



Verpleegkundige Functiedifferentiatie bestaat al lang, een halve eeuw lang!

Leonoor Hermanides-Willenborg
*V&VN-SPV, voorzitter visitatiecommissie
post-HBO- SPV*

De beroepsvereniging V&VN neemt al jarenlang de Inservice-, MBO- en Gespecialiseerde Verpleegkundige niet serieus; de verpleegkundige beroepsgroep komt in verzet tegen wet BIG-II ! Hoe nu verder?

Lessen uit het verleden

Professor Pauline Meurs, voorzitter van de commissie, die in het rapport "Verpleegkunde op niveau" (april 2019) de overgangsregeling in het kader van BIG-II register beschrijft, waarover in juni door verpleegkundigen van diverse niveaus een storm van kritiek is losgebarsten, komen we al tegen in 2006. Zij is dan voorzitter van de stuurgroep "Verpleegkundige toekomst in goede banen," 2006, mevrouw dr. M. Kaljouw jarenlang voorzitter van V&VN en mw dr. W. Scholte op Reimer, hoofd instituut verpleegkunde HvA zijn dan ook al van de partij. Het rapport 2006 gaat over wat er in de toekomst voor verpleegkundigen nodig zal zijn: de stuurgroep kiest voor twee niveaus namelijk de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist bestaat dan weliswaar nog niet maar die zal het antwoord zijn om het verwachte tekort aan artsen en de complexere zorg te pareren. Enkele citaten: "In de nieuwe beroepsstructuur is enkel sprake van beroepsniveau voor verpleegkundige en verpleegkundig specialist "Gebleken is dat een extra tussenniveau met gespecialiseerde verpleegkundigen niet nodig is."

Verpleegkundige differentiaties

Juist in het gespecialiseerde deel van de somatische gezondheidszorg is er vanaf eind jaren zestig een grote ontwikkeling op gang gekomen, die tot op de dag van vandaag voortgaat. Gelijke tred met de groei van de medische wetenschap ontwikkelen in de ziekenhuizen de specialistische verpleegkundige vervolgoopleidingen zich aan de rand van het bed van de patiënt. Zelf heb ik als leerling - verpleegkundige in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) bij de geboorte van het beademingsapparaat gestaan, bij de ontwikkeling van de coronary - care unit en de eerste niertransplantatie. In de GGZ ontwikkelt de B-nazorg zuster zich begin jaren zeventig van de vorige eeuw tot de sociaal-psihiatrisch verpleegkundige (SPV) met een verpleegkundige vervolgoopleiding op post-HBO niveau aan de sociale academie, voorloper van de huidige Hogeschool. Veel inservice, MBO-v en later ook HBO-v verpleegkundigen volgen na enkele jaren ervaring de vele specialistische vervolgoopleidingen. Deze specialisaties zijn voortgekomen uit de behoefte van de patiëntenzorg en zijn differentiaties in de verpleegkundige beroepsuitoefening.

Deze groepen GV met een verpleegkundige vervolgopleiding vaak met de duur van één jaar in geval van de SPV van anderhalf jaar (90ec) functioneren al op een HBO niveau en scholen zich voortdurend bij.

Lessen voor de toekomst

In het boek van "*Knecht naar kopvrouw*", 2012 van Paulien Spieker over de emancipatie van de verpleegkundige zegt mevrouw Meurs: "*Wij willen een verpleegkundige op HBO-niveau*". "*Het probleem is dat het overgrote deel MBO is opgeleid*". "*De vraag is wat doen we met de MBO-ers?*"

