

De GGZ op de Divan

van diagnose naar waardeherstel



De GGZ op de Divan

van diagnose naar waardeherstel

Masterthesis MHBA
Arlette van Amerongen en Gloria Gribling
Den Haag, april 2019

Thesis begeleider: Drs. L.C.M. Boonekamp
Tweede beoordelaar: Dr. J.W.M. Weggelaar

De MHBA (Master of Health Business Administration) is een internationaal geaccrediteerd
bedrijfskundig masterprogramma voor managers in de zorgsector.



Illustraties: Hans ter Haar

Voorwoord

Op weg naar huis vanuit Villa Heidebad in Epe tasten we elkaar af. “Die thesis komt steeds dichterbij..., je kunt het ook met z’n tweeën doen..., hoe denk jij er over..., voel je vooral niet verplicht. De slotsom is dat we er goed over na gaan denken of we een gemeenschappelijk onderwerp hebben waar we allebei zo gepassioneerd over zijn dat we er vele uren mee bezig willen zijn en of we denken deze klus samen aan te willen gaan. Dat nadenken hebben we heus gedaan maar het bleek toch meer een intuïtief genomen besluit op basis van eerdere ervaring tijdens de opleiding. De gemeenschappelijkheid en de complementariteit is groot, een bron van vruchtbare samenwerking en misschien al wel een verwijzing naar de sleutel en uitkomst van dit onderzoek naar hoe de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) zo optimaal mogelijk georganiseerd kan worden in de toekomst...

Bij aanvang van de thesis allebei werkzaam bij de Parnassiagroep, allebei inhoudelijk opgeleid in de GGZ, allebei vanuit de inhoud gemotiveerd geraakt om de GGZ mee te organiseren, allebei ‘Sara’ in juni 2019 en allebei ervaringsdeskundige door psychiatrie die voorkomt in onze families. Deze gemeenschappelijkheid versterkt onze drive en urgentie voor dit onderwerp. Complementair zijn we vooral in onze manier van het doel bereiken, in uitvoeren. In verschillende eerdere werkstukken blijkt dit al een stimulans te zijn geweest dus daar hebben we op voortgebouwd. Vanuit vertrouwen en door ruimte te bieden blijken we vooral een inspiratiebron en stimulans te zijn voor elkaar.

Gloria: “De aanvankelijke werktitel van onze thesis was *Polariteit of polarisatie*, geleend van het boek van P.A. Gribling in 1978 over dilemma’s in de psychiatrie. De zoektocht naar samenwerking tussen psychiatrie in engere zin (individuele problematiek) en sociaal maatschappelijke domeinen (sociale problematiek) is vandaag de dag eenzelfde. Bij het tot stand komen van dat boek was ik soms een gefrustreerde dochter die haar vader uit die studeerkamer wilde halen om spelletjes te komen doen. Nu vind ik het fascinerend dat ik rond dezelfde leeftijd met dezelfde onderwerpen bezig ben, zonder dat we in de gelegenheid zijn geweest om hierover gedachten uit te wisselen. Maar door zijn visie van toen en mijn visie van nu voel ik me weer heel verbonden en ben ik blij dat hij koos om te schrijven zodat ik hem alsnog beter leer kennen.”

Arlette: “Ik heb meegemaakt hoe het als dochter is om een vader te hebben die psychiatrisch patiënt was. Het is een belangrijke drive geweest om me in te zetten

voor de GGZ. Het zelfstandig zijn en autonomie kunnen hebben over het eigen leven is altijd erg belangrijk voor hem geweest.

‘Al vond de hele wereld dat het beter voor je zou zijn om op het terrein van de psychiatrische instelling te gaan wonen, zelf dacht je daar heel anders over. Op jouw manier was je gelukkig met de eendjes die gewoon binnen in jouw huis mochten komen. Met jouw antiek, aardewerk, kleding en alle andere curiosa om je heen.’
Voor mij was het niet altijd makkelijk, hij was daar vaak alleen, en misschien ook wel eenzaam.”

Vanuit verschillende perspectieven hetzelfde doel, namelijk het optimaliseren van de GGZ. Met deze thesis willen we hier een bijdrage aan leveren.

Veel lees- en leerplezier!

Ik was bij een vriendin
In het mooie dorp op visite
En kreeg van haar lekkere koffie en cake

Ik kreeg cadeautjes in het mooie dorp
En een blauw zakdoekje
En een blauw ringetje
Er wonen lieve mensen in het dorp

In mijn dagboekje staat dat ik veel mensen mag
En dat veel mensen mij mogen
En dat alle dieren van mij houden

En dat de aarde mooi is
Onder andere omdat er veel mooie natuurschoon is
Het is vrijdag
Dan sluit de Linde altijd nu
Om kwart over vijf

Gerard van Amerongen, 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	5
Management samenvatting	9
Management summary	11
<i>Hoofdstuk 1 Inleiding</i>	13
1.1 Aanleidingen	13
1.1.1 Maatschappelijke relevantie	14
1.1.2 Praktijk relevantie	16
1.2 Onderzoeksmodel	17
1.2.1 Probleemstellingen	17
1.2.2 Doelstellingen	17
1.2.3 Vraagstellingen	17
1.3 Wetenschappelijke relevantie	18
1.4 Leeswijzer	19
<i>Hoofdstuk 2 Theoretisch kader</i>	21
2.1 Inleiding	21
2.2 De GGZ en GGZ instellingen	21
2.3 Crisis	22
2.4 Waardecreatie	23
2.5 Anticiperen op de toekomst	25
2.6 Model Taleb	27
2.6.1 Robuust: het onverwachte absorberen	27
2.6.2 Veerkrachtig: met het onverwachte meebuigen en terugveren	28
2.6.3 Agile: het onverwachte net op tijd uit de weg gaan	29
2.6.4 Anti-fragile: beter worden van het onverwachte	29
2.7 Beschouwing	30

<i>Hoofdstuk 3</i>	<i>Methodologie</i>	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Conceptueel model	32
3.3	Technisch ontwerp	33
3.3.1	Dataverzameling	34
3.3.2	Data-analyse	36
3.4	Betrouwbaarheid en validiteit	37
<i>Hoofdstuk 4</i>	<i>Diagnostiek van de GGZ: Verleden</i>	39
4.1	Inleiding	40
4.2	Historische schets GGZ Nederland: van Dolhuis tot Wet BOPZ	40
4.2.1	Het prille begin tot eind 20 ^e eeuw	40
4.2.2	Recente geschiedenis: Overgang naar de Wet BOPZ	42
4.3	Recente ontwikkelingen in Nederland	43
4.4	Beschouwing	45
<i>Hoofdstuk 5</i>	<i>Diagnostiek van de GGZ: Heden</i>	47
5.1	Inleiding	48
5.2	Kwantitatieve gegevens GGZ	48
5.3	Beschouwing	51
5.4	Ontwikkelingen in de omgeving van de GGZ	51
5.4.1	Politiek	52
5.4.2	Economie	53
5.4.3	Sociaal cultureel	54
5.4.4	Technologie	56
5.4.5	Environment	56
5.4.6	Legal	57
5.5	Beschouwing	57
<i>Hoofdstuk 6</i>	<i>Toekomst van de GGZ</i>	59
6.1	Inleiding	60
6.2	Toekomstbestendigheid: manieren van vooruit kijken	60
6.3	Wat zeggen stakeholders over de toekomst?	61
6.4	Toekomstbestendige GGZ: welke alternatieven zijn er?	62
6.4.1	SamenBeter	62

6.4.2	De nieuwe GGZ	63
6.4.3	Redesigning Psychiatry	63
6.5	Beschouwing	63
<i>Hoofdstuk 7 Resultaten Inspiratie interviews</i>		65
7.1	Inleiding	65
7.2	Inspiratie interview dr. D. van de Berg	66
7.3	Inspiratie interview drs. M. Erenstein	68
7.4	Inspiratie interview prof. dr. P. Meurs	70
7.5	Inspiratie interview prof. dr. K. Putters	72
7.6	Inspiratie interview drs. C. Verheijen	74
7.7	Beschouwing	75
<i>Hoofdstuk 8 Resultaten GGZ instellingen</i>		77
8.1	Inleiding	77
8.2	Kwantitatieve gegevens	77
8.2.1	Arkin	77
8.2.2	Dimence	78
8.2.3	GGZ Noord Holland Noord	80
8.2.4	De Parnassiagroep	81
8.2.5	Pro persona	82
8.3	Beschouwing	84
8.4	Resultaten interviews bestuurders	85
8.4.1	Crisis	85
8.4.2	Waardecreatie	86
8.4.3	Anticiperen op de toekomst	89
8.4.4	Aanvullende thema's	90
8.5	Beschouwing	92
<i>Hoofdstuk 9 Discussie, conclusies en aanbevelingen</i>		95
9.1	Inleiding	96
9.2	Beperkingen	96
9.3	Antwoorden op de vraagstellingen	97
9.4	Discussie	98
9.5	Conclusies en Aanbevelingen	100
9.5.1	Inleiding	100

9.5.2	Conclusies	101
9.5.3	Aanbevelingen	102
<i>Nawoord</i>		105
<i>Bibliografie</i>		107
<i>Bijlage 1</i>	<i>Lijst met veel gebruikte afkortingen en begrippen</i>	111
<i>Bijlage 2</i>	<i>Blue Ocean theorie</i>	113
<i>Bijlage 3</i>	<i>Semi gestructureerde vragenlijsten</i>	115
<i>Bijlage 4</i>	<i>Topic lijst</i>	119
<i>Bijlage 5</i>	<i>Coderen</i>	121
<i>Bijlage 6</i>	<i>PESTEL analyse</i>	123
<i>Bijlage 7</i>	<i>Welke stakeholders bepalen de toekomst mee?</i>	133
<i>Bijlage 8</i>	<i>Dankkaartje voor respondenten</i>	143

Management samenvatting

Deze thesis is een zoektocht geweest naar antwoord op de vraag of er sprake is van crisis in de GGZ en in GGZ instellingen en op de vraag welke waarden de GGZ en GGZ instellingen moeten creëren om toekomstbestendig te zijn.

De inspiratie voor deze zoektocht was onze eigen werkomgeving waar sprake is van crisis. 'Crisis' is in deze thesis gespecificeerd naar 'existentieel' (wordt het voort bestaan bedreigd) en 'identiteit' (is de reden van bestaan helder). Om de huidige identiteit van de GGZ te begrijpen hebben we haar ontstaansgeschiedenis onderzocht en ook in het heden geanalyseerd hoe de GGZ waarde gecreëerd heeft in vier modaliteiten; persoonlijk, vakinhoudelijk, organisatorisch en maatschappelijk. Deze vormen van waardecreatie hebben we in samenhang met organisatie strategieën onderzocht om richtingen te vinden voor toekomstige organisatie van de GGZ. Het model van Taleb over organisatie strategieën bood hierbij houvast. Volgens Taleb lijken veel organisaties lange tijd heel stevig en sterk, maar die kracht slaat om in zwakte zodra er grote veranderingen zijn: dan blijkt het systeem breekbaar. Hij beschrijft vier organisatie strategieën, robuust, veerkrachtig, agile en anti fragile.

Naast literatuurstudie zijn er vijf inspiratoren en vijf bestuurders geïnterviewd. Uit deze interviews komt naar voren dat er geen sprake is van een existentiële crisis in de GGZ en GGZ instellingen, waarbij existentieel door de geïnterviewden als financieel uitgelegd wordt terwijl wij hiermee het bestaansrecht van de GGZ en GGZ instellingen bedoelen. Wel is er sprake een identiteitscrisis die een relatie heeft met verschuivingen in waardecreatie. De GGZ is ontstaan vanuit *maatschappelijke* noodzaak, waarbij patiënten opgeborgen werden in gestichten. De GGZ heeft een ontwikkeling doorgemaakt, waarbij medio vorige eeuw veel *vakinhoudelijke* waardecreatie voor de professionals is ontstaan, in de vorm van diverse vormen van behandeling en professionalisering van de beroepsgroepen. Maatschappelijke ontwikkelingen hebben de financieringsstructuur van de sector aan het eind van de vorige eeuw veranderd naar gereguleerde marktwerking waardoor de focus op behoud en groei van GGZ instellingen is komen te liggen en vooral waarde vanuit het *organisatieperspectief* gecreëerd is. Momenteel is er sprake van een transitie in waardecreatie richting *persoonlijk* perspectief: de patiënt komt meer centraal te staan. Daarnaast wordt de GGZ steeds vaker bevraagd over haar maatschappelijke relevantie.

Ons onderzoek heeft aangetoond dat instellingen momenteel sociaal maatschappelijke problemen proberen te verbinden met de GGZ, waarbij de ene instelling daarin meer opgeschoven is naar het maatschappelijk domein dan de andere. Niet alle instellingen zijn het erover eens dat opschuiving naar het maatschappelijk domein dé oplossing is voor toekomstbestendigheid. Dit zien we ook terug in organisatie strategieën, waarbij we gevonden hebben dat er een tendens lijkt te zijn dat instellingen die minder naar het maatschappelijk domein op lijken te schuiven robuuster lijken te zijn dan instellingen die meer in het maatschappelijke domein werken.

Onderzoek naar kwalitatieve gegevens uit de sector toont aan dat grote instellingen het minder goed doen dan kleinere instellingen. Om in te kunnen spelen op de snelle veranderingen in de maatschappij is het belangrijk om flexibel te zijn. We hebben gevonden dat de meeste nieuwe vormen van zorg ontwikkeld worden in opstellingen/proeftuinen naast de reguliere zorg die geboden wordt. Juist in deze vorm van organiseren kan een instelling flexibel zijn.

Dit onderzoek heeft niet de pretentie gehad dé oplossing of dé waarheid voor toekomstbestendige GGZ te vinden, omdat die van veel meer factoren afhankelijk is dan wij onderzocht hebben. Wij menen dat als de GGZ duurzaam toekomstbestendig wil worden de waardecreatie voor de vier entiteiten in balans moet zijn. Disbalans kan toekomstbestendigheid in gevaar brengen waarbij we constateren dat momenteel het risico voor crisis vooral zit in een te beperkte waardecreatie vanuit vakinhoudelijk perspectief.

Tot slot: wij zijn geschrokken van de enorme polarisatie die binnen de GGZ aanwezig is. Wij hebben de hypothese dat dit mede veroorzaakt wordt door het gebrek aan waarde die vakinhoudelijke mensen ervaren. Daardoor beschermen zij hun eigen identiteit en bakenen zij die af ten opzichte van anderen. In het kader van totale waardecreatie haalt dit alle vier de entiteiten van waarde naar beneden. Dat zou niet nodig moeten zijn, want de GGZ is een prachtige sector om in te werken, waarin we het met elkaar en met de patiënt en zijn omgeving moeten doen!

Management summary

Writing this thesis has been a search for an answer to the question whether or not the Dutch Mental Health care and/or its institutions are in a state of crisis and to the question which values the mental health services need to address to be prepared for the future. Our own professional environment - where we experience crisis within a large mental health care organization on a daily basis - has been the root cause of why we decided to explore this subject.

‘Crisis’ in the context of this thesis has two definitions, the first one being an existential one (i.e.: financial), the second one being a matter of identity (‘who are we and why are we on earth?’).

To understand its current identity, we went back to the early days of mental health ‘care’ and researched how it evolved over a period of more than two centuries. Additionally, we took a close look at Talebs theory on organizational strategies. He claims that organization seem strong and powerful in predictable situations that is predictable but when major changes occur the organization breaks because it is not flexible. We applied his model to the current structure of mental health care in the Netherlands and explored to what extent it can explain its structure and/or give direction to its future shape.

To comprehend its identity even better, we examined the past and present focus at the four values that constitute the ‘value creation circle’: personal, professional, organizational and social.

We used these four values as well as the organizational strategies to give us an indication of how to organize future proof mental health care.

Five inspirers and five CEO’s (Chief Executive Officer) of mental health care institutes have been interviewed along with the literature study. Our research shows there is no existential crisis in Dutch mental health care in the way we mentioned it as ‘existence’ and also not in the way the respondents understood it as financial. There is however very much an identity crisis, strongly related to a shift in value creation over time: owing its origins to the pressure of society to hide and lock away the ‘insane’ in mental institutions and thus creating *social* value, we have noted that by mid 20th century *professional* values came into focus. A range of treatments for mental disorders was developed and different professions within the sector became formally organized.

By the end of the 20th century the ‘invisible hand of the market’ had been widely introduced in formerly government-run sectors, mental health care being no

exception. This caused a massive shift in focus towards creating *organizational* values. Currently, we're seeing a new transition in the direction of the *personal* perspective, where the patient is at the heart of the focus of value creation. Also, mental health care relevance for society has been the subject of discussions in recent years.

We find the mental health care organizations are trying to make a move toward a more prominent position in closely related social domains, some having already shifted more than others. There is disagreement among board members to what extent such a move contributes to a more future proof organization. This in turn is reflected in the different organizational strategies that have been adopted, where the ones that have moved more seem to be less robust than the ones that still keep their distance from the social domain.

Also, when we look at qualitative data, larger organizations - characterized as 'robust' - are outperformed by smaller ones.

To be able to adjust to rapid changes in society, organizations need to be flexible. We find that most experiments and innovative treatments are piloted parallel to (and not instead of) existing ways of care. This agile way of working makes organizations more flexible.

Our research does not pretend to have found *the* one solution or *the* truth on how to futureproof the organization of mental health care: many more aspects than the ones we researched would have to be taken into account.

We are however convinced that an equilibrium between the four parts of the value creation circle -personal, professional, organizational and social- is a crucial aspect in any future solution: the current identity crisis having its roots in limited value creation from the professional perspective.

Finally, we were shocked by the level of polarization within the mental health care sector in the Netherlands. Our hypothesis being that this polarization is caused by the lack of appreciation that professionals working in mental health care experience on a day to day basis. This lack of perceived value for their work in turn causing them to guard their own identities, building fences between themselves and others. Looking at the value creation circle as a whole, this limits the values in the other three parts of the circle as well, thus ending up with a smaller circle, i.e.: loss of total potential value. This is truly a shame, because mental health care is an important, meaningful and beautiful sector to be a part of, where we should be cooperating with each other, with the patient and his environment to create value for all involved, most notably for the patient!

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleidingen

In de media wordt veel aandacht besteed aan toekomstbestendigheid van zorginstellingen¹. Er worden zorgen uitgesproken: Trendskenario's geven aan dat de zorgkosten van 2015 tot 2040 verdubbelen tot 174 miljard², wat neer komt op een gemiddelde stijging van 2,9 procent per jaar. Oorzaken als vergrijzing, hogere welvaart, technologie, veranderende maatschappij, epidemiologische verschijnselen en organisatie van zorg worden genoemd. Het faillissement van twee algemene ziekenhuizen in oktober 2018 roept de vraag op hoe het met de toekomstbestendigheid van GGZ instellingen is gesteld. Want ook de zorgkosten in de GGZ stijgen. In 2017 werd er 6,5 miljard uitgegeven, waarbij aangetekend moet worden dat de capaciteit van de GGZ bij lange na niet voldoende is om iedereen hulp te bieden. Er is capaciteit voor 5 à 6 procent van de bevolking. Als 7 procent zich meldt, dan ontstaan er al onbeheersbare wachtlijsten³. De GGZ is zoekend naar een manier van organiseren die doelmatig (efficiënt), doeltreffend (effectief) en toekomstbestendig is.

Steeds wordt benoemd dat geen enkele organisatie het meer redt als alleen gestuurd wordt op winst en verlies. Financiële resultaten helpen niet om effectief de continuïteit van de onderneming te waarborgen. Ze kijken per definitie terug en niet vooruit. Waar het daarentegen juist wel om gaat is het afstemmen van marktrelevantie (waar is behoefte aan?), kerncompetenties (wat kan ik?) en resources (wat heb ik in huis?). Het is belangrijk om naar waardecreatie te kijken en in welk fase de GGZ zich bevindt.

Het bovengenoemde is herkenbaar en ook actueel binnen de GGZ instelling waar wij voor werken. In de zomer van 2018 is door onze bestuurders de huidige situatie van de organisatie als 'crisis' bestempeld. Er zijn, naast financiële tekorten, lange wachtenlijsten, veel openstaande vacatures, een hoog ziekteverzuim en dalende medewerker- en patiënttevredenheidscijfers. De urgentie tot verandering dringt zich dan ook vanuit de werkelijkheid aan ons op en wordt als existentieel gevoeld. In de instelling is men zoekend naar een manier van organiseren om deze problemen het hoofd te bieden. Door de crisis die wij zelf ervaren zijn wij

¹ onder andere Skipr 2018/2019, landelijke dagbladen, zorgvisie

² www.vtv2018.nl/zorguitgaven

³ Oosterhoff, 2018

nieuwsgierig naar de situatie bij andere GGZ instellingen, herkennen zij deze situatie? Welke keuzes maken zij? Hoe richten zij zich op de toekomst?

Deze aanleidingen voor het onderzoek, namelijk het maatschappelijk debat en persoonlijke ervaring, staan in de komende paragrafen verder uitgewerkt. Het heeft ons gestimuleerd om vanuit waardecreatie de huidige GGZ te analyseren en oplossingsrichtingen te schetsen voor toekomstbestendige GGZ.

1.1.1 Maatschappelijke relevantie

We lichten hier enkele voorbeelden uit om de maatschappelijke relevantie te onderbouwen:

28-03-2019 Laprélezing Erasmus Universiteit

De eerste Laprélezing, georganiseerd door de Erasmus Universiteit Rotterdam, Centrum voor Zorgbestuur, werd gehouden door professor E. Kuipers, bestuursvoorzitter van het Erasmus Medisch Centrum, met als titel van zijn lezing: 'Feste op het Zorgtoneel; *Hoe toekomstbestendig is de huidige ziekenhuiszorg?*'. Is de huidige ziekenhuiszorg toegesneden op de zorgvraag van morgen? Vernieuwing in diagnostiek, behandelingen en preventie zijn noodzakelijk om de zorg vooruit te helpen. Mevrouw Storm, alumna van de Master of Health Business Administration, reageerde tijdens deze lezing vanuit het perspectief van de GGZ. Haar conclusie was onder andere dat ambulantisering moet doorzetten en samenwerking met partners in het sociale domein moet toenemen.

01-03-2019 Minister H. de Jonge in AD: 'Marktwerking in de zorg is doorgeslagen'

Hij bepleit in dit artikel dat de marktwerking in de gezondheidszorg 'doorgeslagen' is en moet worden ingeperkt, anders wordt goede zorg steeds moeilijker te organiseren en te betalen. De zorg zou minder markt- en meer samenwerking nodig hebben. De zorg wordt nu per uur vergoed wat hij een ongezonde prikkel vindt voor goede en effectieve zorg. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moeten wat de Jonge betreft in de toekomst samen de verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheidszorg in een regio.

23-02-2019 A. Jansen in Trouw: 'Nederland trekt veel geld uit voor de GGZ maar dat geld wordt niet effectief ingezet'

Volgens Jansen, voorzitter van de Raad van Bestuur van GGZ Friesland, moet het zwartepunt in de GGZ weer op vakmanschap komen te liggen. Het gaat immers

om goede patiëntenzorg. De GGZ staat volgens hem onder druk vanwege personeelstekorten. Het is de meest gefragmenteerde sector van de gezondheidszorg. Ook zijn marktprikkels geïntroduceerd, terwijl grote delen van de sector helemaal niet als markt kunnen fungeren. Er is geen partij meer die het landelijk GGZ systeem in samenhang overziet, laat staan regisseert. Dat GGZ bestuurders voor de opdracht staan hun organisaties grondig te hervormen en hun professionals een inspirerend werkklimaat te bieden, mag duidelijk zijn. 'In de huidige omstandigheden is dat op zijn zachtst gezegd een lastige opgave. Het huidige stelsel heeft geleid tot grote versplintering en de solidariteit in de sector onder druk gezet. Dit dient hersteld te worden.'

16-02-2019 televisiedebat Prof. D. Denys en Prof. J. van Os over de toekomst van de GGZ

Twee vooraanstaande hoogleraren psychiatrie, Dhr. D. Denys en Dhr. J. van Os, debatteerden over de toekomst van de GGZ⁴.

"Te veel mensen zitten onterecht in de psychiatrie", zo brak Denys, voormalig voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het debat open. Ze lijden wel, maar zijn niet ziek. Van Os, tevens epidemioloog en lid van de KNAW (Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen), ziet ook dat de druk op de psychiatrie enorm is, maar stelt dat Denys te makkelijk praat over psychisch lijden. Het systeem waarin de GGZ is georganiseerd moet worden aangepakt, niet de patiënt die wordt weggezet. Gemeenschappelijk is de constatering dat de vraag naar GGZ groter is dan de capaciteit. En ook financieel is het ondenkbaar. De oplossing voor Denys ligt voor een groot deel bij vermindering van de vraag door minder problemen als psychiatrisch te betitelen. Voor van Os ligt de oplossing bij het verbeteren van de manier waarop de GGZ georganiseerd is en in het wijzigen van het financieringssysteem en gereguleerde marktwerking.

December 2018 Prof. L. Eurlings en Prof. J. van Os; Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde

In een artikel van Eurlings en van Os over medicalisering en ondoelmatige zorg in de GGZ stellen zij dat de GGZ met steeds langer wordende wachtlijsten kampt. Dit wordt grotendeels veroorzaakt doordat de benadering van problemen in de GGZ overwegend stoornis gericht is en het huidige vergoedingssysteem aan stoornissen gekoppeld is. Tezamen zouden deze factoren overbehandeling en verlening van ondoelmatige zorg in de hand werken.

⁴ <https://debalie.nl/agenda/onder-professoren-damiaan-denys-jim-van-os/>

September 2018 Dhr. D. Denys in NRC “Het is niet normaal om mooi en succesvol te zijn en alles onder controle te hebben”.

“Mensen verwachten te veel van het leven”. Dat was, kort gezegd, de visie van Denys, op de oorzaak van de problemen in de GGZ. Dat maakte veel los. Overigens was dit het meest gelezen opiniestuk in de NRC van 2018.

Een laatste voorbeeld is de vele publiciteit rondom de opvang voor personen met verward gedrag, waarbij de maatschappelijke overlast die ervaren wordt gerelateerd wordt aan de beperkte opvang van verwarde personen (Volkskrant 26 september 2018, AD 27 september 2018, GGZ nieuws 16 januari 2019). De definitie van het begrip verwarde personen levert overigens discussie op, volgens Denys bestaan ‘verwarde personen’ niet: er is alleen verward gedrag in de openbare ruimte dat niet meer wordt getolereerd⁵.

Samengevat kan gesteld worden dat het publieke debat een veelheid van vragen aan de orde stelt over de huidige manier van organiseren van GGZ en discussie over de manier waarop dit in de toekomst zou moeten. Centrale onderwerpen hierbij zijn: het al dan niet ‘opschuiven’ naar het maatschappelijk domein (het verbinden van sociaal maatschappelijke problemen met de GGZ); een zoektocht naar een eenduidig geluid vanuit de sector; nieuwe vormen van waardecreatie en een zoektocht naar doelmatige en doeltreffende zorg.

1.1.2 Praktijkrelevantie

Een heldere ‘waarom’ voor verandering is existentiële bedreiging van een organisatie. Zoals eerder beschreven herkennen we die dreiging vanuit onze eigen praktijksituatie. Het is uiteraard zeer relevant voor de praktijk om te onderzoeken of deze crisis zich ook voor doet bij vergelijkbare instellingen en waarom wel of niet. Antwoord op de richting die er gekozen kan worden om crisis te voorkomen of uit een crisis te komen is zo misschien mogelijk.

⁵ www.nrc.nl/nieuws/2018/09/21/het-is-niet-normaal-om-mooi-en-succesvol-te-zijn-en-alles-onder-controle-te-hebben-a1626090

1.2 Onderzoeksmodel

In deze paragraaf wordt het gekozen onderzoeksmodel kort toegelicht.

1.2.1 Probleemstellingen

Bovenbeschreven aanleidingen om onderzoek te willen doen leiden tot de volgende probleemstellingen voor dit onderzoek:

- Is er sprake van crisis binnen de GGZ, dan wel binnen GGZ instellingen?
- Welke waarden moeten de GGZ en GGZ instellingen creëren om toekomstbestendig te zijn?

1.2.2 Doelstellingen

De doelstellingen voor deze thesis:

- De ontwikkeling van de GGZ en GGZ instellingen beschrijven vanuit het perspectief van waardecreatie.
- Richting aangeven hoe de GGZ en GGZ instellingen optimaal georganiseerd kunnen worden in de toekomst, op basis van organisatiestrategieën en waardecreatie.

1.2.3 Vraagstellingen

Om de probleemstelling te beantwoorden en de doelstellingen te bereiken stellen we de volgende vragen:

- Zijn GGZ instellingen in crisis? Is de GGZ in crisis? Zo ja, hoe uit zich dat.
- Ervaren GGZ instellingen urgentie tot verandering? Ervaart de GGZ urgentie tot verandering? Zo ja hoe wordt deze verandering vormgegeven?
- Welke factoren beïnvloeden de huidige situatie van de GGZ?
- Welke elementen voegen waarde toe aan de GGZ?
- Welke scenario's zijn er voor denkbare en kansrijke manieren van organiseren van de GGZ?

Het onderzoek omvat een literatuurstudie en een empirisch onderzoek.

Literatuurstudie

Het literatuuronderzoek richt zich op de theorie en feiten: we beschrijven een aantal begrippen en doen onderzoek naar waardecreatie, crisis, toekomstbestendigheid en de mogelijke alternatieven voor toekomstige GGZ.

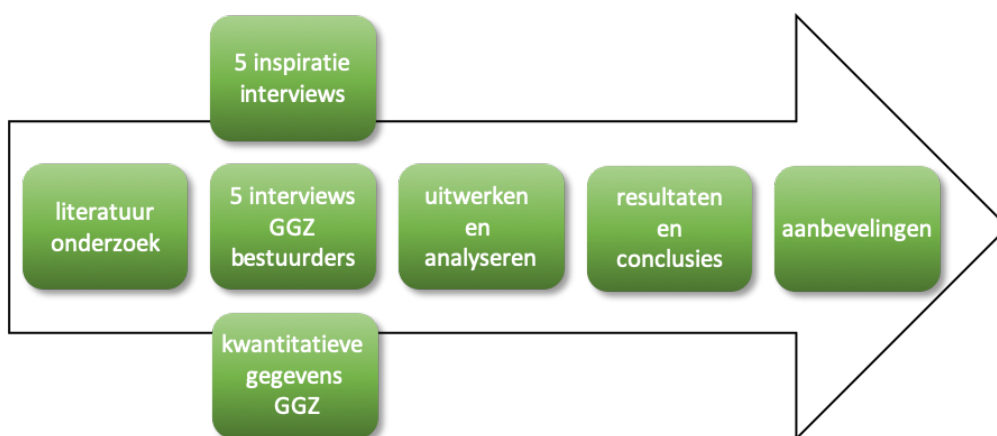
Empirisch onderzoek

De GGZ wordt onderzocht middels interviews met inspiratoren en bestuurders van GGZ instellingen om een diepgaand beeld te krijgen van de huidige werkelijkheid en toekomstverwachting ten aanzien van het organiseren van de GGZ.

Resultaten

De doel- en vraagstellingen worden beantwoord door het analyseren van de interviews, de kwantitatieve gegevens en de literatuur. Dit leidt tot aanbevelingen over hoe, op basis van waardecreatie, de GGZ duurzaam toekomstbestendig kan worden georganiseerd.

Samengevat ziet het onderzoeksmodel er zo uit:



1.3 Wetenschappelijke relevantie

Eén van de aspecten van wetenschappelijke relevantie van onderzoek is het bevestigen van, of toevoegen aan bestaande kennis. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar waardecreatie. In deze thesis wordt de theorie van waardecreatie gebruikt om de huidige GGZ te analyseren en oplossingsrichtingen te schetsen voor toekomstbestendige GGZ. Daarvoor maken we eveneens gebruik van de theorie over foresight/forecast en het model van Taleb die vier manieren voor organisaties beschrijft om te anticiperen op de toekomst. Verschillende theorieën worden aan elkaar gekoppeld waardoor dit onderzoek iets toevoegt aan de bestaande onderzoeken.

1.4 Leeswijzer

Het onderzoeksmodel is in deze thesis uitgewerkt in 9 hoofdstukken. Hoofdstuk 2, het theoretische hoofdstuk, start met uitleg van de belangrijkste begrippen. Dit theoretische hoofdstuk vormt het uitgangspunt voor ons onderzoek waarvan het onderzoeksmodel uitgebreider wordt toegelicht in hoofdstuk 3. Vanaf hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten. Hoofdstuk 4 start met analyseren van de ontstaansgeschiedenis van de GGZ. In hoofdstuk 5 beschrijven we de huidige situatie waarin de GGZ zich bevindt, hoofdstuk 6 gaat over toekomst ideeën over de GGZ. Hoofdstuk 7 bevat de resultaten van de interviews met inspiratoren over de GGZ en hoofdstuk 8 de resultaten van de interviews met de bestuurders van GGZ instellingen alsmede de kwantitatieve gegevens van deze instellingen. In hoofdstuk 9 sluiten we af met de discussie en aanbevelingen uit het onderzoek. Veel gebruikte afkortingen staan beschreven in bijlage 1.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft uitgangspunten vanuit de wetenschappelijke literatuur over waardecreatie, toekomststrategie, beleid en succes ingrediënten vanuit de organisatietheorie.

