



Werkprocesonderzoek vijf beroepen gg



**Ten behoeve van de raming 2018 van het
Capaciteitsorgaan voor de vijf beroepen
geestelijke gezondheid**

Werkprocesonderzoek vijf beroepen gg

Ten behoeve van de raming 2018 van het
Capaciteitsorgaan voor de vijf beroepen geestelijke
gezondheid

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

Postbus 20051 | 3502 LB Utrecht
info@capaciteitsorgaan.nl | www.capaciteitsorgaan.nl
T 030-2823840

Uitvoering

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan door

CAOP

Cisca Joldersma, Ineke Bloemendaal en Karin Jettinghoff
Maart 2018

Het CAOP is hét kennis- en dienstencentrum op het gebied van arbeidszaken en
arbeidsmarktvaartstukken in het publieke domein.

Samenvatting

Doel- en vraagstelling

Dit onderzoek richt zich op het werkproces van de vijf beroepen geestelijke gezondheid (vijf gg): de klinisch psychologen, de klinisch neuropsychologen, de psychotherapeuten, de geestelijke gezondheidszorg (gz) psychologen en de verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daarmee is dit onderzoek een van de bouwstenen voor het ramingsmodel 2018 van het Capaciteitsorgaan voor de vijf gg. Voor het in kaart brengen van ontwikkelingen in het werkproces kent het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan de volgende vier parameters: efficiency; verticale substitutie, horizontale substitutie en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Het Capaciteitsorgaan heeft de onderzoekers gevraagd niet alleen te komen tot een kwantitatieve inschatting van de waarde van deze vier parameters, maar ook de kwalitatieve onderbouwing daarvoor te geven. Dat heeft geleid tot de volgende centrale vraagstelling voor het onderzoek:

Hoe kunnen de parameterwaarden voor het werkproces worden vastgesteld op een betrouwbare en valide manier?

Onderzoeksaanpak

Sinds 2011 zijn pogingen ondernomen om de parameters voor het werkproces van de vijf gg zo betrouwbaar en valide mogelijk vast te stellen. Het bepalen van de waarde van de parameter voor de nabije toekomst is niet eenvoudig. Trends uit het verleden zijn niet zomaar door te trekken naar de toekomst. Een kwalitatieve onderbouwing van toekomstige keuzes is nodig om tot een betrouwbare en valide toekomstverkenning te komen. De kwalitatieve onderbouwing komt tot uiting in argumenten die deelnemers wisselen om te komen tot een beredeneerde personeelsinzet voor de toekomst. De methodiek van de praktijk simulatie is in dit onderzoek toegepast om inzicht te krijgen in zowel kwalitatieve argumenten als te komen tot kwantificering van de parameters voor het werkproces.

De praktijk simulatie bootst het werkproces van de toekomst na door personen de rollen laten te vervullen die zij ook in de werkelijkheid uitvoeren. De deelnemers krijgen een scenario voorgelegd waarin de ontwikkelingen worden geschetst die er in de toekomst toe doen. Op basis van het scenario geven de deelnemers in onderlinge interactie het toekomstig werkproces vorm. Zij geven gezamenlijk een inschatting van welke beroepsgroepen in de toekomst meer of minder nodig zijn. De functiemix is een zorginhoudelijke parameter voor het werkproces. Het geeft aan hoeveel van de ene beroepsgroep relatief meer wordt ingezet en hoeveel van de andere beroepsgroep relatief minder.

De praktijk simulatie is ontwikkeld op basis van uitgebreid deskresearch naar relevante samenhangen in het werkproces van de vijf gg in de ggz. Er heeft een diepgaande analyse van beschikbare declaratiedata van zorgverzekeraars plaatsgevonden. Ook is een vijftiental interviews afgenomen met experts in het werkveld om ontwikkelingen en samenhangen in het werkproces te duiden. De praktijk simulatie heeft zich toegespitst op reguliere ggz instellingen. De praktijk simulatie is tweemaal uitgetest, voordat in het najaar van 2017 de twee runs hebben plaatsgevonden waar de data is verzameld.

Voor de andere branches waarin de vijf gg werkzaam zijn, hebben verkorte analyses plaatsgevonden met behulp van beperkt deskresearch en enkele (groeps)interviews. Daarbij is vooral nagegaan in hoeverre ontwikkelingen in andere branches overeenkomen of afwijken van ontwikkelingen in het werkproces bij de reguliere ggz instellingen.

De kwalitatieve en kwantitatieve parameters voor het werkproces zijn afgeleid uit de uitkomsten van de praktijksimulatie en de resultaten van de verkorte analyses. De verticale en horizontale substitutie is afgeleid uit de functiemix. In de functiemix is behalve met de vijf beroepen gg ook rekening gehouden met aanverwante beroepsgroepen: de psychiaters, de masterpsychologen, de verpleegkundigen, de hbo agogen en de hbo therapeuten.

De parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency blijken in de praktijk moeilijk van elkaar te onderscheiden. Zowel vakinhoudelijke ontwikkelingen als efficiency komen tot uitdrukking in een drietal vergelijkbare indicatoren: de behandelintensiteit (dat is het aantal behandelingen per patiënt), de behandelproductiviteit (dat is het aantal behandelingen per jaar per 1 fte van de beroepsgroep) en het % directe behandelingen (dat is het aantal uren dat de behandelaar in direct contact is met de patiënt, ten opzichte van het totaal aantal behandelingen dat de behandelaar voor de patiënt maakt, inclusief de indirecte uren vanwege reistijd en administratie). Bovendien kunnen vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency doorwerken in de substitutie. Vakinhoudelijke ontwikkelingen kunnen ervoor zorgen dat de ene beroepsgroep relatief meer wordt ingezet ten koste van de andere beroepsgroep. Voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency is daarom wel de bandbreedte van de verandering aan te geven, maar niet de afzonderlijke exacte percentages. Ook voor substitutie geldt dat vanwege de beperkingen van de data het weergeven van een bandbreedte meer valide en betrouwbaar is dan een enkel percentage.