In 2010 neemt de beroepsvereniging V&VN het voortouw in de organisatie en de ontwikkeling van nieuwe beroepsprofielen. Wat niet lukte met het rapport "Verpleegkundige toekomst in goede banen" hoopt V&VN, die mevrouw Meurs aanstelt als voorzitter van de stuurgroep met dit project V&V 2020 wel te behalen. De website van V&VN belooft al tijden van tevoren dat er iets bijzonders gaat gebeuren op het congres in maart 2012 namelijk opwaardering van alle niveaus. En wat blijkt de ziekenverzorgende mag zich vanaf 2020 zorgkundige noemen de MBO verpleegkundige gaat uit het BIG register artikel 3, de opleiding wordt drie jaar in plaats van vier jaar. Kortom als het aan V&V 2020 en V&VN ligt verdwijnt vanaf 2020 de MBO-verpleegkundige. Gelukkig komt er net als nu stevige kritiek vanuit de beroepsgroep, de vakbonden, de MBO raad en de brancheorganisaties. Minister Edith Schippers neemt in 2014 het besluit de MBO-verpleegkundige, notabene in 2015 72 % van alle verpleegkundigen, niet uit de wet BIG artikel 3 te halen en de opleidingsduur van vier jaar te handhaven. In het volgend project "Toekomstbestendige Beroepen in verpleging en verzorging", 2015 is alleen professor Schuurmans lid van de stuurgroep. De eindrapportage geeft een beknopte beschrijving van het deskundigheidsgebied en de competenties van de MBO- en de HBO verpleegkundige. Uit de profielen blijkt dat het verschil tussen de twee opleidingsniveaus met name ligt in een paar vakoverstijgende competenties onderwezen in de HBO-v : zoals evidence based practice, praktijkonderzoek en klinisch redeneren. Het gaat hier echter niet om een nieuw beroep maar om een iets ander beroepsprofiel met een paar aanvullende taken; op zich gezien het opleidingsverschil natuurlijk prima. Wel komt er al spoedig kritiek op het voorstel dat de MBO-verpleegkundige vanaf 2020 als basisverpleegkundige zou worden geregistreerd en de HBO-verpleegkundige als regieverpleegkundige. Onder invloed van de kritiek wordt het verpleegkundige in plaats van basisverpleegkundige. Wat nog niet in dit project lukt is wie van de huidige inservice- en MBO verpleegkundigen met een gespecialiseerde vervolgopleiding in aanmerking komt om zich in te kunnen schrijven in het register van de regieverpleegkundige. Ook het externe onderzoeksbureau Panteia moet het antwoord aan minister Bruins schuldig blijven. Panteia adviseert in juni 2018 een aparte commissie de overgangsregeling te beschrijven en dan is de cirkel weer rond. Professor Meurs wordt voorzitter en professor Scholte op Reimer is lid van de commissie (aug 2018). De commissie stelt in april 2019 een zeer complexe, geldverslindende, tijdrovende en praktisch onuitvoerbare overgangsregeling voor met weinig respect en waardering voor het werk van de grote groep gespecialiseerde inservice-en mbo-verpleegkundigen maar ook een grote groep HBO-v; de cesuur voor hen ligt bij diploma voor 2012 dus ook zij moeten terug naar de schoolbanken. Daaraan toegevoegd de grote contradictie dat deze enorme ingrijpende en vernederende hervorming niet *evidence based practice* is terwijl V&VN en de professoren dat zo hoog in hun vaandel hebben staan bij de toekomstige regieverpleegkundige.

Een warme zomer vol protest

Nadat begin juni minister Bruins de overgangsregeling publiceert, komen Inservice-MBO-en HBO verpleegkundigen massaal in actie; ook de publieke media geven deze keer veel aandacht aan de voor vele partijen schadelijke overgangsregeling en alles ligt nu weer open! De wet moet zo spoedig mogelijk van tafel om de schade voor zowel de verpleegkundigen als voor de patiëntenzorg te beperken en een grote uitstroom van verpleegkundigen bij de grote tekorten, die er nu al zijn, te voorkomen. Voorts zal er helder gecommuniceerd moeten worden met de achterban en zullen eventuele ingrijpende voorstellen tot verandering met alle leden van de beroepsvereniging V&VN moeten worden overlegd door middel van enquetes en het beleggen van bijeenkomsten, waar ook kritische verpleegkundigen het woord kunnen voeren en gehoord worden. Het verkiezen van een nieuw bestuur zal op een transparante wijze moeten plaatsvinden. Ik hoop dat V&VN zowel het bestuur, de ledenraad als alle stafmedewerkers een omslag kunnen maken in hun houding naar de leden en vanaf heden echt gaan luisteren naar de kritiek van hun achterban door hen ook een podium te bieden en niet zoals men al jaren gewend is in kleine "professoren kring" alles voor te koken zonder werkelijke verbinding te zoeken en de discussie met grote groepen verpleegkundigen aan te gaan.