Belangrijke begrippen uit de probleemstelling en doelstellingen worden beschreven om een helder beeld te vormen over wat we onderzoeken.

Het onderzoeksobject is de GGZ, waarvan GGZ instellingen een onderdeel vormen.

Dit staat beschreven in paragraaf 2.2. Het onderwerp waarop we dit object onderzoeken is de eventuele existentiële crisis, wat beschreven staat in 2.3.

Bestaansrecht wordt ontleend aan waardecreatie, dat we toelichten in paragraaf 2.4. Als laatste geven we uitleg over anticiperen op de toekomst in paragraaf 2.5.

2.2 De GGZ en GGZ instellingen

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) richt zich op⁶

- voorkomen van psychische aandoeningen;
- behandelen en genezen van psychische aandoeningen;
- laten deelnemen van mensen met een psychische aandoening aan de samenleving;
- bieden van hulp aan mensen die ernstig verward/verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

De zwaarte van de zorg die nodig is, bepaalt waar iemand zorg ontvangt. In de eerste lijn verleent onder meer de huisarts, het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog de zorg. Deze eerstelijnszorg is generalistisch, snel en gemakkelijk toegankelijk. De eerstelijns hulpverleners kunnen advies inwinnen bij gespecialiseerde GGZ instellingen. Is meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan verwijst de huisarts of een medisch specialist de patiënt door naar de tweede lijn, de gespecialiseerde GGZ. GGZ instellingen bieden die zorg. Hoog specialistische zorg is bestemd voor patiënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische

⁶ www.GGZNederland.nl

aandoeningen voor wie basis of specialistische diagnostiek en/of behandeling in de GGZ onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden. Vaak is er sprake van complexe comorbiditeit (verschillende diagnoses) van psychische aandoeningen of een combinatie met een somatische aandoening.

GGZ instellingen

Binnen de GGZ wordt gesproken over GGZ instellingen en GGZ organisaties, deze begrippen worden naast elkaar gebruikt. Wij kiezen ervoor om in deze thesis het begrip GGZ instelling(en) te gebruiken omdat dit het meest gebruikt begrip is. Elke regio in Nederland kent meerdere GGZ instellingen. Een GGZ instelling biedt hulp aan volwassenen, kinderen en ouderen met psychische problemen zoals beschreven staat onder GGZ.

Er zijn diverse vormen van hulp:

- regelmatige gesprekken, eventueel gecombineerd met medicatie en online hulp: dit wordt poliklinische of ambulante behandeling genoemd. Deze hulp kan zowel thuis of op een polikliniek geboden worden.
- behandeling in deeltijd (enkele dagdelen per week)
- intensieve zorg tijdens een opname
- acute opname

2.3 Crisis

De definitie van crisis volgens Wikipedia is “een zware noodsituatie waarbij het functioneren van het stelsel ‘van welke aard dan ook’ ernstig verstoord raakt”. Een crisis ontstaat als de mogelijkheden (van een individu of van een groep) om een doel te bereiken uitgeput, geblokkeerd of ontoereikend zijn.

Voor instellingen die het gehele spectrum van geestelijke gezondheidszorg aanbieden, lijkt de toekomst erg onzeker, maar onvoldoende om te spreken van een crisis. Dat blijkt uit een strategische marktanalyse van adviesbureau Boer & Croon. B. Esselaar, partner bij Boer & Croon (2014): “Welke strategie je ook kiest, het blijft belangrijk om de toekomst in eigen hand te houden. Volgens Boer & Croon lijkt het zorgstelsel als totaal vast te zitten: groot genoeg om te blijven drijven maar te zwaar om echt te kunnen vliegen. Het gaat te goed om echt te moeten veranderen op basis van urgentie en tegelijk niet goed genoeg om te durven veranderen op basis van excitement.”

Voor ons onderzoek is een differentiatie gemaakt tussen existentiële crisis en identiteitscrisis. Bij een existentiële crisis gaat het over de vraag of er nog bestaansrecht is. Een identiteitscrisis gaat om het niet meer weten waar de GGZ zich op richt, voor wie en hoe de zorg vorm gegeven moet worden. Een crisis ontstaat meestal wanneer de vertrouwde omgeving verandert en mensen of organisaties plotseling uit hun comfortzone worden gerukt. In deze thesis gaan we op zoek naar welke betekenis de geïnterviewden aan crisis toedichten.

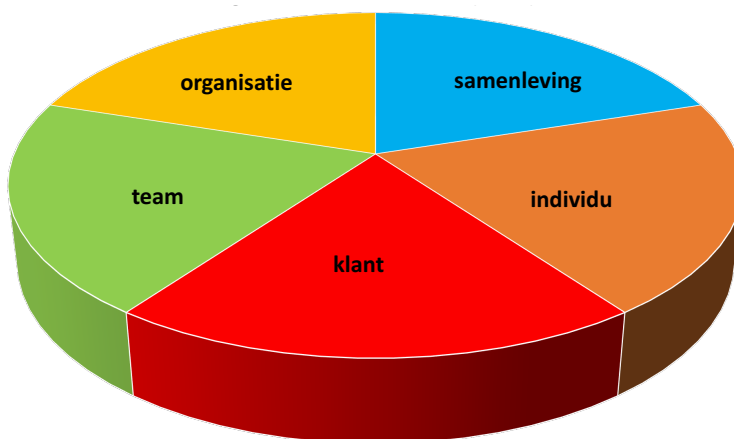
2.4 Waardecreatie

Parblue (2012) definieert waarden en waardecreatie als volgt. “Waarden zijn de tastbare en niet tastbare voordelen, het belang of de betekenis van een product, dienst of een combinatie daarvan. Waarde is in het algemeen subjectief. Te onderscheiden zijn economische, functionele, emotionele en symbolische waarde. Ook de indeling economische, sociaal/maatschappelijke en ecologische waarde wordt gehanteerd. ‘Nieuwe’ businessmodellen bestaan steeds vaker uit combinaties van deze waarden en gaan uit van wederkerigheid en profijt voor alle betrokkenen. Men spreekt dan van waarde-ecosystemen.

Waardecreatie is het scheppen van (meer) waarde voor klanten, de eigen organisatie en andere betrokken partijen, op basis van nieuwe inzichten en door middel van co-creatie, een heroverweging van het bestaande businessmodel en continue aandacht voor innovatie. Waardecreatie vergroot het onderscheidend vermogen en de continuïteit van iedere organisatie.”

Jonker en de Witte⁷ onderscheiden vijf partijen waarvoor waarde gecreëerd zou moeten worden, te weten individu, team, organisatie, klanten en samenleving. Dit geheel vormt de waardecreatiecirkel. De opgave volgens hen is om voor alle partijen tegelijk waarde te creëren. Er lijkt in de zorgverlening een spanningsveld te bestaan tussen het tevreden maken van klanten, medewerkers, stakeholders en de maatschappij. De conclusie van Jonker en de Witte is dat het realiseren van waarde voor klanten, stakeholders en medewerkers op lange termijn geen van deze partijen uitsluit, maar dat ze elkaar juist versterken en ook maatschappelijk waarde creëren.

⁷ Jonker, J., Witte, de M. (2013). *De vijf strategieën voor waardecreatie*.

Waardecreatiecirkel volgens Jonker en de Witte (2013)

Aangepast naar de GGZ hebben we de vijf partijen vernauwd tot vier, waarin we individu en klant samengevoegd hebben tot persoonlijk perspectief, team vertaald hebben naar vakinhoudelijk perspectief, samenleving noemen wij maatschappelijk perspectief en organisatieperspectief is gelijk gebleven. Dit geeft een overzichtelijke waardecreatiecirkel.

Waardecreatiecirkel volgens van Amerongen en Gribling (2019)

- *Persoonlijk perspectief*
De burger in zijn rol als (potentiële) zorgvrager, maar ook in zijn rol als consument, premiebetaler en mantelzorger.
- *Vakinhoudelijk perspectief*
Professionals die zorg verlenen aan patiënten.
- *Organisatorisch perspectief*
Iedereen die betrokken is bij het organiseren van de GGZ; GGZ instellingen, verzekeraars en overheden.
- *Maatschappelijk perspectief*
Alle ontwikkelingen die doorwerken in de hele maatschappij.

2.5 Anticiperen op de toekomst

Martin van der Steen⁸ beschrijft drie perspectieven van strategie om naar de toekomst te kijken:

Informatie-strategie gaat over de manier waarop ten behoeve van lange termijn vraagstukken kennis wordt vergaard over de mogelijke toekomst. Toekomstgericht beleid vereist ‘informatie’ over de toekomst. Dat kan op twee manieren, te weten middels forecast of foresight.

Forecasting gebruikt data om paden in de toekomst te extrapoleren: in een dergelijke analyse combineert de onderzoeker data met algoritmen die de relaties tussen elementen in het systeem representeren. Het is een tellende methode van vooruitzien.

Bij foresight zijn er ook data, maar deze zijn in de vorm van taal. Het is een vertellende vorm van vooruitzien. Het idee van een foresight-studie is om de toekomst niet per se te ‘vatten’, maar een variëteit aan ontwikkelingsrichtingen te schetsen. Foresight biedt ruimte voor een breedspectrum aan bruikbare bronnen. Dat kunnen getallenreeksen zijn, maar ook verhalen of indrukken, geschreven teksten, wetenschappelijke studies. Analyse en causaliteit zijn inherente onderdelen van een foresight studie, maar op een andere en minder gesloten manier dan een forecast. Bij foresight is het voorstellingsvermogen en de analytische lenigheid van de betrokkenen de belangrijkste beperkende factor. Toekomstgerichte kennis is een mengeling van feit en fictie. Voor dit onderzoek

⁸ Steen, M van der. Tijdig bestuur (2016): *Strategisch omgaan met voorspelbare verrassingen*

maken we gebruik van de foresight methode, waarbij we betrokkenen (zowel inspiratoren als bestuurders) interviewen en vertellend informatie ophalen over een mogelijke toekomst.

Houding-strategie gaat over de mentaliteit tegenover lange termijn vraagstukken. Het vermogen om zorgen te hebben over eerste tekenen van mogelijke disruptieve ontwikkelingen is een belangrijk aspect van toekomstgericht bestuur. Niet in de zin van ‘kennis over de toekomst’ maar als houding en mentaliteit.

Zo is voorbereiden op een voorspelbare verrassing niet alleen het vermogen om de ogen te openen voor het onbekende maar ook de kunst om strategie op de agenda te houden. Om alertheid levend te houden en de aandacht voor het onbekende te voeden op een manier die niet tot overgave maar tot handelen leidt. In de strategie-literatuur is *strategy-sustaining* de daarvoor gehanteerde term. Veel organisaties ‘strategiseren’ sprongsgewijs: ze doen het een tijdje en zijn dan weer even klaar. Strategie is iets dat periodiek plaatsvindt, als separaat proces van de operatie of het beleidsontwerp. Vanuit het onbekende bezien is dat een vals onderscheid: voorbereiding vereist een voortdurende alertheid op wat er mogelijk kan gebeuren. Alertheid vereist permanent onderhoud en professionele aandacht. Toekomstgericht bestuur vereist een mentaliteit van alertheid en openheid voor verstoring⁹. In ons onderzoek gaan we op zoek naar eventuele verschillen tussen de respondenten (bestuurders) ten aanzien van ‘houding-strategie’ en of hier mogelijk conclusies uit te trekken zijn ten aanzien van toekomstbestendigheid.

Organisatie-strategie gaat over de manier waarop organisatievormen zich instellen op verrassing. Zijn er organisatievormen die de verrassing als uitgangspunt nemen? Wat zijn voorbereidingen op verrassing die vanuit de verschillende organisatievormen voor de hand liggen? Publicist Nassim Taleb¹⁰ reikt een passend model aan over hoe organisaties zich kunnen organiseren en richten op de toekomst. In de volgende paragraaf beschrijven we dit model uitgebreid.

⁹ van der Steen, 2016

¹⁰ Taleb, N. (2012). *Antifragile*

2.6 Model Taleb

Volgens Taleb lijken veel organisaties lange tijd heel stevig en sterk maar bij serieuze verstoring blijken ze ineens buitengewoon fragiel. Ze storten in bij onverwachte beweging. Ze zijn gebouwd voor de bandbreedte: krachtig in een wereld binnen de kaders maar die kracht slaat om in zwakte zodra de bandbreedte gaat schuiven.

Veel organisaties die het nu goed doen zijn primair vanuit het argument van efficiency gebouwd. Zodra een efficiënte organisatie disruptieve verandering ontmoet ontstaan grote problemen. Dan blijkt het systeem niet alleen efficiënt maar ook breekbaar. Er is geen materiaal of kennis beschikbaar om met de nieuwe omstandigheden om te gaan. Er is geen tijd ingebouwd om na te denken in het systeem. Dezelfde strakke koppelingen zijn dan ineens de versnellers van de problemen: als één schakel breekt dan staat het hele proces stil, is er geen reservecapaciteit meer en is er ook niemand meer die een idee heeft over hoe het anders kan. De fragiliteit van strak gekoppelde systemen blijkt zodra zich onvoorspelbaarheid voordoet: dan breekt het systeem. Ze vallen veelal niet om door “enorme frontale schokken” maar door kleine kreukjes die zich heel snel door de organisatie heen bewegen en exponentieel groeien.

De expliciete kritiek van Taleb is dat onze fragiele systemen de status quo bestendigen en de risico's en kosten van beweging afwentelen op anderen. Volgens Taleb kunnen organisaties zich op vier manieren voorbereiden op verrassingen/toekomst. In dit onderzoek gebruiken we deze vormen van toekomststrategie als referentiekader bij het empirisch onderzoek.

2.6.1 Robuust: het onverwachte absorberen

Een manier voor het omgaan met nu nog onbekende schokken is die van robuustheid. Het idee van robuustheid is dat een strak gekoppelde organisatie de mogelijkheid van verstoringen en schokken erkent en zich daarop prepareert. Een robuust georganiseerd systeem erkent dat schokken zich zullen voordoen en graaft zich in voorbereiding daarop diep in, zodat het van de schok geen last heeft. De schok slaat kapot op de muur, zodat de organisatie ‘gewoon’ kan blijven doen wat het normaal doet, ook terwijl het ‘buiten’ stormt. De ‘binnenkant’ merkt niets van de schok – het gaat er hetzelfde aan toe als zonder schok. In een robuuste voorbereiding worden de organisatiefundamenten gestut en versterkt, de organisatie wapent zich tegen turbulentie. Een robuuste organisatie kan letterlijk tegen een stootje en beschikt over het vermogen om een schok op te vangen en te absorberen.

De essentie van robuustheid is dat onzekerheid wordt onderkend en het antwoord daarop is het optrekken van een zo hoog en sterk mogelijk fundament, in de hoop dat deze sterk genoeg is. Dat brengt ook een risico met zich mee: de muur kan veel hoger dan nodig blijken.

Een tweede punt van zwakte van een robuuste voorbereiding is dat het te hopen is dat de muur op de goede plaats staat en zich schrap zet voor de goede dreiging.

Robuustheid vereist enig inzicht in de te verwachten schok, zowel in de aard als de zwaarte ervan. Als de muur eenmaal staat is hij niet eenvoudig meer te verplaatsen of voor een ander doel in te zetten.

2.6.2 Veerkrachtig: met het onverwachte meebuigen en terugveren

Tegenover robuustheid staat een meer op beweging gerichte strategie om met het onbekende om te gaan. Veerkracht is het vermogen van een organisatie of systeem om te herstellen van krachtige schokken, om terug te veren. De schok komt over het systeem heen, richt ook schade aan maar het systeem veert vervolgens snel en krachtig terug naar de toestand waarin het oorspronkelijk zat.

Veerkrachtige arrangementen zijn niet immuun voor schokken, ze lopen wel degelijk verlies op. Er is een periode waarin het systeem niet goed functioneert en er kunnen zelfs slachtoffers vallen. Terugveren maakt veerkracht tot een conservatief mechanisme. Een veerkrachtig financieel systeem buigt mee met de schok, breekt net niet, en keert dan terug naar hoe het was. Zonder principiële veranderingen en zonder 'vergoeding' van de schade die onderweg is geleden. Terug naar hoe het was is bij veerkracht een waarde in zichzelf: terug is goed, zonder fundamentele vragen over of het voor de schok wel 'goed' was en over de rol van het oude systeem bij het ontstaan van de schok.

Veerkrachtig, buigzaam organiseren kan helpen om voorspelbare verrassingen tegemoet te treden. Dat kan productief zijn maar het heeft ook belangrijke nadelen. Reflectie op het systeem is niet aan de orde. Er zijn verliezers die onderweg nog steeds schade oplopen en hun belang wordt amper meegenomen in het herstel en het vervolg. Veerkracht doet niets aan de oorzaak van de schok. Het stelt de principes van het systeem niet ter discussie. Integendeel, het bevestigt die principes, want het brengt de organisatie terug naar hoe het was. Veerkracht verwordt tot symptoombestrijding in plaats van het opnemen van de dieperliggende oorzaken, en daarmee ook het voorkomen van herhaling en aanhoudende schade.

2.6.3 Agile: het onverwachte net op tijd uit de weg gaan

Een concept dat nauw aan veerkracht gerelateerd is en eveneens gaat over het omgaan met het onbekende is agiliteit, of beweeglijkheid. Agiliteit is het vermogen om vlak voordat het onverwachte 'inslaat' te bewegen, weg te sturen, en inslag te vermijden. Wie 'agile' is staat los genoeg op de benen om net op tijd weg te springen. Agiliteit vertrekt vanuit de acceptatie, dat vooraf onduidelijk is wat de verrassing zal zijn. Dat is volgens Taleb het verschil tussen flexibiliteit en agiliteit. Flexibiliteit is ingebouwde beweeglijkheid om met voorziene verrassingen om te gaan: agiliteit is de acceptatie dat het niet te voorzien is en dat daarom maximale beweeglijkheid voor het toekomstige moment gevraagd is. Beweeglijkheid vereist specifieke voorbereiding, die vaak op de kortere termijn kosten en zorgen met zich meebrengt. Het betekent bijvoorbeeld het niet aangaan van beperkende verbindingen, zoals langjarige contracten of ander moeilijk los te koppelen commitment. Daarom is agiliteit lastig te combineren met robuustheid of veerkracht. Agiliteit zoekt zo min mogelijk ballast, dat remt de beweeglijkheid. Agiliteit bouwt alles dat nodig is om te produceren op een manier die eenvoudig mee te nemen of achter te laten is.

Beweeglijkheid impliceert ook dat de waarden van de organisatie niet te veel gefixeerd moeten zijn. Gefixeerde waarden zorgen voor 'vaste' organisaties. Stabiliteit en continuïteit belemmeren het vermogen om van de verrassing weg te bewegen. Of positief geformuleerd, nemen de mogelijkheden weg om te gaan naar waar de mogelijkheden liggen en de zogeheten 'Blue Ocean Strategy' te volgen (zie bijlage 2). Agiliteit is voor overheidsorganisaties als beleidsrepertoire een moeizaam principe. Beleid kan maar tot op zekere hoogte wendbaar zijn. Het kan meebewegen met omstandigheden, uitwijken voor verrassingen, maar het staat ook voor bepaalde waarden. Mensen moeten ervan op aan kunnen, juist als het moeilijk is en het systeem onder druk staat. Dat betekent dat veel publieke voorzieningen in hun beweeglijkheid belemmerd worden door de basiswaarden die ze vertegenwoordigen.

2.6.4 Anti-fragile: beter worden van het onverwachte

Taleb ziet anti-fragiliteit als een heel ander uitgangspunt van organiseren: anti-fragiliteit staat letterlijk voor het tegenovergestelde van breekbaarheid. Iets dat niet breekt maar sterker wordt van een schok. Anti-fragiele systemen lopen geen schade op van schokken, ze halen er winst uit. Dat kan overigens een positief en negatief maatschappelijk gevolg hebben. 'Anti-fragiel goed' wordt bij elke schok

beter maar 'anti-fragiel kwaad' wordt erger. Allebei is vanuit het principe van anti-fragiliteit mogelijk: anti-fragiele organisaties worden beter dankzij schokken. Omdat ze van disruptie beter worden hebben anti-fragiele organisaties verstoring nodig. Taleb koppelt anti-fragiliteit sterk aan evolutionaire leerprocessen en creatieve destructie, waarin verstoring nodig is om 'de soort' als geheel sterker te maken. Dat is fijn voor de soort, maar vervelend voor de voorlopers die daarvoor in natuurlijke selectie zijn 'afgevallen'. Dat is een ongemakkelijke kant van anti-fragiliteit. Het kan nodig zijn om zware verliezen te leiden, omdat alleen dan de beperkingen zichtbaar worden en het systeem zich kan verbeteren.

2.7 Beschouwing

Dit hoofdstuk omvat de begrippen die de grondlegger zijn van ons onderzoek. Er is beschreven wat verstaan wordt onder GGZ en GGZ instellingen, onze onderzoeksobjecten. We onderzoeken of deze onderzoeksobjecten in crisis zijn. De verschillende betekenissen van het begrip crisis zijn verduidelijkt. Waarde creëren is een belangrijk aspect van het al dan niet in crisis zijn. Dit begrip waardecreatie wordt opgedeeld in vier verschillende perspectieven op waardecreatie, te weten: persoonlijk-, vakinhoudelijk-, organisatie- en maatschappelijk perspectief. De organisatietheorie van Taleb met de vier organisatie strategieën robuust, veerkrachtig, agile en anti-fragile gebruiken we om te onderzoeken welke strategie(en) GGZ instellingen gebruiken om toekomstbestendig te kunnen zijn.

Hoofdstuk 3 Methodologie

3.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 besproken, onderzoeken we of er sprake is van crisis in de GGZ, dan wel van de GGZ instellingen en welke toegevoegde waarde de GGZ moet bieden om toekomstbestendig te zijn. Het is een probleem - analytisch en - diagnostisch onderzoek waarin de mogelijke spanning wordt onderzocht tussen de feitelijke en de gewenste situatie/ontwikkeling en waarin inzicht verkregen wordt in de achtergronden, oorzaken en samenhangen van de problematiek. De vorm van diagnostisch onderzoek dat we hebben gekozen is opinieonderzoek: we zoeken uit hoe verschillende betrokken partijen tegen crisis, waardecreatie, en anticiperen op de toekomst aankijken. We willen uitspraken doen over de huidige situatie in vergelijking met de situatie die gewenst is voor de toekomst van de GGZ. Dit is een zogenoemde diagnostische gap analysis. De probleem-, doel- en vraagstellingen herhalen we hier.

De probleemstellingen voor deze thesis:

- Is er sprake van crisis binnen GGZ instellingen, dan wel binnen de GGZ?
- Welke waarden moeten de GGZ en GGZ instellingen creëren om toekomstbestendig te zijn?

De doelstellingen voor deze thesis:

- De ontwikkeling van de GGZ en GGZ instellingen beschrijven vanuit het perspectief van waardecreatie.
- Richting aangeven hoe de GGZ en GGZ instellingen optimaal georganiseerd kunnen worden in de toekomst, op basis van organisatiestrategieën en waardecreatie.

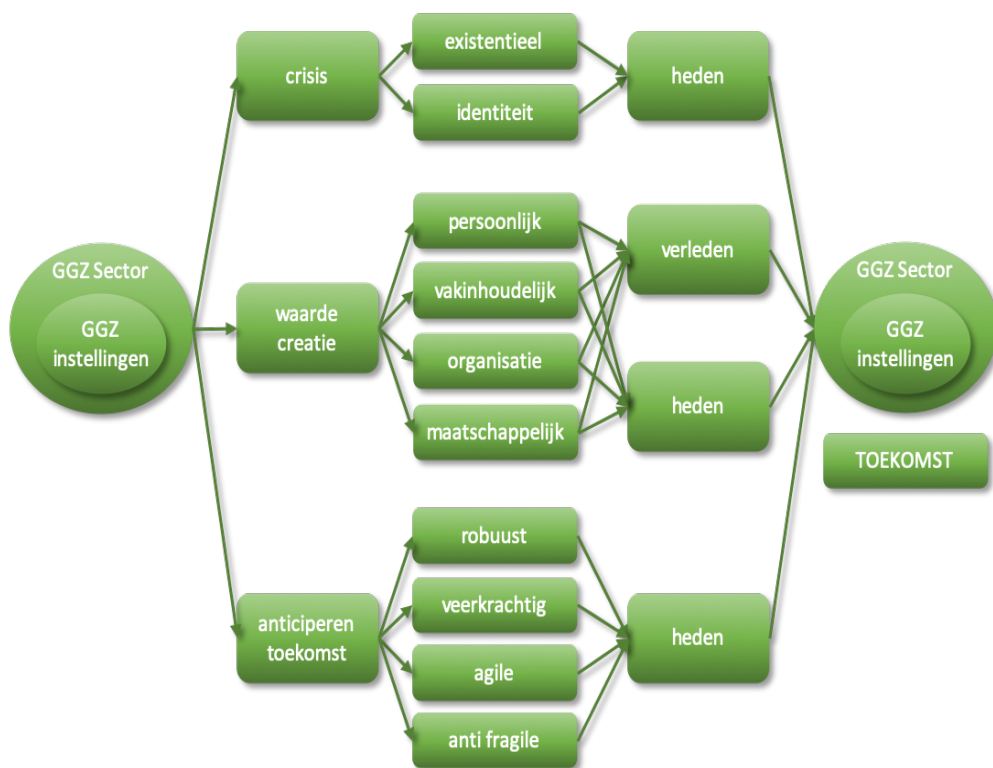
Om de probleemstellingen te beantwoorden en de doelstellingen te bereiken stellen we de volgende vragen:

- Zijn GGZ instellingen in crisis? Is de GGZ in crisis? Zo ja, hoe uit zich dat.
- Ervaren GGZ instellingen urgentie tot verandering? Ervaart de GGZ urgentie tot verandering? Zo ja hoe wordt deze verandering vormgegeven?
- Welke factoren beïnvloeden de huidige situatie van de GGZ?
- Welke elementen voegen waarde toe aan de GGZ?

- Welke scenario's zijn er voor denkbare en kansrijke manieren van organiseren van de GGZ?

3.2 Conceptueel model

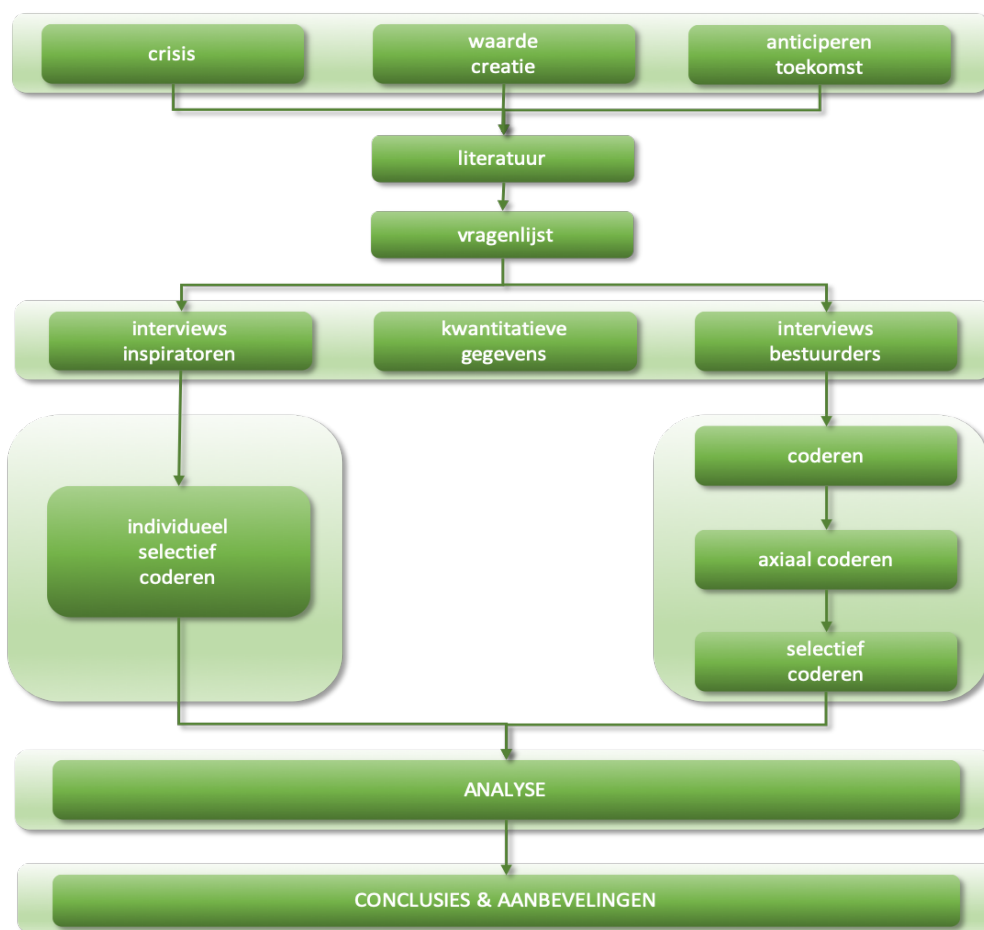
Het conceptueel model omvat *wat* onderzocht wordt en heeft een sturende functie voor het onderzoek. Het geeft de samenhang tussen de concepten weer en is de basis voor het onderzoek. In het vorige hoofdstuk zijn de concepten GGZ/instellingen, crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst aan de orde gekomen. Waardecreatie onderzoeken we vanuit vier perspectieven op basis van een aangepaste versie van de waardecreatie cirkel van Jonkers en de Witte. Voor anticiperen op de toekomst maken we gebruik van Taleb's concepten. In het conceptueel model is een koppeling gemaakt tussen de bovengenoemde concepten, middels analyse van de GGZ/instellingen in het verleden en heden, naar een toekomstbestendige manier van organiseren van de GGZ.



3.3 Het technisch ontwerp

Vanuit bovenstaand conceptueel model is een technisch ontwerp gemaakt dat aangeeft hoe we deze concepten onderzoeken. Het betreft een kwalitatief praktijkgericht onderzoek met een naturalistisch design. Dat betekent een systematische verzameling, organisatie en interpretatie van materiaal dat is verkregen door een combinatie van een theoretische studie, empirische vergelijking (n=5) en een explorerende random casestudy (n=5), aangevuld met kwantitatieve bedrijfsresultaten van de GGZ en de GGZ instellingen.

Op basis van de literatuurstudie en het conceptueel model is een semi gestructureerde vragenlijst gemaakt (bijlage 3) die is gebruikt voor de interviews bij het empirisch onderzoek. Om verdieping te krijgen op de thema's heeft de theorievorming zich parallel aan de casestudy ontwikkeld.



3.3.1 Dataverzameling

De onderzoeksdata zijn verzameld door middel van methodetriangulatie. Van triangulatie is sprake als in de analyses de confrontatie wordt gezocht tussen de uitkomsten die de verschillende onderzoeksmethoden hebben opgeleverd. Er is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, empirisch onderzoek en onderzoek naar kwantitatieve gegevens.

Literatuur

Naast de wetenschappelijke literatuur hebben we gebruik gemaakt van rapporten, beleidsdocumenten, trendanalyses, jaarrekeningen, diverse websites van GGZ instellingen en andere media. Het eerste deel van dit literatuuronderzoek bestond uit een vooronderzoek waarin literatuur is bestudeerd over de GGZ, crisis, anticiperen op de toekomst en methoden van vooruitkijken. Dat heeft geleid tot een tweede deel van de literatuurstudie waarin we literatuur onderzocht hebben over waardecreatie en huidige stakeholders. Voor een goed begrip van de huidige GGZ is de ontwikkelingsgeschiedenis van de sector bestudeerd gerelateerd aan waardecreatie. Ook zijn huidige ontwikkelingen in de macro omgeving van de GGZ bestudeerd. Deze ontwikkelingen hebben mogelijk invloed op de huidige waarden, waardecreatie en toekomstbestendigheid. Voor de zoekstrategie van de literatuur is gebruik gemaakt van gerichte zoektermen als: "geschiedenis van de GGZ, crisis in de GGZ, organisatie van GGZ, toekomstbestendigheid, maatschappelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, financiering van zorg, epidemiologische ontwikkelingen, visie op zorg, waardecreatie en anticiperen op de toekomst". We maakten gebruik van google (scholar), de bibliotheek van de Erasmus Universiteit van Rotterdam (EUR-bibliotheek) en de bibliotheek van de Parnassigroep.

