
DE TOEKOMST DIE AL LANG BEGONNEN IS

DE SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE IN DE SPECIALISTISCHE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inge Klein Wassink, SPV GGNet

Inleiding

Er is sinds 2012 sprake van een zichtbare transitie in de zorg, ingegeven door bezuinigingen en maatschappelijke ontwikkelingen. De zorg moet in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven en daarom zijn er vanuit het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* en het *Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2014-2017* door vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familie organisaties en de overheid keuzen gemaakt. De betrokken partijen bij het Bestuurlijk Akkoord, willen dat de zorg geboden gaat worden door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en de zorg het meest doelmatig kan bieden. Maar hoe men dat bepaalt is weinig inzichtelijk en roept vragen op bij de professional op "de werkvloer". De hypothese van "de werkvloer" is dat de zorgverzekeraars dit gaan bepalen en men vraagt zich af: "*Wanneer staat GGZ Nederland nou eens op?*"

Bovenstaande ontwikkelingen vragen om meer inzicht in de transitie die nu plaatsvindt. Het gaat hierbij om het onderzoeken hoe het krachtenveld in elkaar steekt en de betekenis ervan voor de positie van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg. Maar bovenal, uit te zoeken wat er nodig is om in de huidige transitie van de Geestelijke Gezondheidszorg, invloed uit te kunnen oefenen om de plek van de SPV in de (Specialistische) Geestelijke Gezondheidszorg mede te bepalen!

De transitie en de GGZ

Volgens een aantal professionals op "de werkvloer" van zorgaanbieder GGNet ¹⁾, is duidelijk wie bepaalde keuzen hebben gemaakt in deze transitie en op grond van welke criteria dat is gebeurd. Er wordt door de professionals gezegd dat de GGZ meer en meer een uitvoerend orgaan is dat aan de leiband van de zorgverzekeraars loopt. Uit interviews en enquêtes met hulpverleners blijkt dat zij denken dat zorgverzekeraars een dominante positie hebben gekregen en vanuit het marktdenken allerlei bezuinigingen doorvoeren. Vanuit zorgpaden en protocollen wordt de nadruk gelegd op verantwoording, meten, productie en efficiëntie.

In de GGZ lijkt een machtscultuur en bedrijfsmatig denken overheersend te zijn geworden. De bureaucratie overheerst en een van de geïnterviewde professionals merkt op dat "er steeds minder aandacht is voor de ontmoeting van de cliënt in zijn lijden" en verwijst hierbij naar de presentie-theorie Andries Baart (en later op verpleegkundig niveau is uitgewerkt door Mieke Grijpdonck) en de filosofie van Emmanuel Levinas. De mensen op "de werkvloer" vragen zich af waarom het lokale en landelijke bestuur geen verweer heeft getoond tegen deze veranderingen en men vraagt zich af "*Wanneer staat GGZ Nederland eens op?*" Deze mening wordt gevoed door de toegenomen controle en ervaren regeldruk.

Deze controle en regeldruk worden bevestigd door onderzoek bij GGNet (Onderzoek Productiviteit GGNet 2014) en erkend door Rob Jaspers, voorzitter van de Raad van Bestuur van GGNet: *"We zijn te ver doorgeslagen in controlesystemen"*.

