pensioen en dragen bij aan het toenemen van de zorgvraag en de tekorten op de arbeidsmarkt. Dit gat vullen wordt een grote uitdaging, mede ook omdat slechts weinig tweede generatie allochtonen kiezen voor een baan in de zorg. Door deze ontwikkelingen en de verdergaande medische innovaties, zullen de kosten van de zorg bij ongewijzigd beleid elk jaar blijven stijgen. Door het kabinet zijn al vele maatregelen getroffen om tot lagere kosten te komen. Deze hebben nog niet tot het gewenste resultaat geleid, en gezien de vergrijzing en de toenemende vraag naar zorg is dit niet verrassend (Vermeend & van Boxtel, 2010). Dit vraagt om actie van bestuurders. Binnen aanzienlijke tijd worden goed opgeleide en gemotiveerde professionals schaarser. En vele instellingen, de oude vertrouwde en de nieuwe gaan op jacht naar bevoegd en bekwaam personeel. Het is van belang om professionals en hun naasten weer te binden aan de eigen onderneming.

Dit kan door het bieden van een prettige werkomgeving, een uitdagende positie, materiële vergoedingen zoals een redelijk loon, een goed pensioen of zelfs huisvesting, of betere secundaire arbeidsvoorwaarden ten opzichte van de concurrentie.

Tabel 3. De babyboomgeneratie, het absoluut aantal geboren kinderen, kort na de tweede wereldoorlog



### De ideale omvang van een zorgonderneming

Sommige instellingen zijn momenteel te groot. De 'menselijke maat' is zoek. Wij pleiten voor een gelimiteerde maximale omvang van een moderne zorgonderneming. De omvang van een moderne organisatie of onderdeel van een groter geheel bestaat naar ons idee uit maximaal tweehonderd professionals, met een omzet van gemiddeld twintig miljoen euro. Op deze manier wordt de 'menselijke maat' beter beschermd en blijft een onderneming met een geringe overhead beheersbaar. Grote organisaties worden door professionals over het algemeen minder gewaardeerd en kunnen beter worden opgeknipt in kleine ondernemingen. We zien inmiddels al dergelijke bewegingen, bijvoorbeeld door het zelfstandigen van zorgonderdelen. Wanneer we de nieuwe zorgaanbieders nader bekijken, komen we de SPV in groeiende aantallen ook daar tegen.

### Innovatie van producten en diensten

Innoveren of vernieuwen is het invoeren van nieuwe ideeën, producten, diensten en processen. Innovatie kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Eén enkele instelling kan innoveren, maar het is ook mogelijk dat verschillende instellingen dit tegelijkertijd doen, bijvoorbeeld vanwege een samenwerkingsverband. Bij het proces van innovatie gaat het erom producten, diensten of processen op een nieuwe, efficiëntere en betere manier te realiseren. Er worden ook steeds meer kwalitatieve eisen gesteld aan de geestelijke gezondheidszorg. Landelijke en gemeentelijke overheden, al dan niet samen met zorginstellingen, voeren systematisch beleid om bestaande normen aan te scherpen en op te voeren. Hierdoor voelen de instellingen zich gedwongen inventief en innovatief te zijn en met betere zorgproducten of diensten te komen. Ook de wetgeving, zoals de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), dwingt de zorgondernemer om met duidelijke producten te komen. Wij zien echter ook risico's aan dergelijke vernieuwingen. Bijvoorbeeld wanneer het beeld van de werkelijkheid gekwantificeerd wordt en gedigitaliseerde traditionele behandelmethoden als de persoonlijke relatie moet vervangen.

Wie niet aan de 'nieuwe' eisen voldoet, loopt het risico productie en omzet te verliezen. Voor een ondernemende instelling, die wel of op tijd aan de eisen voldoet, liggen er kansen. Het snel en op gepaste wijze vernieuwen van het hulpverleningsaanbod is niet alleen een gevolg van overheidsbeleid. Cliënten, familieleden en financiers stellen ook meer eisen aan het zorgaanbod dan voorheen. Het is de kunst om binnen het innovatieproces elementen als deskundigheid, informatie- en communicatietechnologie, financiën en creativiteit op het juiste moment te verenigen en op tijd veranderingen en verbeteringen door te voeren. Naast de marktpositie spelen bij innovatie inhoudelijke argumenten een rol. Wetenschappelijke 'kennis' over de effectiviteit van de zorg groeit gestaag. Multidisciplinaire richtlijnen leveren op diverse terreinen 'evidence based' inzichten. Over de behandeling en begeleiding bij schizofrenie, depressie, angststoornissen en dubbele diagnose is dergelijke kennis voorhanden. Veel instellingen wensen deze kennis toe te passen en beschikbaar te maken voor hun cliënten. Kennis ontwikkelt zich ook in de praktijk van alledag. In de GGZ werken hulpverleners en onderzoekers er gezamenlijk aan de zorg te verbeteren. Vaak gebeurt dat op systematische wijze, bij de toepassing en evaluatie van een nieuwe behandeling. In alle gevallen zien we nu oudgedienden en nieuwkomers innoveren, aangezien zij hun cliënten - volgens de meest recente inzichten - optimale zorg willen bieden. Alhoewel innoveren tegenwoordig onderdeel is van het werken in teams binnen de GGZ, zijn de vereiste kennis en vaardigheden voor een adequaat innovatieproces niet vanzelfsprekend aanwezig in elk team. Het behoort over het algemeen niet tot de basisopleiding van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Deze leemte verzoekt om een invulling (Bovenberg & Lindt, 2008).