Empirisch onderzoek

Na een inventarisatie van thema's uit de literatuurstudie is een semigestructureerde vragenlijst gemaakt (bijlage 3) als grondlegger voor de interviews. De geïnterviewden, zowel de inspiratoren als de leden van de Raden van Bestuur, zijn benaderd via e-mail met de vraag of zij wilden deelnemen aan het onderzoek waarbij de probleem-, doel- en vraagstellingen zijn meegestuurd. We ontvingen negen positieve reacties. Door het ontbreken van één inspirator hebben we een andere inspirator geselecteerd om het aantal oorspronkelijke gekozen interviews in stand te houden, zodat voldaan kon worden aan het verzamelen van een substantieel aantal verschillende visies en meningen. De dataverzameling is

gestart met individuele face-to-face interviews op locatie. De interviews duurden gemiddeld een uur.

Selectie inspiratoren

Voor empirische vergelijking interviewden we inspiratoren op het gebied van toekomstvisie op zorg, de veranderende samenleving en visie op een eventuele crisis. De selectie van inspiratoren is gedaan op basis van publicaties en presentaties over bovengenoemde thema's. Het is daardoor een geselecteerde groep. Wij selecteerden (in alfabetische volgorde):

- dr. D. van de Berg, lid van 'Redesigning Psychiatry' vanwege zijn duidelijke visie op toekomstige GGZ.
- drs. M. Erenstein, directeur Stichting Benchmark GGZ vanuit zijn visie op kwaliteit van zorg.
- prof. dr. P. Meurs voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid, socioloog, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg aan de Erasmus School of Health policy & management, voormalig eerste kamerlid en publiciste, vanuit waar zij regelmatig publiceert over de gezondheidszorg en de GGZ.
- prof. dr. K. Putters, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, vanwege zijn brede maatschappelijke visie en kennis van ontwikkelingen in de maatschappij.
- drs. C. Verheijen topsporter en arts, vanwege zijn visie op gezondheid, toekomstvisie en waardecreatie voortkomend vanuit zijn diverse functies (o.a. voormalig directeur/bestuurder Institute for Positive Health, manager van een gezondheidscentrum en huidige functie directeur kennis en innovatie van Naaber foundation).

Selectie van respondenten voor de casestudy

Er zijn vijf GGZ instellingen in Nederland geselecteerd, te weten (in alfabetische volgorde):

- Arkin (dhr. drs. J. Muller, voorzitter van de Raad van Bestuur)
- Dimence (mw. drs. H. van der Wal, voorzitter Raad van Bestuur)
- GGZ Noord Holland Noord (mw. drs. M. van Putten, voorzitter Raad van Bestuur)
- De Parnassiagroep (dhr. S. Valk RA, voorzitter Raad van Bestuur en dhr. dr. M. Blom, lid Raad van Bestuur)
- Pro Persona (mw. dr. C. Exterkate, lid Raad van Bestuur)

De GGZ instellingen zijn geselecteerd om zoveel mogelijke een representatieve afspiegeling te vertegenwoordigen van alle GGZ instellingen in Nederland. Hierbij is de keuze bepaald op basis van omvang (groot, middel, klein) en op basis van ligging (randstedelijk, stedelijk en landelijk). De selectie van de steekproef is deels maximaal van elkaar verschillend (grootte en regio) en deels minimaal van elkaar verschillend (integrale instellingen).

Kwantitatieve gegevens

We gebruikten de gegevens van de GGZ barometer van Ernst & Young (2017) en de jaarverslagenanalyse van de GGZ 2017 van Intrakoop, om de GGZ te analyseren. We analyseerden de jaarrekeningen van 2017, de meest recente gepubliceerde tevredenheidsonderzoeken, wachtlijsten, ziekteverzuim en patiënt tevredenheidcijfers van de GGZ instellingen die we hebben geïnterviewd.

3.3.2 Data-analyse

Alle interviews zijn verbatim uitgewerkt. De kwantitatieve data relateren we aan de kwalitatieve uitkomsten van de interviews.

Inspiratoren

De interviews van de inspiratoren zijn individueel selectief gecodeerd, waarbij gecodeerd is op de concepten crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst zie Topiclijst (bijlage 4).

Bestuurders van GGZ instellingen

De resultaten en citaten van de interviews met de bestuurders zijn geanonimiseerd. De interviews zijn geanalyseerd middels axiaal coderen. De eerste fase is open codering, alle interviews zijn door de interviewers herlezen en opvallende uitspraken gemarkeerd. We kenden aan stukken tekst karakteriserende begrippen toe met een pakkend label of te wel code. Vervolgens vergeleken we die codes met elkaar en zochten naar nieuwe meer specifieke betekenisvolle inhoud. Dit is het proces van axiaal coderen. Als laatste stap pasten we het selectief coderen toe, waarbij de concepten werden teruggebracht tot enkele kernachtige begrippen parallel aan de topiclijst. In bijlage 5 is dit proces schematisch weergegeven.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Dit onderzoek is zoals gezegd kwalitatief van aard. Bij dit type onderzoek is het belangrijk om te kunnen beoordelen of de dataverzameling en data-analyse goed is gebeurd omdat de onderzoeksmethoden minder gestandaardiseerd zijn. Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken wordt in deze paragraaf de betrouwbaarheid en de validiteit verantwoord.

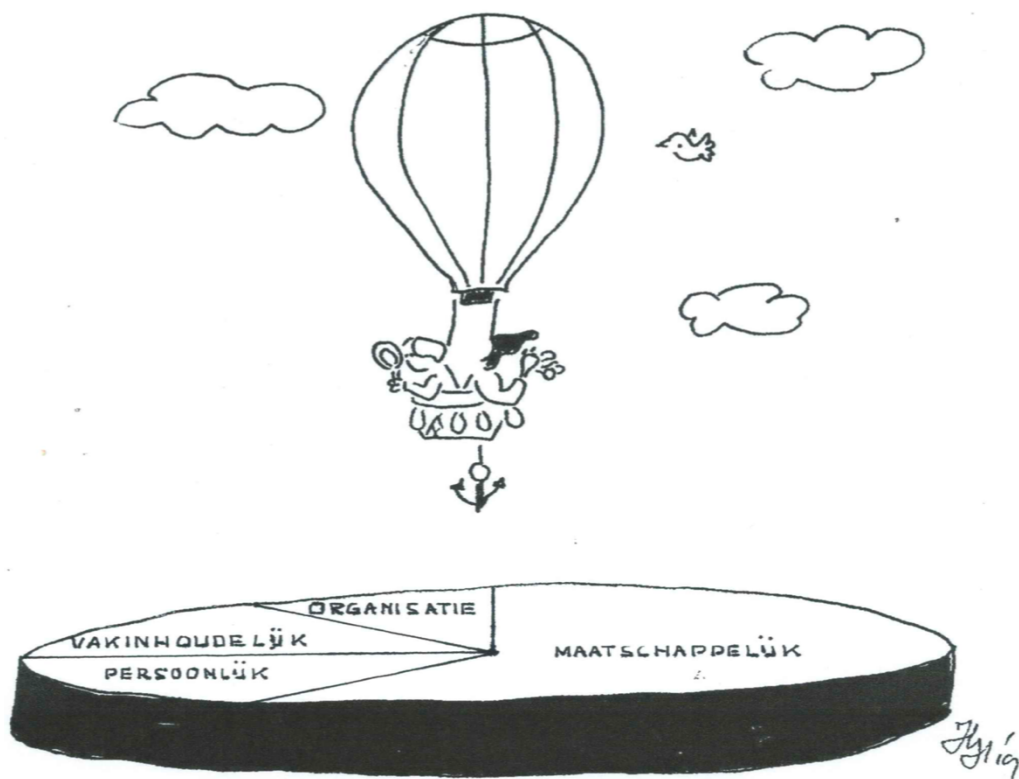
Betrouwbaarheid

Als er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, leidt herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst. Het onderzoek is wel herhaalbaar volgens dezelfde methoden, maar de wisselende context waaronder de interviews zouden worden afgenomen kan de antwoorden beïnvloeden. Er is getracht de navolgbaarheid van dit onderzoek te vergroten door uiteen te zetten op welke wijze de geïnterviewden zijn geworven en op welke wijze de interviews en de analyses plaats hebben gevonden. Tevens is getracht de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten door meerdere cases te onderzoeken en alle interviews met twee interviewers te doen, steeds in eenzelfde opstelling (interviewer en procesbegeleider) en verbatim uit te werken.

Validiteit

De validiteit of geldigheid van een onderzoek is de mate waarin het onderzoek meet wat het zou moeten meten. Het gaat om interne validiteit (geloofwaardigheid) en externe validiteit (overdraagbaarheid). Wat betreft de interne validiteit kan gesteld worden dat wij ons bewust moeten zijn van het feit dat volledig neutraal naar de antwoorden van de respondenten luisteren en doorvragen niet mogelijk is. Eigen levensloop en ervaringen hebben hier altijd invloed op, iets dat we gewend zijn uit klinisch diagnostisch onderzoek. Door alle interviews met z'n tweeën te doen hebben we getracht de interne validiteit te vergroten. Wat betreft de externe validiteit hebben we datatriangulatie toegepast om deze validiteit te vergroten. Er zijn verschillende bronnen gebruikt waaronder literatuurstudie, documenten van de verschillende zorginstellingen en interviews. Bij het afnemen van de interviews van bestuurders merkten we dat er bij het vierde interview geen grote nieuwe inzichten meer naar voren kwamen waardoor de generaliseerbaarheid groot lijkt. Dit geldt niet voor de inspiratoren omdat zij juist geselecteerd zijn op diversiteit.

Hoofdstuk 4 Diagnostiek van de GGZ: Verleden



4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk analyseren we de GGZ in Nederland vanuit historische perspectief. Voor het beantwoorden van onze onderzoeksvragen is het belangrijk te begrijpen hoe de GGZ in Nederland zich ontwikkeld heeft. Dit verheldert de identiteit van de GGZ en het geeft mogelijk aanwijzingen hoe een eventuele identiteitscrisis binnen de GGZ is ontstaan. De geschiedenis geeft eveneens zicht op de ontwikkeling van waardecreatie in de GGZ.

4.2 Historische schets GGZ Nederland: van Dolhuis tot Wet BOPZ

4.2.1 Het prille begin tot eind 20^e eeuw

Voor het einde van de 18^e eeuw bestond er feitelijk geen psychiatrie, hoewel individuele artsen zich sinds de Griekse oudheid wel hadden bezig gehouden met de zorg voor krankzinnigen en daarover handboeken hadden geschreven¹¹.

In de middeleeuwen ontstonden overal in Europa de eerste gestichten, de 'dolhuizen'. Vooral in de steden heeft men oplossingen moeten zoeken voor thuislozen, al dan niet psychotisch of krankzinnig. Deze opvang vond niet alleen plaats in de dolhuizen, maar ook in hospitalen, gevangenissen en armenhuizen. Ook landlopers, vrouwen van lichte zeden, van alles werd op een hoop gegooid en in bewaring gehouden. Al deze instituten beperkten zich tot verzekerde bewaring, er was geen sprake van zorgverlening, de notie was dat waanzin niet geneeslijk zou zijn¹².

De wijziging in het denken in termen van 'geneeslijkheid' is eind 18^e eeuw ontstaan in een tijdperk dat als 'de Verlichting' de geschiedenis is ingegaan. Het denken in termen van genezing was een onderdeel van een ruimer programma van verbetering door ingrijpen op sociaal, politiek en medische terrein. De eerste behandelingen worden beschreven door Battie in Engeland en Pinel in Frankrijk.

In 1818 werd door Koning Willem I in Nederland een koninklijk besluit afgekondigd dat bekendheid heeft gekregen onder de naam 'menschlievend besluit'. Dit was het eerste document waarin met zoveel woorden werd gezegd dat de genezing van krankzinnigen het doel zou moeten zijn van de gestichten. In 1841 volgt de eerste Nederlandse Krankzinnigenwet. Schroder van der Kolk is de medicus die aan uitvoering van deze wet verbonden was. In deze wet stond niet zozeer het belang

¹¹ en ¹² (Shorter, 1998)

van de krankzinnige maar dat van de maatschappij centraal. Voor de wet van 1841 was ons land overdekt met een netwerk van over het algemeen kleine inrichtingen. In 1884 waren er nog 16 van de aanvankelijk 36 gestichten over. In diezelfde periode (1845-1885) verviervoudigde het aantal patiënten binnen de inrichtingen tot 4.907¹³.

Het Nederlandse hervormingsmodel heeft zijn eigen kenmerken: geen krachtige, naar hervormingen strevende staat en ook geen voortdurende roep om hervormingen vanuit de samenleving. In ogenschouw moet genomen worden dat Nederland nog maar kort een centrale overheid had en veelal nog decentraal van opzet was. Lokale besturen en kerkelijke diaconieën beheerden het netwerk van tuchthuizen, armenhuizen, weeshuizen en krankzinnigengestichten. In Nederland was geen sprake van druk op de regering vanuit het sociaal terrein. Eerder het tegenovergestelde. Dit gold vooral voor de kerkelijke filantropie. Nieuwe activiteiten werden nauwelijks ontwikkeld. De armenwet van 1854 waarin de rol van de overheid in de armenzorg, in relatie tot kerkelijke liefdadigheid, minimaal wordt gehouden vormt hiervoor een bewijs.

De tweede krankzinnigenwet uit 1884 had onder meer tot doel de introductie van de no-restraint behandeling in alle instituten te bevorderen. De nieuwe wet bracht een aantal veranderingen. De provincies kregen de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van voldoende verpleegplaatsen. Opname procedures werden op enkele punten versoepeld. Daarnaast kreeg de burgemeester de bevoegdheid iemand onmiddellijk in bewaring te stellen. Ook werden er meer eisen aan de medische verslaglegging gesteld. Er werden evaluatie momenten ingelast over voortzetting van de behandeling. Na het aanvankelijk optimisme bleek de nieuwe wet ook geen waarborg voor voldoende verpleegruimte. Een wijziging van de wet in 1896 maakte opname en verpleging in een pleeggezin mogelijk. Uiteindelijk is de uitbreiding van de gestichten tot ver in de 20e eeuw doorgegaan.

Eind 19^e eeuw ontstonden veranderingen in een fase die gezien wordt als modernisering van de samenleving. De bevolkingsgroei -door een combinatie van verbeterde hygiëne en welvaart en industrialisatie- leidde tot urbanisatie. Deze overgang naar een moderne markteconomie ging gepaard met een reorganisatie van het sociaal economisch leven, die werd gekenmerkt door levensbeschouwelijk gescheiden verticale samenlevingsverbanden. Deze 'verzuiling' bracht een grote sociale en politieke dynamiek teweeg. Zenuwlijders werden in die tijd niet als krankzinnig beschouwd, speciale sanatoria en zelfstandige praktijken worden

¹³ (Vos 2011)

opgericht voor deze doelgroep. De wetenschappelijke belangstelling nam toe. Nieuwe gestichten vestigden zich op het platteland.

4.2.2 Recente geschiedenis: Overgang naar de Wet BOPZ

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw kwam er steeds meer kritiek op de grootte en overbevolkte instellingen als woon- en leefplek. Daarnaast werd er meer geluisterd naar de wensen en behoeften van de patiënten. Er werden meer persoonlijke behandelingen uitgevoerd. De zorg aan de patiënten werd zoveel mogelijk naar buiten de instelling verplaatst. Hier vloeiden zelfstandige huisvestingen en extramurale behandelingsplaatsen uit voort. Er werd steeds meer gedacht dat chronisch zieke patiënten zo weinig mogelijk in het ziekenhuis moesten verblijven. Daarom werden er woonhuizen opgericht waar een beschermde woonvorm werd aangeboden. In de jaren negentig is het aantal woonhuizen verder gegroeid en zijn er ambulante voorzieningen opgezet zoals dagactiviteitencentra, rehabilitatiecentra, begeleid wonen-projecten en begeleidingsvormen als job-coaching.

Voor 1985 was de GGZ in Nederland een gefragmenteerde sector. Gemeenten hadden verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld in het kader van verslavingszorg, provincies hadden verantwoordelijkheden in het kader van de Jeugdzorg. De psychiatrische ziekenhuizen werden betaald door de ziektekostenverzekeringen¹⁴. In 1984 werd de nota, 'Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid' gepresenteerd waarin een visie neergelegd werd om de totale GGZ samenhangend te organiseren binnen het kader van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)¹⁵. Een van de doelstellingen was om door integratie van klinische en ambulante zorg een meer optimaal zorgarrangement te scheppen, waarbij ambulantisering een wenselijke uitkomstmaat was. Gelijk moest gezorgd worden dat de zorg en de leefomstandigheden van de patiënten in de klinieken verbeterd werden. De klinieken werden verbouwd, woongroepen werden verkleind en er werden meer dagactiviteiten georganiseerd. In een periode van twee decennia werden ambulante en klinische GGZ gebundeld, waarbij er regionale organisaties ontstonden die integrale GGZ Zorg leverden¹⁶. Deze periode is te typeren als een periode van verticale integratie waarin dertig regionaal werkende GGZ aanbieders de zorg domineerden en elkaars werkgebied respecteerden.

¹⁴ Bakker, 2009

¹⁵ Bakker, 2009

¹⁶ Van der Grinten en Kasdorp, 1999

Door snel wijzigende inzichten in de psychiatrie heeft het uiteindelijk tot 1994 geduurd totdat de huidige wet, de wet BOPZ (Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen) van kracht ging. Kenmerkend voor deze wet zijn de toegenomen patiënten-rechten.

4.3 Recente ontwikkelingen in Nederland

GGZ in Nederland: eind 20^e - begin 21^e eeuw

Met de overgang naar de Zorgverzekeringswet in 2008, een nieuw bekostigingssysteem gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties (DBC) en integrale tarieven, kreeg de sector te maken met een volstrekt nieuw fenomeen. De langdurige GGZ ging over naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De forensische GGZ wordt sindsdien beheerd door het Ministerie van Justitie. Nieuwe toetreders betraden de markt en boden veelal specifieke zorg. Hiermee kwam een eind aan de regionale exclusiviteit. Sommige instellingen gingen bovenregionaal werken, zoals de Parnassiagroep¹⁷. Doordat GGZ instellingen uit naastliggende regio's in het eerste decennium van de 21^e eeuw met elkaar gingen fuseren ontstonden er grote organisaties. Een en ander heeft ertoe geleid dat de tien grootste GGZ instellingen (van de in totaal 1.656 instellingen) bijna de helft van de sectorale omzet voor hun rekening nemen¹⁸.

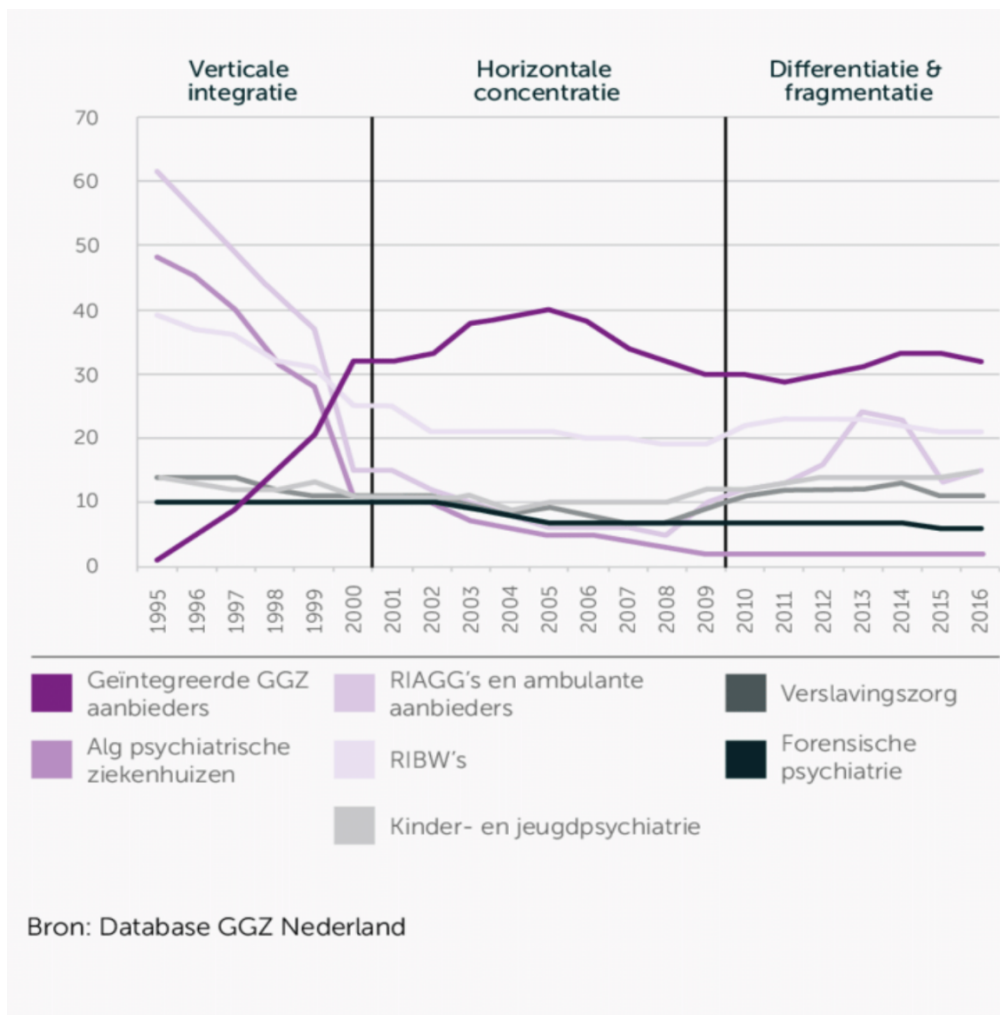
In het bestuurlijk akkoord van de GGZ van 2012 werd afgesproken dat een derde van de klinische bedden afgebouwd moest worden in de periode tot 2020. Daarnaast moet een groot deel van de ambulante zorg verschoven worden naar de basis GGZ en waar mogelijk naar de eerste lijn (huisarts en Praktijk Ondersteuner van de Huisarts (POH)).

Het bestuurlijk akkoord, naast het inmiddels volledig verantwoordelijk worden voor de kapitaallasten, eiste een behoorlijke bestuurlijke inspanning. Bovendien werden in die tijd de eisen die banken als vermogensverschaffers stelden aangescherpt. Dit heeft tot diverse faillissementen geleid.

De onderstaande figuur maakt de veranderingen in één oogopslag inzichtelijk.

¹⁷ Janssen, 2017

¹⁸ Janssen, 2017



: Dynamiek GGZ markt op basis van aantallen organisaties naar type

Een andere grote verandering in Nederland was de Jeugdwet van 2015, waarbij de jeugdzorg is overgeheveld naar de gemeenten die zich in hun beleid moesten richten op het versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen, jongeren en hun gezinnen in de sociale omgeving, het bevorderen van opvoedcapaciteiten, preventie en vroeg signalering, het tijdig bieden van hulp op de juiste maat en het verbeteren van samenwerking van hulp aan gezinnen.

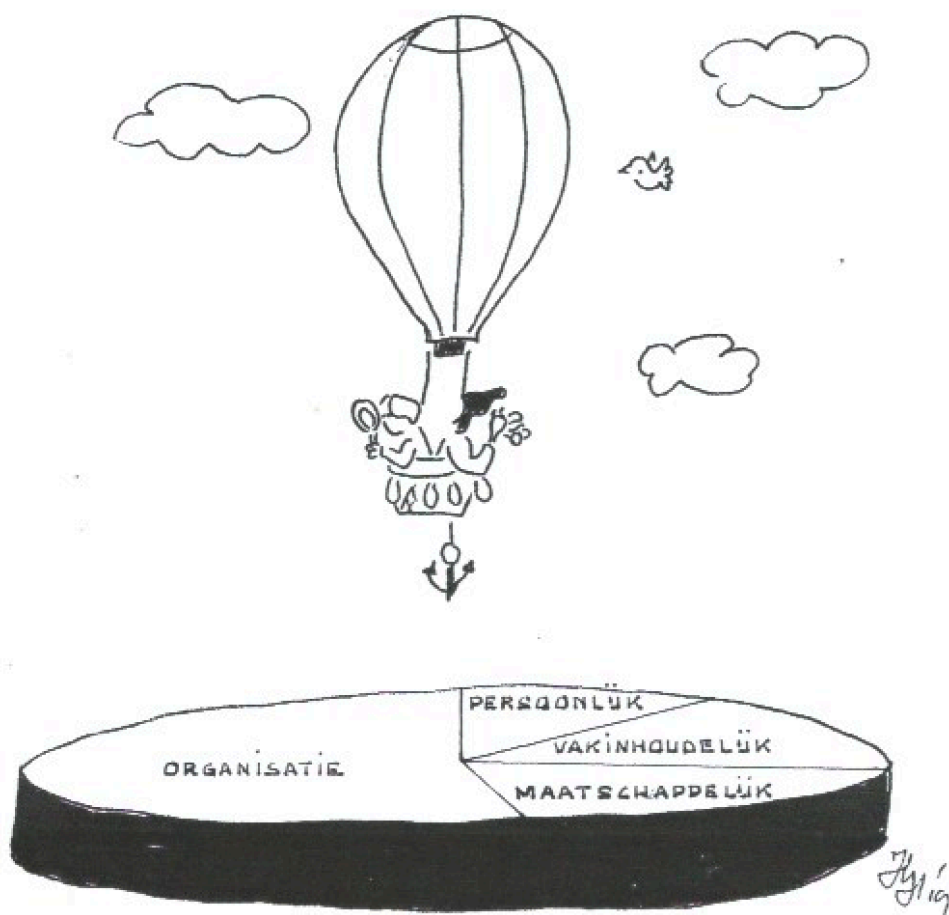
4.4 Beschouwing

De historische ontwikkelingen in ogenschouw nemend komen drie thema's steeds opnieuw terug:

- De scheiding in chronisch versus geneeslijk (tegenwoordig hebben we het dan over patiënten met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA) versus niet EPA-patiënten).
- De scheiding tussen klinische en ambulante zorg.
- De rol van de overheid.

In termen van waardecreatie kan geconcludeerd worden dat bij het ontstaan van de GGZ voornamelijk sprake was van maatschappelijke waardecreatie, welke gecreëerd werd door opsluiting van krankzinnigen en daardoor ogenschijnlijke veiligheid van de maatschappij. Eind 19^e eeuw zien we daar verandering in komen: door het ontstaan van behandeling is er toenemend sprake van waardecreatie voor professionals. Simultaan hieraan loopt de waardecreatie voor patiënten in de vorm van verbeterende woonomstandigheden en toegenomen rechten. Dit loopt door tot eind 20^e eeuw. Dan zien we waardecreatie vanuit organisatorisch perspectief prominent opkomen. Immers, de waardecreatie vanuit maatschappelijk-, persoonlijk- en vakinhoudelijk perspectief gaf onvoldoende richting om de GGZ duurzaam toekomstbestendig te maken: de instituten waren overvol en de GGZ werd onbetaalbaar. Deze organisatorische waardecreatie, die zijn oorsprong vindt in diverse wetswijzingen, zorgt voor reorganisatie van de hele GGZ maar ook voor een toename bureaucratisering, waardoor de waardecreatie van zorgprofessionals onder druk komt te staan. De rol van de overheid lijkt groter te worden wat tot uiting komt in afspraken zoals gemaakt in het bestuurlijk akkoord van 2012. Samenvattend kan vanuit de geschiedenis van de GGZ geconcludeerd worden dat vanuit de verschillende perspectieven getracht is waarde toe te voegen aan de GGZ maar dat de balans in deze nog niet gevonden is.

Hoofdstuk 5 Diagnostiek van de GGZ: Heden



5.1 Inleiding

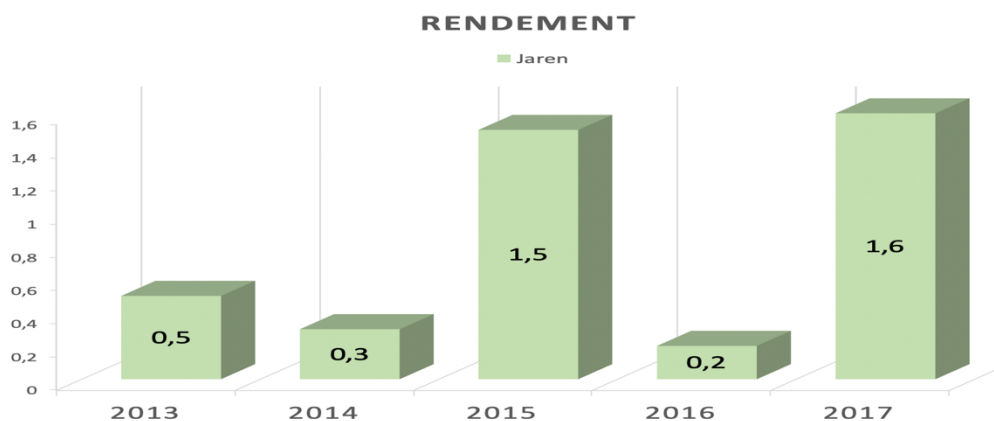
In dit hoofdstuk worden de kwantitatieve gegevens beschreven van de GGZ. Daarnaast analyseren we de context waarin de GGZ zich momenteel bevindt. Dit hoofdstuk sluiten we af door gegevens te relateren aan de vier verschillende perspectieven op waardecreatie.

5.2 Kwantitatieve gegevens GGZ

Bij beschouwing van de GGZ barometer 2017 van Ernst & Young (EY) en de jaarverslagenanalyse van de GGZ 2017 van Intrakoop lijkt de GGZ in financieel stabiel vaarwater terecht te zijn gekomen na jaren van transitie in de wijze van bekostigen, afbouw van intramurale bedden en administratieve lastenverzwaring. Een groot deel van de GGZ instellingen heeft de afgelopen jaren diverse reorganisaties doorgevoerd om de personele formatie en de kostenstructuur op orde te krijgen. Het gemiddeld rendement in 2017 is gestegen. Kleine GGZ instellingen doen het beter dan grote instellingen. Dat neemt echter niet weg dat 41 van de 205 onderzochte instellingen rode cijfers publiceren. De verliezen worden onder meer veroorzaakt door bijzondere waardeverminderingen, reorganisatie- en fusiekosten.

Rendement

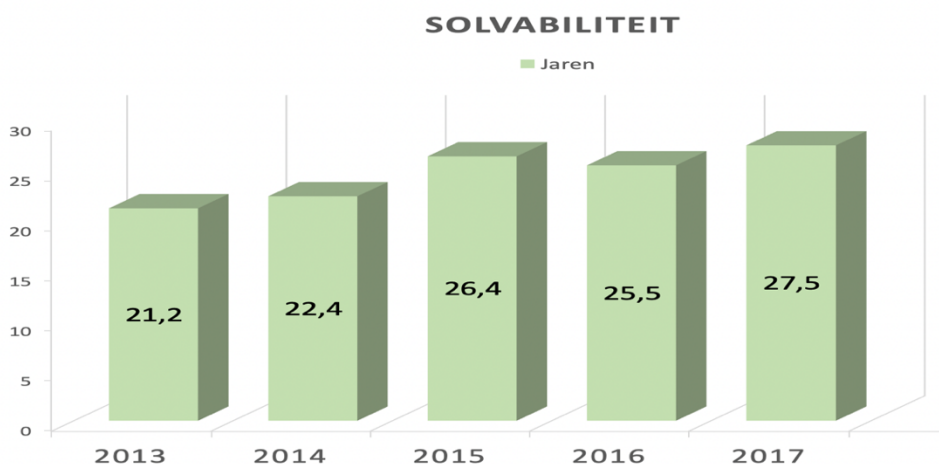
Rendement is de verhouding tussen opbrengst en investering over het algemeen uitgedrukt in procenten. De GGZ lijkt in stabiel vaarwater terecht te zijn gekomen. Het gemiddelde gerealiseerd rendement komt in 2017 uit op 1,6 %, het hoogste van de afgelopen vijf jaren.



Solvabiliteit:

De solvabiliteit is een verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen. Het is een indicator voor de mate waarin een onderneming in staat is om schuld af te lossen.

Als gevolg van het positieve rendement is het eigen vermogen van GGZ instellingen toegenomen. Daarnaast is door de afrekeningen met de zorgverzekeraars het balanstotaal afgenomen. Door deze effecten is de solvabiliteit in 2017 toegenomen, maar blijft achter bij de medische zorgsector die inmiddels de 30% gepasseerd is.



Liquiditeit

De liquiditeit geeft aan of een organisatie in staat is om op korte termijn aan betalingsverplichtingen te voldoen. De liquiditeitsratio is iets verbeterd naar 1,6. De verbetering van de liquiditeit wordt ook zichtbaar in de afname van het aantal GGZ instellingen in de “gevaarzone”: in 2017 is dat afgenomen van 32 naar 30, waarbij in de sector een ratio van minder dan 1 als ‘gevaarlijk’ wordt beschouwd.