Resultaten en conclusies

Beide runs van de praktijksimulatie hebben vergelijkbare kwalitatieve argumenten opgeleverd over de veranderende personeelsinzet. De belangrijkste ontwikkelingen in het werkproces zijn:

- Voor de generalistische basis ggz:
 - horizontale substitutie van de psychotherapeut (en neerwaartse verticale substitutie van de klinisch (neuro)psycholoog) naar de gz psycholoog;
 - (neerwaartse) verticale substitutie van de gz psycholoog naar de verpleegkundig specialist ggz en naar de (ervaren) masterpsycholoog;
 - de neiging om het aantal uren per patiënt te verlagen en de behandelproductiviteit te verhogen;
 - Om vakinhoudelijke redenen meer inzetten van de verpleegkundig specialist ggz voor chronische (FACT)problematiek.
- Voor de specialistische ggz:
 - horizontale substitutie van de psychotherapeut naar de gz psycholoog en (opwaartse) verticale substitutie naar de klinisch psycholoog;
 - verticale neerwaartse substitutie van psychiater naar verpleegkundig specialist ggz;
 - verticale substitutie tussen gz psycholoog en masterpsycholoog en verpleegkundig specialist ggz en verpleegkundige; er wordt verschillend gedacht over opwaartse dan wel neerwaartse verticale substitutie. Men acht eerder opwaartse verticale substitutie nodig, maar vanwege krapte op de arbeidsmarkt kan men zich gedwongen voelen te kiezen voor neerwaartse verticale substitutie;

- vanuit vakinhoudelijke overwegingen wordt er meer ruimte gezien voor de inzet van de klinisch (neuro)psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de ervaringsdeskundige;
- verhoging van de behandelproductiviteit voor de vijf beroepen gg en het aantal uren per patiënt.
- Voor de andere branches zijn de volgende ontwikkelingen in het werkproces gevonden:
 - In de gehandicaptenzorg is horizontale substitutie te verwachten van de gz psycholoog naar de orthopedagoog generalist. Vakinhoudelijk kunnen de hbo agogen meer opkomen en kan efficiency afnemen door administratieve lasten.
 - Bij de ziekenhuizen is er vooral sprake van verticale neerwaartse substitutie van de klinisch psycholoog naar de gz psycholoog en de verwachting is dat deze trend doorzet, ook al wordt het werk complexer.
 - In de verpleeghuizen is vooral de verticale substitutie tussen gz psycholoog en masterpsycholoog aan de orde. Momenteel wordt nog vaak de masterpsycholoog ingezet, maar de aard van het werk zou beter passen bij een gz psycholoog.
 - Bij de vrijgevestigden lijken de ontwikkelingen in het werkproces weinig te veranderen. De administratieve lasten nemen toe en het lijkt dat meer professionals, zoals klinisch psychologen, vrijgevestigd worden.
 - Bij de jeugd is eveneens sprake van toenemende administratieve lasten. De substitutie concentreert zich op de verhouding tussen het aantal gz psychologen, orthopedagoog generalisten en (NIP) kinder- en jeugdpsychologen.
- De geschetste ontwikkelingen zijn als volgt te duiden:
 - Voor de klinisch psycholoog: een iets lagere inzet vanwege geringe verticale neerwaartse substitutie naar gz psycholoog (generalistische basis ggz en ziekenhuizen) en een iets grotere inzet vanwege verticale opwaartse substitutie (specialistische ggz en vrijgevestigden) en vanwege vakinhoudelijke ontwikkelingen in de specialistische ggz.
 - Voor de klinisch neuropsycholoog: een grotere inzet vanwege vakinhoudelijke ontwikkelingen in de specialistische ggz.
 - Voor de psychotherapeut: voornamelijk afname inzet door horizontale substitutie richting gz psycholoog en mogelijk vanwege vakinhoudelijke ontwikkelingen.
 - Voor de gz psycholoog: een grotere inzet vanwege verticale neerwaartse substitutie (met klinisch psycholoog) en horizontale substitutie (psychotherapeut) en een kleinere inzet vanwege verticale neerwaartse substitutie naar verpleegkundig specialist ggz (generalistische basis ggz) en masterpsycholoog (generalistische basis ggz, specialistische ggz en verpleeghuizen) en mogelijk ook naar orthopedagoog generalist en NIP kinder- en jeugdpsycholoog (jeugd).
 - Voor de verpleegkundig specialist ggz: een grotere inzet, vanwege verticale neerwaartse substitutie gz psycholoog (generalistische basis ggz), psychiater (specialistische ggz) en vakinhoudelijke ontwikkelingen (met name generalistische basis ggz).

Aan de hand van de verandering in behandeluren/fte per beroepsgroep en de impact van de verandering van de functiemix zijn de parameterwaarden gekwantificeerd voor het heden en de nabije toekomst. Daarbij zijn de omvang van de vakinhoudelijke ontwikkelingen en (non)efficiency afgeleid uit de toename of afname van behandeluren per beroepsgroep die niet is toe te schrijven aan substitutie. Vakinhoudelijke

ontwikkelingen en (non)efficiency lijken daarbij moeilijk van elkaar te onderscheiden, omdat ze beide tot uitdrukking komen in een drietal indicatoren: behandelintensiteit, behandelproductiviteit en de verhouding tussen directe en indirecte patiëntentijd. Behalve door vakinhoudelijke ontwikkelingen of (non)efficiency kan de toename of afname van behandeluren ook te maken hebben met ontwikkelingen in de vraag. De effecten van een toename van de vraag zijn in dit onderzoek naar het werkproces niet nader te kwantificeren. Voor de kwantificering hebben we een aantal bewerkingen moeten toepassen op de beschikbare data die hun beperkingen kennen. Met name voor de kwantitatieve resultaten van de praktijksimulatie geldt dat door kleine aantallen een vertekening heeft plaatsgevonden. Voor de generalistische basis ggz lijkt de functiemix nog niet uitgekristalliseerd. Het is daarom niet mogelijk om betrouwbaar en valide exacte percentages te noemen. In plaats daarvan zijn bandbreedtes aangegeven.

Bandbreedtes parameters voor werkproces

	Horizontale substitutie	Verticale substitutie	Vakinhoudelijke ontwikkelingen, (non) efficiency en vraag
Klinisch psycholoog		+0%	+2,5%
Klinisch neuropsycholoog		+5%**	-2,5%
Psychotherapeut	-3,5%	+5%	+2,5%**
	-8,5%**	+10%**	-2,5%
GZ psycholoog	+1,5%	-5%	0%
	+ 5,5%	-2,5%	0%
Verpleegkundig specialist ggz		+2,5%	-5%
		+7,5%	+2,5%
		+12,5%**	-2,5%

** verwijst naar de gevonden waarden in de praktijksimulatie voor de specialistische ggz die meer negatief zijn voor de psychotherapeut en meer positief voor de overige beroepen gg.