Zorginstituut Nederland, het instituut dat als doel heeft de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren en inzichtelijk te maken, heeft aandacht voor de controle en administratiedruk. Zo stelt Poll (2014) dat de huidige ontwikkelingen zullen leiden tot een wildgroei aan registraties; registraties van verschillende kwaliteit en met verschillende doelstellingen. Tevens geeft zij aan dat er op dit moment teveel aandacht is voor problemen binnen de eigen sector en te weinig voor het cliëntenperspectief, het ketenperspectief of voor de raakvlakken tussen welzijn, cure en care. Patagonia (2014), adviesbureau voor rendementsverbetering, bevestigt de aandacht voor controle en regeldruk en noemt daarnaast dat zorgkantoren hun eisen hebben verwoord in het inkoopbeleid dat ze voeren. Hierin staat omschreven waar de zorgaanbieder aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Doordat dit jaarlijks terugkomt, komt er een steeds grotere druk te liggen op het beheersen en continu verbeteren van processen, hetgeen tot de nodige bureaucratische regeldruk leidt. Volgens GGZ Nederland kost deze regeldruk de GGZ sector tussen de 17% en 31.5% van alle kosten ²⁾. Ook beaamt zij dat professionals niet meer het idee hebben dat ze nog met hun vak bezig zijn. Op basis van deze gegevens kan geconcludeerd worden dat de zorgverzekeraar in toenemende mate een sturende machtsfactor is.

Patrick Groenewegen, adviseur bij Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland GGZ voor het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014 - 2017, vindt die regeldruk en controle wel te verklaren: "In 2012 wilde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) weten waarom de zorg zo duur was. Zij vroeg zich af hoe het anders kon en of we in de GGZ konden aantonen waarom, waarvoor en welke interventies we toepasten. Kortom: waren we in staat om aan te tonen of ons handelen effectief was? Daar hadden we als GGZ echter geen goed antwoord op en vervolgens gingen de minister en de zorgverzekeraars van de aanname uit dat 'de GGZ is een groot zwart is'. Daarnaast zijn gegevens ook nodig vanwege de benchmarking die men nodig achtte. Marktwerking kan natuurlijk alleen wanneer we weten wat er geboden wordt en tegen welke kosten. Groenewegen geeft aan dat "op het moment dat er scherper toezicht kwam en de zorgverzekeraars wilden gaan bepalen wat de professionals moesten gaan doen, de GGZ opstond. Er is collectief vanuit de GGZ geprotesteerd en de professional heeft duidelijk gemaakt dat hij gehoord wilde worden.

Om de invloed van de zorgverzekeraar tegen te gaan hebben de beroepsgroepen toegezegd het handelen transparant te maken. Zo kwamen er zorgstandaarden om te laten zien wat professionals doen. Zij willen een systeem dat niet gebaseerd is op controle maar op menselijk contact, als wezenlijk onderdeel van goede zorg." Daarmee willen de beroepsgroepen het vertrouwen van de zorgverzekeraar en de overheid verdienen.

De opmerkingen vanuit "de werkvloer" zijn begrijpelijk. Het ministerie van VWS en de zorgverzekeraar zijn tot dusver dominante besluitvormers met de Bestuurlijke Akkoorden als politiek instrument. Het doel van het ministerie was om te bezuinigen en de zorg zichtbaar te maken! Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg is essentieel voor de werking van het nieuwe zorgstelsel van het ministerie van VWS. Met meerdere partijen gaat het er nu over, hoe vorm te geven aan de doelstellingen uit de akkoorden.

De doelstellingen uit de akkoorden en de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, wel of geen match?

Voor de bekostiging van de SGGZ werd vanuit het eerste Bestuursakkoord gekozen voor een concretisering van de prestatie bekostiging op basis van het Diagnose Behandel Combinatie systeem (DBC). Een systeem een waarmee getracht wordt om de zorgzwaarte als uitkomsten van de zorg, inzichtelijk te maken. Transparantie vergroot het inzicht en de vergelijkbaarheid tussen de zorgaanbieders en opbouw van kostprijzen. De beroepentabel DBC GGZ (DBC onderhoud, 2012), sluit aan bij de landelijk erkende indeling van beroepen: de beroepenstructuur van het voormalig Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO). Het CONO had in haar beroepenstructuur beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de GGZ en sloot hiermee aan bij de in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg geregistreerde beroepen. De SPV is een beroep in de categorie specialisatie / functiedifferentiatie; een SPV is iemand die opgeleid is tot een basisberoep (artikel 3) én in aanvulling daarop een erkende GGZ-specialisatie heeft afgerond. Maar deze toepassing (de Wet BIG) in combinatie met de transitie ,welke ook heeft geleid tot verschuivingen van taken en verantwoordelijkheden rondom het hoofdbehandelaarschap, heeft tevens de taakherschikking van de SPV begrensd. De SPV valt niet onder artikel 14 (Specialist) waardoor de SPV-en geen DBC's meer mogen openen. Wel is in de DBC systematiek vastgelegd dat behandelaren, die in de beroepentabel DBC GGZ staan, tijd mogen registreren op de DBC.