Verzuim en personeelsinzet

In 2017 bedroegen de totale personeelskosten in de GGZ € 4,8 mld. In vergelijking met 2016 is sprake van een stijging van 3,5%. Binnen de personeelskosten valt vooral de stijging van de uitgaven aan personeel niet in loondienst op (+21,7%), nadat deze in 2016 ook al met ruim 13% waren gestegen. In totaal maakten de uitgaven voor personeel niet in loondienst 7% van de totale personeelskosten uit.

De onderzochte 205 GGZ instellingen hebben in 2017 zo'n 73.000 FTE¹⁹ in dienst. Dit betreft een stijging van 1.000 FTE. Dit is in contrast met de afgelopen drie jaren, waarbij er sprake was van daling. Eind 2017 waren er ruim 4.000 vacatures, waarvan 39% moeilijk te vervullen is, dat wil zeggen vacatures die langer dan drie maanden open staan.

De verloop- en verzuimpercentages van GGZ instellingen gaven aanleiding tot zorg. Nog nooit was het verzuim de afgelopen vijf jaar zo hoog als in 2017. Dit is gestegen van 5,5% in 2016 naar 5,9% in 2017. Medewerkers van GGZ instellingen zijn de afgelopen jaren geconfronteerd met een sterk toegenomen administratieve druk, verhoging van zorgwaarde en een tekort aan personeel. De personeelsinzet (totaal percentage aan jaarlijkse kosten) was vergelijkbaar met 2016, rond de 73%.

Investeringsen

Na jaren van sterk dalende investeringen namen in 2017 de investeringen van de GGZ weer toe met ruim 28%. De toename was vooral zichtbaar in investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen.

Capaciteit en productie

De GGZ anno 2017 is goed voor een omzet van vijf miljard euro en biedt werk aan 73.000 FTE. 75% daarvan is werkzaam in de poliklinische zorg; 70% van de werknemers in de GGZ is vrouw, 30% is man.

Het totaal aantal volwassen patiënten in behandeling dat wordt gefinancierd vanuit de ZVW of WLZ bedroeg 730.000. Dat is een daling van 5,3% ten opzichte van 2016. Wat betreft de door de overheid gewenste ambulantisering heeft de sector in 2017 een flinke stap gemaakt. Er wordt een daling van het aantal bedden gezien van 11,5%. De totale capaciteit van de onderzochte instellingen bedroeg in 2017 ruim 24.000 plaatsen. Van de 205 onderzochte instellingen nemen de tien grootste organisaties met € 2,4 miljard bijna 50 % van zowel de totale bedrijfsopbrengsten als het aantal patiënten in de zorg voor de rekening.

¹⁹ Gemiddelde loonkosten: € 66.000

Organisatie	Som der bedrijfsopbrengsten 2017 (in miljoenen €)	Stijging/daling t.o.v. 2016
Parnassiagroep	825	+ 4,0%
Arkin	259	+ 10,7%
Lentis	241	+ 1,4%
Pro Persona	222	- 1,6%
Altrecht	215	+ 16,5%
GGZ Centraal	194	+ 0,8%
Dimence groep	184	+ 4,9%
GGzE	174	+ 1,0%
Rivierduinen	162 (gegevens 2016)	
GGNet	154	+ 4,0%

5.3 Beschouwing

In termen van waardecreatie kan geconcludeerd worden dat de organisatorische waardecreatie op financieel gebied groot is maar op kwaliteitsgebied te wensen over laat. Het gaat financieel niet slecht wat zichtbaar is in het gemiddeld rendement dat is verbeterd, het eigen vermogen dat is toegenomen en er sprake is van een verbetering van de liquiditeit. Opvallend is dat kleine instellingen, net als voorgaande jaren, het financieel beter doen dan grotere instellingen. Wat betreft kwaliteit kijken we vanuit vakinhoudelijk perspectief en organisatie perspectief. Er zijn grote zorgen door een hoog ziekteverzuim en te kort aan personeel. Over het individueel perspectief op waardecreatie kan op basis van deze analyse geen uitspraak gedaan worden.

5.4 Ontwikkelingen in de omgeving van de GGZ

Het huidige complexe speelveld waarbinnen de GGZ georganiseerd wordt analyseren we met een zo geheten PESTEL analyse²⁰. Hierbij gaat het over externe ontwikkelingen in de macro-omgeving die van invloed zijn op de GGZ. PESTEL staat voor de volgende factoren: **Politiek**, **Economie**, **Sociaal Cultureel**, **Technologie**, **Environmental** (milieu), **Legal** (wet- en regelgeving). Voor een uitgebreide beschrijving van de macro omgeving zie bijlage 6.

²⁰ Johnson et al. 2017

We sluiten af met een beschouwing waarin we deze omgevingsfactoren relateren aan waardecreatie van de GGZ.

5.4.1 Politiek

Minder bedden, meer ambulante hulp

Preventie en verdere ambulantisering moeten zorgen dat het aantal opnames in instellingen vermindert, hetgeen ook noodzakelijk is omdat bij het bestuurlijk akkoord van 2018 afgesproken is dat het aantal klinische bedden nog verder af moet nemen. Bij dit bestuurlijk akkoord zijn verschillende stakeholders betrokken, zie voor een uitgebreide beschrijving bijlage 7.

Er is een grote toename van patiënten bij huisartsenpraktijken te zien.

Praktijkondersteuners GGZ (POH GGZ) behandelen steeds meer patiënten. Door deze ontwikkelingen zal het aantal bedden in 2020 een derde minder zijn dan in 2008. Hierdoor komen alleen de zwaarste patiënten in de klinische zorg terecht waardoor de vraag naar hoger opgeleide professionals stijgt. Binnen de verblijfs-GGZ, RIBW's, gespecialiseerde GGZ, Jeugd-GGZ en de verslavingszorg zien we daardoor een grote vraag naar verpleegkundigen. Niet alleen de lichtere GGZ problematiek verplaatst naar de huissituatie, ook de zwaardere behandeling en begeleiding gaat naar de thuissituatie. Dat is terug te zien in de groei van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) teams die bij de mensen thuis komen. Er komt dus meer op de schouders van ambulante zorgverleners en de intramurale zorg wordt zwaarder.

Langere wachttijden, meer verwarde mensen op straat

De behandelcapaciteit (klinisch en ambulant) kan de toenemende zorgvraag en het afnemende aantal bedden niet bijbenen. De gevolgen zijn lange wachttijden, meer verwarde personen op straat, crisismeldingen en dwangopnames. Het ministerie van VWS maakte in juli 2017 afspraken om deze problemen te verkleinen. Daarom richt elke GGZ instelling sinds maart 2018 in elke regio een acute zorgketen in. Sinds oktober van 2018 publiceren MIND, GGZ Nederland en het Zorginstituut Nederland alle aangeleverde wachttijden online. Dit zou moeten motiveren om wachttijden te verminderen omdat patiënten dan zicht hebben waar zij zo snel mogelijk terecht kunnen.

Meer regiefunctie

Vanaf 2017 heeft de regering voor het eerste een staatssecretaris voor de GGZ aangesteld om vanuit de politiek meer direct betrokken te zijn bij de sector. Zoals in hoofdstuk één beschreven geeft de minister recent aan dat er weer meer sturing moet komen vanuit de overheid omdat de marktwerking niet passend is voor de hele GGZ.

5.4.2 Economie

Nieuwe soorten woonvormen

Mensen met psychiatrische aandoeningen blijven steeds vaker in wijken wonen. Wooninitiatieven daarvoor komen vaak van ervaringsdeskundigen. Allerlei woonvormen worden inmiddels toegepast. Van gemixt wonen, herstel- of respijthuizen in zelfbeheer tot bijvoorbeeld het wegloophuis psychiatrie.

Eenvoudiger financiering vanuit toegevoegde waarde

Zorg is effectiever als deze in samenhang en op maat wordt aangeboden. In de GGZ zien we dat dit besef gestalte krijgt in nieuwe samenwerkingsverbanden.

Zorgorganisaties die samenwerken met familie, gemeenten en andere zorgorganisaties. Dit vraagt ook om een nieuwe manier van financiering: integrale financiering. Value Based Healthcare (VBHC) brengt de kosten-baten verhouding in kaart en is steeds populairder.

De financiering van de Nederlandse GGZ is complex: maar liefst zes wetten, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en justitie zijn hierbij betrokken. De bevindingen van het rapport “De juiste zorg op de juiste plek - wie durft” (2018), zijn voor de GGZ momenteel heel letterlijk aan de orde. De strekking van het rapport is: het voorkomen van dure zorg, het verplaatsen van zorg naar de patiënt in zijn omgeving en tot slot het vervangen van zorg door andere hulp of ondersteuning. In het bestuurlijk akkoord voor de GGZ (2019-2022) wordt dit verder uitgewerkt. De omvang van het rapport geeft wel aan dat het in bestuurlijke zin moeilijk is om tot echte hooflijnen te komen: de wensenlijst van alle dertien partijen heeft een plek gekregen. In dit akkoord is afgesproken dat er een bescheiden jaarlijkse groei van de kosten mag zijn van +1,3% in 2019 naar +0,7 % in 2022. Daarnaast is er € 50 miljoen beschikbaar om alle beleidsambities en knelpunten op te lossen. Een nieuwe ontwikkeling is dat vele kleine aanbieders ervoor kiezen om niet-gecontracteerde zorg te leveren. Daarbij komt dat de verzekeraars naar de gevestigde partijen (de instellingen) een contractbeleid inzetten dat zich richt op selectieve inkoop, onder andere door betere

behandeluitkomsten te belonen. De gevestigde partijen vrezen een ongewenste selectie van ernstige en moeilijk behandelbare patiënten.

Ondoelmatische zorg in de GGZ en marktwerking

De GGZ kampt met steeds langer wordende wachtlijsten. Op basis van de huidige DSM komt per jaar 20% van de bevolking in aanmerking voor een stoornisclassificatie, terwijl de GGZ slechts capaciteit heeft voor 6%. Doordat het vergoedingssysteem binnen het huidige marktmodel aan stoornissen gekoppeld is worden instellingen verleid patiënten te selecteren die naar verwachting een snelle afname van symptomen zullen laten zien. Dat leidt tot overbehandeling van relatief lichte problematiek en onderhandeling van patiënten met complexere problematiek.

Een ander ondoelmatig gevolg van de marktwerking is de grote regionale variatie in stoornis gerelateerde zorgconsumptie in Nederland. Zo is er tot 300% regionaal verschil in de prevalentie van DBC's voor angst en depressie na correctie voor sociaal-demografische kenmerken. Deze variatie weerspiegelt niet daadwerkelijke prevalentieverschillen maar verschillen in aanbod van GGZ per regio. Het huidige marktmodel kan leiden tot risicoselectie met zowel overbehandeling als onderhandeling als gevolg.

5.4.3 Sociaal cultureel

Meer mensen doen een beroep op de GGZ

Nederland vergrijsst: we worden ouder. Dit heeft een dubbel effect op de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds gaat een hele generatie babyboomers 'en masse' met pensioen waardoor het aantal werkenden in de zorg sterk afneemt, anderzijds zijn er meer ouderen die een zorgbehoefte hebben. Vanwege de bevolkingsgroei zullen er in absolute aantallen meer gevallen voorkomen van angst- en stemmingsstoornissen. Tegelijk zorgt de ouder wordende bevolking voor een toename van complexe problematiek en dementie. De verwachting is dat daardoor ook de zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg toeneemt. Verder zien we ook een groeiend beroep op de GGZ door mensen met een migratieachtergrond en een toenemende zorgvraag van jongeren.

Meer regie, zelfredzaamheid en verandering van toegevoegde waarde

Zoals we in de gehele gezondheidszorg zien gaat het bij ervaren van gezondheid veel meer over het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te kunnen voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Het concept van positieve gezondheid is hiervan een voorbeeld, waarbij

gezondheid verdeeld wordt in zes onderdelen: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren²¹. Dit betekent dat GGZ organisaties steeds meer werken vanuit een visie die gericht is op herstel.

Nijpend tekort aan GGZ personeel

Het aantal vacatures in de GGZ stijgt sterk, in 2017 zelfs met 28,5% tot 4.000. Zoals eerder gemeld zijn de vergrijzing en een grotere vraag naar hoogopgeleide verpleegkundigen daar debet aan. Brancheorganisatie GGZ Nederland maakt zich ernstige zorgen over de tekorten aan psychiaters, GZ-psychologen en klinisch psychologen de komende jaren. Structurele tekorten van deze cruciale functies in de zorg leiden tot een reëel risico van een opnamestop of het (tijdelijk) sluiten van klinieken.

Een groot probleem is ook de grote administratieve lastendruk die leidt tot hoge werkdruk, tot minder werkplezier en tot minder 'netto behandel capaciteit'. GGZ instellingen zullen in ieder geval een lange-termijn HR-strategie moeten hebben om voldoende personeel te kunnen behouden en aan te trekken. Het risico is de concurrentie tussen instellingen om voldoende personeel te krijgen.

Medicalisering in de huidige maatschappij

Het rapport over medicalisering van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2018) stelt dat de huidige maatschappij hoge eisen aan mensen op het gebied van relationeel en maatschappelijk functioneren. De mate van acceptatie van kwetsbaarheid en tekorten is gering. De verantwoordelijkheid om optimaal te functioneren in een complexe samenleving ligt grotendeels bij het individu. Dit alles legt op veel mensen een grote druk. Bij individuen die hiervoor gevoelig zijn kan dit leiden tot problemen op het gebied van zelfontplooiing, relaties met anderen, maatschappelijk functioneren en het omgaan met levensfaseproblematiek. Kortom, velen ervaren significant onwelbevinden, zonder dat er in strikte zin sprake is van een psychiatrische aandoening. Maar wat gebeurt er wanneer deze mensen zich met een hulpvraag wenden tot een zorgprofessional in de context van het huidige vergoedingssysteem?

De professional voelt zich genooddaakt de problemen van de hulpvrager te vertalen in stoornistermen, waardoor de hulpvrager alsnog een stoornisclassificatie krijgt en de behandeling wordt vergoed. Ofwel wat oorspronkelijk een normale reactie was op een destabiliserende situatie of wat een variant was van normaliteit, wordt een

²¹ Huber

abnormaliteit die in een medisch-psychiatrisch kader behandeld dient te worden, waarbij alternatieve behandelopties buiten de GGZ buiten beschouwing worden gelaten.

5.4.4 Technologie

Big data, robots en digitale pillen

De zorgkosten rijzen de pan uit en het personeel is schaars. Digitale technologie kan de kwaliteit van de zorg doen stijgen en tegelijk de kosten beteugelen. Daarom wordt E-health op steeds grotere schaal toegepast. Nederland is bijvoorbeeld koploper in anonieme E-health. Technologie en sensoren in huis vergroten de zelfstandigheid van patiënten. Virtual reality vergroot de effectiviteit van behandelingen van PTSS, psychoses en angststoornissen. Ook maakt domotica een woonruimte slim en empathisch. Camera's registeren in huizen de leef- en beweegpatronen van bewoners. Bewoners kunnen ook een horloge dragen dat registreert hoe het met ze gaat. Deze concepten worden al veelvuldig toegepast. Slimme software helpt ook bij het stellen van diagnoses door patronen te herkennen. Het programma ziet psychiatrische terugval aankomen voordat een patiënt dit in de gaten heeft. Gebruik van (big) data helpt daarmee de effectiviteit van behandelingen en maatwerk. Tegelijk worden patiënten zelfstandiger als ze zichzelf kunnen monitoren via bijvoorbeeld smartwatches en apps. Als allerlei gegevens automatisch in dossiers worden opgeslagen kan dit enerzijds zorg op afstand vergemakkelijken en anderzijds de administratieve druk verlagen. Door processen te digitaliseren kunnen zorgmedewerkers veel tijd en ergernis besparen. Daarnaast helpen digitale werkplekken efficiënter vergaderen en samenwerken. Ook de intake van patiënten kan dankzij digitale technologie goedkoper én tegelijkertijd patiëntvriendelijker.

5.4.5 Environment

Duurzaamheid

Met het ondertekenen van het Green Deal akkoord in oktober 2018 heeft de GGZ aangegeven te willen verduurzamen. De beschreven energietransitie uit dit akkoord zal grote impact hebben omdat instellingen veelal te maken hebben met oude gebouwen en beperkte beschikbare middelen.

5.4.6 Legal

Betere samenwerking binnen de keten nodig

De politie meldde in 2017 een recordaantal (83.500) incidenten met verwarde personen²². Ook is er een stijging van het aantal acute opnames onder dwang. Tegelijk blijkt de zorg voor mensen in een psychische crisis niet toegankelijk genoeg omdat ze niet het juiste loket vinden, te lang op de juiste zorg moeten wachten of onvoldoende zorg krijgen. Een kwetsbare groep valt hierdoor tussen wal en schip. Een betere samenwerking binnen de keten van de acute GGZ is daarom nodig. GGZ instellingen zullen ook meer samenwerkingen moeten aangaan met gemeenten, huisartsen, welzijn en sociaal werk en het informele netwerk van patiënten. In de samenwerking en vroegsignalering spelen sociale wijkteams een belangrijke rol.

Nieuw: Wet verplichte GGZ in 2020

Vanaf 2020 vervangt de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) de BOPZ. Een belangrijke verandering is dat verplichte zorg straks ook buiten een GGZ instelling opgelegd kan worden. In de Wvggz staat dat de patiënt voldoende invloed moet hebben tijdens de hele periode van verplichte zorg. Zo mag een patiënt een eigen plan van aanpak opstellen om verplichte zorg te voorkomen. Er bestaan zorgen dat mensen wellicht eerder in aanmerking komen voor gedwongen zorg. Ook de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte patiënten is van belang. Deze regelt dat de zorg op basis van een zorgplan, nadat de patiënt daarmee heeft ingestemd, plaatsvindt. Onvrijwillige opname wordt hierdoor het uiterste middel.

5.5 Beschouwing

De aspecten van de externe omgeving waarmee rekening dient te worden gehouden bij strategie en ontwikkeling zijn: de vergrijzing (consequenties voor toename vraag en tekort aan personeel), veranderende waarden in de maatschappij (medicalisering, grotere zelfredzaamheid en nieuwe wetten), ambulantisering van zorg (zorgzwaarte in ambulante hulp neemt toe, groter beroep op hoog opgeleid personeel in de klinieken), financieringssysteem (marktwerking), innovatie (technologische veranderingen), betere samenwerking in de keten, de

²² www.ad.nl/binnenland/politie-luidt-noodklok-recordaantal-incidenten-verwarde-personen-kijk-hier-waar~a9a3a9ac

nieuwe Wvvgz en duurzaamheid. Deze aspecten beschouwen we vanuit de vier verschillende perspectieven.

Persoonlijk perspectief

De burger wordt naast wachtlijsten en hogere uitgaven aan zorg geconfronteerd met steeds groter wordende mogelijkheden van de (medische) technologie. De burger wordt ouder, is vaker alleenwonend, heeft één of meer chronische aandoeningen, bevindt zich in een bepaalde sociaal economische klasse met bijbehorend risicoprofiel op ongezondheid, wordt mondiger en komt vaker in de rol als mantelzorger. De zelfredzaamheid van burgers wordt steeds belangrijker, waarbij gezondheid meer centraal komt te staan dan ziekte.

Vakinhoudelijk perspectief

Door alle beschreven ontwikkelingen staat passie voor het werk onder druk. Een reden hiervan is de bureaucratisering. Een andere reden is de introductie van een nieuwe kijk op ziekte en gezondheid, waarbij wordt opgeschoven naar het maatschappelijk domein. Dat heeft consequenties voor de invulling van het vak en de waarde van specialistische kennis.

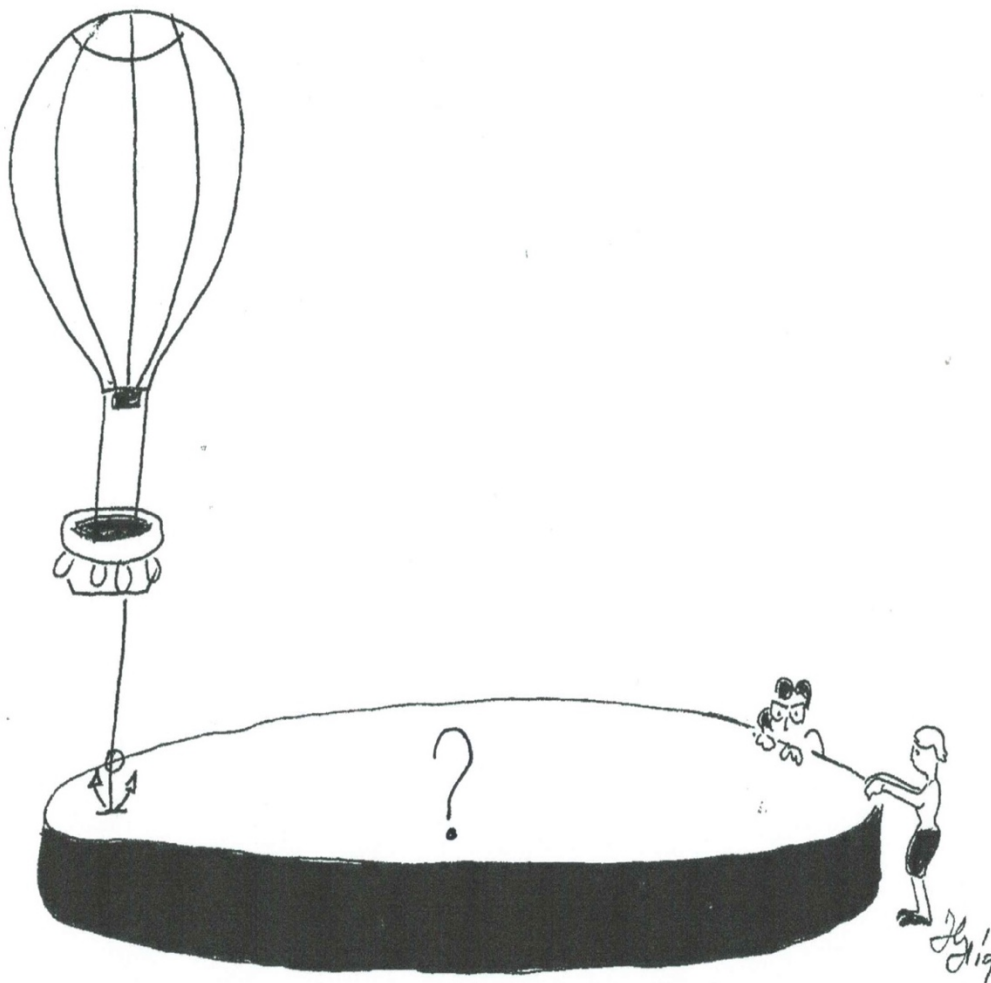
Organisatorisch perspectief

Voor instellingen is financieel gezond zijn een belangrijke pijler. Hier staat spanning op door het complexe systeem van financiering, marktwerking, medicalisering en personeelstekorten. Er wordt een andere manieren van samenwerken gevraagd met stakeholders in het maatschappelijk domein. Preventie en goed inrichten van de 'care sector' wordt steeds belangrijker om een gezonde leefstijl te bevorderen en ziekte te voorkomen en omdat burgers steeds ouder worden en meer chronische ziektes hebben.

Maatschappelijk perspectief

De collectieve uitgaven in de gezondheidszorg stijgen al jaren veel harder dan het BNP. Dit zorgt voor druk op het betaalbaar houden van het stelsel, dwingt tot meer expliciete keuzen en het zal ook leiden tot verschuivingen in de gezondheids-ethische vraagstukken. Hierbij moeten de publieke belangen, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit tegen elkaar worden afgewogen. Hier staat spanning op als gevolg van ambulantisering, marktwerking, wetten en duurzaamheid.

Hoofdstuk 6 Toekomst van de GGZ



6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er vooruit gekeken kan worden naar de toekomst en hoe deze voorspeld kan worden. Ook komt aan de orde wat stakeholders over de toekomst zeggen en welke alternatieven in ontwikkeling zijn voor de toekomst van de GGZ. We sluiten af met een beschouwing door dit te relateren aan waardecreatie.

6.2 Toekomstbestendigheid: manieren van vooruit kijken

Toekomst is tijd die er nog niet is. Deels ligt de toekomst besloten in bestaande structuren, maar deels ook ligt de toekomst helemaal open. De vraag naar antwoorden op disruptieve ontwikkelingen speelt op veel plekken. Op veel bureaus in het openbaar bestuur liggen brandende toekomstvragen die te maken hebben met analyses van de ontwikkelingen in de macro omgeving zoals in het vorige hoofdstuk beschreven. Zeker is grote onzekerheid over de toekomst, met allerlei ontwikkelingen die in hun uitkomst, tempo en interactie moeilijk te voorzien zijn. Maar voortbestaan vraagt wel op korte termijn om richting en keuzes, waarvoor het belangrijk is om over toekomst na te denken en toekomstgericht beleid te maken.

Voor simpele systemen geldt dat de toekomst goed voorspelbaar is: er is veel tijdruimte, maar de stabiele interactie maakt dat we kunnen weten wat er gaat gebeuren. Voor complexe systemen geldt het tegenovergestelde: we weten dat zich verrassingen zullen voordoen, dat de complexe dynamiek zal zorgen voor uitkomsten en relaties die nu niet te voorzien zijn. Complexe systemen zijn per definitie verrassend én in enige mate te verkennen. Door vanuit het patroon van complexiteit te kijken kunnen verwachtingen geformuleerd worden over welke richting de dynamiek in de tijd op kan bewegen. Naast complexiteit kan er sprake zijn van turbulentie. Dit gaat over de snelheid en onvoorspelbaarheid van ontwikkelingen. Naarmate beide hoger zijn wordt strategische beleidsvorming lastiger. Voor de GGZ geldt bij uitstek dat er sprake is van een complex en turbulent systeem. Toch zijn er de nodige aangrijpingspunten voor strategisch, toekomstgericht beleid. We beschrijven enkele aanknopingspunten volgens stakeholders.

6.3 Wat zeggen stakeholders over de toekomst?

Binnen de GGZ zijn er vele stakeholders die meedenken over een toekomstige manier van organiseren van de GGZ. Voor een uitgebreide differentiatie tussen alle stakeholders verwijzen we naar bijlage 7. Voor hier volstaan we met een korte samenvatting van de gemeenschappelijke punten waar zij op wijzen rondom één van onze probleemstellingen:

Welke waarden moet de GGZ creëren om bestaansrecht te houden in de toekomst?

Als eerste *solidariteit en onderlinge zorg versterken*: In de toekomst moeten we samenleven met gedeelde verantwoordelijkheden, keuzes maken in welke hulp er geboden wordt, moeten we zuinig omgaan met zorg, weten hoe we een gezond (psychisch) leven kunnen bevorderen en zal mantelzorg ingebed worden.

Als tweede *preventie en zelfmanagement laten werken*: Er moeten prikkels en beloningssystemen komen voor aantoonbare gezondheidswinst.

Ten derde *de informatie en dagelijkse zorg rond de patiënt organiseren*: Behandelen en diagnose-informatie moet eenvoudig gedeeld worden. De eerstelijnszorg zou verbonden moeten worden met tweede en derdelijns zorg.

Als vierde *diensten en instrumenten om klanten aan het stuur te helpen*: Inzet van innovatie en processtroomlijning om het leven van patiënten te verbeteren. Zorgverlening kan geoptimaliseerd worden door verbetering is technologische ontwikkelingen als plannen, selecteren dienstverlener, toepassingen van mobiele technologie, productvereenvoudiging.

Ten vijfde *differentiatie van specialistische zorg waarmaken*: Hoe kunnen we planbare zorg het beste organiseren. Mogelijk dat op planbare behandelingen schaalvoordeel te behalen valt. Daarnaast blijven er diagnosecentra en ziekenhuizen met een meer regionale functie voor acute zorg en minder complexe veel voorkomende ziektebeelden en klachten.

6.4 Toekomstbestendige GGZ: welke alternatieven zijn er?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau vroeg in 2017 aan de Nederlandse samenleving wat de hoogste prioriteit zou moeten krijgen van het nieuwe kabinet. Volgens de Nederlanders moet verbetering van de zorg de belangrijkste missie van het nieuwe kabinet zijn de komende jaren²³.

De GGZ bestaat uit een breed palet stakeholders waaronder patiënten, verzekeraars, huisartsen, gemeenten, scholen, BGGZ en tweede en derdelijns SGGZ-organisaties, die samen tot een duurzaam nieuw model moeten komen. Het gaat om nieuwe zorg in nieuwe organisaties. Er zijn verschillende initiatieven die hiertoe een aanzet geven.

6.4.1 SamenBeter

SamenBeter²⁴ is een netwerk van pioniers en ambieert via een integrale transformatie-agenda de samenleving gezonder te maken. Op nationaal niveau, in wijkgerichte proeftuinen, via ICT en in samenwerking met kennisinstituten. SamenBeter wil een transformatie in gang zetten door een nieuw perspectief in te nemen: zij richten zich primair op het bevorderen van gezondheid in plaats van op het bestrijden van ziekte. Het is een breder initiatief dan alleen de GGZ maar de GGZ is er wel sterk in vertegenwoordigd. SamenBeter streeft daarbij vier transformatiedoelen na:

- Inclusief: een gezonde, vitale samenleving, waarin iedereen participeert. Een inclusieve samenleving waarin niemand achter blijft.
- Eigen regie: gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven²⁵.
- Integraal: een multidisciplinaire aanpak die gezondheid in al haar facetten ondersteunt.
- Menselijke maat: manieren van organiseren die leiden tot maatwerk, elkaar kennen en preventie.

²³ https://www.scp.nl/Nieuws/Nederlanders_Zorg_belangrijkste_prioriteit_voor_nieuw_kabinet

²⁴ <http://www.samenbeter.org/>

²⁵ Huber

6.4.2 De nieuwe GGZ²⁶

De nieuwe GGZ, waarvan van Os, Delespaul en Milo de vaandeldragers zijn, is een beweging in Nederland die een poging doet om richting te geven aan de, door hen ervaren, noodzakelijke veranderingen. Zij ervaren dat “Nederland zich geen GGZ kan permitteren die doelmatig noch duurzaam is”. De Nieuwe GGZ wil toe naar een hybride benadering die public health en curatieve zorg verenigt. Niet meer onderzoek naar behandelingen maar onderzoek naar, en transformatie van, het systeem waarin de behandelingen worden toegepast. Daar ligt de potentiële gezondheidswinst.

6.4.3 Redesigning Psychiatry²⁷

Redesigning Psychiatry is een project waarin ontwerpers en filosofen samen met een aantal innovatieve organisaties een gewenst toekomstbeeld van de geestelijke gezondheidszorg voor 2030 ontwikkelen. Redesigning Psychiatry is ontstaan vanuit de overtuiging dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland toe is aan radicale vernieuwing waarbij menselijke waarden voorop staan. De GGZ staat voor economische en demografische uitdagingen, terwijl tegelijkertijd de onderliggende paradigma's betreffende diagnosestelling (bijv. DSM 5) en behandeling ter discussie worden gesteld. Dit biedt de kans om de GGZ fundamenteel te herzien. Redesigning Psychiatry verankert deze visie in waarden en in de praktijk.

Uitgangspunten:

- Redesigning Psychiatry werkt met de reframing methode. Centraal hierin staat de vraag: welke ervaringen en interacties zijn betekenisvol voor mensen in de toekomst?
- Innovatie is gebaat bij een cross-over van verschillende disciplines. Binnen Redesigning Psychiatry werken ontwerpers, filosofen, ervaringsdeskundigen en domeinexperts naast elkaar.
- Redesigning Psychiatry ziet de meerwaarde van synergie met wetenschappelijk onderzoek. Het project wordt ondersteund door de kennisgebieden Social Design (TU Delft), Zorginnovatie (Universiteit Maastricht), Filosofie (VU Amsterdam) en Behandelinnovatie (VU Amsterdam).

6.5 Beschouwing

Voor de GGZ geldt dat het een complex systeem betreft met een hoge turbulentie.

²⁶ www.denieuweggz.nl, Goede GGZ (2016)

²⁷ www.redesigningpsychiatry.org

De beschreven initiatieven blijken vooral veel gemeenschappelijke gezichtspunten te hebben en op accenten te verschillen. Dit wijst op een gemeenschappelijk idee over de wenselijke richting van de GGZ. Wanneer we de vijf aspecten voor toegevoegde waarde beschouwen die de stakeholders gemeenschappelijk naar voren brengen zien we de vier perspectieven van waardecreatie, zoals wij die benoemd hebben, terug. Solidariteit en preventie hoort bij maatschappelijk perspectief, de zorg en dagelijks informatie rond de patiënten kan gekoppeld worden aan persoonlijk perspectief, technologische ontwikkelingen en differentiatie van specialistische zorg kunnen geplaatst worden bij vakinhoudelijk perspectief en organisatie perspectief.