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1 Inleiding 9

- 1.1 Aanleiding onderzoek 9
- 1.2 Doelstelling en vraagstelling 9
- 1.3 Onderzoeksaanpak 10
- 1.4 Opbouw rapport 11

2 Verwachte ontwikkelingen werkproces reguliere ggz 13

- 2.1 Inleiding 13
- 2.2 De vijf beroepen gg en de aanverwante beroepen 15
- 2.3 Functiemix werkproces 18
- 2.4 Aanleidingen tot ontwikkelingen werkproces 25
- 2.5 Conclusie 29

3 Resultaten werkproces ggz instellingen 31

- 3.1 Inleiding 31
- 3.2 Resultaten praktijksimulatie 32
- 3.3 Beoordeling uitkomsten praktijksimulatie 41
- 3.4 Conclusie 44

4 Resultaten overige branches 47

- 4.1 Inleiding 47
- 4.2 Gehandicaptensector 47
- 4.3 Ziekenhuizen 50
- 4.4 Verpleeghuizen 53
- 4.5 Vrijgevestigden 57
- 4.6 Jeugdhulp 60
- 4.7 Conclusie 63

5 Conclusies en aanbevelingen 65

- 5.1 Inleiding 65
- 5.2 Ontwikkelingen werkproces en aanleidingen 66
- 5.3 Parameters voor het werkproces 68
- 5.4 Vaststellen parameters op een betrouwbare en valide manier 72

Literatuurlijst 75

Toelichting onderzoeksmethode 79

Toelichting analysemodel 82

Lijst van geïnterviewden 83

Lijst van deelnemers praktijksimulatie 85

Bijlagen

Bijlage 1 Functiemix producten generalistische basis ggz en specialistische ggz

Bijlage 2 Documenten praktijksimulatie

Bijlage 3 Verslagen runs praktijksimulatie 29 september en 11 oktober

1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Het CAOP heeft van het Capaciteitsorgaan de opdracht gekregen een werkprocesonderzoek te verrichten ten behoeve van de vijf beroepen geestelijke gezondheid (gg): de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de psychotherapeut, de gezondheidszorg (gz) psycholoog en de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Het werkprocesonderzoek is nodig voor het kunnen kwantificeren van de parameters die in het ramingsmodel voor het werkproces worden gehanteerd. Het gaat om de volgende parameters: vakinhoudelijke ontwikkelingen, horizontale en verticale substitutie en efficiency.

In dit hoofdstuk worden de vraagstelling en de onderzoeks aanpak nader toegelicht, evenals de opbouw van dit rapport.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Doel van het werkprocesonderzoek is om te komen tot betrouwbare en valide gegevens over ontwikkelingen in het werkproces en de consequenties daarvan voor de inzet van de vijf beroepen gg. Het Capaciteitsorgaan is op zoek naar een goede kwalitatieve onderbouwing van de werkprocesontwikkelingen om de kwantitatieve vertaling te kunnen maken naar de inzet van de vijf beroepen. Het onderzoek houdt rekening met afwegingen en reacties van zorgaanbieders inzake het werkproces en de inzet van de vijf beroepen.

De centrale vraagstelling is: Hoe kunnen de parameterwaarden voor het werkproces worden vastgesteld op een betrouwbare en valide manier?

Relevante deelvragen zijn daarbij:

- 1 Welke ontwikkelingen in het werkproces zijn momenteel zichtbaar?
- 2 Wat zijn de relevante aanleidingen voor zichtbare ontwikkelingen in het werkproces?
- 3 Welke actoren spelen een rol in het werkproces, en welke reacties en afwegingen tonen zij?
- 4 Hoe beïnvloeden relevante aanleidingen de ontwikkelingen in het werkproces en in het bijzonder inzake de vier parameters ?
- 5 Wat is de kwantitatieve impact van ontwikkelingen in het werkproces inzake de vier parameters op de inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren?
- 6 Hoe werken ontwikkelingen in het werkproces door op de kwantitatieve inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren in de nabije toekomst?
- 7 Welke verschillen tussen de branches zijn waar te nemen in de doorwerking van ontwikkelingen in de parameters voor het werkproces op de kwantitatieve inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren?

De vijf beroepen gg zijn werkzaam in diverse branches en werksettings. De grootste branche en werksetting betreft de instellingen in de reguliere ggz. Daarnaast zijn te onderscheiden de vrijgevestigden in de reguliere ggz en de branches verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, forensische zorg, ziekenhuizen, revalidatie en jeugdhulp.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek bestaat uit de volgende stappen:

- 1 Deskresearch naar relevante samenhangen in het werkproces;
- 2 Een vijftiental interviews met experts om samenhangen in het werkproces te duiden;
- 3 Ontwikkelen praktijksimulatie;
- 4 Uitvoeren van de praktijksimulatie voor een geïntegreerde ggz instelling;
- 5 Vergelijken van de resultaten van de praktijksimulatie met verkorte analyses voor de andere branches.

We lichten de vijf stappen achtereenvolgens toe.

1 *Deskresearch naar relevante samenhangen in het werkproces*

Er is gezocht naar beschikbare feitelijke informatie over inzet beroepsgroepen, ontwikkelingen in het werkproces en interne afwegingen die daarbij een rol spelen. Dat is gebeurd aan de hand van een analysemodel (zie *Toelichting analysemodel*). Er is gebruik gemaakt van onderzoekspublicaties, jaarverslagen van instellingen, beleidsstudies, en overige publicaties van branche- en beroepsorganisaties over 2016. Op basis van resultaten van eerder onderzoek (vgl. Joldersma et al., 2017) en inzicht in nieuwe ontwikkelingen is een eerste selectie gemaakt van relevante aanleidingen voor zichtbare ontwikkelingen in het werkproces. Tevens heeft een nadere verdieping van de inzet van de beroepen gg plaatsgevonden op basis van kwaliteitsstandaarden en beroepsprofielen. Ook zijn beschikbare data over declaraties bij de zorgverzekeraars over 2014 en 2015 geanalyseerd. Het deskresearch resulteert in het formuleren van voorlopige hypothesen over het werkproces van de vijf beroepen gg. Met het oog op substitutie zijn ook aanverwante beroepen in de analyse betrokken, zoals de psychiaters, de masterpsychologen, de hbo therapeuten en hbo agogen en de verpleegkundigen.

Vanwege het feit dat de meeste beoefenaars van de vijf beroepen gg werkzaam zijn in instellingen, concentreert de eerste onderzoeksstap zich op deze setting. Daarbij is steeds onderscheid gemaakt tussen de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. Daarnaast heeft beperkt deskresearch plaatsgevonden naar overige branches waarin de vijf beroepen gg veelal werkzaam zijn: de gehandicaptenzorg, de ziekenhuizen, de verpleeghuizen, de vrijgevestigden en de jeugdhulp. Voor deze branches zijn verkorte analyses gemaakt.