Als kritiek op de DBC wordt dan ook benoemd dat de DBC vooral ontstaan en vormgegeven is vanuit medisch specialistische behandelingen. Bij de implementatie in de GGZ waar het voor de SPV (met name) gaat over de sociale psychiatrie, is onvoldoende rekening gehouden met de specificiteit van de problematiek in relatie tot de medische diagnose. Sociale psychiatrie wordt gezien als het helpen oplossen van geestelijke gezondheidsproblemen door het beïnvloeden van maatschappelijke processen en verhoudingen. In de sociale psychiatrie ligt de focus vooral op de wisselwerking tussen de cliënt en diens omgeving. Het omgaan met pathologie en niet de pathologie als zodanig, is de focus voor behandeling (Van der Padt et al, 2010). Verberk (2006), destijds voorzitter van de afdeling SPV van V&VN, concludeert in het *Standpunt bestuur V&VN-SPV Rol en Positie SPV in relatie tot DBC*, daar waar hij het hoofdbehandelaarschap alleen baseert op de administratieve procedure rondom de DBC financiering, het volgende: *De SPV is op basis van opleiding en adequate nascholing bekwaam en daarmee bevoegd tot het openen en sluiten van een DBC, voor zover de SPV de belangrijkste bijdrage kan leveren aan de oplossing van het probleem van de cliënt. In die hoedanigheid kan de SPV dus gezien worden als de hoofdbehandelaar. De SPV is in staat om op basis van eigen observaties en gegevensverzameling te komen tot de formulering van een Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) classificatie. De definitieve vaststelling vindt altijd in samenspraak met de psychiater plaats.* Maar helaas heeft zijn standpunt, ondanks de brief aan de minister van VWS, inzake het hoofdbehandelaarschap van de SPV (Van der Padt, 2014) van de voorzitter van de afdeling SPV van V&VN, niet geholpen om deze koers van de transitie ongedaan te maken. Wat wel is gebeurd, is dat het ministerie van VWS het Trimbos-instituut heeft gevraagd om, in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ, onderzoek te doen naar cliëntenperspectieven op het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Kwaliteit van zorg in de beleids- en praktijkontwikkelingen rond de GGZ is immers een blijvend aandachtspunt van de minister. Het ministerie van VWS en veldpartijen willen namelijk komen tot een veldnorm voor het 'hoofdbehandelaarschap.'

In dit rapport '*Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg, Perspectieven van GGZ-cliënten*' (Boumans et al, 2014) wordt ook over de SPV gerapporteerd (terwijl zij dus geen hoofdbehandelaar is) en de ervaringen met de SPV zijn tamelijk positief waar het gaat om contactuele, zorginhoudelijke en organisatorische competenties. De onderzoekers van het rapport zijn van mening dat ervaringen van cliënten en naasten een nadrukkelijke plaats zouden moeten krijgen in de discussies over invulling van het hoofdbehandelaarschap. Men pleit voor een hoofdbehandelaar die contactuele, zorginhoudelijke en organisatorische competenties heeft en verschillende rollen vervult.