Persoonlijk perspectief

Vanuit persoonlijk perspectief wordt er waarde gecreëerd door te richten op gezondheid in plaats van ziekte²⁸. Het personaliseren van behandeling waarbij ook accent gelegd wordt op een brede hulpvraag en meer regie bij de patiënt.

Vakinhoudelijk perspectief

Vanuit dit perspectief wordt waarde gecreëerd door niet meer alleen stoornisgericht te denken, maar door contextuele benadering van ziekte met een generalistische blik en extra aandacht voor in standhoudende problemen. Daarnaast wordt de noodzaak gezien voor ecologische benaderingen. Dit houdt in dat zowel psychische, sociale, neurologisch als genetische factoren aandacht krijgen in de behandeling.

Organisatie perspectief

Vanuit dit perspectief wordt de nadruk gelegd op samenwerking in de vorm van een netwerk van zorg van minder intensieve naar steeds intensievere hulp, van praktische ondersteuning tot specialistische behandeling. Daarvoor moet een passende financiering worden ontworpen en gewerkt worden vanuit vertrouwen. Er wordt een hybride benadering geschetst waarbij public health en curatieve zorg zich verenigen.

Maatschappelijk perspectief

Het systeem van de GGZ moet worden getransformeerd naar meer flexibel, makkelijk op- en af te schalen en gericht op zingeving. Ook moet de GGZ zich bezighouden met preventie en onderwijs geven over mentale gezondheid.

²⁸ Huber

Hoofdstuk 7 Resultaten Inspiratie interviews

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is besproken dat foresight een manier is om verhalen op te halen en zicht te krijgen op de toekomst, en waarop beleid en strategie gebaseerd kan worden. Voor dit onderzoek hebben we gezocht naar veranderingsgezinde mensen die ideeën hebben over de toekomst en specifiek over de toekomst van de GGZ. Hiermee willen we dus verhalen verzamelen. Het idee van een foresight-studie is om de toekomst niet per sé te ‘vatten’ maar om een variëteit aan ontwikkelingsrichtingen te schetsen. Dat leidt in de regel tot talige en beeldende opbrengsten, waarin toekomstige omgevingen, opties of typen worden beschreven. Bij foresight is het voorstellingsvermogen en de analytische lenigheid van de betrokkenen de belangrijkste beperkende factor. Uiteindelijk is elke vorm van toekomstgerichte kennis een mengeling van feit en fictie. Niet los of vrij van de feiten, maar ook niet daartoe beperkt.

We hebben de keuze gemaakt de interviews individueel selectief te coderen op de volgende items:

- Crisis
- Waardecreatie
- Toekomstvisie

Achtereenvolgens komen in alfabetische volgorde Dr. D. van de Berg, Drs. M. Erenstein, Prof. Dr. P. Meurs, Prof. Dr. K. Putters en Drs. C. Verheijen aan het woord. Een korte inleiding gaat aan de resultaten vooraf om de ‘inspirator’ te introduceren.

7.2 Inspiratie interview dr. D. van de Berg



Dr. David van de Berg, is klinisch psycholoog en onderzoeker. In 2017 is hij cum laude gepromoveerd op trauma behandeling bij patiënten met psychotische klachten. Momenteel is hij één van de schrijvers van Redesigning Psychiatry.

Crisis

Van de Berg geeft aan dat de GGZ sector in crisis is en dat er meerdere oorzaken zijn. Volgens hem is een radicale paradigma verschuiving nodig.

- Er wordt er te veel in één-factor verklaringsmodellen gedacht, waarmee hij bedoelt dat er meer verklaringen voor ziektebeelden zijn. Volgens hem moet juist gedacht worden in termen van levensfasen-transitie en patronen die in het leven zijn ontstaan.
- Het somatisch model is te veel geplaatst op de GGZ maar past niet vanwege het multifactoriële verklaringsmodel van aandoeningen in de GGZ.
- DSM-denken heeft veel gebracht maar wordt nu anders gebruikt dan bedoeld is. Naast classificatie en diagnosestelling wordt het nu ook voor financieringsdoeleinden gebruikt.
- De sector is slecht in het implementeren van nieuwe ontwikkelingen.
- De sector vertelt te weinig wat zij weet, kan en doet.
- Er zijn te veel stakeholders in de GGZ, die allemaal een verschillende mening hebben en de urgentie anders beleven.
- GGZ instellingen en GGZ sector zijn reactief in plaats van proactief.

“We zien allemaal dat we op een muur afrijden maar we hebben geen flauw idee waar we met elkaar naar toe moeten. Alleen wat je dan ziet is dat het dus heel snel gaat polariseren. Ik wil aan mijn kinderen kunnen zeggen dat ik aan het stuur heb getrokken.”

Waardecreatie

De GGZ sector moet beter uitdragen waarvoor zij waarde creëert.

Transitiemomenten (bijvoorbeeld de overgang naar de middelbare school, ouderschap en pensionering) tussen de levensfase zijn cruciaal en daar valt waarde

te creëren. Een belangrijke maatschappelijke waarde is het veerkrachtig maken van jongeren. De sector kan veel meer maatschappelijke waarden creëren door samenwerking met verschillende domeinen als welzijn en onderwijs.

“De GGZ sector zit nog steeds erg vast aan het idee dat mensen die vastlopen in het leven geholpen worden door met ze in een kamertje te praten en ze eventueel medicatie te geven. Terwijl we eigenlijk weten dat problemen multipel gelaagd zijn en zich voordoen in de sociaaleconomisch maatschappelijke context”.

Toekomstvisie

Het systeem zoals de GGZ zorg nu georganiseerd is werkt volgens hem niet. De mensen werkzaam in de GGZ zijn echter het systeem en alleen zij kunnen het systeem veranderen, door het narratief te maken, taal te vinden om los te komen van diagnose denken.

De nieuwe hype ‘herstel’ is het ook niet, daar doe je psychiatrische kennis mee te kort. Herstel moet erbij en niet in plaats van. Psychiatrisch kennis moet zeker ook gebruikt worden voor preventie.

Een minimale grootte van instellingen is nodig om specialistische kennis te behouden en wetenschap en opleiden in te bedden. Gestuurd moet vooral worden vanuit visie op zorg, en niet primair vanuit de financiën. Grote instellingen zijn te log, instellingen die meer agile zijn, zijn de toekomst.

Om beweging op gang te krijgen, is het belangrijk om met proeftuinen te starten. De GGZ sector moet andere bedrijven erbij halen en leren van andere sectoren (vooral designers), over de grenzen van zorg kijken, samen met welzijn en onderwijs.

“De GGZ moet aan de bal blijven dus we moeten zelf regie houden”.

7.3 Inspiratie interview drs. M. Erenstein



Drs. M. Erenstein, is directeur van stichting Benchmark GGZ, een stichting die uitkomstgegevens van GGZ instellingen onderzoekt.

Crisis

Erenstein vindt crisis te sterk uitgedrukt maar er is volgens hem wel transformatie nodig.

- “Dé GGZ sector” bestaat niet, de verdeeldheid in de sector is groot.
- Het ontbreekt aan leiderschap.
- DSM classificatie is niet helpend, dit leidt tot medicalisering van de GGZ.
- Marktwerving is niet van toevoegende waarde.
- Er is wantrouwen en angst.
- De macht lijkt te liggen bij degene die de media kan bescapen.
- Mentaliteit van professionals is niet meegegroeid met de ontwikkelingen richting een meer zakelijke opstelling.
- Innovatie en digitalisering is er nog veel te weinig en staat nog in de kinderschoenen.

“De GGZ is als een veelkoppig monster met conservatieve krachten”.

Waardecreatie

De patiënt moet centraal staan en leidend zijn. De GGZ sector moet zichzelf kwetsbaar opstellen, niet top-down maar juist bottom up. Waardecreatie zou moeten veranderen naar maatschappelijk belang in plaats van geld en macht. Er komt nu een nieuwe generatie professionals aan die zegt dat we met z’n allen moeten zorgen dat het goed gaat. Dat is een andere generatie dan die in de jaren ‘90 groot is geworden, waar het ging om marktwerving, carrière en geld verdienen.

“Heel het denken over wat psychisch ziek is, daar moeten we mee aan de slag. Inderdaad, we accepteren niet meer dat in het leven lijden is”.

Toekomstvisie

Erenstein bepleit voor de toekomst dat je koplopers, koplopers moet laten zijn. Er moet niet naar consensus voor de hele GGZ sector gestreefd worden. De regie moet bij de minister liggen.

Preventie wordt belangrijk. De financiering wordt prestatiebekostiging. Risico's moeten bij de verzekeraars komen te liggen want zij financieren de zorg.

De sector moet meer trots zijn en minder calimero gedrag vertonen.

De kansen liggen bij verzakelijking, meten is weten, een nieuwe generatie professionals, lange verkoopafspraken, vooral pilots doen, patiëntenverenigingen in de lead en de professionals centraal. Daarvoor is nodig leiderschap, lef, bottom up besturen, vertrouwen en meer trots.

Innovatie moet toenemen en er moet gedifferentieerd worden in de sector naar EPA en niet-EPA.

“De GGZ sector moet langzaam maar zeker steeds bedrijfsmatiger gaan werken, dat vraagt de maatschappij van ze.”

7.4 Inspiratie interview prof. dr. P. Meurs



Prof. Dr. P. Meurs, sociologe, is hoogleraar aan de Erasmus Universiteit met aandachtsgebied Governance in de gezondheidszorg, zij is voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Daarnaast heeft zij diverse toezichthoudende functies en is zij voormalig eerste kamerlid.

Crisis

Crisis is te sterk uitgedrukt, te apocalyptisch, maar Meurs ervaart veel zorgen.

- Er is zorg om de toename van ZZP'ers waardoor te weinig psychiaters in instellingen werken.
- De DSM betekent stigmatisering.
- De DBC systematiek is een verkeerde keuze van etiketten plakken.
- De registratie druk is een verkeerde afslag door het financieringssysteem.
- Polarisatie; zij vindt de onderlinge verdeeldheid dramatisch: het leidt tot een slechte naam van de GGZ.
- De sector is te veel geld-gestuurd. Het is een misvatting dat je iemand in één geheel kan diagnosticeren en daar een prijskaartje aan kan hangen.
- Binnen de GGZ is er geen voorspelbaarheid van ziekteverloop, het is een verkeerd paradigma dat we denken controle te hebben op beloop een ziekte binnen de GGZ, het is geen medisch model.
- Zij noemt de huidige benadering van psychische problemen een systematische miskenning van de ernst van het maatschappelijk vraagstuk, eenzaamheid wordt een label dat we medicaliseren.
- Er is niemand die zich binnen de GGZ eigenaar voelt.

“De verdeeldheid in de GGZ sector is wel heel problematisch, jullie zijn met de verkeerde oorlog bezig”.

Waardecreatie

Gezondheidszorg is niet alleen iets van de gezondheidszorg, het is van ons allemaal. Het belang van psychische hygiëne is groot. Ook de samenhang met sociale domein problematiek als schulden en eenzaamheid is belangrijk. De tolerantie van psychische stoornissen is afgenomen in de maatschappij, de maakbaarheid en het

idee controle te hebben op voorspelbaarheid van ziektebeloop is een illusie die we moeten ontkrachten. Het belang van weerbaarheid en opvoedondersteuning is groot, problemen moeten we zo veel mogelijk oplossen in de samenleving.

“Er is een systematische miskenning van het maatschappelijke vraagstuk, eenzaamheid wordt een label dat we medicaliseren”.

Toekomstvisie

Voor de toekomst ziet zij vooral preventie en ontschotten als belangrijke oplossing. Ontschotten van beroepsgroepen, financiering en classificatie. Kijk naar de jeugd, preventie is voorschot op de toekomst.

De GGZ sector moet keuzes maken en de weerbaarheid van patiënten vergroten. De GGZ instellingen moeten de buitengrenzen kennen van hun kerncompetentie om verbinding met andere domeinen te maken. Oplossingen voor de GGZ sector zijn het zoeken naar netwerkzorg met nieuwe verbanden. Kiezen voor zorg in de wijk of juist apart in rust, er is een soort blended achtige zorg nodig, met het gezicht naar de wijk en de achterkant naar de GGZ.

We moeten experimenteren met financieringssystemen en niet allemaal achter een hype aan lopen zoals populatiebekostiging om tot een duurzaam financieringsmodel te komen.

“Ik zou echt willen pleiten voor het opnieuw erkennen van de asielfunctie van de psychiatrie, het is echt zo dat sommige mensen gebaat zijn bij bescherming, begeleiding en verzorging”.

7.5 Inspiratie interview prof. dr. K. Putters



Prof. dr. K. Putters is directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Daarnaast is hij hoogleraar aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam, aandachtsgebied sturing van de zorg. Hij bekleedt diverse bestuurs- en toezichthoudende functies en is voormalig eerste Kamerlid.

Crisis

Putters vindt dat de grootste morele crisis van de GGZ voorbij is. Als dieptepunt noemt hij de eigen bijdrage waarbij het verschil in belang tussen somatiek en psyche pijnlijk duidelijk werd gemaakt.

- Miskennis van hoe mensen in elkaar zitten en samenleven.
- De GGZ staat onvoldoende op de politieke agenda.
- Complexe financiering.
- De GGZ sector is afgeraakt van waar ze voor is, het hogere doel is ondergesneeuwd geraakt.
- Beroepsgroepen maken samen geen vuist.

“Ik denk dat we een periode achter de rug hebben waarin de GGZ in de hoek zat van ‘het is te veel en overbodig’”.

Waardecreatie

Integrale benadering is cruciaal voor de GGZ om waarde te laten zien, door de GGZ kunnen veel problemen voorkomen worden. Volgens Putters is het investeren in weerbaarheid en relaties belangrijk. Echter soms is zelfredzaamheid niet mogelijk en zorgzaamheid van de GGZ nodig. Hij benadrukt hierbij het verschil tussen de can's en de cannot's, waarbij aan de onderkant van de maatschappij een stapeling van problemen veelvuldig voorkomt en het vergroten van zelfredzaamheid niet mogelijk is.

Als mensen het niet kunnen dan heeft de GGZ een zorgplicht waarbij herkenbaarheid en vertrouwen doorslaggevend kan zijn. Er moet altijd een plek zijn waar je naar toe kan.

“Er zit een sterk mantra in de hele beleidstheorie over eigen verantwoordelijkheid en het mobiliseren van het sociale netwerk vanuit de aanname dat die er zijn. Maar als je beleid stuurt zodat je de mensen zonder sociaal netwerk niet ziet dan sluit je de meest kwetsbaren uit”.

Toekomstvisie

De maatschappij is opnieuw in een transitiefase. We bevinden ons in een overgang van industriële- naar informatiesamenleving. Zoals de geschiedenis laat zien leidt iedere overgang tot meer burgerrechten, het zal nu gaan over recht op betrouwbare informatie.

Er zal altijd een balans moeten zijn tussen publiek en privaat, tussen markt, overheid en gemeenschap. Marktwerving en decentralisatie zullen die balans niet veranderen. De burger is vermangeld geraakt tussen de vechtende partijen in de markt en de overheid. De vraag is: hoe krijg je balans tussen al die systemen? Regionale zorglandschappen zullen veranderen en daar moet visie en beleid op gemaakt worden. In sommige regio's zullen vooral ouderen wonen en in andere juist jonge gezinnen.

Beleid hierop moet vanuit de samenleving en sector neergezet worden, dan moet de politiek volgen. GGZ instellingen zullen zich opsplitsen omdat de zorg lokaal moet worden georganiseerd samen met patiënten en professionals, ondersteund vanuit een moederbedrijf. Verandering komt vanuit de mogelijkheid tot experimenteren in de regio met steun van verzekeraars.

De verbinding tussen de GGZ sector en andere domeinen zal steeds meer tot stand komen (veiligheid in de wijk, sociaal domein en de jeugd).

“Dan moet je de keuze maken om voor de patiënt te kiezen maar dat vergt wel een politieke basis”.

7.6 Inspiratie interview drs. C. Verheijen



Drs. C. Verheijen is directeur kennis en innovatie van de Naabor Foundation, daarvoor was hij enkele jaren bestuurder/directeur van het Institute for Positive Health, algemeen directeur van een gezondheidscentrum, Chef de Mission van de Jeugd Olympische Winterspelen. Hij is arts en voormalig topschaatser.

Crisis

Verheijen vindt de sector financieel niet in crisis (mogelijk enkele instellingen wel). Er is nu nog geld genoeg, het gaat gewoon nog te goed. De financiële crisis in 2011 heeft niet lang genoeg geduurd waardoor er nog onvoldoende urgentie wordt gevoeld voor verandering. Hij geeft wel aan dat de verkeerde manier van bekostigen de sector dwars zit. Kwalitatief zijn er grote problemen, hij noemt dat crisis.

- Ernstige personeelstekorten
- Onduidelijk identiteit van de sector.
- Geen leiderschap binnen de GGZ, ook niet landelijk.

“Maar de vraag is of de GGZ nu in een hoek zit waar ze alleen nog maar pleistertjes kan plakken en of ze echt van toegevoegde waarde is om mensen verder te helpen”.

Waardecreatie

Het moet gaan om toegevoegde kwaliteit, dat je de toegevoegde waarde laat zien. De echte toegevoegde waarde is mensen helpen. Daarnaast vraagt hij zich af of de mensen die in de GGZ werken nog wel echt toekomen aan waarvoor ze daar zijn gaan werken. Het moet gaan over passie en bezieling. De GGZ heeft een rol om de maatschappij minder hectisch te maken en om de populatie gezond te houden. Het gaat over maatschappelijke verantwoordelijkheden die je als mens op je wil nemen. De GGZ sector moet beter laten horen waar zij goed in is, ze laat te weinig zien wat effectief is. De GGZ sector moet aansluiten bij de mensen zelf, zij weten wat goed is. Er moet gekeken worden naar indicatoren wat echt gezondheid is zoals veerkracht, motivatie en passie.

“Er zit voor mij urgentie in om het anders te doen. We moeten oppassen dat de wereld straks niet mentaal zo slecht wordt dat alles ontploft. Kijk maar naar de shit in Amerika”.

Toekomstvisie

Verheijen bepleit dat ook in de toekomst GGZ instellingen moeten voortbestaan omdat er grootte nodig is voor specialistische kennis en multidisciplinair werken. Je hebt een sterke GGZ nodig, zowel curatief als preventief, denk daarbij aan een leefstijlcoach. De ontwikkelingen gaan rap, preventie mag nu genoemd worden, positieve gezondheid begint te beklijven. De GGZ sector moet proactief zijn, niet reactief. Elk drie jaar is er weer een nieuwe trend waar we met z'n allen achter aan lopen. Je moet het op een andere manier inrichten anders wordt het niet betaalbaar. Er is leiderschap nodig (kan bij iedereen zitten), er moeten keuzes gemaakt worden. De overheid moet faciliteren en dan aanjagen. De overheid moet wel zorg dragen voor laaggeletterden of mensen die gewoon de mogelijkheden en het netwerk niet hebben door hen bijvoorbeeld gezondheidsvaardigheden aan te leren. Daarnaast is veel betere ICT nodig.

“We moeten met elkaar gezondheid gaan meten, we moeten kijken naar indicatoren die echt bepalen wat gezondheid is en daar zitten dus meer veerkracht en motivatie redenen in”.

7.7 Beschouwing

In deze paragraaf beschouwen we de vijf voorgaande interviews.

Crisis

Over crisis in de GGZ wordt verschillend gedacht. Alle geïnterviewden geven aan dat het niet goed gaat, maar crisis vinden ze te sterk uitgedrukt. Financieel wordt de GGZ niet als noodlijdend gezien maar wat betreft identiteit wel. De urgentie tot transformatie van de GGZ komt unaniem naar voren. Van existentiële crisis lijkt geen sprake omdat er altijd GGZ nodig is. Er is wel sprake van een identiteitscrisis in een transitiefase waarin de GGZ zichzelf opnieuw moet verhouden ten opzichte van het snel veranderende maatschappelijke landschap. De sector heeft een onduidelijke identiteit en er is gebrek aan leiderschap.

Waardecreatie

Dit aspect beschouwen we vanuit de vier perspectieven uit de waardecreatiecirkel. Vanuit *persoonlijk* perspectief zou de sector meer waarde moeten creëren door de geboden zorg meer te individualiseren en de weerbaarheid bij burgers vergroten.

Vakinhoudelijk benoemen allen dat de passie en bezieling terug moet voor de professionals. De overmatige regel- en administratie druk wordt gezien als veroorzaker van problemen om professionals te blijven binden aan de GGZ. De geïnterviewden benadrukken allemaal dat de GGZ veel meer moet laten horen hoe groot het belang van de GGZ is voor de *maatschappij*. Hierbij worden genoemd: preventie, psycho-educatie op scholen, verbinding met de wijk, asiel functie, tolerantie, verwachtingen en succesvolle behandelingen. Vanuit *organisatieperspectief* zien de inspiratoren toekomst voor flexibele wendbare GGZ instellingen. Daarmee kunnen zij aansluiting maken met het maatschappelijk domein en de asiel functie behouden. De inspiratoren denken verschillend over optimale grootte omdat het context afhankelijk is en zij sluiten zeker niet uit dat instellingen mogelijk kleiner zullen worden door een andere manier van organiseren.

Toekomstvisie

Opvallend is dat de thema's waar het in de toekomst over moet gaan sterke overeenkomsten hebben. Samenwerking met andere domeinen komt bij alle vijf de interviews terug evenals het belang van differentiatie tussen verschillende vormen van GGZ. Hierbij komt de broodnodige opvangfunctie naast herstel te staan en wordt herstel een onderdeel van de psychiatrie. De noodzaak van behoud van specialistische kennis wordt benadrukt. Het financieringssysteem wordt in de toekomst anders: de huidige aan diagnose gekoppelde financiering, gericht op ziekte, moet veranderen en zal helpen met destigmatisering.

Hoofdstuk 8 Resultaten GGZ instellingen

8.1 Inleiding

De volgende paragraaf geeft een kort overzicht van de instellingen (op alfabetische volgorde) waarvan wij de bestuurder(s) geïnterviewd hebben. De financiële gegevens, patiëntengegevens, personeels- en verzuimgegevens zijn overgenomen uit “jaarverantwoording in de zorg” van het ministerie van Volksgezondheid en Sport. Ten tijde van het schrijven van de thesis waren de gegevens over 2017 bekend. De wachttijden worden gerelateerd aan de treeknorm. De treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd tot start behandeling. Deze ligt op 4 weken wachten voor aanmelding en 14 weken voor de definitieve start van de behandeling.

Vervolgens beschouwen we deze kwantitatieve gegevens. In paragraaf 8.4 geven we de resultaten weer van de interviews met de bestuurders van de instellingen. We sluiten wederom af met een beschouwing van de kwalitatieve data.

8.2 Kwantitatieve gegevens

8.2.1 Arkin

Arkin is een GGZ instelling die zijn oorsprong heeft in Amsterdam. De instelling is ontstaan door diverse fusies.

Missie en visie

De huidige missie en visie luidt: “Samen sterk in de stad”. Dit doet Arkin vanuit de kernwaarden: Verbinding tot stand brengen en lef tonen.

Opvallende ontwikkelingen

In januari 2019 is deze instelling gestart met een experiment met werken zonder tijdregistratie binnen enkele ambulante teams. Het experiment is onderdeel van het VWS-actieplan ‘(Ont)regel de zorg’. Slaagt het, dan wil het ministerie kijken naar aanpassingen in de wet- en regelgeving²⁹.

Patiënten en personeelsgegevens

aantal patiënten 1 jan 2017	15.851
-----------------------------	--------

²⁹ Skirp oktober 2018

aantal patiënten 31 dec 2017	16.909
aantal medewerkers 1 jan 2017	3.159
aantal medewerkers 31 dec 2017	3.205
openstaande vacatures 2017	92
verzuim 2017	5,7%
klantwaardering (CQ index)	niet openbaar gepubliceerd

Beddencapaciteit 2017

klinisch en dag-klinisch	608 (Zvw en Wlz)
forensisch	85
WMO	50

Wachttijden februari 2019³⁰

De wachttijden voor behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen, angst, stemming en bipolair en FACT zijn ver boven de treeknorm.

Financiële gegevens in Euro

	Som der bedrijfs-opbrengsten €	Bedrijfs-resultaat €	Netto resultaat €	Rentabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit
31-12 2017	258.893.000	7.570.000	2.501.000	1	29,3	1,17
31-12 2016	233.785.000	4.139.000	518.000	1,9	27,1	1,11

8.2.2 Dimence

Deze GGZ instelling biedt GGZ in de regio Zwolle, Deventer, Zutphen en Almelo.

Missie en Visie

Dimence heeft de visie geformuleerd in een aantal doelen die Dimence samen met anderen wil bereiken. Het zijn doelen voor patiënt, samenleving en vakmanschap. Doelen voor patiënten: minder klachten, meer zelfredzaamheid, hogere kwaliteit van leven. Doelen voor de samenleving: meer participatie, meer veiligheid, minder overlast in een natuurlijk netwerk met anderen. Doelen voor vakmanschap: professioneel, effectief en innovatief.

³⁰ www.arkin.nl/verwijzers/wachttijden

Opvallende ontwikkelingen

Eind 2017 heeft deze instelling een meerjarig contract met Zilveren Kruis afgesloten waarin ook kwaliteitseisen zijn vastgelegd. De zorg moet zo veel mogelijk bij huis worden georganiseerd, gericht zijn op herstel en voorkomen dat mensen opgenomen moeten worden. Ook is gestart met horizontaal toezicht wat uiteindelijk tot verlaging van de administratieve werkdruk moeten leiden ³¹.

Patiënten en personeelsgegevens

aantal patiënten 1 jan 2017 15.414

aantal patiënten 31 dec 2017 14.518

aantal medewerkers 1 jan 2017 1.985

aantal medewerkers 31 dec 2017 1.999

openstaande vacatures 2017 200

verzuim 2017 5,3%

klantwaardering (CQ index) Gemiddelde waardering: 7,6

Beddencapaciteit 2017

klinisch en dag-klinisch 626 (ZVW en WLZ)

forensisch 81

Wachttijden gemiddeld per stoornis feb. 2019³²

De wachttijden vallen binnen de treeknorm.

Financiële gegevens in Euro

	Som der bedrijfs- opbrengsten €	Bedrijfs- resultaat €	Netto resultaat €	Rentabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit
31-12 2017	183.676.133	5.453.084	2.741.675	3	27	1
31-12 2016	175.172.915	6.252.404	3.308.026	3,5	25,6	0,9

³¹ Skirp nov 2017

³² www.dimence.nl/wachttijden

8.2.3 GGZ Noord Holland Noord

GGZ Noord Holland Noord heeft een lange traditie in Noord Holland.

Missie en visie

“Al onze inspanningen leiden tot een doelmatige en doeltreffende behandeling van mensen met psychiatrische stoornissen. Wij doen dit samen met de klant en diens betrokkenen, zoveel als mogelijk in de eigen omgeving. Beter worden doe je thuis!” De kernwaarden van GGZ NHN zijn flexibel, innovatiekracht en top ambulante zorg (FIT).

Opvallende ontwikkelingen

De instelling heeft 20 miljoen euro verkregen via zorgobligaties, waarmee een deel van hun portefeuille gefinancierd wordt³³. In de zomer van 2018 is gestart met de Herstel ondersteunende intake (HOI). De HOI is een manier van intake waar naast een psychiater of klinisch psycholoog ook een ervaringsdeskundige betrokken is bij het intakegesprek. Het gesprek is niet zozeer gericht op het stellen van een klassieke diagnose, maar meer op de kracht van de patiënt en wat hij of zij nodig heeft. Door deze manier van intake is in sommige plaatsen de wachttijden teruggedrongen naar 2 weken³⁴.

Patiënten en personeelsgegevens

aantal patiënten 1 jan 2017	9.518
aantal patiënten 31 dec 2017	10.004
aantal medewerkers 1 jan 2017	1.332
aantal medewerkers 31 dec 2017	1.323

openstaande vacatures 2017	20
verzuim 2017	5,4%

Bedden capaciteit 2017

klinische en dag-klinisch	295 (ZVW en WLZ)
forensische bedden	112

Klantwaardering CQ index: (feb 2019)

Ambulant	7,8
Basis GGZ	8,5

³³ Skipr, dec.2018

³⁴ zn.nl

Klinieken 7,4

Wachttijden in weken, februari 2019³⁵

De gemiddelde wachttijd is binnen de treeknorm.

Financiële gegevens

	Som der bedrijfs- opbrengsten €	Bedrijfs- resultaat €	Netto resultaat €	Rentabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit
31-12 2017	114.148.914	3.122.599	1.493.272	23,8	61,1	2,2
31-12 2016	118.274.599	2.138.311	195.020	0,6	45,8	1,5

8.2.4 De Parnassiagroep

Deze GGZ instelling met hoofdlocaties in Den Haag, Rotterdam en Castricum, is de grootste GGZ instelling van Nederland. De instelling is groot geworden door diverse fusies en overnames. Daarnaast heeft de Parnassiagroep vanuit ondernemerschap elders in het land diverse vestigingen geopend en zijn er enkele vestingen in het buitenland.

Missie en visie

Hulp bieden bij psychische problemen, dat is waar alle collega's van deze GGZ instelling zich dagelijks met hart en ziel voor inzetten. Hulp kort en dichtbij als dat kan en intensiever en langer wanneer dat nodig is. Merkbaar betere resultaten voor patiënten vanuit de drie kernwaarden: deskundig, respectvol en optimistisch.

Patiënten- en personeelsgegevens

aantal patiënten 1 jan 2017	86.740
aantal patiënten 31 dec 2017	88.629
aantal medewerkers 1 jan 2017	11.411
aantal medewerkers 31 dec 2017	11.363
openstaande vacatures 2017	315
verzuim 2017	6,3%

³⁵ www.ggz-nhn.nl/Wachttijden

Beddencapaciteit (2017)

Klinisch en dag-klinisch

3.027 (ZVW en WLZ)

WMO

693

Klantwaardering (CQ index)

Niet openbaar gepubliceerd.

Wachttijden 2019³⁶

De treeknorm voor de kinder- en jeugd en diverse specialistische zorgprogramma's is ver boven de norm.

Financiële gegevens

	Som der bedrijfs-opbrengsten €	Bedrijfs-resultaat €	Netto resultaat €	Rentabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit
31-12 2017	825.373.873	20.745.703	17.374.107	0,7	49	1,8
31-12 2016	793.841.301	27.554.114	15.666.029	8,1	44	1,7

8.2.5 Pro Persona

Deze GGZ instelling is een fusieorganisatie in Gelderland.

Missie en visie

De huidige visie luidt: "Het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met psychische problemen of psychiatrische stoornissen door hen te genezen of weer grip op hun bestaan te laten krijgen en samen met hen een nieuw perspectief te ontwikkelen", met daarbij de volgende kernwaarden: Respectvolle bejegening, vakbekwaam en professioneel, toegewijd en dienstverlenend en maatschappelijk betrokken.

Opvallende ontwikkelingen

In 2018 heeft er een verkenning plaatsgevonden over een fusie met Vincent van Gogh, een GGZ instelling in Limburg. De uitkomsten van deze verkenning hebben tot het gezamenlijke besluit geleid om nu niet over te gaan tot fusie, maar te kiezen voor samenwerken en het delen van kennis en expertise.

³⁶ www.parnassiagroep.nl/hoe-wij-helpen/wachttijden

Patiënten- en personeelsgegevens

aantal patiënten 1 jan 2017	12.434
aantal patiënten 31 dec 2017	11.893
aantal medewerkers 1 jan 2017	4.752
aantal medewerkers 31 dec 2017	4.688

openstaande vacatures 2017	196
verzuim 2017	6,7%

Beddencapaciteit

Klinisch en dag-klinisch	710 (ZVW en WLZ)
Forensische bedden	279

Klantwaardering (CQ index)

Ambulant	7,8
Basis GGZ	8,0, overige cijfers niet openbaar gepubliceerd

Wachttijden per diagnose per februari 2019³⁷:

De treeknorm voor diverse specialistische programma's waaronder verslaving, ADHD, angststoornissen depressie en persoonlijkheidsproblematiek is ver boven de norm.

Financiële gegevens

	Som der bedrijfs-opbrengsten €	Bedrijfs-resultaat €	Netto resultaat €	Rentabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit
31-12 2017	222.278.000	5.165.000	1.550.000	3,2	22,1	1,9
31-12 2016	225.885.000	5.093.000	1.477.000	2,4	22,4	1,8

³⁷ www.propersona.nl/Voor-verwijzers/Wachtlijsten

8.3 Beschouwing

Ten aanzien van de financiële resultaten kan geconcludeerd worden dat de vijf onderzochte instellingen in 2017 goede financiële resultaten laten zien en dat er sprake is van een lichte verbetering ten opzichte van de resultaten van 2016. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de analyse van de gehele sector, zoals beschreven in hoofdstuk vijf. Noemenswaardig is dat de rentabiliteit van de Parnassiagroep in 2017 onder de 1 zakt, hetgeen betekent dat de verhouding tussen inkomen en vermogen erg laag is, wat wel degelijk een indicator voor financiële zorg is.