2 *Een vijftiental interviews met experts om samenhangen in het werkproces te duiden*

De (tussen)resultaten van het deskresearch zijn voorgelegd aan experts om te komen tot aanscherping van de hypothesen. Geraadpleegde experts zijn vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, een cliëntvertegenwoordiger, bestuurders en (inhoudelijk) management en management van bedrijfsvoering in instellingen. Ook zijn vooraf gesprekken gevoerd met enkele deelnemers aan de praktijksimulatie om de inzichten in het werkproces te verdiepen. Daarnaast is een tweetal experts op het gebied van

praktijksimulaties geraadpleegd. Voor de overige branches hebben enkele (groeps)interviews plaatsgevonden (zie *Lijst van geïnterviewden*). De interviews voor de overige branches zijn verwerkt in de verkorte analyses.

3 *Ontwikkelen praktijksimulatie*

De resultaten van de stappen 1 en 2 zijn gebruikt voor het ontwikkelen van een praktijksimulatie voor ggz instellingen. De overwegingen voor de keuze van de praktijksimulatie zijn te vinden in de *Toelichting onderzoeksmethode* (zie ook Joldersma, 2017). In de praktijksimulatie wordt het werkproces nagebootst van zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz. De praktijksimulatie heeft de functie van een 'ex ante beleidsexercitie' die nagaat hoe betrokkenen in de toekomst zullen reageren op bepaalde stimuli. Daarmee wordt het analysemodel voor het werkproces en de geformuleerde hypothesen als het ware in de praktijk getest. De praktijksimulatie kent aanleidingen waarvan is te verwachten dat die het werkproces beïnvloeden. De deelnemers krijgen in de praktijksimulatie deze aanleidingen als stimuli voorgelegd. Zij worden gevraagd aan te geven hoe deze aanleidingen de personeelsinzet in de toekomst bepalen. Tevens trachten de deelnemers voor zover mogelijk de parameters voor het werkproces te kwantificeren. Voor de overige branches zijn de resultaten van stap 1 en 2 weergegeven in verkorte analyses waarin de nadruk is gelegd op de afwijkingen ten opzichte van de verkenning voor de reguliere ggz instellingen.

4 *Uitvoeren van de praktijksimulatie voor een geïntegreerde ggz instelling*

De praktijksimulatie is – na twee testrondes - twee maal uitgevoerd met in totaal 25 deelnemers uit de praktijk. De deelnemers zijn afkomstig uit zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz. Het gaat daarbij om leden raad van bestuur, centraal management, zowel inhoudelijk verantwoordelijken als managers HRM/bedrijfsvoering, en om psychologen en verpleegkundig specialisten ggz (zie *Lijst van deelnemers praktijksimulatie*).

5 *Vergelijken van de resultaten van de praktijksimulatie met de verkorte analyses andere branches*

De resultaten van de praktijksimulatie zijn vergeleken met de verkorte analyses. Op basis daarvan is een kwalitatieve en kwantitatieve inschatting gegeven van de parameters voor het werkproces.

1.4 Opbouw rapport

In het volgende hoofdstuk (Hoofdstuk 2) wordt ingegaan op de verkenning van het werkproces in de reguliere ggz op basis van het deskresearch en de interviews. In Hoofdstuk 3 presenteren we de resultaten over het werkproces voor ggz instellingen zoals die zijn afgeleid uit de praktijksimulatie. In Hoofdstuk 4 worden de verkorte analyses voor de andere branches gepresenteerd. In Hoofdstuk 5 wordt de probleemstelling beantwoord aan de hand van de in dit hoofdstuk geformuleerde onderzoeksvragen en de conclusies naar aanleiding van de centrale vraagstelling. We eindigen met een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar het werkproces.

2 Verwachte ontwikkelingen werkproces reguliere ggz

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op het beantwoorden van de (eerste vier) onderzoeksvragen over het werkproces, de aanleidingen tot verandering en de parameters voor het werkproces.

Het *werkproces* omvat in dit onderzoek het primaire proces voor de vijf beroepen gg ofwel de inzet van de beroepen voor behandeling en diagnostiek. Voor welke taken worden de beroepen hoe ingezet? Het werkproces weerspiegelt daarmee als het ware de *functiemix* van klinisch (neuro)psychologen, psychotherapeuten, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz.

In dit onderzoek gaat het met name om ontwikkelingen in het werkproces ofwel de veranderingen in de functiemix. Het werkproces verandert niet zomaar. Vaak bestaan er historisch gegroeide vuistregels over wie welke taak heeft en wie wat doet. Er zijn concrete *aanleidingen* die ervoor zorgen dat de functiemix verandert. De aanleidingen zijn triggers tot verandering. De triggers komen veelal voort uit externe, exogene ontwikkelingen. Daarbij valt te denken aan sociaal-culturele ontwikkelingen, beleidsontwikkelingen of wetenschappelijke ontwikkelingen. De externe en exogene ontwikkelingen in de buitenwereld zorgen ervoor dat het bestaande werkproces wordt verstoord. De organisatie, branche of professie kan niet meer op dezelfde manier verder. De aanleidingen kunnen doorwerken in de externe beleidskaders en interne spelregels. Externe beleidskaders verwijzen naar nieuwe spelregels zoals die op de organisatie, de branche of de professie afkomen vanuit bijvoorbeeld de financiers, de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) en de overheid. Interne kaders verwijzen naar 'spelregels' zoals die in de organisatie, de branche of de professie gelden. Aanpassingen in interne spelregels en externe kaders zorgen ervoor dat de interne afwegingen in het werkproces worden herijkt. De aangepaste interne afwegingen kunnen leiden tot andere uitkomsten voor de functiemix. De aanpassing komt verder tot uiting in andere waarden op de vier parameters (zie verder *Toelichting analysemodel*).

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan kent een viertal *parameters* om de ontwikkelingen in het werkproces te duiden: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale substitutie. Deze parameters zijn als volgt toe te lichten:

Vakinhoudelijke ontwikkelingen verwijst naar de veranderende inzet van de vijf beroepen gg door veranderingen in diagnostiek en behandelmethodiek. De parameter geeft aan met hoeveel procent de behoefte aan de vijf afzonderlijke beroepsgroepen jaarlijks zal toe- of afnemen, samenhangend met technische, wetenschappelijke en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Aanleidingen tot vakinhoudelijke ontwikkelingen komen bijvoorbeeld voort uit innovatie en inzet van e-health, nieuwe evidence-based vormen van therapie en de ontwikkeling van zorgstandaarden. Ook ambulantisering kan tot vakinhoudelijke ontwikkelingen leiden.

