



Auteurs zijn SPV i.o.

Minka Kroes
Willy Rypma

Klik!

Je drukt de computer aan, wacht op het opstartscherm, logt in met je gebruikersnaam en wachtwoord.

Je opent je mail, agenda, XMcare, Cloud, MConsole. Daarmee begin je met de eerste handelingen die de administratieve molen na 25 muisclicks doet draaien.

"Is er een notificatie van een rapportage van een collega? Zijn er nieuwe mails binnengekomen? Heb ik een app of sms binnen gekregen? Had ik die afspraak van dinsdag uit mijn telefoon nou al in XM Care gezet? En heb ik die afspraken van gisteren al afgerond?"

Check, check, check.

De agenda geeft aan dat er 5 huisbezoeken zijn gepland, waaronder een Zorg Afstemmings Gesprek, en dat betekent een HONOS en een MANSa invullen, behandelplan en signaleringsplan voor bespreken, verifiëren of TOR en BOR nog nodig is.

Check, check, check!

Om 10.30 uur is er dan tijd voor je eerste patiënt.

Vraag jezelf nu eens af of dit het ideale begin van je werkdag zou zijn als je het als SPV zelf voor het zeggen hebt? Zou je niet liever, na een korte overdracht op je fiets stappen en de patiënt bezoeken die je gister aan het einde van de middag nog hebt bezocht waar je je zorgen over maakt? Hoe komt het dat de SPV een onderdeel is geworden van de bureaucratische molen? We zoeken uit hoe dit zit en hoe wij hier als professionals een ommekeer in kunnen laten plaatsvinden.

Wat betekent dit voor de toekomst?

Willen mensen hierdoor eigenlijk nog wel werken in de zorg?

Verpleegkundigen worden horendol van de eindeloze aantallen schermen, vinkjes, protocollen, doorverwijzingen, formulieren en andere administratieve lasten. Het is wrang dat er veel tijd verloren gaat aan administratieve handelingen. Doordat iedere verpleegkundige om en nabij veertig procent van een werkweek - ruim drie uur per werkdag - besteedt aan administratie, ligt er een enorm potentieel aan extra tijd voor de patiënt en werkplezier in het verschiet.

Stel dat het lukt om een daling van tien procent te bewerkstelligen, dan zou het betekenen dat er tijdens een acht uur durende dienst van een verpleegkundige, ruim drie kwartier vrijkomt voor "handen aan het bed".

Wervende teksten van beroepsopleidingen benadrukken niet voor niets dat "het contact en vertrouwen tussen patiënt en verpleegkundige centraal staan in het toekomstige werk" (C. van Bracht, 2017).

Cynici zullen daarom zeggen dat het maar goed is dat opleidingen met geen woord reppen over de administratieve rompslomp die verpleegkundigen te wachten staat. "Als toekomstige studenten beseffen wat hun te wachten staat zal dat de instroom van studenten geen goed doen, zo vrezen de verpleegkundigen", zegt de V&VN (C. van Bracht, 2017).

Regelgekte, papierwerk staat boven mensenwerk...

Op 6 maart 2017 werd er door GGZ Nederland een onderzoek gepresenteerd naar de aard en de impact van de regeldruk en administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. Uit dit onderzoek bleek dat het de optelsom van alle administratieve lasten bij elkaar was die veel GGZ-aanbieders parten speelt en hen vanwege de daarmee gepaard gaande bedrijfsrisico's in toenemende mate zorgen baart. In het sociaal domein en in de ZVW ligt het zwaartepunt in de bedrijfsvoering van GGZ-aanbieders, in de forensische zorg vooralsnog meer in het primaire proces (Leeuwen, 2017). Vervolgens werd er een beroep gedaan op alle partijen die binnen dat zorgveld verantwoordelijkheid dragen. Wet- en regelgeving en administratieve lastendruk kosten veel tijd en geld, waardoor medewerkers onvoldoende toekomen aan hun kerntaak: goede geestelijke gezondheidszorg. De conclusie was volgens hen duidelijk, namelijk het roer moet om.