Toekomstscenario

Enkele voorstellen en adviezen aan V&VN :

- 1) De overgangsregeling in kader wet BIG-II moet van tafel ; geen wettelijke verankering.
- 2 Gebruik niet meer de functie regieverpleegkundige; de benaming heeft geen goede connotatie en dekt ook niet de lading; gebruik HBO-v of Bachelor of Nursing; spreek niet meer van een nieuw beroep
- 3) Differentiatie binnen het verpleegkundig beroep bestaat al: MBO-v en HBO-v met paar jaar werkervaring kunnen vanaf begin jaren zeventig van de vorige eeuw een scala aan vervolgoopleidingen volgen. Sommige vervolgoopleidingen zijn voor MBO-v alleen toegankelijk met een positief assessment. De naam vóór verpleegkundige geeft aan waarin de verpleegkundige gespecialiseerd is: ic-verpleegkundige, diabetes verpleegkundige, longverpleegkundige, dialyse verpleegkundige, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en ambulance verpleegkundige.
- 4) V&VN gaat de komende jaren het accent leggen op de gespecialiseerde verpleegkundige (GV) Deze vervolgoopleidingen (= differentiaties) komen voort uit de directe patiëntenzorg.
- 5) V&VN stimuleert en faciliteert zo nodig dat de betrokken vervolgoopleidingen getoetst worden of zij voldoen aan NLQF-6.
- 6) V&VN benoemt en markeert het midden gebied en geeft de GV een positie, zorgt voor het subsidiëren door VWS van prominente verpleegkundige vervolgoopleidingen en maakt verbinding met de behoefte vanuit de zorg. Nieuwe verpleegkundige vervolgoopleidingen worden geaccrediteerd door V&VN in samenwerking met de opleidingen.

- 7) V&VN besteedt extra aandacht en stimuleert na -en bijscholing in het kader van (her)registratie van de GV in de deskundigheidsgebieden van het Kwaliteitsregister met het doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Tevens streeft V&VN te komen tot een hoge registratiegraad van verpleegkundigen met een specifieke vervolgopleiding in de betreffende specialisatie in het Kwaliteitsregister.
- 8) V&VN ontwerpt samen met de afdelingen en in overleg met het onderwijs een visitatieprotocol voor de uitvoering van de Gespecialiseerde Vervolgopleidingen.
- 9) Het werven voor nieuwe bestuursleden zal inzichtelijk gemaakt worden voor alle leden en er zal een heldere toegankelijke wervingsprocedure worden ontworpen, die vooraf getoetst zal worden door een afvaardiging van de diverse afdelingen.
- 10) V&VN zal vanaf heden in woord en daad een podium bieden aan alle verpleegkundigen.



Buitensporig denken in een wereld van twee professionals binnen een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg

Carla de Kraa
 (MSW) Master Social Work
 Harry Gras
 Sociaal Verpleegkundige en ondernemer

Beiden werken in een GGZ-instelling.

Ons motto is "wij geven niemand op". Wij zijn trots op ons werk en daarom voelen wij ons geroepen om er iets over te schrijven.

Carla heeft deelgenomen aan een studiereis naar Amerika (Boston, Burlingtone, Poughkeepsie en New York) waarvan Harry reisleader was. De reis heeft diepe indruk gemaakt. Zo kent men in Amerika een andere praktijk. In Amerika worden GGZ-instellingen gedraaid door ervaringsdeskundige professionals. Het is een nieuwe professie die volledig geïntegreerd is in de teams. Ervaringsdeskundige Professionals lijken daar meer handelingsruimte te hebben. Financieringsstromen zijn daar anders geregeld, want er zijn veel sponsors en er is minder bemoeienis van de overheid. In Nederland kent men bijvoorbeeld bemoeienis vanuit de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en de overheid. Bij de WMO die in 2015 is ingevoerd bepalen de gemeenten hoe ze het geld voor de kwetsbare mensen uitgeven (Metz, 2009).

In Nederland zien we dat professionals verstrikt zijn geraakt in de bureaucratische en de marktgerichte logica. Marktwerking in de zorg brengt in de praktijk veel hinder voort omdat er te veel nadruk wordt gelegd op registreren waarbij behandeling en begeleiding worden gezien in termen van productie. De hinder bestaat voornamelijk uit administratieve rompslomp en het verlies van aandachtstijd. Het is echter wel goed om te laten zien wat je doet middels rapportages en andere vormen van verantwoording.