Een andere doelstelling uit de bestuursakkoorden is dat de benodigde zorg op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend. In dit verband zijn toegang van zorg en protocollering belangrijke begrippen. De SPV kan mensen met psychische aandoeningen, herkennen, diagnosticeren, behandelen en of stabiliseren, en de SPV kan doelmatige en in goede samenhang de zorg verlenen. Ook past de werkwijze van de SPV binnen de protocollering (richtlijn-, zorgstandaard- en zorg pad ontwikkeling) en beschikt de SPV over vele behandelmethoden die genoemd worden in de multidisciplinaire richtlijnen. Hiermee sluit de SPV aan op de landelijke zorgstandaarden.

Als het gaat om zorgpad-ontwikkeling, blijkt bijvoorbeeld dat in de praktijk van VGGNET³⁾ met zorgproducten van de SPV gewerkt wordt. De beroepsgroep SPV heeft voor deze instelling mee gedaan met het project *Zichtbare Zorg* door mee te denken bij de ontwikkeling van zorgpaden. Volgens het ministerie van VWS zijn deze SPV-en zorgverleners die ideeën hebben ingebracht voor het verbeteren van de eigen prestaties.

SPV-en vinden dat hun werkwijze ook buiten protocollering (richtlijn-, zorgstandaard- en zorg pad ontwikkeling) past. In de sociale psychiatrie gaat het vaak om complexe zorgvragen. De gekozen interventies zijn dan niet vanzelfsprekend terug te voeren op wetenschappelijk onderzoek (evidence based handelen) en/of protocollering maar vragen om het best geachte professionele handelen. Dat dit tot problemen in de bekostiging leidt, omdat in de DBC's onvoldoende rekening gehouden met de specificiteit van de problematiek van cliënten, moge duidelijk zijn. Tummers (2011) adviseert om het binnen de DBC's financieel aantrekkelijker te maken om cliënten met complexe problematiek te behandelen. Hij bevestigt hiermee wellicht dat deze cliënten⁴⁾ van de SPV anders tussen wal en schip dreigen te vallen omdat zij als "lastig en niet efficiënt" te boek staan. Het werk van de SPV laat zich soms ook moeilijk vertalen in resultaten. Door aanpassing van de DBC past "de" cliënt van de SPV dan ook wellicht beter in een resultaat gericht bedrijf en samenleving. Overdiagnosticering en medicalisering (gevolgen van het feit dat een cliënt niet in een DBC past) worden dan voorkomen. Daarnaast wordt er meer erkenning gegeven aan wat nu "het buiten de protocollen werken" heet. Het antwoord van de psychiatrie die niet mee wil werken aan medicaliseren, maar mensen wil ondersteunen in hun leven, in hun eigen omgeving (Lohuis & Beuker, 2013).

Voor een goede samenhang in de zorg, als doelstelling, vinden de SPV-en en andere zorgprofessionals, dat de SPV zeker binnen het multidisciplinaire team hoort omdat de SPV een eigen zelfstandige, BIG-geregistreerde, discipline is, vormgegeven vanuit een eigen functieomschrijving, taakomschrijving en verantwoordelijkheid. Zij kan vanuit haar opleiding en ervaring zowel specialistisch als generalistisch kijken en werken met mensen met psychiatrische problematiek. Zij is breed opgeleid. Andere disciplines hebben een meer afgebakend taakgebied.

Taken van de SPV liggen met betrekking tot de samenhang vooral op het coördinerende, verbindende maar vooral systemische vlak. De cliënt is meer dan zijn diagnose en zal in de context van zijn omgeving behandeld moeten worden, hier ligt ook de expertise van de SPV.