### **De sociaal psychiatrisch verpleegkundige als ondernemer?**

Wij hebben veel contact met verzekeraars, bestuurders, managers, professionals, cliënten en hun familieleden en gaan geregeld met hen in gesprek over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg. Men komt langzaam in beweging. Inmiddels is wel duidelijk dat professionals in de startblokken staan om te veranderen, te innoveren en te ondernemen. Maar ze weten ook vooral wat ze niet willen. Wat professionals niet meer willen is het volgende: productieafspraken, registratie, denken in spreadsheets en gedateerde en ziekmakende gebouwen zonder parkeergelegenheid. Veel professionals voelen zich geëxploiteerd en willen graag meer aandacht besteden aan de cliënt, het systeem en inhoudelijke ontwikkelingen kunnen volgen. Voor veel professionals is de 'menselijke maat', binnen hun organisatie, zoek. De focus ligt teveel op een zogenaamde 'gekwantificeerde werkelijkheid', waarbij wel gekort wordt, maar een bonus vaak uitblijft. Dit werk frustreert en motiveert niet.. Professionals willen gewaardeerd en betrokken worden bij nieuwe ontwikkelingen, proactief zijn en niet afwachten maar handelen. Dankzij de marktwerking en nieuwe ontwikkelingen in de zorg zien wij kansen voor de professional. De veranderende zorgsector vraagt om ondernemende professionals, die proactief zijn en weer betrokken zijn bij de vernieuwde of nieuwe onderneming. Maar daarvoor heb je wel kennis en vaardigheden nodig. Dit vergt ook een aanpassing van het curriculum vitae van de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Beter bekend als de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg, (MGZ) richting GGZ. Vakken als evidence based practices, kwaliteit, innovatie, ondernemerschap, marktonderzoek enz. vragen om aandacht. Daarnaast is het nodig om de 'oude garde' een input te geven en bij- en nascholing aan te bieden. Wij menen dat er behoefte is aan nieuwe school-denken. Daarmee bedoelen we minder denken vanuit de oude paradigma's. Veel meer competentiegerichte ondersteuning door inzet van multidisciplinaire teams. Burgerparticipatie als doelstelling en loslaten paradigma van patiënt.

## Conclusies

De wereld om ons heen veranderd in hoog tempo. Niets is meer vanzelfsprekend. Het is tijd voor reflectie en bezinning. Dit vraagt om actie. Zoals eerder beschreven biedt de insteek van de NZA (basiszorg) naar onze mening een bijzondere kans voor de SPV. We zullen als SPV een antwoord moeten vinden op vragen die de nieuwe markteconomie binnen de geestelijke gezondheidszorg oproepen. Er liggen meerdere kansen in het verschiet. Kansen om een eigen zorgonderneming te starten en/of bestaande instellingen anders vorm te geven. Door een krappe arbeidsmarkt is het mogelijk om weer een goede positie met meer vooruitzichten in te nemen. Gecombineerd met een nieuwe school-denken, een meer op ondernemerschap, gerichte houding, nieuwe kennis over ondernemerschap en nieuwe vaardigheden is het mogelijke om het plezier in het werk weer terug te vinden.

---

## Over de auteurs

**Frits Bovenberg** is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en heeft na de opleiding VO-beroepinnovatie bijgedragen aan diverse duurzame veranderingsprojecten binnen de (openbare) geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Frits is oprichter van GGZ Consult, voorzitter van Stichting GGZ+, en bestuurslid van F-ACT Nederland. Zijn passies zijn meedenken over ondernemerschap, innovaties, visieontwikkeling, leiderschap en teamdynamiek. Dit maakt deel uit van zijn dagelijks werk als adviseur en trainer.

**Robert van der Krogt** is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en heeft na zijn opleiding Bestuurskunde bijgedragen aan de ontwikkeling en groei van respectievelijk GGZ Groep Europort en Mentaal Beter, een moderne landelijk opererende GGZ-organisatie in Dordrecht. Robert is oprichter van Ontwikkelen met Visie en in die hoedanigheid betrokken bij diverse ontwikkeltrajecten van traditionele en nieuwe zorgondernemingen.

---

## Literatuur

- Bakas, A., 2011, *Megatrends, an inspiring vision of the coming era*, Scriptum
- BS Health Consultancy, 2010, *GGZ Uitgedaagd!, Onderzoek naar de dynamiek en de prestaties in de GGZ-markt 2008-2009*, Vinkeveen.
- Boer en Croon, 2011, *Van Instituten naar ondernemingen*, Boer & Croon, Utrecht
- Bovenberg F & Lindt S.v.d., 2008, *Innoveren met teams, Resultaatgericht werken in de (o)ggz, verslavingszorg, ribw's en maatschappelijke opvang*, Uitgeverij SWP, Amsterdam
- GGZ Nederland, 2010, *Zorg op waarde geschat, sectorrapport GGZ 2010*, Utrecht
- GGZ Nederland, 2010, *Kerncijfers GGZ*, Utrecht, oktober 2010
- GGZ Nederland, *medewerkers@GGZ 2009, Een inventarisatie van personeel in de geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht, juli 2010
- Gunster B., 2011, *Ja-maar...huh?!, de techniek van het omdenken*, Bruna, Utrecht.
- Heshof P. (2011), Na de crisis zal alles beter zijn, *Opinie & Debat, Volkskrant*, zaterdag 12 november, 2011.
- Vermeend W., en van Boxtel R, 2010, *Uitdagingen voor een gezonde zorg*, Lebowski Publishers, Amsterdam