Er zijn grote verschillen in onze onderzoeksgroep in percentages ziekteverzuim, waarbij de 3 grootste instellingen van onze onderzoekspopulatie de Parnassiagroep (6,25%), Pro Persona (6,71%) en Arkin (5,70%) een hoger ziekteverzuim hebben dan de kleinere instellingen van onze onderzoeksgroep, respectievelijk Dimence (5,27%) en GGZ Noord Holland Noord (5,37%). Dezelfde trend zien we ook als we de wachttijden in beschouwing nemen. De wachttijd is bij de drie grootste instellingen van onze onderzoeksgroep langer dan bij de twee kleinere instellingen. Wat betreft openstaande vacatures valt op dat dit percentage het hoogste is bij Dimence en Pro Persona. Dit percentage is berekend door het aantal openstaande vacatures te relateren aan het totaal aantal medewerkers. Een mogelijke verklaring hiervoor zou de geografische ligging kunnen zijn. GGZ Noord Holland Noord heeft overigens het laagste percentage.

Opvallend is dat niet alle onderzochte GGZ instellingen hun patiënt tevredenheidsgegevens openbaar gepubliceerd hebben. Hierdoor is een vergelijking tussen de onderzochte GGZ instellingen op dit vlak niet mogelijk. Ook valt op dat er grote verschillen zijn tussen de GGZ instellingen ten aanzien van aantallen WMO gefinancierde verrichtingen. Tijdens onze interviews hebben we getracht hierover helderheid te krijgen, veelal berust dit op lang bestaande afspraken tussen stakeholders in de regio, hoewel één instelling het streven heeft zelf meer WMO gefinancierde zorg te verkrijgen.

Als we de kwantitatieve gegevens relateren aan de waardecreatiecirkel kunnen de volgende conclusies getrokken worden. Vanuit het *organisatieperspectief* zijn de financiële gegevens grotendeels op orde maar zijn er problemen in het vervullen van vacatures. Er zijn enige aanwijzingen dat instellingen met een robuuste strategie minder waarde creëren dan instellingen met een meer agile strategie. Immers de grotere instellingen hebben een hoger ziekteverzuim en langere wachttijden.

Waardecreatie binnen het *vakinhoudelijke en organisatie* perspectief kan in relatie gebracht worden met het hoge ziekteverzuim en het aantal openstaande vacatures. Over het *maatschappelijke en patiënten perspectief* kan op basis van deze analyse geen uitspraak gedaan worden.

8.4 Resultaten interviews bestuurders

Bestuurders van bovengenoemde instellingen zijn geïnterviewd met de semigestructureerde vragenlijst (bijlage 3). De interviews zijn gecodeerd volgens het proces van axiaal coderen (zie bijlage 5). Als laatste stap pasten we het selectief coderen toe, waarbij de concepten werden teruggebracht tot enkele kernachtige begrippen parallel aan de topic lijst: crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst. Er zijn enkele aanvullende topics uit de interviews naar voren gekomen. De vragen zijn gericht op zowel de GGZ als de eigen instellingen. De uitspraken van de bestuurders worden geanonimiseerd weergegeven.

8.4.1 Crisis

R1: “We komen in crisis als wij niet anticiperen op wat eraan zal komen, de GGZ is wel degelijk in crisis door de wurggreep van het stelsel waardoor we niet bewegen met zijn allen”.

Het woord crisis wordt unaniem in eerste instantie *financieel* geïnterpreteerd. De respondenten gebruiken financieel als synoniem voor het begrip existentieel. Vier van de vijf respondenten vinden de eigen instelling financieel niet in crisis. Het woord ‘crisis’ wordt door allen als te apocalyptisch beoordeeld, te dramatisch. Maar alle vijf geven wel de urgentie aan tot veranderingen: niet vanuit financiële motieven maar om proactief te anticiperen op de veranderende macro omgeving. Bestuurders vinden daarentegen wel dat de GGZ zich in een *identiteitscrisis* bevindt. De problemen rondom de identiteit zijn onder andere dat de GGZ reactief en intern gericht is en dat er te veel schotten zijn. Dit geldt binnen en tussen GGZ instellingen, tussen GGZ instellingen en andere zorgverleners, tussen de verschillende financieringsstromen en tussen de beroepsgroepen. Overigens wordt het begrip crisis gerelativeerd door drie respondenten die de GGZ in Nederland vergelijken met andere landen om ons heen waarbij door één respondent benoemd wordt dat Nederland de beste GGZ van de wereld heeft.

R1: We hebben een idioot systeem als je van buiten naar binnen kijkt; wat zijn we eigenlijk aan het doen met onze professionals? We zijn ze over de kling aan het jagen”.

8.4.2 Waardecreatie

Persoonlijk

R3: “Wij zijn de recht toe recht aan psychiatrie, en het gros van de mensen zoekt iets anders erbij”.

Alle respondenten schetsen het belang van gepersonaliseerde zorg, afgestemd op de hulpvraag van de patiënt. Het gedachtegoed van Huber over positieve gezondheid wordt door alle respondenten genoemd, één respondent is kritisch vanwege afwezigheid van wetenschappelijke evidentie van dit concept. Een respondent heeft door inzet ervaringsdeskundigen aan de voordeur een reductie op toeleiding naar specialistische GGZ gehaald door expliciet de hulpvraag van de patiënten te beantwoorden. Twee van de vijf respondenten hebben in dit kader inmiddels substantieel vormgegeven aan inzet van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers als onderdeel van het behandelaanbod.

R4: “Het gaat niet om de organisatie, het gaat om de patiënt. Dus als wij 1/3 in moeten leveren om het ergens anders beter te gaan doen, moeten we dat vooral doen.”

Vakinhoudelijk

R5: “We moeten naar inhoud, zorgstandaarden, zingeving en vertrouwen. Ook als is het vechten tegen de bierkaai, je moet het gewoon doen.”

Alle respondenten benadrukken het belang van passie en bevologenheid van professionals. Eigenaarschap is hiervoor cruciaal voor de professional. Deze moet zo min mogelijk belast worden met administratieve handelingen en terug naar de kern van het vak. Twee respondenten hebben inmiddels horizontaal toezicht op een aantal afdelingen waardoor de administratieve last verlaagd wordt. Een respondent benadrukt het belang van klinisch leiderschap. Overigens benoemen

ook alle respondenten de polarisatie van de beroepsgroep zelf wat voor de hele GGZ voor waardevermindering zorgt.

R3: "Ja, die psychiaters gaan eindeloos over een profielschets discussiëren, wie is er in godsnaam geïnteresseerd in een profielschets van een psychiater, echt niemand behalve zij zelf."

Volgens twee respondenten zijn er goede mensen nodig om de organisatie gezond te houden, als mensen niet functioneren, moet je er afscheid van nemen en dat zou te weinig gebeuren in de GGZ. Er is verschil tussen de visie op specialistische versus generalistische GGZ. Een respondent heeft specialistische kennis naar de nulde lijn gebracht. Een andere respondent brengt specialistische kennis onder in wijkteams. De drie andere respondenten willen specialistische behandelingen als focus behouden.

Organisatie

R5: "Dat oude idee dat je jaarplannen maakt voor 3 jaar, dat werkt niet meer. Gewoon inhoud gedreven, niks geen akkoorden, gewoon inhoud van je mensen".

Drie van de vijf respondenten geven aan bezig te zijn met het herschrijven van de visie omdat deze niet meer aansluit bij de veranderende visie op zorg en behandelen. Alle respondenten vinden dat de GGZ doorgeschoten is in verzakelijking en dat de kern van het vak weer centraal moet komen te staan. Alle respondenten benadrukken het belang van het huis financieel op orde hebben om weer over de inhoud te kunnen praten.

R5: "De sector is de afgelopen jaren opgeknipt en daarmee voor een deel krachteloos geworden, door die financieringsstromen".

Unaniem vinden de vijf respondenten het huidige financieringssysteem niet passend vanwege te veel schotten en te veel administratieve lasten. Het huidige financieringssysteem gebaseerd op de DSM-classificatie bekostigt ziekte in plaats van gezondheid. Als oplossingen worden genoemd meerjarencontracten (2 respondenten) en populatiebekostiging (2 respondenten) en één respondent wil terug naar het oude systeem van een zorgkantoor. Eén respondent geeft aan dat de

financiers mede-eigenaar zouden moeten zijn van GGZ instellingen. Een andere respondent heeft voor alternatieve financiering gekozen middels obligaties. Er moeten volgens alle respondenten heldere keuzes gemaakt worden wat wel en niet bij de GGZ hoort en hoe de GGZ zich verbindt en verhoudt tot de randgebieden met het maatschappelijk- en medisch domein. De onvoorspelbaarheid van beloop van psychische ziekten moet eerlijk naar buiten worden gebracht. Voor complexe psychiatrie is en blijft intensieve zorg nodig waarvoor marktwerking niet geschikt is.

Een respondent zegt dat voor toekomstbestendigheid vanuit de zorginhoud geïnnoveerd moet worden en dat de financiële mogelijkheden daarop volgen. Waarden creëren voor verschillende stakeholders gaat ook middelen creëren. De inhoud moet centraal staan en financiën ondersteunend daaraan.

R5: “We leggen uit waarom het zo is, maar we tonen het ook aan. We hebben niet alleen een leuk verhaal waarvan je de tranen in de ogen springen. ”

De respondenten denken verschillend over optimale grootte. Er zou volgens vier van de vijf respondenten geen toekomst zijn voor grote GGZ instellingen. Er is een bepaalde maat nodig om gevoel te houden met de organisatie en de omgeving en om tot verandering te komen. Twee van de vijf wijzen op de noodzaak van grootte om voldoende multidisciplinaire specialistische kennis en kunde in huis te hebben en te kunnen opleiden.

R5: “Hoe groter je wordt, hoe bureaucratischer, dat is een soort wet. Dat is een gevaar want het betekent dat je innovatiekracht afneemt, je wordt intern gericht.

Maatschappelijk

R2: “Dus die arrogantie en dat niet luisteren naar de wens van de maatschappij, op een gegeven moment gaat de maatschappij afrekenen en dat is ook gebeurd”.

Alle respondenten zijn zich zeer bewust van de druk vanuit de maatschappij om problemen op te lossen. De respondenten zijn verdeeld over waar deze problemen opgelost moeten worden, twee lossen zelf deze vraagstukken op door op te schuiven naar het maatschappelijk domein en die hulp zelf te doen. Drie andere respondenten zijn hier minder uitgesproken in en stellen ter discussie of dat niet ten koste gaat van specialistische kennis en kunde. Vier van de vijf respondenten

benadrukken het belang van de opvang voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet alleen voor de patiënten zelf maar ook voor de maatschappij.

R2: “Als je olie en water hebt dan mengt dat niet, maar herstel en behandeling zijn geen olie en water maar olie en azijn. Als je dat mixt dan krijg je iets heel lekkers”.

Vier van de vijf respondenten benadrukken het belang van het kunnen aantonen van toegevoegde waarde, iets wat GGZ instellingen te weinig doen. Twee van de vijf benoemen expliciet het belang van het kunnen kwantificeren van behandelresultaten. Eén respondent benadrukt dat het ook van belang is verzekeraars te kunnen tonen welke financiële besparing gehaald wordt, niet alleen op korte termijn. De respondenten vinden dat de GGZ ook meer naar buiten moet treden met wat ze kunnen en wat ze doen. Dit zou de-stigmatisering van psychische problemen bevorderen.

8.4.3 Anticiperen op de toekomst

R1: “Nou, de gulden komt ook niet terug, we moeten gaan nadenken over hoe de GGZ er werkelijk uit gaat zien”.

Er zitten duidelijke verschillen in strategieën hoe respondenten zich voorbereiden op de toekomst: we zien zowel robuust, veerkracht als agile terug als strategie bij de respondenten. Twee respondenten benadrukken het belang van een agile organisatie. Een respondent geeft juist aan te kiezen voor een robuuste strategie om de instelling te behouden in deze tijd van marktwerking. Opvallend is dat anti-fragile wel door alle respondenten genoemd wordt als de manier om tot echte verandering te komen: helemaal opnieuw beginnen conform de Blue Ocean theorie (bijlage 2).

R2: “Je laat je bestaande organisatie kannibaliseren door het nieuwe, tegelijkertijd moet je zorgen dat de core business doorgaat”.

Twee respondenten benadrukten het belang van de ontstaansgeschiedenis van de instelling waarbij voor de toekomst continuïteit van kernwaarden van belang is en regio afhankelijk. Twee respondenten geven expliciet aan dat je proactief moet zijn en meebewegen, niet tegenstribbelen. Flexibiliteit wordt als belangrijkste

organisatiekenmerk genoemd om toekomstbestendig te zijn en om te blijven vernieuwen.

R2: Digitaliseren is een manier, maar niet het ei van Columbus. We moeten een digitale revolutie ontketenen. Dus je moet je laten helpen door technologie, robots, EHealth en andere communicatiemanieren.

Alle respondenten gaven aan digitalisering en robotisering belangrijk te vinden. Ze vinden het budget dat zij hiervoor hebben klein. Voor innovatie kan de GGZ goed gebruik maken van andere sectoren, niet dat iedereen het wiel zelf uitvindt. Ook hiervoor is openheid en delen noodzakelijk, volgens twee respondenten.

R3: “Wat mensen missen is aandacht, gebouwen worden straks ontmoetingsplaatsen, het werk gaat ergens anders heen.

Er wordt door twee respondenten gesproken over de vastgoedstrategie. Zij geven aan dat de gebouwen minder nodig zullen zijn omdat meer zorg naar de wijk en thuis zal gaan.

Mensen komen minder naar gebouwen: de hulpverlening zal, mede als gevolg van de genoemde digitalisering, meer vanuit de thuissituatie gebeuren.

R2: “We moeten meer doen aan vroeg signalering en vroeg detectie want we zijn echt water naar de zee aan het dragen”.

Alle respondenten benadrukken dat er meer aandacht moet komen voor preventie en vroeg detectie om te voorkomen dat mensen in de GGZ terecht komen. De budgetten om hieraan te besteden zijn te laag volgens de respondenten en daar moet verandering in komen. De financiering zou hierop aangepast moeten worden. Chronische ziektes moeten vooral voorkomen worden en daarvoor is het noodzakelijk om na te denken over leefstijl-interventies en leefstijl-geneeskunde.

8.4.4 Aanvullende thema's

Tijdens het afnemen van de interviews hebben de bestuurders een aantal aanvullende thema's in relatie tot crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst naar voren gebracht.

Leiderschap

R4: "De huidige zittende bestuurders zijn toch nog heel erg op behoud van de organisatie gericht. Ik pleit heel erg voor meer diversiteit aan de top. Je ziet weinig jonge mensen, weinig mensen met een andere culturele achtergrond en seksuele geaardheid".

Leiderschap moet volgens vier van de vijf respondenten vormgegeven worden vanuit inhoud. Een respondent specificeert dat door het contextgevoelig en dienend leiderschap te noemen. Twee respondenten benadrukken dat je als leider zelf de toekomst maakt en waarde moet toevoegen. Je moet als leider veranderingen gewoon zelf doen en regelen dat het betaald wordt volgens een van de respondenten. Drie respondenten benoemen dat bottom up organiseren en nieuw leiderschap de nieuwe manier is om medewerkers te behouden.

R1: "Het zijn de klinisch leiders die het bij ons bepalen, mind you"

Regie

R5: "Nee, ik denk dat de overheid geen taak heeft in het opleggen van regels, want zij kunnen alleen maar uniforme strakke regels neerleggen".

Regie nemen in het proces tot verandering wordt door alle respondenten genoemd als noodzaak, wie dat moet doen is echter heel verschillend. De GGZ moet volgens drie van de vijf respondenten de regie pakken over de sector omdat alleen zij de urgentie voelen; de ander twee vinden juist dat de centrale overheid meer regie moet pakken omdat de GGZ te verdeeld is. Twee respondenten benoemen aanvullend dat er meer verantwoordelijkheid en regie bij de verzekeraars zou mogen komen te liggen.

R3: "Ik zou graag willen dat onze grootste financiers mede-eigenaar zouden worden".

Kleine instellingen en vrijgevestigde behandelaren

R5: "Om 5 uur de deur dicht en dan is de crisis voor iemand anders, er zal nog wel wat water door de zee gaan voordat het anders zal gaan".

Drie van de vijf respondenten laten zich kritisch uit over kleine instellingen en vrijgevestigd behandelaren, waarbij de volgende argumenten benoemd worden: zij hebben voor budgetoverschrijding gezorgd, de kwaliteit laat te wensen over, ze doen aan cherry picking en nemen hun verantwoordelijkheid niet. Volgens de drie respondenten zullen zij het de komende jaren, gezien de kleine winstmarges, niet redden.

8.5 Beschouwing

De uitkomsten van de interviews met de bestuurders van de vijf instellingen samengevat geven het volgende beeld.

Crisis

Ten aanzien van *crisis* valt op dat alle respondenten het woord crisis te sterk vonden uitgedrukt. Crisis werd in eerste instantie consequent als financieel uitgelegd. Alle respondenten gaven aan dat de GGZ in een identiteitscrisis zit en dat de GGZ zichzelf moet herdefiniëren. Niet alle bestuurders van GGZ instellingen herkenden de identiteitscrisis bij de eigen instelling.

Waardecreatie

Om in de complexe en turbulente omgeving waarde te blijven creëren voor zowel de *organisatie* als de *maatschappij* worden missies en visies herschreven en het beleid hierop aangepast. Er wordt gezocht naar een balans tussen specialistische zorg en integratie van het maatschappelijk domein. De schotten tussen de verschillend financieringsstromen worden consequent als belemmerend ervaren. Voor het *vakinhoudelijk* perspectief geldt dat instellingen waarde willen toevoegen door de specialistische kennis te behouden en verder te ontwikkelen en de bureaucratie te verminderen. Het thema polarisatie van de beroepsgroepen wordt unaniem als probleem ervaren.

Persoonlijk perspectief krijgt vorm door de zorg te personaliseren en de patiënt meer centraal te stellen. Over de inzet van ervaringsdeskundigheid en positieve gezondheid wordt verschillend gedacht.

Anticiperen op de toekomst

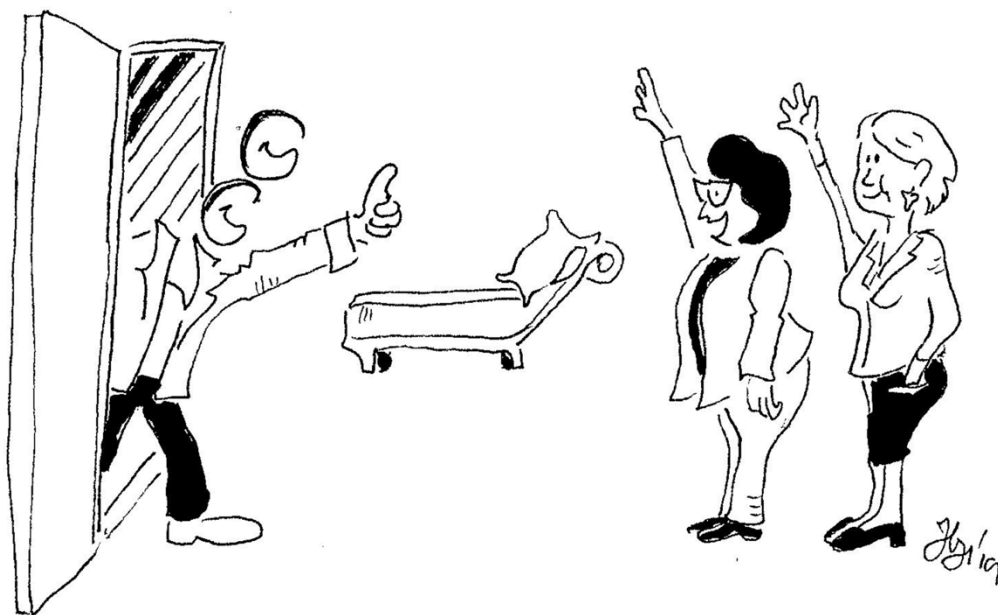
Ten aanzien van *anticiperen op de toekomst* geven de respondenten aan te zoeken naar de juiste manier van organiseren van de instelling om toekomstbestendig te zijn. Zij zoeken naar optimale grootte waarbij kwaliteit en betrokkenheid

gehandhaafd blijft. Flexibiliteit wordt het meest genoemd als toekomststrategie van de instelling.

Aanvullende thema's

Leiderschap en regie kwam bij iedereen terug als belangrijke onderwerpen, waarbij er verschillende gedacht wordt over wie de regie moet nemen. Vrijgevestigde praktijken en kleine instellingen krijgen kritiek zowel vanuit maatschappelijk, organisatie en vakinhoudelijk perspectief.

Hoofdstuk 9 Discussie, conclusies en aanbevelingen



9.1 Inleiding

We hebben ‘de GGZ op de Divan gelegd’ en komen tot conclusies waarin de verbinding wordt gemaakt tussen de verschillende deelonderwerpen crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst. De maatschappelijk relevantie is groot. De GGZ is in een radicaal nieuwe context geplaatst zoals uit de thesis naar voren komt: nieuwe verantwoordelijken, decentralisatie, geëmancipeerde zorgvragers, nieuwe aanbieders en revolutionaire ICT-ontwikkelingen. Maar het zorgsysteem is daar nog niet voldoende op aangepast. We voegen iets toe aan de discussie in de media door de soms gepolariseerde standpunten te onderzoeken en conclusies te trekken naar aanleiding van de resultaten waardoor deze thesis wetenschappelijke relevantie heeft. Uit de literatuur, de interviews, de kwantitatieve data en andere mediabronnen hebben we antwoorden gevonden op de vraagstellingen om tot een slotconclusie te komen. In paragraaf 9.2 bespreken we eerst de beperkingen van het onderzoek, in 9.3 beantwoorden we de vraagstellingen om daarna in 9.4 de antwoorden op de vraagstellingen te bediscussiëren. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen in 9.5.

9.2 Beperkingen

Zoals ieder onderzoek kent ook dit onderzoek beperkingen.

- Ons onderzoek heeft zich beperkt tot de begrippen crisis, waardecreatie en anticiperen op de toekomst in relatie tot de GGZ en GGZ instellingen. Uiteraard zijn er meer manieren om naar toekomstbestendigheid te kijken.
- De waardecreatie cirkel is een gestructureerde manier om feiten en ontwikkelingen te rubriceren. Het is een simplificatie van de complexe werkelijkheid waardoor er soms overlap was tussen de vier entiteiten.
- Een andere beperking van het onderzoek is dat wij als onderzoekers een vakinhoudelijke achtergrond hebben waardoor wij ons mogelijk identificeren met de professionals. Hierdoor kan er een bias zijn bij de interpretatie van de onderzoeksuitkomsten.
- Wij hebben gekozen om onderzoek te doen naar de GGZ en specifieke GGZ instellingen. Gaandeweg het onderzoek realiseerden we ons dat spreken over dé GGZ eigenlijk lastig is en onze conclusies en aanbevelingen mogelijk aanpassing behoeven voor specifieke onderdelen van de GGZ.
- Een andere beperking is de keuze van respondenten. De regionale spreiding is niet optimaal, het zuiden van Nederland is niet vertegenwoordigd.

9.3 Antwoorden op de vraagstellingen

Zijn GGZ instellingen in crisis? Is de GGZ in crisis? Zo ja, hoe uit zich dat?

Zowel op instellings- als op sector niveau is er géén sprake van een existentiële crisis in de betekenis die wij eraan gegeven hebben, namelijk bestaansrecht. De respondenten hebben existentieel veelal vertaald naar financieel maar ook daar is geen sprake van (op een enkele uitzonderingen na). Er is wél sprake van een identiteitscrisis bij de GGZ. Dat uit zich in wachtlijsten, personeelstekort, wantrouwen, schotten, verdeeldheid, gebrek aan regie, slechte naam, angst, reactiviteit, doorstroomproblemen, interne gerichtheid en onbetaalbaarheid.

Ervaren GGZ instellingen urgentie tot verandering? Ervaart de GGZ urgentie tot verandering? Zo ja, hoe wordt deze verandering vormgegeven?

Bovenstaande beschreven identiteitscrisis zorgt voor urgentie tot verandering voor de GGZ. De GGZ ervaart urgentie omdat er onvoldoende waarde wordt gecreëerd op de vier domeinen van waardecreatie. De verandering krijgt vorm door, zij het nog beperkt, verschuiving richting het maatschappelijk domein en richting preventie. Ook zijn instellingen op zoek naar een optimale grootte, die voldoende flexibiliteit biedt maar ook zorgt voor borging van kwaliteit en specialisme. Daarnaast ontstaan verschillende initiatieven om richting te geven aan verandering wat zich uit in de ontwikkeling van kleine projecten naast de bestaande zorg.

Welke factoren beïnvloeden de huidige situatie van de GGZ?

Samenvattend zijn de volgende omgevingsfactoren van invloed: ambulantisering, financiële stelsels, vergrijzing, personeelstekort, medicalisering, digitalisering, veranderende wetgeving, veranderende visie op gezondheid en het versnipperde GGZ landschap met zijn vele stakeholders. Naast deze factoren is de ontwikkelingsgeschiedenis van invloed op de huidige situatie. Daarin zien we grote regionale verschillen.

Welke elementen voegen waarde toe aan de GGZ?

De waardecreatie cirkel geeft aan op welke gebieden de GGZ waarde toevoegt vanuit de vier perspectieven: persoonlijk, vakinhoudelijk, organisatie en maatschappelijk. Vanuit ons onderzoek blijkt dat het centrale perspectief in de tijd aan verschuiving onderhevig is geweest en nog steeds is.

Welke scenario's zijn er voor denkbare en kansrijke manieren van organiseren van de GGZ?

Terugkerende scenario's zijn: samenwerking met, of opschuiven naar, het maatschappelijke domein; investeren in technologische innovaties; een grotere rol voor andere beroepsdisciplines als ervaringsdeskundigheid; in plaats van ziekte zou gezondheid gefinancierd moeten worden; meer aandacht voor preventie; weerbaarheid van mensen zou vergroot moeten worden door onder andere psycho-educatie op scholen.

De verantwoordelijkheid over de geleverde zorg zou bij de GGZ moeten liggen met een grote betrokkenheid van de stakeholders. De GGZ moet ervoor zorgen de specialistische kennis en asiel functie voor de psychiatrische patiënten te behouden. Qua organisatie worden flexibele, middelgrote instellingen als het meest kansrijk gezien. Nieuwe initiatieven zouden naast bestaande vormen van zorg ontwikkeld moeten worden.

9.4 Discussie

In deze discussie komen we terug op een aantal belangrijke onderwerpen die in samenhang zijn met de vraagstellingen en waar we aanvullend onze visie op geven.

Urgentie tot verandering

Uit alle interviews, de kwantitatieve gegevens, de berichten in de media en de literatuur komt urgentie naar voren om de organisatie van de GGZ te veranderen. Opvallend is dat bijna iedereen benoemt dat de GGZ *sector* in een identiteitscrisis zit terwijl over de GGZ *instellingen* wordt gezegd dat zij niet in crisis zijn. De instellingen bepalen echter voor een groot deel de sector. Als patiënten in onze spreekkamer dit zo verwoorden duiden wij dat als externaliseren. Het Sociaal Cultureel Planbureau geeft in zijn jaarlijkse rapport ook aan dat mensen zelf vinden dat het goed met hen gaat, maar dat het niet goed gaat met de maatschappij. Mogelijk is hier sprake van een vergelijkbaar fenomeen.

Organisatiestrategie

Het is een zoektocht naar optimale grootte voor GGZ instellingen. Daar is geen consensus over tussen de bestuurders: vroeger niet, nu niet en voor de toekomst ook niet.

De grootte van GGZ instellingen lijkt omgekeerd evenredig met een agile of anti-fragile organisatiestrategie, oftewel grote instellingen vertonen een gebrek aan flexibiliteit. Zij laten een robuuste en veerkrachtige organisatiestrategie zien die is

gericht op behoud van een instelling en passend bij marktwerking terwijl de huidige en vooral toekomstige situatie vraagt om andere organisatievormen. 'Agile' (flexibiliteit) vinden wij de meest passende organisatiestrategie voor bestaande instellingen. We weten dat zich in de nabije toekomst verrassingen zullen voordoen en dat het om een complex systeem gaat en er sprake is van turbulentie in de omgeving: de snelheid en onvoorspelbaarheid van ontwikkelingen is groot. Strategische beleidsvorming is dan lastig en vraagt om wendbaarheid. Voor echte transformatie zien wij 'anti-fragile', een Blue Ocean-achtige manier van herstarten, als de beste mogelijkheid naast bestaande instellingen. De houding-strategie van de diverse instellingen verschilt. Continue openheid en alertheid ten aanzien van veranderingen is nodig. Wanneer instellingen grote aanpassingen doen in missie en visie zijn dat aanwijzingen voor schoksgewijze strategie bijstelling.

Innovatie

We hebben ons verbaasd over de beperkte hoeveelheid middelen die beschikbaar gemaakt wordt voor innovatie op het gebied van digitalisering en robotica. Tussen instellingen wordt weinig uitgewisseld en er wordt in beperkte mate kennis van buiten de sector gehaald. Hierin herkennen we de genoemde reactiviteit van de sector. Bestaande processen en systemen belemmeren innovatie. Ook hier zien we een 'Blue Ocean' aanpak als oplossing waarbij er gezocht moet worden naar een passende manier van financiering.

Professionals

De professionals zijn sterk verdeeld. De geloofwaardigheid van de sector lijdt onder de verdeeldheid van de professionals. Medewerkers die ooit met passie en motivatie werkten keren zich af van de sector. De polarisatie leidt tot wantrouwen en algeheel waardeverlies van de sector.

Wij hebben als hypothese dat er door de sterke nadruk op het organisatieperspectief te weinig aandacht is geweest voor het vakinhoudelijk perspectief. Dit heeft geleid tot het zoeken naar erkenning en bevestiging van de beroepsidentiteit. Wij achten het van belang dat professionals onderling beter samenwerken en inzichtelijk maken en uitdragen wat de waarde is van de GGZ en specifiek van hun professie.

Centralisatie

Een opmerking van één van de bestuurders heeft ons aan het denken gezet over de 'centraal versus decentraal' discussie. Waarom is het in zo'n klein land als

Nederland nodig om specialistische zorg in alle regio's te organiseren? Wij vinden dat de GGZ zou moeten aansluiten bij de landelijke ontwikkeling in somatische gezondheidszorg om hoog specialistische centra op landelijk niveau in te richten, zoals in de forensische GGZ momenteel wel gebeurt. Dit zou bijdragen aan verdere professionalisering, kwaliteit, capaciteit en kostenreductie.

Netwerken van organisaties

De verschillende domeinen zouden volgens velen moeten samenwerken in een 'netwerk-organisatie'. De uitvoering hiervan komt nog maar heel beperkt van de grond. Daarbij spelen zowel identiteitsvragen (waar ben ik van en wie doet wat) als schotten tussen de financieringsstromen een grote rol in het niet optimaal vormgeven van de behandeling/zorg. Er liggen hier volgens ons zeker kansen om de integratie van de verschillende aspecten van hulpvragen te verbeteren en zo beter zorg aan de patiënt te verlenen.

Netwerk van de patiënt

Als laatste valt het ons op het betrekken van naasten weinig wordt genoemd terwijl wij denken dat er voor de toekomst juist veel winst te behalen is door samenwerking met het systeem waarin iemand leeft. Daarbij hoort wel de kanttekening dat de meest kwetsbare mensen vaak nauwelijks netwerk hebben en daar aandacht voor moet blijven.

9.5 Conclusies en Aanbevelingen

9.5.1 Inleiding

Vanuit het heden hebben we retrospectief gekeken naar het verleden en prospectief naar de toekomst. De oorsprong van de GGZ ligt bij maatschappelijke waardecreatie. Er werd vanuit angst gezocht naar oplossingen voor 'krankzinnigen'. Zij werden in instellingen buiten de maatschappij geplaatst en weggestopt: er was weinig sprake van persoonlijke-, vakinhoudelijke- of organisatiewaarde.

De ontwikkelingen maakten dat de geneeskunde zijn intrede deed en persoonlijke, vakinhoudelijke en organisatiewaarde groeiden. De GGZ creëerde daarmee waarde in een breder perspectief.

We constateren echter dat in het heden de balans is doorgeslagen naar het creëren van organisatiewaarde. Dat lijkt een logisch gevolg van de groei van de GGZ en de manier van financiering. Het organisatieperspectief heeft bijzondere aandacht in deze thesis gekregen omdat wij vertrokken vanuit een instelling in crisis en de focus binnen de sector in de afgelopen jaren, en nu nog steeds, op het

organisatieperspectief ligt. We hebben in ons onderzoek verschillende strategieën gezien: robuust, veerkrachtig, agile en anti-fragile. Het meest kansrijk lijkt een agile manier van organiseren van middelgrote instellingen.