Efficiency verwijst naar de directe inzet van de vijf afzonderlijke beroepen gg voor behandeling. Deze parameter duidt met hoeveel procent de behoefte aan een

beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, samenhangend met schaalvergroting, samenwerking, commercialisering, veranderingen in de procesinrichting, administratie of ICT. Efficiency is daarmee gekoppeld aan interne werkprocessen als administratieve lasten, uren schrijven en toerekening (in)directe uren. Aanleidingen tot veranderingen in de efficiency kunnen voortkomen uit bekostigingsvoorwaarden, tarifiering en andere eisen van financiers. Ook budgetbeperkingen en bezuinigingen kunnen de efficiency beïnvloeden.

Substitutie verwijst naar de veranderende inzet van de diverse beroepsgroepen ten opzichte van elkaar. Er is sprake van *horizontale substitutie* als de inzet van de ene beroepsgroep wordt vervangen door de inzet van de andere beroepsgroep met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Horizontale substitutie wijst op taakverschuiving tussen op gelijk niveau opgeleide professionals. Het duidt hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen als gevolg van verschuiving van werk tussen twee beroepsgroepen met vergelijkbare opleidingen, op respectievelijk: hbo niveau; wo niveau; hbo master niveau; wo postmaster niveau (gz psycholoog en psychotherapeut); wo postmaster specialisme (klinisch (neuro) psycholoog) en geneeskundig specialisme. Heel concreet betreft horizontale substitutie bijvoorbeeld de vervanging van psychotherapeuten door gz psychologen of vice versa. Horizontale substitutie is af te leiden uit een gelijktijdige toename van de ureninzet van de ene beroepsgroep en een gelijktijdige afname van de ureninzet van de andere beroepsgroep op eenzelfde opleidingsniveau. Aanleidingen tot horizontale substitutie kunnen voortkomen uit veranderingen in bijvoorbeeld de organisatie van de zorg, zoals het werken met regiebehandelaren, en de krapte op de arbeidsmarkt voor bepaalde beroepsgroepen.

Naast horizontale substitutie is ook *verticale substitutie* te onderscheiden. Verticale substitutie betreft taakverschuiving tussen niet op gelijk niveau opgeleide professionals. Het duidt hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen als gevolg van verschuiving van werk tussen twee beroepsgroepen met uiteenlopende opleidingen. Verticale substitutie is af te leiden uit de gelijktijdige toename van de ureninzet van de ene beroepsgroep en de gelijktijdige afname van de andere beroepsgroep van een hoger of lager opleidingsniveau. Heel concreet is er sprake van verticale substitutie wanneer de gz psycholoog of psychotherapeut wordt vervangen door de klinisch (neuro)psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz of de masterpsycholoog. Aanleidingen tot verticale substitutie kunnen voortkomen uit veranderingen in de organisatie van zorg, afwegingen inzake de kosten van personeel, taakverzwaring van de zorg of tekorten op de arbeidsmarkt voor bepaalde beroepsgroepen.

De parameters voor het werkproces maken duidelijk dat het niet alleen gaat om de vijf beroepen gg. Er kan immers ook substitutie bestaan met aanverwante beroepen. Om deze reden zullen ook vijf aanverwante beroepen: psychiaters, masterpsychologen, hbo therapeuten, hbo agogen en verpleegkundigen in het onderzoek worden betrokken.

Dit hoofdstuk gaat eerst in op de vijf beroepen gg en de aanverwante beroepen. Daarbij besteden we aandacht aan inhoudelijke kaders voor de inzet van de professionals. Met behulp van beschikbare kwantitatieve data typeren we de functiemix van het werkproces. Vervolgens komen aanleidingen tot veranderingen in de functiemix van het werkproces aan bod. We eindigen het hoofdstuk met een aantal hypothesen.

2.2 De vijf beroepen gg en de aanverwante beroepen

2.2.1 De vijf beroepen gg

Van de vijf beroepen gg bestaan verschillende omschrijvingen. Deze zijn af te leiden uit beroepsprofielen, competentieprofielen en andere documentatie van de beroepsverenigingen. We sluiten hier aan bij de algemene beschrijving van de beroepsgroepen zoals die door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (LGA, 2017) wordt gehanteerd.

De *klinisch psycholoog* is specialist op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling. Hij houdt zich bezig met complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie op het snijvlak van somatiek en psyche. De klinisch psycholoog heeft daarnaast kennis van en ervaring met toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie. De klinisch psycholoog behandelt complexe problematiek en kan daarnaast een leidinggevende, sturende en beleidsbepalende rol vervullen (vgl. Tafel beroepengebouw, 2016). Mogelijk breiden de niet-patiëntgebonden taken van klinisch psychologen zich verder uit (Van Drunen, 2010).

De *klinisch neuropsycholoog* is specialist in het diagnosticeren, indiceren en behandelen van patiënten met een al dan niet aangeboren aandoening aan het brein, die doorwerkt in de cognitie en het gedrag. Vanwege de neuropsychologische aspecten bij diverse ziektebeelden, zoals depressie, angst en obsessie is de inschatting dat er steeds meer behoefte zal zijn aan de expertise van de klinisch neuropsycholoog (Van Drunen, 2010).

De *psychotherapeut* diagnosticeert en behandelt patiënten met complexe psychische problematiek en indiceert en behandelt hen met daartoe geëigende psychotherapie. Specifiek voor de psychotherapeut is het leggen en hanteren van een therapeutische relatie als instrument voor verandering (NVP, 2014). In het recente verleden zou een beweging waar te nemen zijn geweest waarin het werk van psychotherapeuten gedeeltelijk werd overgenomen door gz psychologen (Van Drunen, 2010).

De *gz psycholoog* is generalistisch opgeleid en is zelfstandig werkzaam in alle echelons. De gz psycholoog diagnosticeert en behandelt – kortdurend, eclecticisch en uitgaande van de geldende richtlijnen – lichte tot matig ernstige psychische problematiek. Tot voor kort waren veel gz psychologen werkzaam als eerstelijnspsycholoog. De gz psycholoog behandelt vooral eenvoudige as I stoornissen. Via bijscholing en specialisatie kunnen gz psychologen zich ontwikkelen tot gz psycholoog+ voor het behandelen van specifieke ggz problematiek of het toepassen van specifieke methodieken. Het werk van gz psychologen zou gedeeltelijk zijn overgenomen door masterpsychologen (Tafel beroepengebouw, 2016).

De *verpleegkundig specialist ggz* is een verpleegkundige die als expert wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij individuele behandelrelaties aangaat. Op basis van klinisch redeneren, komt de verpleegkundig specialist ggz tot diagnostiek, waarna hij interventies toepast. Ook kan hij in beperkte mate welomschreven voorbehouden geneeskundige handelingen indiceren en verrichten.