De SPV (binnen GGNet) is door zijn outreachende rol en systemische visie en aanpak ondersteunend in het behandelbeleid (van de hoofdbehandelaar) op de volgende gebieden:

- Omgeving zodanig inrichten dat een behandeling grotere kans van slagen heeft.
- Meervoudig partijdig. Door specialisatie in de wisselwerking tussen individu en omgeving en de vier niveaus van functioneren sociaal, systemisch, psychologisch en lichamelijk, kan de SPV optreden als meervoudig partijdige belangenbehartiger van zowel cliënt als cliëntstelsel. Onder cliëntstelsel kan iedere bij cliënt betrokken partij gezien worden op micro, meso en macroniveau.
- Verbindende factor tussen diverse disciplines op micro, meso en macroniveau.
- Directe ondersteuning voor hoofdbehandelaar op specialistisch niveau, de 'ogen en oren van de hoofdbehandelaar'. De SPV adviseert de hoofdbehandelaar in het vast te stellen behandelbeleid. Door in zowel de intakefase als de behandel fase specialistische autonome en outreachende onderzoeken en (deel)behandelingen uit te voeren draagt hij bij aan zowel de vaststelling als uitvoering van het behandelbeleid.

De doelstellingen uit de akkoorden en de SPV matchen dus wel degelijk. De SPV is voor sommige taken heel goed geëquipeerd en kan doelmatige zorg bieden. Hiermee zou je zeggen dat zij een plek heeft, ook in de toekomst. Wat is er dan nodig, welke invloed kan de SPV aanwenden om die plek ook in de (S)GGZ mede te bepalen?

Uitoefenen van invloed om de plek van de SPV in de (S)GGZ mede te bepalen

De SGGZ heeft als kenmerk dat er bij de cliënt sprake is van een DSM benoemde stoornis, een hoog risico, hoge complexiteit en of meervoudige problematiek (co-morbiditeit) die doorgaans vraagt om een multidisciplinaire "aanpak". De SPV past goed in dit echelon, omdat zij breed inzetbaar is en dan ook op talloze afdelingen in de huidige (S)GGZ te vinden is⁵⁾. Of de SGGZ ook de plek van de SPV in de toekomst blijft is moeilijk te zeggen. Op de werkvloer is zichtbaar om complexe problematiek meer vanuit een samenhangend geheel te benaderen en bestaande "schotten" tussen programma's (bijvoorbeeld tussen kortdurende behandeling en het FACT) te laten verdwijnen. Dat betekent dat in de behandeling nog meer samenwerking en samenhang gecreëerd moet worden vanuit het systeemdenken, waarbij de SPV een sleutelrol kan spelen.

Landelijk is er in praktijk een verschuiving waarneembaar vanuit de specialistische GGZ naar de huisartsen praktijk (POH-GGZ) waarbij de SPV een centrale rol kan gaan spelen als de professional in de wijkgerichte aanpak of als zelfstandig behandelaar in een maatschap. Vanuit de vooruitkijkende gevolgen van de transitie en ontwikkelingen wordt de verschuiving naar de POH GGZ, de wijk en de komst van de SPV als wijkspecialist door externe partijen zoals de politie toegejuicht. Deze maatschappelijke ontwikkelingen en situationele factoren, naast de benoemde bezuinigingen, zullen dus mede bepalend zijn bij toekomstige veranderingen. Dit is de SPV niet onbekend. De SPV heeft zich altijd gespiegeld aan de bewegingen in de sociale psychiatrie in de geestelijke gezondheidszorg (Venneman et al, 2004). Bewegingen die mede tot stand kwamen onder andere door de invloed van de verhoudingen met de zorgvrager en zijn systeem (cliënten participatie en familie participatie).

En volgens Groenewegen ⁶⁾ zal de plek van de SPV in de SGGZ in de nabije toekomst worden vormgegeven door de cliënt. Het draagvlak voor transitie is te vinden in de samenleving en bij de cliënt. Dit wordt bevestigd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF, een samenwerkingsverband van patiënten- en consumentenorganisaties). Zij zetten zich in voor een betere, veilige en betaalbare zorg. Zij willen transparantie in de zorg, zodat patiënten in staat worden gesteld om de juiste keuze te maken. Met die informatie en met de vakkennis die de NPCF in huis heeft, oefent zij namens iedereen die nu of in de toekomst zorg nodig heeft, invloed uit op het beleid binnen de gezondheidszorg (en daarmee dus ook de plek van de SPV). NPCF heeft een stem, in de spreekkamer, in de politiek en bij de zorgverzekeraar. Naast de eerder gestelde conclusie dat de professional wordt gehoord en samen met meerdere partijen vorm geven wordt aan de doelstellingen uit de akkoorden hebben cliënten - en familie organisaties dus ook een dominante positie in het bepalen van de plek van de SPV in de SGGZ.