9.5.2 Conclusies

De GGZ verkeert in een identiteitscrisis. Deze komt voor een belangrijk deel voort uit een te sterke focus op het organisatieperspectief. Momenteel is er sprake van waardeverschuiving richting het persoonlijk perspectief. Hierin schuilt het risico dat het vakinhoudelijk perspectief onderbelicht blijft. Behandelaren hebben de kennis en kunde in huis om de GGZ de toekomst in te helpen: bij hen zit de innovatiekracht en de oplossing voor organisatieproblemen, zij zijn de GGZ!

Wij zien de beste kans voor een toekomstbestendige GGZ wanneer aan de vier onderdelen van waardecreatie in gelijke mate belang wordt gehecht en ze in evenwicht worden gebracht en gehouden.

9.5.3 Aanbevelingen

GGZ

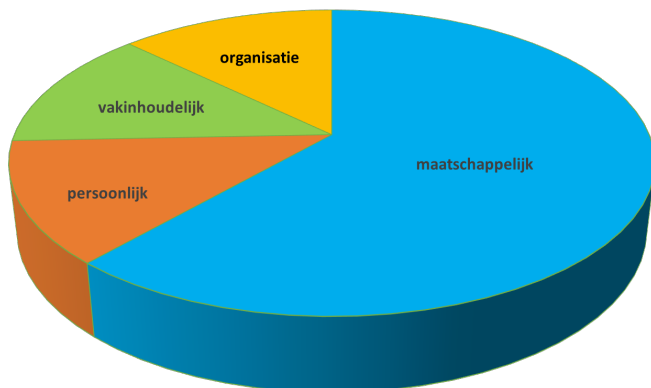
Voor de GGZ geldt dat er regie nodig is om die balans te creëren. Wij adviseren om een overkoepelend orgaan als GGZ Nederland deze regie te nemen. Door een *'Taskforce Waardecreatie GGZ'* te vormen kan die balans tussen de vier perspectieven van waardecreatie gemonitord en bijgestuurd worden. In deze taskforce moeten vertegenwoordigers zitten van de perspectieven, dus zowel patiënten, professionals, bestuurders van instellingen, verzekeraars en vertegenwoordigers uit de politiek. Een diepgaande analyse naar mogelijkheden om gezondheid te financieren zonder schotten tussen de domeinen is een van de opgaven voor deze taskforce. De taskforce moet uitdragen wat de GGZ te bieden heeft, hoe er gewerkt wordt en welke bijdrage er geleverd wordt aan een duurzame maatschappij met reële verwachtingen over wat de GGZ biedt zodat vertrouwen in de sector terugkomt.

GGZ instellingen

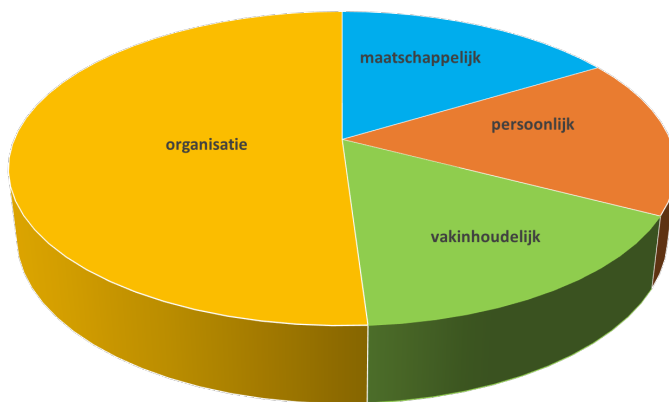
We adviseren instellingen om flexibel te worden waarbij krimp of opsplitsing een goede mogelijkheid kan zijn. Voor radicaal andere manieren van zorg adviseren we instellingen een Blue Ocean manier van organiseren, dus opnieuw starten en gewoon dóen. Lef hebben om budget vrij te maken voor innovatie en digitalisering is nodig. Instellingen moeten professionals beter faciliteren zodat zij passie terugkrijgen en met trots uitdragen hoe er waarde gecreëerd wordt. Instellingen moeten kritisch kijken naar de eigen organisatie door gebruik te maken van de waardecreatiecirkel van 'van Amerongen en Gribling' en balans hierin aan te brengen.

Tot slot wordt dit pleidooi voor waardecreatie beeldend inzichtelijk gemaakt:

Verleden



Heden



Toekomst



Nawoord

“Kill your Darlings” deze woorden hebben we veel gehoord tijdens het schrijven van onze thesis. We hebben veel gelezen, vonden (te) veel interessant en we hebben veel aan het papier toevertrouwd. “Kill your Darlings” heeft ervoor gezorgd dat de lezer nu een in omvang aanvaardbare thesis te lezen krijgt. Elke keer hadden we een beetje pijn als Lucie ons opnieuw vertelde dat we afscheid moesten nemen van onze Darlings. Maar ze had gelijk, onze thesis is er beter van geworden. En al die tekst die nu niet door een ander gelezen hoeft te worden zit in onze hoofden en heeft gemaakt dat we onszelf als echte experts over dit onderwerp beschouwen! Veel dank Lucie!

Overall kunnen parallellen getrokken worden, zo ook tussen het proces van het schrijven van deze thesis en het onderwerp van onze thesis: organiseren van toekomstbestendige GGZ. Zijn we in crisis geweest? Soms hele korte momenten maar we waren robuust, veerkrachtig, agile en anti-fragile op de juiste momenten om dit proces goed af te kunnen ronden! We waren in staat naar elkaar en naar anderen te luisteren. We sloten compromissen en vochten voor onze standpunten die we echt belangrijk vonden. Mochten we al momenten van twijfel hebben gehad over de keuze van ons thesisonderwerp dan werden we dagelijks geïnspireerd door op zijn minst aanverwante artikelen op social media en in de kranten. Veel dank Arlette dat je dit proces samen met mij hebt willen ondernemen! Gloria, veel dank voor de vele uren die ik bij jou in jouw studeerkamer mocht zitten!

Govert, veel dank voor alle support bij de puntjes op de i, zonder jou was het een stuk lastiger geweest...en Annabelle veel dank voor het verbatim uitwerken van alle interviews!

De Parnassiagroep heeft het mede mogelijk gemaakt dat wij deze studie hebben kunnen doen. We hebben inzicht gekregen in de organisatie en de keuzes die er gemaakt zijn en worden en zij hebben ons gesteund. Veel dank!

De MHBA heeft een fantastische groep samengesteld waarmee we twee jaar hebben opgetrokken met de afspraak “what ever happens in Epe stays in Epe” dus het enige dat we erover kwijt kunnen is dat het goed was: veel dank MHBA15!

De allerbelangrijkste steun hebben we gekregen van onze gezinnen. Zij hebben zich twee jaar lang aangepast aan ons en ons zeker tijdens het schrijven van de thesis weinig gezien. Veel dank lieve families!

Tot slot hebben we alle mensen die we mochten interviewen een cadeau gegeven, namelijk een schenking aan het Museum van de Geest Dolhuys (Bijlage 8). We hebben ons gerealiseerd hoe belangrijk de geschiedenis is voor de toekomst, dat we de uitdagingen begrijpen in het licht van ontwikkeling. Over een tijd is wat wij nu toekomst noemen geschiedenis en kunnen volgende generaties leren van hun geschiedenis.

Het was een mooie reis die we afsluiten met een mijmering over ons mooie vak.

Aan het eind...

*Aan het eind van een merkwaardig late zomerdag in oktober.
Een aantal gesprekken met patiënten achter de rug.*

*Hoe verschillend zijn mensen:
een zoekende religieuze die aan het vinden is,
een simpele man gelukkig met zijn hond,
een fel echtpaar dat naderend ontwijkend met elkaar omgaat,
een jonge vrouw die overspoeld wordt door haar falen paniekerig zich moet legen.
Verwonderd over hen, en verwonderd over mezelf slenter ik naar huis. Ik voel me
voldaan, en tegelijk ervaar ik allerlei vraagtekens in mezelf.
Zoveel gesprekken en even zovele ontmoetingen. In grote openheid beleef je levens
van anderen. Je bent erbij, geeft aandacht en warmte. Vluchtig zie je de flits van een
terloopse zelfherkenning die weer wordt weggevaagd door een vloed van nieuwe
gedachten en ervaringen die verteld moeten worden.
Wat ben je, wat betekenen je voor deze mensen? Zij zijn weggegaan.
En toch is het goed, al weet ik niet hoe, ik hoef dat ook niet te weten. Ik kan het zelfs
niet weten. Want het is hun levensgebeuren waarin ik even mocht verschijnen.*

P.A. Gribling: Hulpverlening: een bodemloos vat?

Bibliografie

1. Bakker, C. (2009). *Geld voor de GGZ (dissertatie)*: Amsterdam. Amsterdam University Press.
2. Binneveld, J. & Lieburg, M. (1973). *De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde*. Nederlands tijdschrift voor psychiatrie.
3. Boer & Kroon. (2014). *Van Instituten naar Ondernemingen in de GGZ. Een bedrijfseconomische studie naar de toekomstige structuur*: Amsterdam. Boer & Kroon.
4. Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*: Amsterdam. Atlas Contact.
5. Denys, D. (sept 2018). *Het is niet normaal om mooi en succesvol te zijn en alles onder controle te hebben*: Amsterdam Volkskrant.
6. Delespaul, P. Milo M., Schalken F., Boevink W., Van Os J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie*: Amsterdam: Diagnosis Uitgevers;
7. Delespaul, P., en anderen (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*: Utrecht. Kenniscentrum Phrenos.
8. Eurlings, L., Os van J. (2018). *Medicalisering en ondoelmatige zorg in de GGZ; rol van stoornisgericht denken en vergoeden*: Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam
9. Jonker, J., Witte, de M. (2013). *De vijf strategieën voor waardecreatie*. Management Executive. Den Haag. Kluwer.
10. MPZ (2018). *Green Deal 2018 Duurzame zorg. 2.0*. Milieu platform zorgsector. Rotterdam. MPZ.
11. Gribling, P.A. (1980). *Hulpverlening een bodemloos vat?* Lochem. De Tijdstroom BV.
12. Gribling, P.A. (1976). *Polariteit of polarisatie; transactionele bendering in de sociale psychiatrie*: Lochem. De Tijdstroom BV.
13. Grinten, T., van der & Kasdorp, J. (1995). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg. Van verstatelijking naar ondernemerschap*: Den Haag SCP.
14. Huisman, C. (sept 2018). *Aanpak verwarde personen is beter geworden, maar in veel gemeenten loopt het nog niet helemaal lekker*: Amsterdam. Volkskrant
15. Herald, M. (2006). *De spiraal van waarden en denken*. Amstelveen. Symbolon.

16. Huber, M., et al., (2011). *How do we define health?*: BMJ 343; d4163.
17. Janssen, R. (2017). *Het onzekere voor het zekere, tweebenig besturen in de zorg*: Rotterdam, Marketing & Communicatie ESHPM.
18. Johnson, G., et al (2017). *Exploring Strategy*: Edinburgh. Pearson
19. *Governancecode zorg* (2017): Artis, GGZ- Nederland, NFU, NVZ, VGN. Utrecht.
20. Kemperman, K., Geelhoed, J., Op 't Hoog, J. (2014). *Briljante businessmodellen in de zorg*: Den Haag. Academic Service, BIM Media.
21. Leensen, L. (2018). *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2018*: EY. Rotterdam.
22. Lippolis, L. & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse GGZ 2017*: Intrakoop. Waardenburg.
23. Ministerie van VWS (juli 2017). *Afspraken aanpak GGZ wachttijden*: Kamerbrief. Den Haag
24. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Medicalisering van levensfasen. Recept voor maatschappelijk probleem*. (2017). Den Haag. RVS.
25. Meurs, P. (2016) *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*: Den Haag: RVS.
26. Ministerie Volksgezondheid en Sport (2012). *De zorg, hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag.
27. Oosterhoff, M. (oktober 2018). *Een psychische aandoening is geen luxe*: Medisch Contact. Utrecht.
28. Os, van J., Guloksuz, S., Vijn T.W., Hafkenscheid, A., Delespaul P. *The diagnosis-evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?*: World Psychiatry. [ter perse].
29. Os, van J. (2018). *Multideskundige eCommunities als onderlegger van een Publieke GGZ*: TSG. 96:62-7. doi:10.1007/s12508-018-0125-2.
30. Pine II, J. & Gilmore, H. (2002) *Belevenis-economie*: Den Haag. Academic Service.
31. Rotmans, J. (2017). *Omwenteling*: Arbeiderspers. Amsterdam.
32. Rumsfeld, D. (2011). *Known and Unknown: A Memoir*. Penguin Group. New York.
33. Shorter, E. (1997). *Een geschiedenis van de psychiatrie*: Ambo. Amsterdam.
34. Steen, M van der. *Tijdig bestuur*. (2016): *Strategisch omgaan met voorspelbare verassingen*: NSOB. Rotterdam.
35. Taleb, N. (2012). *Antifragile*: New York. Random House.
36. Timmermans, M. (2018) *Stop het defeatisme rond chronische patiënten*: De Psychiater. Utrecht.

37. Trouw (2018), *'De transitie in de zorg is pas net gestart'*, interview met Baas N. en Malle M.
38. Verschuren, P., Doorewaard, H. (2016). *Het ontwerpen van een onderzoek*: Amsterdam. Boom Uitgevers.
39. Weick, K. (2015). *Managing the unexpected. Sustained Performance in a Complex world*: Hoboken. John Wiley & sons Inc.
40. WHO, (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. WHO. Geneve.
41. www.ad.nl/binnenland/politie-luidt-noodklok-recordaantal-incidenten-verwarde-personen-kijk-hier-waar~a9a3a9ac, geraadpleegd op 12-1-2019
42. www.arkin.nl/verwijzers/wachttijden., geraadpleegd op 24-02-2019
43. www.cbs.nl/nl-nl/maatschappij/bevolking, geraadpleegd op 21-11-2018
44. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/22/zorguitgaven-stijgen-in-2017-met-2-1-procent, geraadpleegd op 22-1-2019.
45. www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2014/43/inkomen-arbeidsdeelname-opleidingsniveau-vermogen-en-sociale-samenhang-naar-regio), geraadpleegd 17-1-2019
46. www.debalie.nl/agenda/onder-professoren-damiaan-denys-jim-van-os., geraadpleegd op 21-1-2018
47. www.dimence.nl/wachttijden, geraadpleegd op 24-02-2019
48. www.gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=19551&tab=table, geraadpleegd 26-1-2019
49. www.GGZnieuws.nl (jan 2019) Verwarde personen, geraadpleegd op 25 januari 2019.
50. www.hcss.nl/sites/default/files/files/reports/Discussiepaper_zorgkosten_en_baten.pdf, geraadpleegd op 12-1-2019
51. www.ing.nl/zakelijk/kennis-over-de-economie/uw-sector/outlook/health.html, geraadpleegd 5-5-2019
52. www.insights.abnamro.nl/branche/healthcare-financiering-curatieve-zorg-verloopt-via-zorgverzekeringswet, geraadpleegd op 4-2-2019
53. www.jaarverantwoordingzorg.nl, geraadpleegd op 15-12-2018
54. www.kiosk.decorrespondent.nl/collections/boeken/products/er-zijn-nog-17-miljoen-wachtenden-voor-u-sander-heijne-boek, geraadpleegd op 3-3-2019
55. www.medicalfacts.nl/2008/10/14/demografische-ontwikkelingen-hebben-steeds-sterker-invloed-op-organiseren-zorg. Geraadpleegd op 11-12-2019
56. www.ggz-nhn.nl/Wachttijden, geraadpleegd op 24-02-2019

57. www.rabobank.nl/bedrijven/cijfers-en-trends/gezondheidszorg, geraadpleegd op 5-2-2019
58. www.rvs.nl, geraadpleegd op 5-2-2019
59. www.samenbeter.org/proeftuinen, geraadpleegd op 28-08-2018
60. www.skipr.nl/actueel/id32499-dimence-groep-en-zilveren-kruis-nemen-kwaliteitseisen-op-in-contract.html, geraadpleegd op 22-02-2019
61. www.skipr.nl/actueel/id36267-arkin-experimenteert-met-ggz-zonder-tijdschrijven.html, geraadpleegd op 18-12-2018
62. www.skipr.nl/actueel/id34754-rabobank-investeert-400-miljoen-in-verduurzaming-van-zorgvastgoed.html, geraadpleegd 5-2-2019
63. www.skipr.nl/actueel/id34754-rabobank-investeert-400-miljoen-in-verduurzaming-van-zorgvastgoed.html, geraadpleegd 5-2-2019
64. www.skipr.nl/actueel/id37000-ggz-noord-holland-noord-haalt-20-miljoen-op-via-zorgobligaties.html, geraadpleegd op 22-2-2019
65. www.skipr.nl. Toekomstbestendige zorg, zakengids.nl/toekomstbestendige-zorg-wordt-gevormd-door-samenwerking, geraadpleegd op 27-12-2018
66. www.scp.nl/Nieuws/Nederlanders_Zorg_belangrijkste_prioriteit_voor_nieuw_kabinet, geraadpleegd op 15-1-2019
67. www.nvp.nl (2014) Vijftien veel gestelde vragen over DSM-5. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, geraadpleegd op 5-1-2019
68. www.parblue.nl, geraadpleegd op 9-3-2019
69. www.propersona.nl/Voor-verwijzers/Wachttijsten, geraadpleegd op 24-02-2019
70. www.puc.overheid.nl, geraadpleegd op 5-1-2019
71. www.vtv2018.nl/zorguitgaven, geraadpleegd op 2-3-2019
72. www.werk.nl/xpsimage/wdo213859, geraadpleegd op 17-1-2019
73. www.wortell.nl, geraadpleegd op 15-01-2019
74. www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing, geraadpleegd 15-1-2019
75. www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/zorgkosten-nederland-bijna-100-miljard, geraadpleegd op 26-1-2019
76. www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht/GGZ-Noord-Holland-Noord-vermindert-wachttijden-met-ander-intakegesprek

Bijlage 1 Lijst met veel gebruikte afkortingen en begrippen

- BGGZ: Basis Geestelijke Gezondheids Zorg
- BNP: Bruto Nationaal Product
- BOPZ: Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
- DBC: Diagnose Behandel Combinatie
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EPA: Ernstige Psychiatrische Aandoening
- FACT: Flexible Assertive Community treatment
- GGZ: Geestelijke Gezondheids Zorg
- Horizontaal toezicht: Vorm van samenwerking tussen de zorgverzekeraars en een zorgaanbieder die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie van handelen. Dit gaat enerzijds over correct registreren en declareren en anderzijds over gepast gebruik van zorg.
- Marktwerking: De zorgverzekeraars en zorgaanbieders concurreren met elkaar om de consument doelmatig en op maat van zorg te voorzien.
- POH: Praktijk Ondersteuner van de Huisarts
- Populatie bekostiging: Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder een bedrag krijgt per inwoner of verzekerde ongeacht of deze de zorg wel of niet gebruikt.
- PTSS: Post Traumatische Stress Stoornis
- RIBW: Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen
- SGGZ: Specialistische Geestelijke Gezondheids Zorg
- TOPGGZ: Topklinische GGZ
- VWS: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- WLZ: Wet Langdurige Zorg
- WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Bijlage 2 Blue Ocean Strategy

De Blue Ocean Strategy (BOS) is een bedrijfsstrategie. De strategie werd in 2005 gepubliceerd in het gelijknamige boek, geschreven door W. Chan Kim en Renée Mauborgne. De kern van de strategie bestaat eruit nieuwe markten te creëren, de Blauwe Oceanen. Dit staat in tegenstelling met het in een bestaande markt (rode oceaan) met anderen in concurrentie treden. De kern van de Blauwe Oceaan is de zogenaamde waardevernieuwing. De waardevernieuwing bestaat uit twee componenten die tegelijkertijd moeten worden geïmplementeerd. Als eerste vernieuwing van de dienst of het product, zodanig dat er waarde gecreëerd wordt zowel voor de klant als voor het leverende bedrijf zelf en als tweede kostenreductie door het afstoten of verminderen van kosten gerelateerd aan aspecten die in de markt minder nodig zijn. Kim en Mauborgne onderscheiden zes principes die aangeven hoe je blauwe oceanen kunt ontdekken en ontwikkelen te weten: het reconstrueren van marktgrenzen, je richten op het grotere geheel en niet op cijfers, verder kijken dan de huidige vraag of klanten, zorgen voor een strategische planvolgorde, het overwinnen van de voornaamste organisatorische struikelblokken en het inbouwen van uitvoering in de strategie.

Zij geven aan dat bedrijven vaak hun sector op dezelfde manier definiëren en proberen daarin de beste te worden. Ze bekijken hun sector in het licht van algemeen geaccepteerde groepen. Ze proberen dan op te vallen in de strategische groep waarin ze spelen. Ze richten zich op dezelfde afnemersgroep, de inkoper, de gebruiker of de beïnvloeder. Ze bakenen het bereik van de producten en diensten die worden aangeboden in de markt op dezelfde manier af. Ze accepteren de functionele of emotionele gerichtheid van hun sector. En ze richten zich bij het formuleren van de strategie op hetzelfde tijdstip en vaak op de huidige concurrentiedreigingen. Deze fundamentele vooronderstellingen waarop de meeste bedrijven hun strategie baseren houden bedrijven gevangen in rode oceanen. Om blauwe oceanen te openen moeten bedrijven kijken naar andere sectoren, andere strategische groepen en andere kopersgroepen, andere complementaire product of service aanbod, andere functionele – en emotionele gerichtheid en andere tijd.

Bijlage 3 Semigestructureerde vragenlijsten

Interview Inspiratoren

1: Is er iets wat u zelf allereerst kwijt wil nadat u onze doel- en vraagstelling van het onderzoek heeft gezien?

2: Vindt u dat de GGZ in crisis is? Zo ja, waarom? zo nee, waarom niet? Hoe definieert u crisis? (personeelstekort, dubbele vergrijzing, wachtlijsten, vraag overstijgt aanbod, instellingen met ontevreden klanten en medewerkers, instellingen die om dreigen te vallen).

3: Wat vindt u van de organisatie van de huidige GGZ zorg (instellingen) in Nederland? (grootte, fusies, kleine nieuwe spelers, ambulante/klinische, medicalisering, categoriaal denken (DSM), 20% van de bevolking doet een beroep, regio verschillen)

4: Wat ziet u als het grootste probleem van de huidige GGZ?

5: Hoe ziet u de gezondheidszorg in Nederland georganiseerd in de toekomst?

6: Welke plek heeft de GGZ-zorg daarin?

7: Hoe ziet u GGZ zorg over:

7a: 5 jaar, in 2025?

7b: 10 jaar, in 2030?

8: Hoe komt de GGZ zo ver? Wat is er nodig? (overheid, verzekeraars, banken, governance, bekostiging (populatie/prestatie/ preventie))

9: Wat kan de GGZ leren van ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg, nationaal en internationaal?

10: Wat kan de GGZ leren van commerciële bedrijven?

11: Hoe kijkt u aan tegen innovatie?

12: Hoe kijkt u aan tegen preventie?

13: Zijn er nog onderwerpen niet aan de orde geweest die u nog aan de orde wil brengen?

Interview Bestuurders

Instelling

1: Is er iets wat u zelf allereerst kwijt wil nadat u onze doel- en vraagstelling van het onderzoek heeft gezien?

Vraag 2: Hoe zou u uw eigen instelling omschrijven? (positieve en negatieve aspecten, Speerpunten/ Missie/ Kernwaarden/ Businessmodellen/ Waardecreatie, Cultuur, Financiën, Medewerkers)

3: In hoeverre en op welke aspecten ervaart u de noodzaak tot veranderen? Wanneer is er voldoende urgentie om in beweging te komen? Welk moment is dat voor u?

4: Vindt u dat uw instelling in crisis is? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

GGZ

5: Vindt u dat de GGZ in crisis is? zo ja, waarom? zo nee, waarom niet? Hoe definieert u crisis?

6: Wat vindt u van de organisatie van de huidige GGZ zorg in Nederland?

7: Wat ziet u als het grootste probleem van de huidige GGZ?

8: Hoe ziet u de gezondheidszorg in Nederland georganiseerd in de toekomst? Welke plek heeft de GGZ-zorg daarin?

9: Hoe ziet u GGZ zorg over:

9a: 5 jaar, in 2025?

9b: 10 jaar, in 2030?

10: Hoe komt de GGZ zo ver? Wat is er nodig? (overheid, verzekeraars, banken, governance, bekostiging, (populatie/prestatie/ preventie)

11: Wat en hoe gaat u dat doen met uw instelling?

12: Hoe kijkt u aan tegen innovatie?

13: Hoe kijkt u aan tegen preventie?

14: Hoe zou de GGZ om moeten gaan met schaarste op de arbeidsmarkt?

15: Wat ziet u als optimale manier van bekostigen van GGZ zorg?

16: Wat kan de GGZ leren van ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg, nationaal en internationaal?

17: Wat kan de GGZ leren van commerciële bedrijven?

18: Hoe kijkt u tegen de bewegingen zoals de “nieuwe GGZ” en “Samen beter en Redesigning Psychiatry”? (wijkgericht werken, de-categorialisering, evidenced based, E-community, netwerken, positieve gezondheid, ervaringsdeskundigheid)

19: Zijn er nog onderwerpen niet aan de orde geweest die u nog aan de orde wil brengen?

Bijlage 4 Topic lijst

- Eerste invallen van respondent naar aanleiding van probleem/doel/vraagstellingen.
- Crisis: sprake van crisis GGZ, zo ja wat voor crisis.
Urgentie tot verandering, zo ja op welke gebieden.
- Waardecreatie: meerwaarde van GGZ, op welke gebieden.
Organisatie huidige GGZ
- Anticiperen toekomst: organisatie toekomstige GGZ in Nederland
Focus van de GGZ in de toekomst
- Onderwerpen niet aan de orde geweest

Bijlage 5 Coderen

Verbatim interviews markeren

Open coderen

Urgentie tot
verandering

Kansen

Oplossingen

Nodig

GGZ
instellingen

Axiaal coderen

Polarisatie

Medicalisering

Financierings-
systeem

Professionals

Verdeeldheid,
geen regie,
schotten,
wantrouwen,
concurrentie

Sociaal domein,
preventie,
herstel
ambulantisering

DSM classificatie,
regeldruk,
schotten,
bureaucratie,
verantwoording

Digitalisering,
innovatie,
verzakelijking,
specialisme,
positieve
gezondheid

Selectief coderen

Crisis

Waardecreatie

Anticiperen
op de toekomst

Bijlage 6 PESTEL analyse

Politiek

Voor de politiek geldt dat er op verschillende niveaus invloed uitgeoefend wordt. Wereldpolitiek, Europese politiek, nationale politiek, provinciale politiek en gemeentelijke politiek spelen een rol voor de Gezondheidszorg. De thema's voor gezondheidszorg in Europa komen sterk overeen met die van Nederland. Deze belangrijke gezamenlijke thema's zijn: Vergrijzing van burgers en zorgverleners, groei van chronisch ziekten, multiculturele samenlevingen en de gevolgen van de economie voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Een aantal algemene trends zijn waar te nemen in de manier waarop er door de politiek en de maatschappij naar de zorg wordt gekeken:

- Toenemende Europese regelgeving
- Toenemende decentralisatie naar private partijen (zorgverzekeraars)
- Toenemende decentralisatie naar gemeenten
- Toegenomen nationale regelgeving
- Afnemende loyaliteit van de kiezer
- Veranderende waardepatronen omtrent gezondheid
- Verschuivingen in definitie van gezondheid en ziekte; Gezondheid is een dynamisch multidimensioneel begrip
- Verschuivingen in doelen van gezondheidsbeleid; naar maatschappelijke participatie
- Groeiende zorgconsumptie (inmiddels 10% van BNP)
- Toenemende overdrachten (door flexwerktijden, specialisatie)
- Veranderend aanbod van preventie, (jeugd)zorg en ondersteuning

Belangrijke thema's in het huidige politieke landschap zijn:

Participeren in een veranderende wereld

Actieve participatie van burgers is zowel in Nederland als op Europees niveau een belangrijke doelstelling. Hoe kunnen patiënten en zorgorganisaties gestimuleerd worden richting patiëntgerichte zorg en het vergroten van patiënten participatie?

Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving

Hierbij gaat het om het verlenen van andere zorg, professionaliseren en toetsbaar handelen. Voor wat betreft het eerste thema is te zien dat op zowel Europees als nationaal niveau groot belang wordt gehecht aan vraag gestuurde zorg, gedeelde besluitvorming en het veranderen van de 'mindset' van artsen (en patiënten) om

dit te realiseren. Andere zorg verlenen betekent, in het perspectief van de volksgezondheid, het voorkomen van de zorgvraag.

Creëren van een passend gezondheidslandschap

Op nationaal niveau zijn vier thema's te onderscheiden: integraal samenwerken, doelmatigheid bevorderen, gezonde arbeidsmarkt creëren voor preventie, zorg en ondersteuning en innovatiecultuur stimuleren. Van deze vier thema's wordt de eerste, integratie, ook het sterkst benadrukt op Europees niveau. Op nationaal niveau gaat het over het slechten van barrières tussen bv. overheid en zorgverzekeraars of de verschillende financieringsstelsels (zoals AWBZ en WMO). Op Europees niveau gaat het met name over de relatie tussen eerste en tweede lijn.

Het streven is om innovatieve oplossingen te vinden om de gezondheid van Europese burgers te verbeteren en om gezond en actief ouder worden te bevorderen.

Kiezen van collectieve prioriteiten

De laatste invalshoek stelt de rol van de overheid centraal. Het beschermen van de volksgezondheid, collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden, ethische gezondheidszorgvraagstukken afwegen en effecten van inrichting van stelsel zijn hierbij belangrijke onderwerpen.

Veel Europese experts vinden het belangrijk dat gezondheidsonderzoek de bedoelde en onbedoelde effecten van zorghervormingen evalueert, dat er overeenstemming wordt bereikt over de juiste set prestatie-indicatoren en dat de vergelijkbaarheid van informatiebronnen en gehanteerde methoden wordt verbeterd. In het laatste regeerakkoord van 2017 staan de volgende speerpunten voor de zorg geformuleerd:

- mensen met een psychische stoornis zo veel mogelijk mee laten doen in de samenleving en stigmatisering tegen gaan.
- aanvullende maatregelen, zoals het organiseren van een regionale doorzettingsmacht om wachtlijsten te bestrijden. Binnen de bestaande budgettaire kaders werken we in overleg met de verzekeraars en de GGZ-sector aan de intensivering en opbouw van de ambulante GGZ.
- voor GGZ-cliënten die buiten een instelling wonen is een integrale aanpak nodig van gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars over zorg, ondersteuning, participatie, schuldaanpak, scholing en huisvesting, met aandacht voor de omwonenden.

- tot een wetsvoorstel komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten die langdurige zorg nodig hebben.
- een beter vangnet voor mensen met verward gedrag. Daar waar nodig moet regionale 24/7-crisis zorg met voldoende crisisplaatsen en vervolgzorg aanwezig zijn. Voor cliënten komen er meer mogelijkheden voor tijdelijke opname op eigen verzoek en na een gesprek met een professional. Dit helpt crisissituaties voorkomen en politie en hulpdiensten ontlasten.

Nationale preventie nota

Met de Nationaal Preventieakkoord maken maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, fondsen, sportverenigingen en bonden en het kabinet samen een statement om een maatschappelijke beweging te starten dat Nederland nog gezonder en vitaler maakt en die aansluit bij de energie in de samenleving. Bovendien willen partijen met elkaar een omslag bereiken van ad hoc initiatieven naar een breed gedragen, integrale en samenhangende aanpak die evidence-based is. Samenwerking met de wetenschap en kennisinstituten is daarbij van groot belang, zodat beleid, praktijk en wetenschap verbonden worden.

In het Nationaal Preventieakkoord, gepubliceerd in december 2018, staan afspraken tussen meer dan 70 verschillende organisaties en de overheid. Het akkoord richt zich op preventie van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Door deze drie onderwerpen aan te pakken kan de gezondheid van heel veel Nederlanders verbeteren. Hieronder een aantal afspreken en ambities die zijn vastgelegd: De Rijksoverheid wil samen met de organisaties in het Nationaal Preventieakkoord in 2040 een rookvrije generatie maken. Dat betekent dat kinderen dan niet meer beginnen met roken. En dat zwangere vrouwen niet meer roken. Ook staat in het akkoord dat het aantal rokende volwassenen moet dalen van 23% naar maximaal 5 %. Vanaf 2025 zijn bijna alle sportverenigingen rookvrij. Vanaf 1 januari 2019 komt de vergoeding voor deze Gecombineerde Leefstijlinterventie in de basisverzekering. Mensen en gezinnen met overgewichtproblemen krijgen zorg en ondersteuning op maat. Vanaf 1 januari 2019 komt de vergoeding voor deze Gecombineerde Leefstijlinterventie in de basisverzekering. In 2022 heeft 70% van de verloskundigen een training gevolgd om alcoholgebruik bespreekbaar te maken bij zwangere vrouwen.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu gaat onderzoeken of de maatregelen in het preventieakkoord helpen en zullen de nota evalueren.