2.2.2 Aanverwante beroepen

Naast de vijf beroepen gg zijn vijf aanverwante beroepen te onderscheiden: de psychiater, de masterpsycholoog en overige gedragswetenschappers, de hbo therapeuten, de hbo agogen en de verpleegkundigen. De aanverwante beroepen zijn relevant vanwege de mogelijke substitutie met de vijf beroepen gg.

Voor de beschrijving van de verwante beroepen maken we eveneens gebruik van de informatie van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (LGA, 2017).

De *psychiater* is een medisch specialist, die op basis van onderzoek van biologische, psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexere psychiatrische problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie. Verder is de psychiater beschikbaar als consulent voor diagnose, indicatiestelling en behandeling.

Er zijn diverse soorten *verpleegkundigen*. De ggz verpleegkundige kan zorgbehoefte inschatten op complexiteit en urgentie en kan de aard en omvang van de benodigde zorg organiseren en uitvoeren. Hij biedt uiteenlopende zorgvragers ondersteuning en begeleiding bij het omgaan met de gevolgen van hun psychiatrische ziekte. De sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV) werkt generalistisch en is gericht op de sociale context. Hij behandelt en begeleidt patiënten en hun systemen en werkt nauw samen met diverse professionals. De SPV'er richt zich onder andere op triage en preventie en crisissituaties.

Tot de *wo gedragskundigen/gedragswetenschappers* worden zowel *masterpsychologen* als *orthopedagogen* gerekend die geen aanvullende postacademische opleiding hebben genoten. De groep bestaat in de reguliere ggz instellingen voor 90 tot 95% uit masterpsychologen (Vektisdata, 2015). De wo gedragskundigen verrichten onder supervisie diagnostiek en behandeling. Binnen de groep masterpsychologen bestaat een grote heterogeniteit in werkervaring en opleiding. Een groot deel volgt cursussen en vervolgoopleidingen om de kansen op de arbeidsmarkt te vergroten. Vanwege de eisen aan werkervaring is het voor masterpsychologen moeilijk een opleidingsplek als ggz psycholoog te verwerven. Om die reden proberen sommige masterpsychologen via een werkervaringsplek als vrijwilliger ervaring op te doen. Soms vervullen masterpsychologen ook taken die gelijk zijn aan die van ggz psychologen (vgl. Tafel beroepengebouw, 2016; Nivel, 2014A). Er zijn ook masterpsychologen die in de ggz aan de slag gaan als praktijkondersteuner van de huisarts (POH ggz). De POH ggz biedt vraagverheldering, diagnostiek, ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met klachten van psychische, psychiatrische, psychosociale of psychosomatische aard onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Uitgangspunt bij de inzet van de POH ggz is dat het aanpassingsvermogen van de patiënt en zijn vermogen tot zelfmanagement centraal staat. De focus ligt op veerkracht, gedrag en gezondheid.

HBO agogen in de reguliere ggz zijn voor het merendeel maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners. De ggz agoog biedt contextuele hulpverlening; hij behandelt, ondersteunt en begeleidt cliënten in de dynamiek tussen individu en samenleving, gericht op het herstellen van een psychische aandoening en het (weer) integreren in de samenleving. Ggz agogen zijn inzetbaar in de diverse echelons, waarbinnen zij verschillende taken en rollen hebben (Beroepscompetentieprofiel ggz agoog hbo, 2012).

De *vaktherapeutische beroepen* omvatten beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. De hbo therapeuten bestaan voor het grootste deel uit creatieve vaktherapeuten en uit psychomotorische therapeuten. Vaktherapeutische diagnostiek is behulpzaam bij het in kaart brengen van de capaciteiten en mogelijkheden van een persoon. De behandeling richt zich veelal op het praktisch leren omgaan met de stoornis. Vaktherapie is vooral aan de orde bij een multidisciplinaire behandeling (zie ook GM Vaktherapie, 2017).

2.2.3 Inhoudelijke kaders functiemix

De inhoudelijke multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden in de ggz geven in algemene termen aan welke beroepsgroep waarvoor wordt ingezet. Een richtlijn is gekoppeld aan een specifieke aandoening. Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een beschrijving van de multidisciplinaire zorg "op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten". De zorgstandaard bespreekt de behandeling in de verschillende levensfasen en voor verschillende echelons. Sinds kort zijn de nieuwe zorgstandaarden en generieke behandelmodules publiek beschikbaar.¹

In het algemeen wordt in de zorgstandaarden de behandeling stapsgewijs opgebouwd. Afhankelijk van het aanhouden van de klachten en het aanslaan van de behandeling wordt opgeschaald en afgeschaald van huisarts naar generalistische basis ggz en naar specialistische ggz en vice versa. De behandeling begint vaak met basisinterventies. Afhankelijk van de diagnose richt verdere behandeling zich op farmacotherapie en/of gedragstherapie. Voor persoonlijkheidsstoornissen, psychoses en adhd (bij volwassenen) wordt snel doorverwezen naar de specialistische ggz. Bij de meest voorkomende diagnoses zijn alle beroepsgroepen in zekere mate betrokken. We lichten dit verder toe voor de zorgstandaarden angstklachten en angststoornissen en psychose.

De patiënt met angstklachten komt in eerste instantie met de huisarts in aanraking. De behandeling start met voorlichting, zelfhulp en psychosociale zorg. Als vervolgbehandeling nodig is, komt cognitieve gedragstherapie in beeld. De cognitieve gedragstherapie kan in groepen of individueel worden uitgevoerd. De patiënt wordt gaandeweg van de huisartsenzorg doorverwezen naar de specialistische ggz. Eerst wordt ingezet op cognitieve gedragstherapie en dan pas op farmacotherapie. Vaktherapie kan als ondersteunende interventie worden ingezet (Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen).

Mensen met een psychotische aandoening hebben vaak meer aandoeningen, zoals depressieve, obsessief-compulsieve of posttraumatische klachten. Daarnaast komen verslaving of problematisch gebruik van middelen vaak voor. Signalering van psychotische symptomen vindt plaats op diverse plekken, zoals in de sociale wijkteams, huisartsenzorg, ziekenhuizen en politie. Verwijzing vindt vervolgens plaats naar de specialistische ggz. In de specialistische ggz biedt een multidisciplinair behandelteam flexibele netwerkzorg. Daarbij kunnen de bestaande teams voor 'intensive home treatment' en de flexibele actteams worden ingeschakeld. Een flexibel actteam bestaat uit sociaal-psychiatisch verpleegkundigen, een trajectbegeleider, een verpleegkundig specialist, een gz psycholoog, een psychiater, een ervaringsdeskundige en een verslavingsdeskundige en zo mogelijk ook een psychomotorisch vaktherapeut en een maatschappelijk werkende (hbo agoog). De behandeling van andere psychiatrische problematiek kan worden verricht door de gz psycholoog. Patiënten die de behandeling niet meer nodig hebben, kunnen door naar de generalistische basis ggz en bij voldoende stabilisatie naar de huisartsenzorg. In het geval van acute psychoses vindt de hulp intramuraal plaats (Zorgstandaard Psychose, 2017).