"Wanneer regelgeving de hulpverlener verhindert de juiste zorg te bieden, dan zou die regelgeving niet van kracht moeten zijn"

(ERAI Ministerie van VWS, mei 2016)

GGZ Nederland startte vervolgens eind 2017 met de campagne 'Minder regelgekte, meer zorg'. Een campagne waarin aandacht is voor de te hoge administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. De (media) campagne is het begin voor een reeks activiteiten, die ervoor moeten zorgen dat de lasten daadwerkelijk verminderen. Volgens GGZ Nederland besteden hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg per dag wel 33% van hun tijd aan administratieve handelingen. Het bestuur besteedt steeds meer tijd aan het vormgeven van de verantwoording. Dat gaat ten koste van de zorg voor patiënten die dat nodig hebben (Leeuwen, 2017).

Kwaliteit en meetbare zorg

GGZ Nederland geeft aan niet tegen verantwoording te zijn, die is namelijk essentieel voor (semi)publieke organisaties met Maatschappelijke taken. Zorgaanbieders moeten laten zien dat ze goede zorg bieden. Toezicht en controle horen daarbij. Maar de behoefte aan verantwoording is volgens hen doorgeslagen. Incidenten op verschillende niveaus in organisaties hebben geleid tot de gedetailleerde regelgeving, controles, een opstapeling van verantwoordingseisen en protocollen. Professionals hebben steeds minder ruimte om naar eer en geweten hun werk te doen. Papierwerk is boven mensenwerk komen te staan (Leeuwen, 2017). Sinds de marktwerking in de zorg en de introductie van de ICT, zijn instellingen steeds meer bedrijfsmatig gaan werken. Werd er eerst vanuit de hulpverlener gestreefd naar betere zorg, nu spelen de raad van bestuur en de zorgverzekeraars hierin een grote rol. Zij lijken de eisen te stellen aan de zorg.

Werk in uitvoering

De administratieve last lijkt de SPV wel bijna te overkomen; alsof er niets te beginnen is aan dit kwaad.

Maar wil een SPV zich wel bezighouden met zoveel administratie? In hoeverre houden we dit zelf in stand? Werken we zelf niet mee aan het vergroten van de administratieve last door mee te werken aan de implementatie van "papierene" beleidsverbeteringen? Ons vak is ontstaan vanuit de sociale psychiatrie met als doel het voorkomen dat bepaalde groepen in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgesloten. Een bijdrage leveren aan beleidsontwikkeling op dit gebied, is wat ons betreft wel een onderdeel van ons vak. We moeten opkomen voor de kern en essentie van ons werk om ons werk te kunnen blijven uitvoeren.

De GGZ in Nederland regeltjesland, hoe is het eigenlijk zo ver gekomen? We duiken in de geschiedenis en vroegen het aan Nel Zwart-Betsema, gepensioneerd verpleegkundige. Ze neemt ons mee naar het jaar 1968, het jaar waarin Nel intern in opleiding gaat bij het psychiatrisch ziekenhuis in Franeker (Friesland). Dit was destijds de plek voor psychiatrie in de provincie Friesland. Toen nog in uniform, een blauw jurkje tot over de knie, een witte kraag, wit schort, panty en zwarte schoenen. En als dit niet in orde was, kreeg je een punt aftrek op je praktijkbeoordeling. Kledingregels, een andere vorm van regels. Over de administratieve taken zegt Nel dat dit een groot contrast is met de huidige tijd. Er werd gewerkt met slechts één geschreven rapportageblad, waarbij de hoofdverpleegkundige met rode potloden verbeteringen aanbracht. Ook was er een werkschrift voor de overdracht tussen verpleegkundigen onderling. Tot slot werd er gewerkt met een zogenoemd badschrift. Patiënten werden gewogen en aan een lichamelijke oog-inspectie onderworpen. De conclusies hiervan werden in het badschrift opgeschreven. Uit meer formulieren bestond het dossier niet. In deze tijd werd er gesepareerd, maar ook hiervoor waren er geen registratie-formulieren en/of protocollen. Psychiaters hadden hun eigen manier van registreren, dit was dan ook niet inzichtelijk voor de verpleegkundigen. Kortom, sinds de jaren 60 is er nogal wat veranderd. De kledingvoorschriften zijn in ieder geval veel losser geworden met als gevolg veel meer keuzevrijheid. Doordat er weinig dossiervoering was, was er ook weinig administratieve last. Toch kun je je vanuit het oogpunt vanuit 2018 wel afvragen of de patiënt hier nu mee gediend was.