Met het New Public Management namen managers in de zorg het heft in handen. New Public Management komt uit Engeland en is een managementfilosofie. De basiswaarden van New Public Management zijn doelmatigheid, zuinigheid en doeltreffendheid. Deze stroming staat tegenover de bureaucratische principes en het denken gaat over vele schijven en vergt veel tijd. Sinds de jaren '80 werd het New Public Managementmodel ook toegepast in de private sector en bij de overheden en semioverheden. Dit ter modernisering van de publieke sector.

De creativiteit van de medewerkers is door de bureaucratische principes verloren geraakt en ook is werken met passie uit het zicht verdwenen door de beschreven veranderingen (Vendrik, 2016). De veranderingen zoals dat veel zaken online dienen worden aangevraagd met DigiD en een heel aantal patiënten hebben zo een code niet. Geen medewerker meer kunnen spreken. Ook veel informatie leveren via de computer. Marktwerking heeft ervoor gezorgd dat sociale professionals deel zijn gaan uitmaken van gestroomlijnde organisaties die rationeler en goedkoper werken. Hierdoor zijn professionals veel van hun intermediaire rol tussen systeem en leefwereld kwijtgeraakt. De handelingsruimte van professionals binnen de GGZ is vanaf de jaren tachtig onder druk komen te staan. Het werk moest resultaatgericht zijn en er moest effectmeting en marktwerking plaatsvinden. In het verlengde van de geneeskunde wordt er in de GGZ-instelling veel belang gehecht aan evidence based practices, waarbij het product in de vorm van een methode zo goedkoop mogelijk moet worden aangeleverd (Houten, van D, 2005). Voor een manager is dit proces vrijwel geheel onzichtbaar. Die houdt zich bezig met budgetteren en onderhandelt met een zorgverzekeraar over de laagste prijs. Elke week moet een professional binnen de betreffende instelling minstens 80% cliëntcontacten hebben. Elke handeling moet worden geregistreerd. In de GGZ-praktijk zouden methoden, meetinstrumenten als leidraad ten dienste moeten te staan van professionals en de patiënten.

Volgens Friedson (Amerikaanse socioloog 1923-2005) is een professional geen uitvoerend technicus. Hij presenteert in zijn boek "professionalism" het organiseren van arbeid naast marktwerking en bureaucratie als derde logica. Deze man had een vooruitziende blik. Volgens zijn theorie staat kennis aan de basis van een professie. Dit houdt in dat er een wetenschappelijke beroepsopleiding is en een beroepsvereniging met een beroepscode en schorsingsrecht. Er is een wettelijke bescherming, een maatschappelijke erkenning en er is een esprit de corps ("wij gevoel") en een eigen jargon (vaak een eigen tijdschrift, eigen congressen en symposia) (Hoijtink, 2012). Een professional heeft discretionaire ruimte nodig waarbij geen sprake kan zijn van standaardisatie.

De discretionaire ruimte draait in de kern om de ethiek van het professioneel handelen. Zonder deze ruimte is er geen ziel in de professie. Dit levert soms spanning op met de markt en management (marktdenken, efficiency, bureaucratie). Aan de basis van een professie staat dus een body of knowledge and skills. Het gaat om abstracte concepten en wetenschap (Friedson, 2001).

Friedson zegt in zijn boek "Professionalism" dat de bureaucratische logica een ernstige bedreiging is voor de professionele logica.

Uitgangspunt van de bureaucratische logica is dat het houvast biedt door middel van wetten en procedures. De logica van de bureaucratie zorgt dat er rechtsgelijkheid is. Er is aandacht voor de juiste uitvoering van protocollen en procedures. Het gaat hier om procedurele sturing en een hiërarchisch proces als controle.

Protocollen zijn een dictaat. Bureaucratie kan belemmeren maar juist ook zorgen voor veiligheid (Bersselaar, 2009). Bij de bureaucratische logica staat "dienstbaarheid aan procedures centraal".