En om de hand in eigen boezem te steken; Wat doen SPV-en om hun invloed aan te wenden? Om dat te bepalen moeten we kijken naar onze eigen beroepsvereniging op lokaal en landelijk niveau.

Lokaal

De SPV-en binnen GGNet zagen als gevolg van de transitie redenen voor strategische en culturele veranderingen waaronder overleven in crisistijd, versterken van legitimiteit, kwalificeren voor de toekomst en vernieuwen van bedrijfsprocessen (Boonstra, 2014). En in samenwerking met het bestuur wordt er gewerkt aan een document waarin de volgende zaken beschreven staan:

- visie over de positie van de SPV binnen het totale zorgpalet binnen GGNet;
- binnen welke domeinen/zorgproducten/patiënten de expertise van de SPV moet worden ingezet;
- hoe deze inzet zich verhoudt tot de inbreng van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten;
- en welke verwachtingen er zijn met betrekking tot de toekomstige inzet.

Dit document, inclusief de inbreng van de managers, moet vertaald worden in een definitieve visie op de (toekomstige) inzet van (onder andere) de SPV binnen GGNet en de consequenties die dit heeft voor instroom, uitstroom, opleiding etc. Het is dan een document waarop beleid (en identiteit) gebaseerd kan worden.

Landelijk

Dit lokale proces loopt enigszins "parallel" met het proces binnen de landelijke beroepsvereniging SPV van V&VN. Vanuit de inhoud wordt de beroepsgroep (weer) gepositioneerd en is het beroepsdeelprofiel (Expertisegebied SPV) geactualiseerd (Derks et al, 2014). Ook schreef ik al eerder over de brief naar de minister van de voorzitter en noemde Groenewegen "het aan tafel zitten bij de partijen" en de bijdrage aan de zorgstandaarden. Volgens Frans van Vugt, SPV en adviseur Informatiebeveiliging en kwaliteit bij GGZ Altrecht, moet het competentiegebied van de SPV goed omschreven en bijgehouden worden, hij vindt dit een belangrijk middel om onze kwaliteit aan te tonen. Volgens hem is het van belang dat we "aantonen wie we zijn! Vanuit de afdeling SPV moeten we veel meer aandacht gaan geven aan kwantiteit en kwaliteit van het kwaliteitsregister. Voorwaarde is wel om dit register up to date te houden; wie je bent, wat je doet en je kwaliteit aantonen en waarborgen. Daarmee kun je inkopers zoals de zorgverzekeraars laten zien wat je betekent. Een goede ontwikkeling daarbij is de controle - samenwerking door de afdeling SPV met de opleidingen. Daar begint de uniformiteit.

Door vanuit ons vakgebied te blijven werken en onze kennis uit te dragen. Daarnaast te zorgen dat je door middel van bijscholing je blijft professionaliseren. De uitgave van het Expertise gebied SPV en onze beroepscode zijn belangrijke referentiekaders om aan de kwaliteit verder inhoud te geven. Daar ligt volgens hem "onze invloed, onze kracht."