Regelgekte in het Dolhuys niet te vinden

We vroegen het ook aan Willem Oosterbaan, Collectiebeheerder van Het Dolhuys of er in de archieven ook een verschuiving is te vinden in de bureaucratische rompslomp in de jaren 1945-1980. Hij geeft aan dat die vraag hem vaker door verpleegkundigen is gesteld, maar moeilijk is te beantwoorden. In de overgeleverde documentatie- collectie, die overigens beperkt ontsloten is, bevindt zich weinig tot niets die op deze vraag licht kan werpen. Oosterbaan heeft tot op heden geen documenten uit deze periode aangetroffen die duiden op centraal geleide registratiesystemen voor verplegenden, anders dan de verplichte dwangregistratie, waarvoor medici verantwoordelijk waren. Geen uitvoerige medicatieregistratie. Zeker in het begin van deze periode lijkt de administratie beperkt tot korte verslagen en rapportages van met name hoofdverpleegkundigen richting de medische staf, ter ondersteuning van diagnose en behandeling, vooral tijdens de observatieperiode. Vanaf de jaren 1960 gebeurde dit systematischer en meer wetenschappelijk-objectief door toepassing van (vormen van) de Hospital Adjustment Scale. Verpleegkundigen werden vanaf toen ook meer en meer lid van een behandelteam, met eigen specifieke kennis en verantwoordelijkheden.

Een toename van administratieve last ziet hij echter nog niet.

Voor zover Oosterbaan het kan overzien lijkt dit pas op te komen vanaf de jaren 1980 en vooral 1990. Met toegenomen marktwerking en zorgplannen, toenemende druk op zorg-inhoudelijke, financiële en juridische verantwoording en transparantie

(doelmatigheid en kostenbeheersing versus optimalisatie van de zorg), ontwikkeling en implementatie van professionele standaarden ('evidence-based' richtlijnen en protocollen), verantwoordelijkheden voor de organisatie en toenemend multi-disciplinair overleg.

Hieruit zou je kunnen concluderen dat professionalisering en verantwoording automatisch hand in hand gaan met toename van administratieve lasten. Een professionele SPV moet immers zijn handelen kunnen verantwoorden.

Invoering van protocollen

De zorg ontwikkelde zich verder in de jaren 90 en er kwam meer behoefte aan continuïteit. Verschillende protocollen werden ontwikkeld en geïntroduceerd met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Maar waarom werken we eigenlijk met protocollen? Het uitgangspunt van protocollen is dat er een standaardisatie ontstaat met als doel dat dit duidelijkheid geeft aan hulpverleners en patiënten. De verwachting is dat continue verbetering makkelijker gaat door het aanscherpen vanuit een eerder vastgelegd protocol. Protocollen garanderen geen kwaliteit maar geven alleen aan dat het proces volgens de regels is gevolgd. Ook is men ervan overtuigd dat protocollen de efficiëntie van werken en complexe behandelingen kan verhogen. Naast wettelijke en professionele normen kan elke praktijk ook eigen normen vast leggen in protocollen. (Morren, 2017)

De vrijheidsbeperking die verpleegkundigen ervaren door het werken met deze protocollen wordt momenteel onder de loep genomen.

Eigenlijk is het gek. Binnen de GGZ staat de herstelgerichte benadering steeds meer voorop, de patiënt heeft hierin zelf de regie. Terwijl de hulpverlening steeds meer de regie over de invulling van het werk lijkt te verliezen. Dit betekent dat de SPV minder tijd en ruimte ervaart om aan te sluiten bij de wensen van de patiënt.