Behalve per aandoening zijn de rollen van de diverse beroepsgroepen ook nader te duiden voor de verschillende echelons in de ggz (LGA, 2017).

Binnen de generalistische basis ggz zijn vooral werkzaam vrijgevestigde (eerstelijns) gz psychologen, psychotherapeuten, sociaalpsychiatische verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz en klinisch psychologen. Er wordt generalistisch, eclectisch en vanuit de herstelvisie gewerkt. Er is brede kennis van het hele veld van

¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/>

psychische problemen. De behandeling is bedoeld voor patiënten met psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met een matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren. Daar kunnen nog (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren bij komen. Ook kan het gaan om stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

In de specialistische ggz zijn vooral werkzaam psychiaters, (klinisch, neuro- en gz) psychologen, (sociaal-psychiatrische) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz, (psycho)therapeuten, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen, agogen en activiteitenbegeleiders. De zorg kan zowel mono- als multidisciplinair worden aangeboden. De zorg richt zich op patiënten met psychische problematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met ernstige lijdensdruk en disfunctioneren. Er kan sprake zijn van of recidiverende ernstige problematiek, (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren. Ook kan het gaan om (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie.

De huisarts kan de generalistische basis ggz of de specialistische ggz consulteren over een patiënt of er kan intercollegiaal overleg plaatsvinden. Naast de huisartsen hebben ook de sociale wijkteams een rol in het signaleren van psychische problematiek en het op weg helpen van betrokkenen. De sociale wijkteams kunnen ook zelf psychosociale behandeling bieden, bijvoorbeeld bij depressie.

2.2.4 Conclusie

In deze paragraaf is stilgestaan bij de inhoudelijke kaders voor de inzet van de vijf beroepen gg en de aanverwante beroepen. Behalve de algemene taakomschrijvingen is daarvoor ook relevant de organisatie van de zorg zoals die momenteel tot uitdrukking komt in de zorgstandaarden. De precieze inzet van beroepsgroepen binnen de generalistische basis ggz en de specialistische ggz blijkt vooral samen te hangen met de ernst en complexiteit van de problematiek en de aard van de behandeling. Op basis van de inhoudelijke kaders zijn de volgende contouren voor de functiemix af te leiden.

De klinisch (neuro)psycholoog en de psychiater zijn inzetbaar als specialist. Tussen de klinisch psycholoog en de psychiater kan horizontale substitutie bestaan, maar deze lijkt in de praktijk weinig te worden benut. Met het oog op de farmacotherapie bestaat er een verticale substitutie tussen psychiater en verpleegkundig specialist ggz. De verpleegkundig specialist ggz wordt (vooralsnog) gericht ingezet voor met name chronische problematiek in de generalistische basis ggz en voor (een onderhoudsdosis) farmacotherapie. De psychotherapeut is gericht op complexe behandelingen, terwijl de gz psycholoog is gericht op matig complexe diagnostiek en behandeling vanuit een brede en generalistische focus. Er lijkt een verticale substitutie mogelijk van de gz psycholoog met de klinisch (neuro)psycholoog en de masterpsycholoog en een horizontale substitutie met de psychotherapeut. De masterpsycholoog en verpleegkundige zijn breed inzetbaar; ook als praktijkondersteuner ggz in de huisartsenzorg. De hbo agogen en hbo (vak)therapeuten worden zowel ingezet in de generalistische basis ggz als in de ambulante en intramurale specialistische ggz.

2.3 Functiemix werkproces

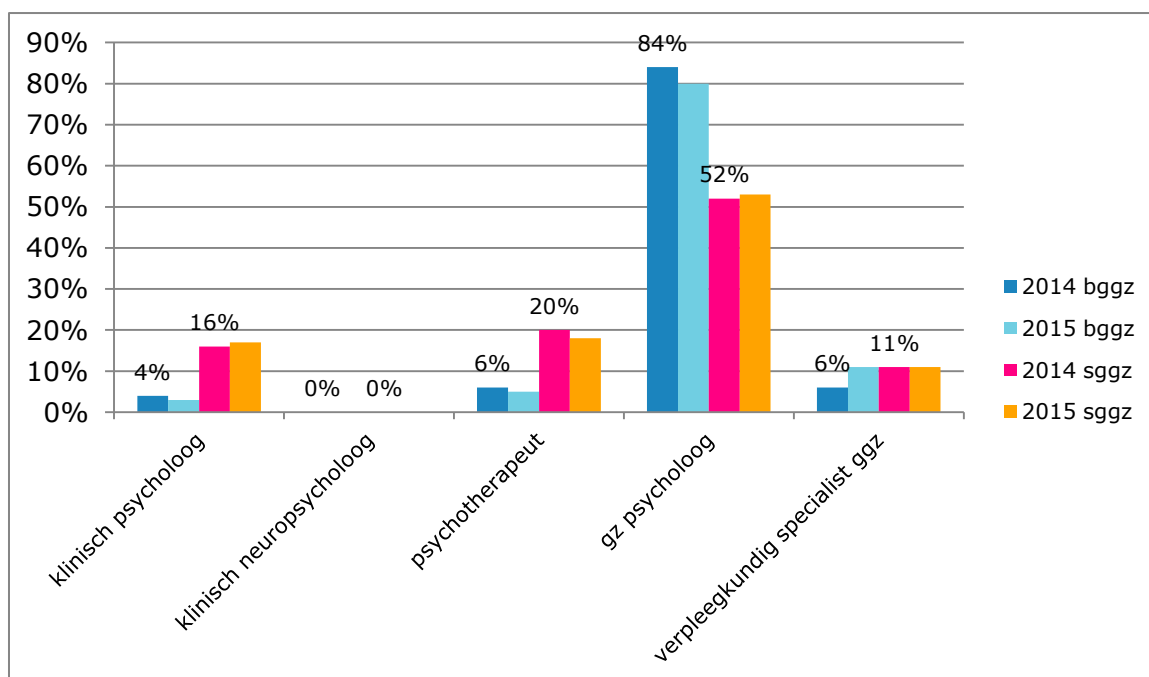
Op basis van de declaraties bij de zorgverzekeraars brengt Vektis de inzet van de beroepsgroepen voor de behandeling in kaart. De meest recente gegevens betreffen de jaren 2014 en 2015. Daarbij is een onderscheid te maken naar de generalistische basis

ggz en de specialistische ggz en de daarbinnen gehanteerde productgroepen. Voor de generalistische basis ggz concentreren we ons op de vier producten kort, middel, intensief en chronisch en voor de specialistische ggz op een achttal productgroepen van meest voorkomende diagnoses: aandacht, angst, bipolair, depressie, delirium (inclusief dementie), persoonlijkheid, pervasief en schizofrenie. We beperken ons hier tot de functiemix in de ggz instellingen. De functiemix bij vrijgevestigden en ziekenhuizen komt in Hoofdstuk 4 aan de orde.