Conclusie

Het idee dat de zorgverzekeraars bepalend zijn, zoals in het begin van dit artikel werd gesteld, is hopelijk hiermee genuanceerd en in perspectief van maatschappelijke ontwikkelingen geplaatst. GGZ Nederland is opgestaan en doet actief mee in deze transitie en het handelen wordt op macro en meso niveau, middels zorgstandaarden, transparant en inzichtelijk gemaakt. De kwaliteit van zorg wordt hiermee inzichtelijke gemaakt. Het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg is één van de antwoorden op de vraag wat er *nodig is om in de huidige transitie van de GGZ, invloed uit te oefenen, om de plek van de SPV in de (S)GGZ te bepalen?* Het is van belang om zowel op macro als op meso en micro niveau inzichtelijk te maken wie je bent en wat je doet. Volgens Patrick Groenewegen en Frans van Vugt heeft iedere zorgprofessional hiermee dus zijn eigen professionele vierkante meter van invloed.

Maar naast deze conclusie is het misschien nog wel meer van belang dat er door de individuele professional een noodzaak gezien wordt om ook mee te willen beïnvloeden - te veranderen.

Je moet niet te laat zijn en daarom mijn titel; De toekomst die al lang begonnen is.

Noten

- ¹⁾ GGNet biedt Specialistische en Generalistische Basis GGZ en er zijn detachering contracten voor de Generalistisch zorg / POH GGZ.
- ²⁾ <http://www.ggznieuws.nl/home/regeldruk-in-de-ggz-kost-1-miljard-euro/>
- ³⁾ VGGNet is gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van cliënten met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen hebben.
- ⁴⁾ Patiënten komen in aanmerking voor een behandeling door de SPV als er sprake is van ontregeling door multiple oorzaken waardoor er problemen ontstaan op meerdere niveaus van functioneren, die op hun beurt weer de ontregeling negatief beïnvloeden.
- ⁵⁾ Het aantal SPV-en in Nederland wordt geschat op 3000 en iets minder dan de helft (1450) is lid van de afdeling SPV van V&VN. Het is niet duidelijk in welke instellingen, hoeveel SPV-en werkzaam zijn, mede omdat sommigen op meerdere plekken werken (bijvoorbeeld crisisdienst en POH GGZ). Koekkoek et al (2008) schatten dat het grootste percentage SPV-en in de kortdurende behandeling werkt (<2jr), op de voet gevolgd door de langdurende zorg. Bij GGNet zijn 2300 mensen in dienst voor 25.000 cliënten, en werken er 132 SPV-en, waarvan twee in opleiding. Het grootste aantal werkt in de kortdurende behandeling, mede ook door het grote aantal POH GGZ-ers, gevolgd door het FACT. (December 2014)
- ⁶⁾ "Nu gaat het weer om de inhoud, daarom moet je zitten aan tafel en zorg dragen voor een meerderheid. Alleen dan komt iets door de Kamer. Het draagvlak voor de meerderheid is te vinden in de samenleving. En de cliënt / de patiënten organisatie hebben dus ook een dominante positie. Patrick geeft aan de cliënt zich herkent in de zorgstandaarden."

Bronvermelding

- Boonstra, J. (2014) derde herziene druk. *Leiders in cultuur verandering. Een praktische gids voor strategische en culturele veranderingen in organisaties*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Boumans, J., M. Tuithof, F. van Hoof, J. Nuijen (2014) *J Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg, Perspectieven van GGZ-cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Caluwé, de Léon. Vermaak, Hans (2006) *Leren veranderen Een handboek voor de veranderkundige* Uitgever, Kluwer
- DBC Onderhoud (2012) Spelregels v20120901.
<http://www.dbcspelregels.nl/documents/beroepentabel.pdf>