Anno 2018, hadden we niet eerder het roer moeten omgooien?

Ja, dit hadden we eerder kunnen bedenken, en dat is zelfs gebeurd. Sinds de invoering van de marktwerking in de zorg in 2006 waren het aantal wetsartikelen in de zorg met 230% gestegen. In 2011 is VWS daarom het "Experiment Regelarme Instellingen" gestart. 28 Zorginstellingen hebben hieraan meegewerkt en 23 hebben dit experiment ook afgerond. Vanuit de GGZ deden er 2 instellingen mee. In het rapport van VWS uit 2016 staat dat er 700 regels zijn geschrapt.

Als voorbeeld is Zorginstelling de Viskenij in Baflo te noemen. Zij nam drastische maatregelen en kreeg voor hun project "Zorg zonder regels" steun van moederorganisatie de Hoven en stakeholders. Eind 2011 werden hun voornemens gedeeld met de cliëntenraden en de ondernemingsraad. Zorgkantoor Menzis en de Provincie Groningen financierden het project. Ook werd er onderzoek verricht naar de gevolgen voor de bewoners in hun instelling. Er werden 5 doelen gesteld naar het verbeteren van het welbevinden van bewoners; vergroten van het werkplezier van medewerkers, meer zeggenschap voor bewoners, ontwikkeling van kwaliteit en een andere manier van verantwoorden. De bewoners konden vrij snel de omslag maken, de Groninger Wellbeing Indicator verhoogde van 73% naar 83%. Zij kregen meer inspraak op de zorg, ervoeren minder betutteling vanuit regels waar zij zelf niet om gevraagd hadden. In plaats van een blauw hard gekookt eitje, mochten bewoners zelf kiezen voor dat zachtgekookte eitje dat niet aan de eisen van de HACCP voldeed.

De werknemers hadden hier iets langer de tijd voor nodig, soms was er extra scholing nodig. De stakeholders hadden aangegeven dat tegelijkertijd een behoefte bestond aan indicatoren die aangeven hoe De Hoven de nieuwe manier van werken borgde en risico's werden gemedend.

Kortom een geslaagd project welke vanuit diverse hoeken werd gesteund, maar waar die bekende behoefte aan borging toch wel naar voren kwam (Hoven, 2011).

Ook BuurtzorgT en De Nieuwe GGZ rekenden in 2016 af met bureaucratie. BuurtzorgT sloot zich als elfde instelling aan bij de beweging De Nieuwe GGZ, die zich sterk maakt voor ontmanteling van de bureaucratie in de GGZ. Bestuurder Nico Moleman van BuurtzorgT gaf toen aan dat zij zonder inkoopcontracten met verzekeraars werkten en daardoor fors minder tijd kwijt waren aan bureaucratie. "Dat doen we met zo groot mogelijke autonomie voor onze professionals", vertelde Moleman. 'We willen minder tijd kwijt zijn aan administratie dan nu helaas gebruikelijk is in de GGZ. Doordat we geen contracten met verzekeraars hebben, krijgen we via de restitutie slechts 75 procent van de behandeling vergoed. In februari 2018 sloot BuurtzorgT wel een contract af met VGZ. BuurtzorgT kreeg hierbij geen carte blanche en moet net als andere aanbieders voldoen aan wet- en regelgeving en aan de kwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) stelt (Elsen, 2016).

'Liever veiligheid met onzekerheid dan ongelukken met duidelijkheid.'

Verward over regels is juist goed?