Alhoewel het preventieakkoord slechts 3 items bevat is het een belangrijk akkoord omdat ook beschreven gaat worden hoe vormen van preventie vergoed gaan worden. Het biedt ruimte en opening voor preventieve maatregelen in andere sectoren. Het sluit aan bij de visie van velen dat gezondheidszorg in de toekomst op moet schuiven van behandeling naar vroeg interventie en preventie

Economie

Ban Ki-moon, secretaris generaal van de VN: "Het economisch groeimodel is in feite suïcidaal".

(Pine & Gilmore 2002, belevenisneconomie)

De gezondheidszorg is een belangrijke en grote sector in de Nederlandse economie met ca. 10% van het BNP. Tot deze sector behoren de verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg (care) en ziekenhuizen, medische specialisten, medische vrije beroepen en geestelijke gezondheidszorg (cure). Ruim 1,2 miljoen mensen verdienen hun brood in de zorgsector en nog eens 2,5 miljoen mensen zijn vrijwilliger. Er is sprake van gereguleerde marktwerking voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars (www.zorgwijzer.nl). Het lijkt er op dat marktwerking geleid heeft tot zorginvesteringen op plekken waar het businessmodel het best gedijt, niet waar de nood het hoogst was. In een poging om bij te sturen op kwaliteit, beheersbaarheid en transparantie is een soort tegensysteem ontstaan van bureaucratische beheersing en regelgeving dat, hoewel goed bedoeld, de GGZ almaar verder heeft ingepakt in regels en registratiedruk en daarmee steeds meer verwijderd is geraakt van de zorgbehoefte van de patiënt. De marktwerking is ideologisch overeind gebleven, maar is gaandeweg gesmoord in een vorm van sturing die veel weg heeft van bureaucratie en regulering.

De verwachting is dat gereguleerde marktwerking in de zorgsector doorzet. In steeds meer zorgsectoren zal de prestatiebekostiging worden doorgevoerd en werken zorginstellingen steeds vraaggerichter en efficiënter.

De invloed van de economische ontwikkelingen op de gezondheidszorg is duidelijk merkbaar geworden. De vraag naar zorg en de kosten nemen toe, maar ook de druk op de budgetten wordt groter. Zeker als de overheid besluit om nog meer op het macrobudget van de zorg te gaan bezuinigen. Toenemende marktwerking biedt kansen voor (commerciële) partijen in de gezondheidszorg. De toetredingsdrempel voor nieuwe zorgondernemers wordt lager en concurrentie tussen zorginstellingen neemt toe. Ook komt er steeds meer risicodragend kapitaal in de sector. In het licht van de toenemende marktwerking wordt een steeds groter beroep gedaan op de

professionaliteit van huidige zorgondernemers en –bestuurders (good Governance).

De deregulering van de afgelopen jaren en de voorzichtige invoering van meer marktprikkels heeft als doel dat er concurrentie op de kwaliteit ontstaat en dat er efficiënter gewerkt wordt. De patiënt moet tegelijkertijd meer keuzevrijheid krijgen. Hierdoor veranderen de rollen in de gezondheidszorg. De overheid moet meer loslaten en zich richten op het stellen van de normen en de toetsing ervan. Instellingen krijgen dan de verantwoordelijkheid om een eigen koers uit te zetten en lopen daarbij ook meer bedrijfsrisico's. Deze transitie gaat echter zeer geleidelijk.

De financiële gevolgen worden ook geleidelijk zichtbaar. In dit proces zien we af en toe uitschieters. Zo is de liquiditeitsbehoefte van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg groot door lange doorlooptijden van DBC's en de overgang van bevoorschotting naar facturatie.

De gehele sector staat voor enorme bouwen investeringsopgaven om verouderde huisvesting te vernieuwen.

Naast de relatieve schaarste aan kapitaal zijn veel zorginstellingen nog wat huiverig voor de toenemende financiële risico's en de onzekerheid over de verdere invoering van marktwerking in de zorg. Het merendeel van de zorgaanbieders weet zich goed aan te passen aan de nieuwe omstandigheden en behalen positief resultaat door in te spelen op nieuwe kansen.

Sociaal Cultureel

Psychische problemen zijn niet zeldzaam – epidemiologisch onderzoek laat zien dat elk jaar tot een kwart van de bevolking in Nederland significante psychische klachten heeft. Geen enkel zorgsysteem dat één-op-één zorg levert, kan jaar in jaar uit voorzien in die potentiële zorgvraag; de middelen zijn er te beperkt voor (www.cbs.nl). De GGZ kan hooguit 5-7% van de bevolking verzorgen. Hiermee ontstaat een zeker spanningsveld: hoe bepaal je wie die zorg krijgt en wie niet? Je zou willen dat de ongeveer 6-7 miljard per jaar die wordt besteed aan de ggz in Nederland wordt ingezet volgens het *public health*-principe van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): zo goed mogelijke zorg voor zo veel mogelijk mensen. Om dat te bereiken moet er een soort afstemmingsmechanisme zijn, een prioritering van de schaarse middelen in relatie tot het totaal van de zorgbehoeften.

De Nederlandse GGZ is echter weinig transparant met betrekking tot de gewenste prioritering. We investeren in vergelijking met andere landen behoorlijk in de GGZ, maar de geldstromen gaan letterlijk alle kanten op, zonder dat we goed weten waarom en hoe. Er bestaan enorme regionale verschillen in het behandelaanbod. Er bestaan ook substantiële verschillen in het aanbod van zorg voor de verschillende soorten psychische problemen, die al evenmin te verklaren zijn vanuit het public-health principe.

Toekomstverwachtingen

Voor de toekomst van de zorg, en dus ook voor de GGZ, zijn demografische ontwikkelingen voor de komende dertig tot veertig van belang om rekening mee te houden. De wereldbevolking neemt tot 2051 toe tot ruim negen miljard mensen. Maar niet op alle continenten groeit de bevolking. De ontwikkelingen in Europa lopen anders. Lage vruchtbaarheid en lage sterfte zorgen voor vergrijzing. De bevolkingsaanwas in veel Europese landen komt in de min. Nederland is een van de weinige landen uiteindelijk waar de bevolking niet groeit en ook niet krimpt. Tot 2035 vindt er groei plaats tot 17 miljoen inwoners en daarna daalt de bevolkingsomvang. In 2050 ligt de prognose op 16,8 miljoen inwoners. De cijfers van de vergrijzing zijn dan ook spectaculair. Zo groeit volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek het aantal 70-plussers in de periode tot 2025 met 34%: van 2,05 naar 2,75 miljoen. De verwachting is dat het aantal 80-plussers toeneemt tot 1.250.000 in 2025. Daarnaast verdubbelt het aantal eenpersoonshuishoudens van 80-plussers tot 750.000 in 2040. Dit heeft grote gevolgen voor de GGZ. Rond 2040 bereikt de vergrijzing haar hoogtepunt. Het aantal ouderen ten opzichte van het aantal 20-65-jarigen zal dan zijn toegenomen tot 43% (ten opzichte van 15% nu). Dit komt door de geboortegolf na de oorlog, maar ook omdat ouderen steeds ouder worden. Deze uitstroom van werkenden uit de arbeidspopulatie zal de economische groei beïnvloeden en een groter beroep doen op een duurzame inzet van bestaand arbeidspotentieel. De samenstelling van de groep ouderen verandert wel. Ze zijn langer vitaal dan enkele decennia geleden en ze worden gemiddeld ouder. Dit betekent enerzijds veelal uitstel van zorgkosten en anderzijds een toename van oudere mantelzorgers.

Bovengenoemde sociaal culturele ontwikkelingen gaan gevolgen hebben voor de GGZ. Multimorbiditeit dwingt ons ertoe beter samen te werken tussen zowel andere GGZ instellingen als andere gezondheidszorginstellingen. Ook het feit dat er meer mensen blijven leven met chronische aandoeningen zorgt ervoor dat er een

hulpvraag komt in het begeleiden van mensen met psychische gevolgen van leven met een ziekte.

De multiculturele samenleving vraagt van de GGZ om voor deze specifieke cultureel bepaalde psychische problemen een antwoord te vinden evenals hulpverlening in de moedertaal van immigranten.

De GGZ zal zeker strategie moeten gaan bepalen op de groeiende hulpvraag van ouderen waarmee existentieel vraagstukken, mede door het wegvallen van inbedding door familie en geloof, een belangrijke rol spelen.

Technologie

De ontwikkeling van technologie in de zorg zet door en is hard nodig om de productiviteit te verhogen. Naast betere plannings- en beheersprocessen, verbetert ook de technologie op het gebied van Dominica, radiologie en zelftesten voor preventie en screening. Dit levert ook nieuwe bedrijvigheid op in de sector. Medisch-technologische ontwikkelingen zorgen voor extra uitgaven en extra gezondheidswinst. Ze leiden ook tot ethische gezondheidszorgvragen o.a. op het gebied van de privacy. Grin staat daarbij voor Genomics (& biotechnologie), Robotica, Informatie & Communicatie Technologie, Imaging en Nanotechnologie. Genomics (kennis over de genen) en biotechnologie (o.a. systeembio, stamceltechnologie) zorgen voor grote veranderingen. Door de koppeling van biobanken komt veel informatie beschikbaar op zowel ziekteniveau als populatieniveau. Daarnaast maken de ontwikkelingen in de biotechnologie het mogelijk om precieze diagnostiek te verrichten en risicoprofielen te maken. Iedereen heeft wel een verhoogd risico op iets. Gevoegd bij de toenemende mogelijkheden voor vroegdiagnostiek is de kans groot dat er in de toekomst geen gezonde mensen meer bestaan, maar alleen nog maar onder gediagnosticeerden. Deze kunnen dan wel een behandeling krijgen die aansluit bij de persoonlijke kenmerken. Biotechnologie speelt namelijk ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van 'personalized medicine', waarbij medicatie op het individu is afgestemd. Daarnaast speelt biotechnologie een rol op het gebied van de regeneratieve geneeskunde en de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven. Robotica wordt met name ingezet ter ondersteuning van invasieve ingrepen en revalidatie. Het draagt ook bij aan de verbeterde logistiek in ziekenhuizen. Met name de minimaal invasieve chirurgie is momenteel sterk in ontwikkeling. Wanneer de robotica wordt gebruikt voor de verhoging van de zelfredzaamheid in huis wordt het Dominica genoemd. De huidige inzet van Dominica (bijvoorbeeld in de ouderenzorg) blijft achter bij de verwachting, maar zal de komende jaren toenemen. Informatie- en communicatietechnologie wordt vooral ingezet ter

ondersteuning van de persoonlijke en professionele data-ontsluiting en voor monitoring en behandelingen op afstand. Daarnaast wordt ICT ingezet in de communicatie. Denk daarbij aan de diverse E-health toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Maar ook aan combinaties van robotica en ICT imagingtechnieken (zoals echografie, röntgenfoto's, CT scan, MRI en PET scan) heeft de laatste jaren een grote vlucht genomen en verdient een eigenstandige plek in het rijtje technologieën waar men hoge verwachtingen van heeft. Met name in de diagnostiek en in combinatie met robotica en ICT staan de ontwikkelingen nog niet stil.

Nanotechnologie kan overal in worden toegepast. Het onderzoek in de farmacie spitst zich vooral toe op het gericht bezorgen van medicatie op die plekken in het lichaam waar deze het meest werkzaam is. Daarnaast biedt het mogelijkheden voor vroegdiagnostiek die zelf thuis kan worden uitgevoerd, omdat hele laboratoria op een chip kunnen worden gezet. Nanotechnologie wordt daarnaast ook toegepast in consumentenproducten. Over de mogelijke risico's daarvan en de manier om de veiligheid te testen wordt wereldwijd gediscussieerd.

Voor de GGZ geldt vooral dat EHealth toepassingen steeds meer ingezet worden en een enorme consequentie gaan hebben voor de manier waarop er GGZ geleverd wordt. Er ontstaan initiatieven waarbij de behandeling alleen nog digitaal plaatsvindt maar ook 'blended' aangeboden wordt.

Environment

Met het ondertekenen van het Green Deal akkoord in oktober 2018 heeft de GGZ-sector aangegeven te willen verduurzamen, daarbij dient rekening gehouden te worden met een aantal belangrijke GGZ-kenmerkende aspecten. Dit is van belang om de verduurzaming tot 2050 succesvol te laten verlopen. Van de vier thema's zal de energietransitie de grootste impact hebben voor de GGZ aanbieders. Immers hebben vele instellingen te maken met oude gebouwen, beperkte beschikbare middelen en hebben alle instellingen te maken met prestatie gebonden financieringen.

Na ondertekening van de Green Deal is er een regiegroep ingesteld, vanuit alle zorgsectoren vertegenwoordigd door een bestuurder. Het gezamenlijk doel, gebaseerd op de vier duurzaamheidsthema's is: Aangeven van de koers richting 2050; signaleren van knelpunten van de leden; opstellen van een strategie, hoe gaan we dit in goede banen leiden; bewaken van de voortgang.

Klimaatakkoord

Tijdens de onderhandeling van het klimaatakkoord heeft de zorgsector deelgenomen aan de relevante klimaattafels waaraan de zorgbranches samen met VWS deelgenomen hebben aan de werkgroep utiliteitsbouw. Deze tafel hield zich bezig met de normering van de gebouwen richting 2050. Er werd gezocht naar een landelijke normering voor de gehele utiliteitsbouw (inclusief de zorg). Tot slot wordt er in het klimaatakkoord gesproken over een streefdoel in 2030 van 49% reductie CO₂ en een einddoel van 95% CO₂ in 2050 ten opzichte van 1990.

Omdat de GGZ-sector een specifieke sector is waarbij er rekening dient gehouden te worden met tal van factoren lijkt een landelijke norm niet van toepassing voor alle GGZ aanbieders. Om die reden zijn de routekaarten geïntroduceerd. Op 1 mei 2019 zal er een landelijke routekaart opgeleverd worden aan VWS. Deze routekaart wordt momenteel ontwikkeld door TNO (in opdracht van VWS) en in samenwerking met alle zorgbranches. Bij de ontwikkeling van deze routekaart is gebruik gemaakt van openbare data en reeds bestaande onderzoeken. Hierdoor zal er een landelijk beeld ontstaan van het vastgoed in de zorg met daarbij o.a. bouwjaren, energie labels, indexaties etc. Deze worden vervolgens getoetst aan de landelijke duurzaamheidsdoelstellingen: 95% CO₂ reductie in 2050. Dit betreft dus een globale inschatting die noodzakelijk is voor het gesprek bij de verschillende ministeries. Deze sectorale routekaarten worden elke 4 jaar geüpdatet om de voortgang en eventuele knelpunten te kunnen monitoren, dit wordt door de brancheorganisaties ontwikkeld en bijgehouden.

Naast de landelijke routekaart zullen ook alle instellingen een eigen routekaart richting 2050 moeten ontwikkelen. Dit is van belang om aan de bevoegde gezagen (gemeentes of uitvoeringsdiensten) te kunnen verantwoorden hoe er richting 2050 gewerkt wordt aan een CO₂ neutrale vastgoedportefeuille. Naast deze verantwoording zullen de routekaarten eveneens aangeven of de doelstelling haalbaar en betaalbaar is, omdat elke instelling anders is zullen de routekaarten per instelling ook afwijken. Zo kan het zijn dat instelling A in 2035 CO₂ neutraal is en instelling X pas in 2060, de instelling specifieke routekaarten moeten dit helder maken. Om deze routekaart te kunnen ontwikkelen is GGZNL samen met de andere zorgbranches, VWS, TNO & MPZ bezig met het ontwikkelen van een handleiding dat instelling gaat helpen met het opstellen van een routekaart richting 2050.

Legal

Ten aanzien van het wet en regelgeving kan verwacht worden dat er eerder meer, dan minder regels zullen zijn daar Nederland zich aan moet sluiten bij Europese wet en regelgeving. Daarnaast kan verwacht worden dat de komende jaren (althoewel

alweer een paar keer uitgesteld) de nieuwe het BOPZ verwacht kan worden, waardoor processen flink aangepast zullen moeten worden.

Vanaf 2020 vervangt de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) de BOPZ. Een belangrijke verandering is dat verplichte zorg straks ook buiten een GGZ-instelling opgelegd kan worden. In de Wvggz staat dat de cliënt voldoende invloed moet hebben tijdens de hele periode van verplichte zorg. Zo mag een cliënt een eigen plan van aanpak opstellen om verplichte zorg te voorkomen. Er bestaan zorgen dat mensen wellicht eerder in aanmerking komen voor gedwongen zorg. Ook de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten is van belang. Deze regelt dat de zorg op basis van een zorgplan, nadat de cliënt daarmee heeft ingestemd, plaatsvindt. Onvrijwillige opname wordt hierdoor het uiterste middel.

Bijlage 7 Welke stakeholders bepalen de toekomst mee?

In Nederland zijn er veel partijen die meedenken en mee bepalen hoe de toekomst van de GGZ er uit gaat zien. In deze bijlage geven we een overzicht van deze partijen.



GGZ Nederland is de brancheorganisatie voor de GGZ in Nederland. Bij GGZ Nederland zijn ruim honderd leden aangesloten, variërend van grote regionale - tot kleinere gespecialiseerde zorgaanbieders. GGZ Nederland streeft ernaar om landelijk goede afspraken te maken met overheid, politici, verzekeraars, patiëntenorganisaties en andere partners zodat lid-instellingen de ruimte krijgen doelmatige en innovatieve GGZ te leveren en de kwaliteit op hoog niveau te houden.



De NVP is de beroepsvereniging van en voor BIG-geregistreerde psychotherapeuten. De NVP zich richt op de ontwikkeling en kwaliteit van de psychotherapie.



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland bevordert de kwaliteit van onze gezondheidszorg en adviseert over de inhoud van de verplichte zorgverzekeringen. Op deze manier houdt elke burger toegang tot goede zorg, tegen aanvaardbare kosten voor ons allemaal: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Hierbij zijn momenteel de volgende taken belegd:

- adviseren over en verduidelijken van het basispakket aan zorg
- bevorderen kwaliteit en inzichtelijk maken van de zorg
- zinnige zorg, systematisch doorlichten van het basispakket
- uitvoeren van de financiering van ZVW en WLZ.



De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een Nederlands zelfstandig bestuursorgaan, dat sinds 1 oktober 2006 bestaat. De NZa bestaat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg en valt onder toezicht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De oprichting van de NZa hing samen met het stelsel van zorgverzekeringen dat op 1 januari 2006 in Nederland werd ingevoerd. In de Nederlandse Zorgautoriteit werden het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) samengevoegd tot één bestuursorgaan dat toezicht moet houden op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De NZa houdt toezicht op de zorgmarkt in Nederland, zowel op zorgaanbieders als verzekeraars. De kerntaak van de NZA is regulering, toezicht houden en dataonderzoek en analyse van gegevens in de zorg. *2030 volgens de NZA:* De NZA verwacht dat er 2030 nieuwe vormen van bekostiging zullen zijn, bijvoorbeeld integraal in multidisciplinaire teams. Er zal ruimte zijn voor regionale en/of lokale diversiteit. Presentie zal de basis in alle sectoren van zorg zijn waar de burger mee in aanraking komt. De huidige regulering is van schotten ontdaan. Er zullen zorgarrangementen ontstaan zijn die gebaseerd zijn op uitkomsten. Toezicht zal dan met gedaan worden met de focus op kwaliteit, innovatie, betaalbaarheid en toegankelijkheid.



MIND, Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) is dé koepel van, voor en door cliënten- en familieorganisaties in de GGZ. Mind streeft ernaar de positie van iedereen die te maken heeft met psychische problemen structureel te verbeteren.



Akwa GGZ streeft naar een continue en planmatige ontwikkeling en monitoring van de kwaliteit van de zorg in de GGZ. Het doel: de juiste zorg, door de juiste professional, op het juiste moment en de juiste plaats. Zorg die bovendien

doelmatig is, afgestemd op de voorkeuren van de patiënt en diens naasten, in goede samenhang met andere zorgdomeinen en in de keten en met behoud van continuïteit. De behandeling en zorg moet gebaseerd zijn op actuele kennis en kunde die nationaal en internationaal aanwezig is.



De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is een ledenvereniging van, voor en door psychiaters. Ruim 3500 psychiaters en psychiaters in opleiding zijn lid van de vereniging. De vereniging stelt zich ten doel “de bevordering van de psychiatrie in de breedste zin, de behartiging van de wetenschappelijke en beroepsmatige belangen van psychiaters, de bevordering en stimulering van opleiding en scholing en de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de psychiatrie. Vertaald in een bondige missie zet de NVvP zich in voor een goede psychiatrische patiëntenzorg in Nederland. Dit alles in de eerste plaats voor de patiënt en zijn of haar naastbetrokkenen. De activiteiten van de vereniging rusten op vier pijlers: positionering en belangenbehartiging, kwaliteit van zorg, opleiding en wetenschap.



De LVVP vertegenwoordigt vrijgevestigde eerstelijns/gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen en behartigt hun belangen, zowel in overleg met branchepartijen als bij zorgverzekeraars en de overheid. De laatste jaren groeit de relevantie van overleg met de zorgverzekeraars, om de belangen van vrijgevestigde ggz-aanbieders veilig te stellen in een tijd van toenemende bezuinigingen en controle op de (geestelijke) gezondheidszorg. De LVVP ijvert daarnaast voor vermindering van de overdaad aan administratieve lasten.



Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is met ruim 13.000 leden de grootste beroepsvereniging van psychologen in Nederland. De vereniging behartigt de belangen van haar leden en biedt hen een platform voor het uitwisselen van kennis. Daarnaast bevordert het NIP de psychologiebeoefening in het algemeen.



P3NL vertegenwoordigt negen wetenschappelijke en beroepsverenigingen waarbij ruim 36.000 psychologen, psychotherapeuten en pedagogen zijn aangesloten, die dagelijks aan de slag zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. Zij dragen eraan bij dat zoveel mogelijk mensen deelnemen aan het arbeidsproces, onderwijs en sociale leven. Zij houden mensen aan boord, die korter of langer, niet zonder deze zorg en ondersteuning kunnen, en dragen zo bij aan de mentale veerkracht van de samenleving. P3NL werkt onder meer samen met overheden, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen en branches in zorg, ondersteuning en onderwijs, kennisinstituten en het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.



MEERGGZ is al ruim tien jaar een onafhankelijk platform en een belangenvereniging van een aantal moderne, ondernemende en innovatieve zorgaanbieders in de GGZ. MEERGGZ wil binnen de GGZ het geluid laten horen van zorgaanbieders die met elkaar een aantal uitgesproken opvattingen delen over onder andere: doelgericht en effectief behandelen, het meten en delen van behandelresultaten, transparantie naar cliënt en samenleving, een eigentijds personeelsbeleid.



V&VN is met 100.000 leden de grootste beroepsvereniging van Nederland. V&VN is er voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.



Ineen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties: InEen versterkt, vernieuwt en verbindt de eerste lijn en behartigt de belangen van de georganiseerde eerste lijn. InEen ziet de toekomst in 2030 als volgt: de rollen veranderen. Samen met de huisarts wordt gezocht naar antwoorden op gezondheidsvragen. In 2030 doet de eerste lijn zelf de diagnostiek en gebruikt beslisondersteunende systemen. Zorgprofessionals worden virtueel geconsulteerd en helpt op verzoek bij het interpreteren van de data. De burger woont thuis tot aan zijn graf. Consultatie vindt vooral online plaats, vragen rond kwaliteit van leven en sociaal functioneren staan hierbij centraal. De focus is gericht op het bevorderen van vitaliteit van mens en maatschappij. In 2030 werken zorgprofessionals niet meer vanuit gebouwen, maar zijn ze verbonden via onlinenetwerken. De indeling in nulde-, eerste- en tweedelij is verdwenen. Gezondheid en vitaliteit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel zorgprofessionals als van onderwijs, werkgevers, ervaringsdeskundigen, vrijwilligersorganisaties en overheden. In 2030 hebben we ons eigen online gezondheidsdossier in de Cloud en bepalen we zelf wie daar toegang tot krijgt. Medicatie is gepersonaliseerd en we krijgen toegediend wat we op basis van de gemeten waarden. In 2030 heeft iedereen eigen online gezondheidsdossier in de Cloud en bepaalt zelf wie daar toegang tot krijgt. Er zijn kleine communities in wijken en dorpen waar mensen elkaar ondersteunen. Ervaringsdeskundigen nemen werk van professionals over en voor de basiszorg doen wij een beroep op een verpleegkundige in het wijkcentrum. We delen met elkaar.



De Federatie Opvang is de brancheorganisatie voor de instellingen voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, beschermd en begeleid wonen. Ongeveer 60 instellingen zijn aangesloten bij de Federatie Opvang. Het is een sector waarin ruim 12.000 mensen werkzaam zijn met een omzet van 770 miljoen euro (2014).



De RIBW Alliantie is het landelijke samenwerkingsverband van de 21 RIBW 's in ons land. Dit zijn organisaties in de maatschappelijke GGZ die professionele begeleiding en ondersteuning bieden aan mensen die kampen met stevige psychische of psychosociale problemen.



Zorgverzekeraars Nederland behartigt de belangen van alle zorgverzekeraars. De vereniging heeft als doel om de zorgverzekeraars te ondersteunen bij hun missie: het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. ZN ondersteunt de zorgverzekeraars bij het verwezenlijken van deze missie door zich de komende jaren voor de branche in te zetten voor versterking van de maatschappelijke verankering van zorgverzekeraars en acceptatie van de rol en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in ons stelsel. Speerpunten van ZN zijn: Versterking rol zorgverzekeraars in het ZVW- en WIZ-stelsel, inkopen op kwaliteit en doelmatigheid, transparante en onderscheidende zorgpolissen, goede service en efficiënte uitvoering en hanteerbare risico's.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS):

Internationale vergelijkingen laten zien dat de zorg in Nederland op een hoog niveau staat. Maar er is een actieve houding nodig om die positie te behouden. De afgelopen jaren is ons zorgstelsel ingrijpend veranderd. Nieuwe hervormingen zijn niet nodig, wel verbeteringen. Onze grootste opdracht de komende periode is dat patiënten en cliënten gaan merken dat de zorg beter en persoonlijker wordt. Dat de juiste zorg op de juiste plek beschikbaar is, dichtbij huis of thuis als het kan, verder weg als het moet.

raad voor **Volksgezondheid en
Samenleving**

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en de beide kamers der Staten-Generaal. Alle aspecten die van invloed zijn op de gezondheid en het functioneren van burgers in de samenleving worden bij de adviezen betrokken. De RVS richt zich op het analyseren van bestaande en het ontwikkelen van nieuwe inhoudelijke, organisatorische, sociale en ethische zienswijzen.



Rabobank

De Rabobank verwacht dat de zorgvraag en bijbehorende kosten de komende jaren toe zal nemen. Dit is te wijten aan de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken, maar ook door nieuwe technieken en een mondige burger. Zij verwachten voor de komende jaren een stijgende vraag naar GGZ, met krimpende overheidsbudgetten. Klinische bedden moet worden afgebouwd. In plaats daarvan moet ruimte worden gemaakt voor innovatie, al dan niet rekening houdend met krimp. Dit vraagt om een flexibele kostenbelading (personeel, vastgoed) en innovatie (intensieve ambulante zorg, E-health). Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ neemt af, terwijl het aantal patiënten in de basis-GGZ en POH-GGZ (Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg) toeneemt. Mensen komen minder vaak meteen bij de gespecialiseerde GGZ terecht. Ze

ontvangen eerst lichtere vormen van zorg. Tegelijkertijd wordt de zorgvraag van patiënten in de gespecialiseerde GGZ complexer.



De ING verwacht in 2019 groei van de zorg boven de gehele economie (3% vs 2%). Veel geld zal gaan naar de ouderenzorg, door volumeafspraken groeit geneeskundige zorg minder hard dan de langdurige zorg. Vergrijzing, technische innovaties en welvaartsgroei vormen structurele groeimotoren voor de zorg. De volumegroei in de GGZ is voor 2019 op 1,3% gemaximeerd. GGZ-aanbieders staan voor grote uitdagingen: scherpe inkoop door zorgverzekeraars, personeelstekorten, hoge administratieve lasten, ondoorzichtig aanbod, afbouw van beddencapaciteit en haperende opbouw van ambulante (basis-)GGZ. In een landelijk actieplan hebben marktpartijen afgesproken om via regionaal maatwerk het aanbod beter op de vraag af te stemmen.



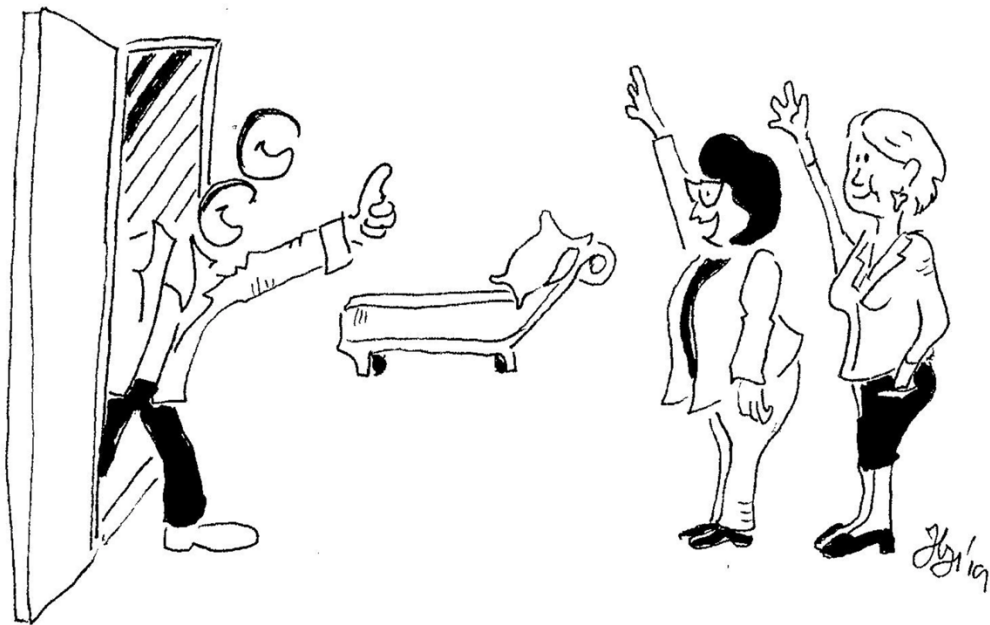
Een groeiend deel van de zorg is gericht op het kunnen participeren in de maatschappij, wat betekent dat men met ondersteuning thuis woont in plaats van in een instelling. Dat geldt ook voor de GGZ. De groei van de zorg is door de zorgakkoorden tussen de zorgverzekeraars, de overheid en de zorginstellingen de afgelopen jaren teruggedrongen tot onder de 2 procent per jaar. Voor 2018 zijn de overheid en de ziekenhuizen in een hoofdlijnenakkoord overeengekomen om de groei te maximeren tot 1,6 procent, wat in lijn is met de verwachte groei van de economie. Preventie wordt belangrijker. In het algemeen geldt: hoe ouder hoe zieker. Als dit zo blijft, resulteert de vergrijzing in een sterke toename van de zorgvraag. De omvang van de zorg zal echter ongeveer gelijk moeten blijven om de zorg voor iedereen betaalbaar te houden. We zullen dus gemiddeld gezonder moeten worden. De focus zal moeten verschuiven van behandelen naar het stimuleren en bewaken van de gezondheid van de bevolking in de regio.



De WHO heeft een actieplan voor de GGZ gemaakt. Dit plan loopt van 2013 tot en met 2020. De visie van het actieplan is dat er een wereld ontstaat waarin GGZ beschikbaar en stevig verankerd is. Dat de behandeling van mensen met psychische klachten menswaardig is en dat psychische klachten zoveel voorkomen worden. Patiënten met psychische klachten zullen zoveel mogelijk een onderdeel uit maken van de maatschappij, zonder discriminatie of stigma. Het algemene doel is om mentaal welzijn te bevorderen, psychische stoornissen te voorkomen, zorg te verlenen, herstel te verbeteren.

Bijlage 8 Bedankje voor alle respondenten





Arlette van Amerongen

psychiater

directeur Zorg Youz, Parnassia Groep

a.vanamerongen@youz.nl



Gloria Gribbling

psychotherapeut

voormalig manager Zorg PsyQ, Parnassia Groep

Vanaf 1 juni 2019:

directeur Behandelzaken, GGZ Breburg

gloriagribbling@hotmail.com