In de praktijk wordt veel gewerkt met Evidence Based Practice (EBP) die is voortgekomen uit de wetenschap (Donk & Lanen, 2015), zoals de IDDT (Integrated Dual Disorder Treatment) een geïntegreerde behandeling voor dubbeldiagnose patiënten die de professionals handvatten geeft om herstel bij hen te bevorderen (Drake et al, 2001). De term dubbeldiagnose wordt gebruikt om personen te beschrijven met zowel een ernstige psychiatrische stoornis als middelenmisbruik. De kern van de behandeling is dat bij dubbeldiagnose wordt afgestemd op de motivatie van de client. Zo is contact maken een belangrijke interventie voordat de behandeling begint. Interventie is vaak gebaseerd op wetenschap en expertise. Juist hierom is onderzoek van Practice Based Evidence (PBE) belangrijk en wat er in de praktijk werkt. PBE legt de nadruk op ervaringskennis van de professional en de cliënt. Het gaat om de kwaliteit van de interventies in de reguliere werksetting te verhogen (Donk & Lanen, 2015).

De opgelegde methoden die via EBP-onderzoek worden opgelegd kunnen belemmerend werken omdat de Tactic Knowledge van de professional iets anders zegt. Praktisch handelen vaak veel onrust wegnemen door bijvoorbeeld geldzaken te regelen of een ander concreet probleem op te lossen. Tactic Knowledge is ervaringskennis en beoordelingsvermogen. Juist dit deel van het professioneel handelen laat zich niet in regels of protocollen vangen (Houten, van D, 1999). Friedson laat ervaringskennis, en wat je er mee kunt doen, in het midden. In de praktijk draait het juist om ervaringskennis.

Wij hebben te maken met mensen die om maatwerk en verbindingen vragen. Volgens Van Houten (2008) is professioneel handelen niet slechts het toepassen van wetenschappelijke kennis, maar ook het inzicht dat professioneel handelen zelfkennis produceert. Wetenschap is juist in combinatie met die ervaringskennis belangrijk. Naast het theoretisch fundament heeft Friedson het over "the soul of professionalism". Hierbij gaat het om de bezieling en kan de professional uitleggen waarom het werk belangrijk is (Friedson, 2001). De kern van het professionalisme bestaat uit aandacht voor en een stem te geven aan de patiënten of doelgroepen (Bersselaar, 2009). In het maatschappelijk werk, thans Social Work binnen de GGZ-instelling, is er weinig structuur en het gaat erom om dat je 'out of the box' kunt denken. Het gaat om de houding, integriteit, invoegen op het niveau van de patiënt en het ontwikkelen van een visie, kennis en samenwerken. Social Work onderkent zowel de complexiteit als geheel, als de afzonderlijke componenten ervan, zonder die componenten te ontkoppelen van de complexiteit (Metz, 2009). Friedson benadrukt de status en de autonomie van een professional. De samenleving verleent een mandaat aan de beroepsgroep om het werk te reguleren en te controleren (Friedson, 2001). Er wordt gewerkt in multidisciplinaire teams. De problematiek is te complex voor één professional daarom brengt ieder teamlid expertise in. In de praktijk zorgt een team ervoor dat er stabilisatie optreedt en de complexiteit adequaat wordt geleid om erger te voorkomen. Social Work is er niet alleen om ervoor te zorgen dingen goed te doen, maar ook om de goede dingen te doen (Bersselaar, 2009). De professionele logica geldt voor zowel macro- (maatschappij), meso- (team, instelling) als microniveau (individuele casussen).

Hieronder volgt er een herkenbare casus welke niet binnen een standaard past. *Jan, 35 jaar, is alcoholverslaafd. Hij heeft de diagnose autisme gekregen en bij zijn laatste opname blijkt dat hij een licht verstandelijke beperking heeft (LVB). Dit was nooit onderzocht, terwijl hij al vele malen opgenomen is geweest. Hij vindt zichzelf geen alcoholist, meer een gebruiker. Het gaat nu zo slecht met zijn lever dat de dokter heeft gezegd dat als hij blijft drinken, hij doodgaat. Ergens weet hij dat het slecht is om te drinken, echter de alcohol is een vriend geworden.*