We maken een uitstapje naar een heel ander veld, namelijk het verkeer. Dit is wat ons betreft een interessant voorbeeld hoe een regeltjescultuur is veranderd naar een cultuur met zo weinig mogelijk regels. We zien overeenkomsten met wat wij voor ogen hebben binnen de zorg. Het verkeersconcept Shared Space is bedacht door verkeerskundige Hans Monderman. Shared Space betekent gedeeltelijk ruimtegebruik. Op een weg wat ingericht is via dit concept zijn vrijwel geen verkeersborden, verkeerslichten, wegmarkering en stoepranden aanwezig. Wel zijn er verkeersremmende objecten geplaatst, zoals fietsklemmen, zitbanken en bloembakken. Zo ontstaat er een weg waarop voetgangers, fietsers, scooters en auto's zich begeven. Iedere weggebruiker wordt ter plekke aangesproken op eigen verantwoordelijkheidsgevoel en inzicht omdat aanwijzingen en ge-en verboden ontbreken. Het motto van Monderman was;

'Liever veiligheid met onzekerheid dan ongelukken met duidelijkheid.'

Op het Beursplein in het centrum van Leeuwarden is zo'n Shared Space. Het is een van de drukste routes door de binnenstad. Veel mensen geven aan dat ze het onveilig vinden al dat verkeer, erg onrustig, beschuldigen elkaar van onoplettendheid, en asociaal gedrag.

"Door het weghalen van aanwijzingen voor de automobilist wordt het straatbeeld meer onoverzichtelijk en neemt hierdoor de subjectieve veiligheid af" (Leeuwarden, 2018). Doordat de subjectieve veiligheid afneemt zal een weggebruiker alerter en voorzichtiger rijgedrag vertonen, waardoor de objectieve veiligheid juist toeneemt. Belangrijk onderdeel is dat de inrichting van de openbare ruimte uitnodigt tot sociaal gedrag. De weggebruiker moet aan de omgeving kunnen zien wat gepast en ongepast is. Door middel van sociale interactie tussen de verschillende verkeersdeelnemers en het maken van oogcontact moet worden bepaald wie voorrang heeft en wat het gewenste gedrag is (Leeuwarden, 2018).

Wanneer je het concept Shared Space zou vertalen naar de zorg zou dit betekenen dat wanneer de regels afnemen, de hulpverlening meer alerter wordt en beter luistert en aansluit bij de vragen en wensen van de patiënt en niet blindelings afgaat over wat er in de protocollen staat beschreven. Het zou een beroep doen op de professionaliteit en de creativiteit waardoor er meer samenwerking ontstaat tussen hulpverlener en patiënt.

Hoe kom je nu tot daadwerkelijke verandering? Onze wonderweg....
Zoals wij het zien helpt het verwijderen van één drempel niet om tot betere zorg te komen. Het schrappen van de huidige regels vinden wij erg positief, maar zal vermoedelijk tijdelijk werken. Er is een grote kans dat er drie drempels voor terugkomen.

Als je echt verandering in de zorg wil bewerkstelligen, moeten alle neuzen dezelfde kant op staan en zal het op alle niveaus moeten veranderen om niet weer in oude patronen te vervallen. Met niveaus bedoelen wij "de zorg" op het gebied van de politiek, financiering, zorgverzekeraars, instellingen, gemeenten, zorgverleners, patiënten en naasten. Er moet een compleet nieuwe situatie gecreëerd worden zodat men niet automatisch kan vervallen in beheersend en controlerend (rij)gedrag.

"Het woord regel komt uit de scheepsbouw. Het is een lat die je langs een boot kunt leggen om de maat van de boot te meten, omdat een boot niet recht is maar krom, moet je die lat buigen. Daar komt het Engelse spreekwoord 'Bend the rule' vandaan. Je moet de regel buigen zodat hij op maat is. Dat vergt ervaring. Vakmanschap. En een beetje ruimte."

Filosoof Ben Kuiken

Wat wij willen is een frisse start door aanleg van een nieuwe weg vanuit een kale vlakte. Deze aanleg van de weg wordt alleen gebouwd met minimale regels. Om het zo groots aan te pakken hebben we allereerst steun nodig van de overheid. Het zal dus hoog op de agenda moeten staan van Bruno Bruins (minister van Medische zorg), Ferdinand Grapperhaus (minister van Justitie en Veiligheid) en Hugo de Jonge (minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij het schrijven van de Landelijke nota gezondheidsbeleid.