- Derks, J., Padt, I. van der, & Boon, J. (2014 april). *Expertisegebied sociaal psychiatisch verpleegkundige*. Eindhoven: V&VN SPV.
- GGZ Nederland, (2014) 20 mei. www.ggznieuws.nl
<http://www.ggznieuws.nl/home/regeldruk-in-de-ggz-kost-1-miljard-euro/>
- Jaspers, R. GGNet (2014, december 3). Intranet bericht "in gesprek met de Raad van Bestuur" met een verwijzing naar Onderzoek door KPMG Plexus.
- Koekkoek, B. , Hutschemaekers, G., Meije G. Schene. A. (2008 augustus). Sociaal Psychiatisch Verpleegkundigen in Nederland, een enquête. *Sociale Psychiatrie* 87, p 47-56.
- Lohuis G. & Beuker A. (2013), Zonder Sociaal geen Psychiatrie Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Minister van Volksgezondheid, Partijen. (2012, juni 18). *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*. www.rijksoverheid.nl
- Minister van Volksgezondheid, Partijen. (2013, juli 16). *Bestuurlijk akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2014-2017*. www.rijksoverheid.nl
- Ondernemingsraad, werkgroep Productiviteit; N., Kerkwijk. R. Musch. K. Visser. J.W. Velzen. (2014, juni) *Onderzoek Productiviteit GGNet* . GGNet.
- Padt van der, I. (2014, februari 6). Brief, inzake het hoofdbehandelaarschap van de SPV aan het Ministerie Opgehaald <http://www.venvn-spv.nl/afdeling-spv/pdfvereniging/brief-vws-hoofdbehandelaarschap-spv.pdf>
- Padt, I. van der & Venneman, B. (2010) *Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie* (2e, herziene druk) Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Patagonia adviesbureau voor rendementsverbetering (2014) Pantagonia Eisen van het zorgkantoor. www.patagonia-zorg.com
- Poll, A. (2014) *Eindrapportage Verkenning bevorderen betrouwbare kwaliteitsregistraties*. Amsterdam 22 augustus 2014: In opdracht van het Kwaliteitsinstituut, onderdeel van Zorginstituut Nederland. p.4.
- Tummers, L. (2011) De Spagaat van de GGZ en manieren om eruit te komen. *ZM Magazine*, 2011, 5 Mei, p.12-14.
- Verberk. F. (2006) Standpunt bestuur V&VN-SPV Rol en Positie SPV in relatie tot DBC. V&VN-SPV Opgehaald van http://www.venvn-spv.nl/afdeling-spv/pdfvereniging/standpunt_rol_en_positie_spv_in_relatie_tot dbc.pdf
- Venneman, B. Derks, J. Hermanides- Willenborg, L. Morsman, M. (2004) *Beroepsdeelfprofiel NVSPV*. Utrecht: AVVV
- www.conoggz.nl. (2014, nov-dec). Opgehaald van <http://www.conoggz.nl/beroepschema/>
- www.npcf.nl (2015 jan) opgehaald van http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=5&Itemid=14
- http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=4177:waar-we-voor-staan&catid=5:informatie-over-de-npcf&Itemid=14
- www.rijksoverheid.nl. (2014, sept-dec). Opgehaald van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws> en <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/registratie-in-big-register-van-beroepen>.

Geïnterviewde personen

Methodologie

Gestructureerd interview - Semigestructureerd interview en Open interview- Enquête

Boon, Sjaak	Docent Hogeschool van Amsterdam post HBO SPV, Gezondheidswetenschapper, SPV, Senior adviseur en trainer
Flapper, Jacco	SPV VGGNet en voorzitter Leerkring GGNet.
GGNet	Professionals, Multidisciplinair, input leerkring SPV , studiemiddagen leerkring, Stafmedewerkers Bureau Bestuur en kwaliteit P&O (vanwege privacy redenen verder geen naam omschrijving)
Groenewegen, Patrick	Adviseur bij Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland GGZ voor het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014 - 2017, lid van de agenda Raad bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en voorzitter Denktank GGZ
Klaassen, Henk Willem	SPV en gast docent Hogeschool van Amsterdam
Padt, Ivonne van der	Docent Hogeschool van Amsterdam post HBO SPV, artikel begeleidster en voorzitter V&VN-SPV
Studiegenoten	SP15 Hogeschool van Amsterdam
Vugt, Frans van	SPV - adviseur Informatiebeveiliging en kwaliteit bij GGZ Altrecht en betrokken bij V&VN SPV