Hij is niet van plan om te stoppen. Contacten leggen is niet zijn sterkste punt en om ze te behouden nog moeilijker. De weg naar herstel is er een met vallen en opstaan. Het wonen gaat niet goed, hij kan niet meer terugkeren naar beschermd wonen, vanwege agressie, verlies van baan en schulden. Na behandeling zal er doorverwezen worden naar een ambulante team en die moet verder uitzien naar een geschikte woonplek. De doelen zijn immers behaald en Jan is stabiel als hij de instelling verlaat. Elke keer als hij de kliniek in gaat, gaat het goed, verlaat hij die dan gaat het mis. Hij is dakloos en gaat naar de Sleep-inn, een daklozenopvang. Het ambulante team houdt vinger aan de pols. Het is niet mogelijk om hem in het zwakbegaafden-circuit te laten begeleiden, omdat hij na zijn 18e jaar een diagnose LVB heeft gekregen. Bij GGZ en beschermd wonen worden hoge eisen gesteld en daar kan hij niet aan voldoen.

In de opleiding voor Master Social Work in Amsterdam heeft Carla de Kraa onderzoek gedaan naar betreffende zogenaamde "terugkeer-patiënten" in een GGZ-instelling zoals Jan. Het onderzoek heet "Boompje huisje beestje en is er onderzoek gedaan betreffende zogenaamde "terugkeer-patiënten" die na een behandeling in een gesloten afdeling telkens weer terugkeren naar de kliniek. In het empirische gedeelte van het onderzoek komt naar voren dat onder andere nazorg niet goed is geregeld. Patiënten kunnen zo ziek zijn dat ze maar in zeer beperkte mate voor zichzelf kunnen zorgen. Helaas zijn beschermde woonvormen niet toegerust op de enorme complexiteit van mensen die in de wijk moeten gaan wonen. Het doel van beschermd wonen is dat er gewerkt wordt aan zelfstandigheid. (C de Kraa, 2017). De situatie is treurig gesteld, er zijn bedden afgebouwd binnen de langdurige zorg van de GGZ en er zijn geen plekken waar mensen zoals Jan kunnen wonen. Dit komt herstel al helemaal niet ten goede en Jan heeft maar in beperkte mate probleemoplossend vermogen. In deze casus staat de bezieling van professionals ernstig in de weg door bureaucratie en marktgericht denken. Vaak met een fataal einde als gevolg.

Jan heeft immers levenslang hulp nodig gezien zijn lage IQ en bij voorkeur in een beschermde omgeving. Jan heeft uiteindelijk suicide gepleegd, omdat hij het niet meer zag zitten. Als professional voelde ik me "handelingsonbekwaam". Ik heb alles geprobeerd om hem ergens te plaatsen en liep tegen muren van regels op. Ze passen niet in de hokjes. Ze hebben ook recht om te wonen dat staat in de grondwet. Het enige netwerk van Jan was zijn bejaarde moeder die hem niet in huis wilde nemen. Jan had wel een GGZ-indicatie voor een beschermde woonvorm. Hij werd besproken aan de veldtafel waar alle partijen van beschermde woonvormen bijeen zijn geweest. Hij kon terecht bij het Leger des Heils die echter een wachtlijst van 8 maanden had. Jan moest dan zolang op straat overleven. De psychiater schatte in dat hij geen gevaar was voor zichzelf of anderen.

Deskundigheid en een betrokken houding van werkers zijn nodig voor deze doelgroep. Niet alleen maar regels maar juist meer dialoog met degenen die ergens (beschermd) wonen en veeleer kortere lijnen met de afdeling in de kliniek. Dat is bijvoorbeeld te realiseren door extra personeel die mee kan lopen in een beschermde woonvorm, want op die manier kan hun kennis worden overgedragen. Beschermde woonvormen zouden juist voor de aller kwetsbaarste mensen uit de samenleving moeten zijn en criteria om volledig zelfstandig te zijn zouden per persoon bekeken moeten worden. Niet iedereen heeft de vaardigheid om zelfstandig te kunnen wonen. Degenen die dat wel kunnen zouden door moeten kunnen stromen naar een eigen huis. Echter de huizenmarkt zit op slot.

Herstel betekent het herwinnen van een leven buiten de psychiatrie in een maatschappelijke omgeving met betekenisvolle activiteiten, sociale relaties en betrokkenheid. Het is een cyclisch proces waarin fasen elkaar afwisselen en die elkaar niet noodzakelijk hoeven op te volgen. Eigen Kracht betekent zelf oplossend vermogen.