Zij zouden daarvoor met GGZ Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om tafel moeten om afspraken over de risico-indicatoren te maken. We begrijpen dat er wel controle en regels moeten zijn. Hoe breed deze weg moet worden, is afhankelijk van het aantal patiënten welke er op gaan rijden. Is die breedte van de weg over een aantal jaren hetzelfde of verandert onze cultuur van zorgverlening? Vanuit onze visie zou zorg meer genormaliseerd kunnen worden. In 2015 schreef G. Besten als voorbeeld over de jeugdzorg dat het gaat om de zienswijze. Hij schreef dat kwetsbaarheid hoort bij het leven en zeer complexe

problematiek rondom opvoeden en opgroeien daar dan ook niet van uitgesloten zijn (Besten, 2015)

Verder vinden wij dat er bepaalde gedragscodes moeten worden beschreven voor zorgverzekeraars waarbij de nadruk ligt op transparantie en minimale sturing. Uiteraard moeten de zorgkosten die vergoed worden wel transparant bij hen aangeleverd worden. Je zou er voor kunnen kiezen om administratieve kosten anders te laten vergoeden dan kosten voor directe patiëntenzorg. Met daarbij een beperking van bijvoorbeeld 10% van de totale kosten, zodat zorgaanbieders gedwongen worden te minimaliseren in administratieve last. Een grote verandering zal ook zeker binnen de zorg zelf zijn. Waar zetten wij zelf de knop om? Wij moeten leren om zorg te vernieuwen zonder alles af te willen bakenen en te borgen. Misschien moeten we af van de grote instellingen, want zodra deze vierbaanswegen met meer volume en snelheid zijn ontwikkeld zien we dus veel meer filevorming, de wachtlijsten worden alleen maar langer. En hoe groter de bedrijven, hoe moeilijker het wordt overzicht te houden. Vaak wordt er dan automatisch een goedbetaalde leider aangesteld, een verkeersagent met fluitjes om je terug te fluiten en vaart te minderen. De vrijheid van werken moet zo ingericht zijn dat je jezelf of je team zelf terugfluit als dat nodig is. We zien dat dit bij BuurtzorgT heel goed werkt. Daarnaast vinden we het belangrijk dat er scholingsdagen zijn voor verpleegkundigen waarbij je zelf beslist welke scholing je nodig hebt en maak je in je team transparant wat je geleerd hebt.

Bij minder controle is er misschien een groter gevaar dat een enkeling van de weg af fietst en in de greppel belandt, maar dat willen we voorkomen door een cultuur te creëren, waarbij je elkaar op tijd aanspreekt op fouten en bijstuurt, en een goed functioneringsgesprek hebt met je eigen team in plaats van met je teammanager. De patiënt en zijn naasten zou zelf meer vrijheid krijgen om te kiezen welke afslag van de weg zij willen nemen. Als zij in alle vrijheid kunnen aangeven welke zorg zij willen, zonder na te gaan welke deel van hun weg nu vergoed wordt door de zorgverzekeraar, zou dit volgens ons veel effectiever zijn. Dit zou voorkomen dat men de patiënt onnodig veel rondjes laat fietsen en uitgeput op de juiste plaats van bestemming komt.

Tot slot

De sociale psychiatrie richt zich op de invloed van maatschappelijke structuren en sociale interacties, in het voorkomen, veroorzaken, in stand houden en het dragelijk maken of verhelpen van psychisch decompenseren. Als SPV werk je vanuit de context. Dit vraagt een grote mate van creativiteit in ons werk en brengt risico's met zich mee. Deze zijn niet altijd te vangen in regels. Risico's zullen altijd blijven bestaan en een werkgever zal hier niet alleen rekening mee moeten houden, maar de SPV in zijn organisatie moeten motiveren zo te werken in het veld. Zij zullen ons moeten vertrouwen in onze professionaliteit. Niet alles wat we doen is direct meetbaar. Het is van belang dat we als SPV kritisch blijven kijken naar vernieuwingen en veranderingen, en kritisch kijken naar nieuwe protocollen.

Als we Shared Space vertalen naar de GGZ dan zouden we met minder protocollair werken en met minder stroomschema's helemaal niet tegen het verkeer in fietsen. Vermoedelijk wordt er dan juist een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en eigen professionaliteit waardoor er juist weloverwogen wordt gewerkt. Het kan zijn dat het loslaten van deze controle door leidinggevenden, raden van bestuur of zorgverzekeraars als subjectief onveilig wordt gevoeld, maar de uitwerking kan wel eens zijn dat objectieve veiligheid in het werk juist toeneemt.

Deze andere manier van werken zouden we kunnen ontwikkelen. In organisaties welke "bottum up" werken zal de SPV makkelijker een grotere stem krijgen bij het implementeren van nieuw beleid. Bij een "top down" organisatie is dit harder werken. De SPV heeft als professional ook het recht om zich binnen zo'n organisatie van zich te laten horen. In ondernemingsraden is ook behoefte aan de mening van de SPV. Ondernemingsraden laten steeds meer de controlerende positie los en zitten meer voor in de trechter van de besluitvorming, daar waar je nog kan meedenken. Managers en Verpleegkundig specialisten met managementtaken lijken steeds meer degenen te zijn die worden betrokken bij de ontwikkeling van zorg. De SPV zal ook binnen organisaties duidelijk moeten maken dat hun expertise belangrijk is bij het ontwikkelen van nieuw zorgbeleid en dat zij mee kunnen kijken of er sprake is van een haalbare uitvoering met bijbehorende (zo weinig mogelijke) belasting van administratie. Een niet cliëntgebonden investering dus, met hopelijk veel resultaat. Ook landelijk is er gelukkig een verschuiving gaande door het Platvorm Ontregel de Zorg en Minder regelgekte, meer zorg. Dit is een goede steun in de rug. We kunnen dan ook niet anders dan onze steun geven aan GGZ Nederland. Zet je in voor deze verandering, zo klein of zo groot als maar in het bereik ligt! Met oog op de toekomst en de tekorten in de zorg is een investering nodig om nieuwe SPV-en nieuwsgierig te maken naar ons vak.

Referenties

- Besten, G. (2015, januari 06). Een breder perspectief op normaliseren. Opgeroepen op juni 10, 2018, van Gerardbesten.com: <http://gerardbesten.com/een-breder-perspectief-op-normaliseren/>
- Bracht, C. van, J. D. (2017). *Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

- Elsen, W. v. (2016, april 01). BuurtzorgT en De Nieuwe GGZ rekenen af met bureaucratie. Opgeroepen op juni 10, 2018, van Zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/buurtzorgt-en-de-nieuwe-ggz-rekenen-af-met-bureaucratie/>
- Hoven, D. (2011). *Evaluatie Zorg Zonder Regels*. Winsum: De Hoven.
- Leeuwarden, N. (2018). Verkeerssituaties reguleren op basis van eigen verantwoordelijkheid van mensen, in plaats van regels en verkeersborden; dat is het uitgangspunt van Shared Space. Opgeroepen op juni 10, 2018, van Shared space: <http://www.shared-space.org/Shared+Space>
- Leeuwen, F. v. (2017, november 16). GGZ Nederland start 'Minder regelgekte meer zorg'. Opgeroepen op juni 05, 2018, van GGZ Nederland: <https://www.ggznederland.nl/actueel/ggz-nederland-start--minder-regelgekte-meer-zorg->
- Morren, S. (2017, oktober 17). Voor- en nadelen van protocollen. Opgeroepen op juni 10, 2018, van Medisch ondernemen: <http://www.medischondernemen.nl/praktijkmanagement/voor-en-nadelen-van-protocollen>
- Thomas Bakker, M. v. (2018). Schrappunten verpleegkundigen. Opgeroepen op juni 08, 2018, van VVAA: <https://www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg/ziekenhuisverpleegkundigen>



<http://www.regelgekte.nl>