Empowerment betekent letterlijk iemand tot iets in staat stellen. Het streven is de doelgroep in staat stellen om zelf de problemen op te lossen. Het zijn prachtige woorden en die gaan alleen werken als er maatwerk geleverd kan worden.

Het zou mooi zijn wanneer het herstel en de aandachtstijd weer terugkomen in de zorg. Gebruik maken van presentie omdat hierin aandacht en het aansluiten bij de patiënt centraal staat (Baart, 2011). Het gaat over bemoeizorg en deze richt zich op mensen die om de een of andere reden de aansluiting met zorg niet krijgen of zijn kwijtgeraakt. Het gaat om het contact maken, er zijn voor de ander. Voor hen zijn wij belangenbehartiger. Zij hebben recht op herstel en aandacht en vooral op maatwerk. Ze hebben al genoeg meegemaakt en mogen er zijn. Zij horen erbij. En om dat na te streven en te realiseren is lef, daadkracht en geld nodig. Laten we ervoor gaan en laten we ervoor zorgen dat er naar de werkers en de patiënten wordt geluisterd, want die weten waar het over gaat. Laten we de "soul" waar Friedson over spreekt weer terugvinden in ons werk.

Bronnen

- Bersselaar. (2009). *Bestaansethiek Normatieve professionalisering en de ethiek van indentiteit-levens en zingevingsvragen*. Hogeschool van Amsterdam in samenwerking met Praktijk en onderzoekscentrum De Karthuizer en steun van Stichting Mobiliteitsfonds HBO.
- C de Kraa. (2017, Oktober). *Huisje Boompje Beestje. Over de terugkeer van patienten na ontslag in de Geestelijke Gezondheidszorg*.
- CIZ. (2015, december 9). Beleidsregels indicatiestelling WLZ 2016. Opgeroepen op november 2016, van <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/CIZ%20Beleidsregels%20Wlz%202016.pdf>
- Delespaul ea. (2016). *De goede GGZ*. Dia Gnosis uitgevers.
- Doorn, L. v. (2009). Dringen bij de voordeur Outreachend werken in de wijk. In E.Tonkens. *Tussen ondeschatten en overvragen*. Actief burgerschap en activerende organisaties in de wijk. Amsterdam Sun.
- Doorn, L. v. (2014). De grenzen achter van" De achter de voordeur benadering". *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*.
- Houten, D. v.(1999). *De standaardmens voorbij Over zorg, verzorgingstaat en burgerschap*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom.
- Drake et al, 2. (2001). *Integrated Dual Disorder Treatment*. New Hampshire -Dartmouth psychiatric researcher cente. United States: New Hampshire -Darthmouth Psychiatric.
- Eliot Friedson. (2001). Professionalism: *The Third Logic*. Oxford: Politypress in association with Blackwell Publisher Ltd.
- Hoijtink, D. v. (2012). Vluchten in bureaucratie Bureaucratische gehechtheid onder professionals in de jeugdhulpverlening. *Beleid en maatschappij*.
- Houten, D. v. (1999). *De standaardmens voorbij*. Maarssen: Elsevier/De tijdstroom.
- Houten, D. v. (2008). Professionalisering : een verkenning. In G. Jacobs, Goed werk. *Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SPW (reader).
- Lanen, c. v. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij coutinho..
- Metz, O. D. (2009). Over burgerparticipatie, welzijnsbeleid en WMO historiografie van de werksort maatschappelijk activeringswerk door Judith Metz. *Journal of Social Intervention: Theory and practice*.
- Minister en Staatssecretaris van VWS. (2004, april 23). *Kamerstuk Tweede Kamer der Staten -Generaal*. Opgeroepen op oktober 2016, van Overheid.nl: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29538-1.html>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (sd). Opgeroepen op november 2016, van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-systematiek>
- Stam, M. (. (2012). *Geef de burger moed, outreached werken in tijden van transformatie van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Vendrik. (2016). *Hoe marktdenken in de GGZ onder de professionele huis kruipt*. Opgehaald van <http://www.fundamenten.com/artikel/hoe-het-marktdenken-in-de-ggz-onder-de-professionele-huid-kruipt>