2.3.1 Totaalbeeld ggz instellingen in 2014 en 2015

In 2015 is er sprake van een forse groei van de generalistische basis ggz in instellingen ten opzichte van 2014. Betekent dat ook een evenredige toename van de inzet van de vijf beroepen gg en de aanverwante beroepen? De functiemix geeft inzicht in de relatieve verhoudingen tussen de inzet van de beroepen. We berekenen de functiemix voor zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz.

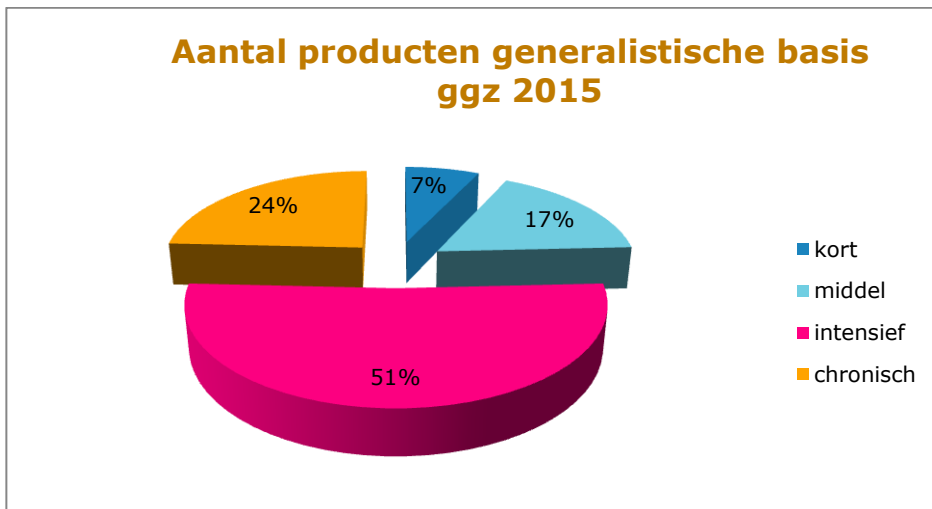
Figuur 2.1 laat zien dat in de functiemix voor de vijf beroepen gg in de generalistische basis ggz, de klinisch psycholoog en de psychotherapeut met 1% zijn afgenomen en de gz psycholoog met 4%. De verpleegkundig specialist ggz is daarentegen gestegen met 5%. In de specialistische ggz zijn in de functiemix de gz psycholoog en de klinisch psycholoog met 1% toegenomen en is de psychotherapeut met 2% gedaald.



Figuur 2.1 Functiemix 5 beroepen gg generalistische basis ggz en specialistische ggz (instellingen, Vektisdata)

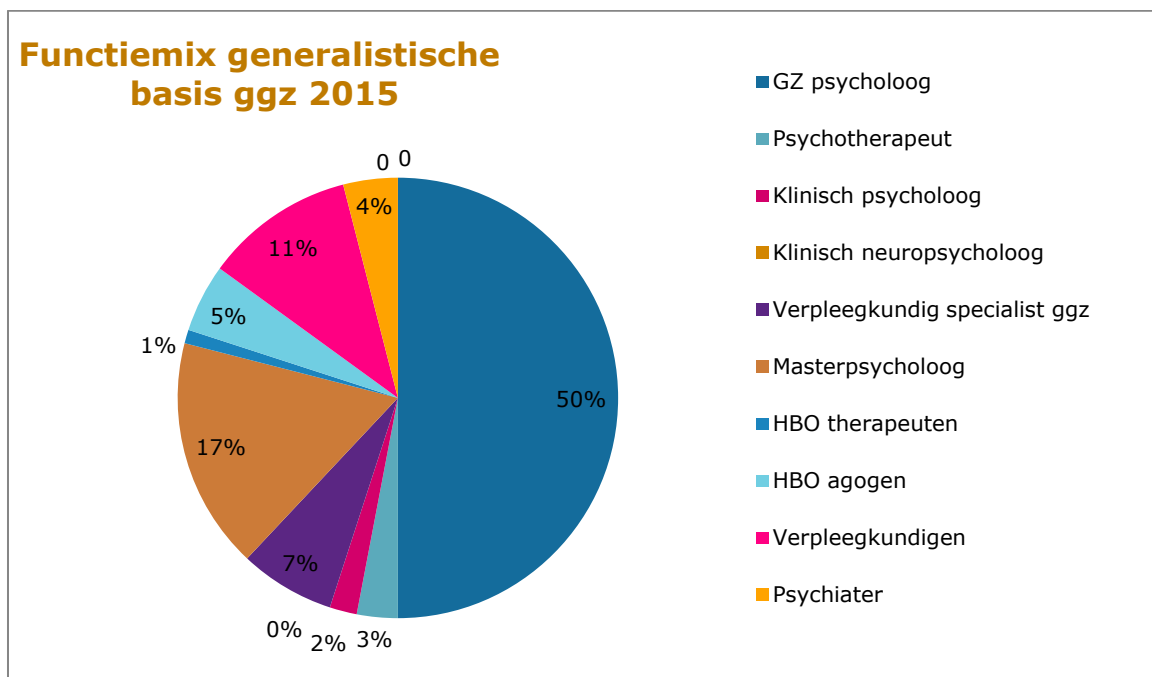
2.3.2 Functiemix generalistische basis ggz

De inzet van een beroepsgroep kan verschillen per product. De productmix van kort, middel, intensief en chronisch voor de generalistische basis ggz van 2015 voor instellingen is weergegeven in Figuur 2.2. Ten opzichte van 2014 is er sprake van een afname van de producten kort en middel en een toename van intensief en chronisch.



Figuur 2.2 Verhouding aantal producten in de generalistische basis ggz van instellingen 2015 (Vektisdata)

De functiemix voor de generalistische basis ggz in 2015 is weergegeven in Figuur 2.3.



Figuur 2.3 Functiemix generalistische basis ggz instellingen (uren) (Vektisdata)

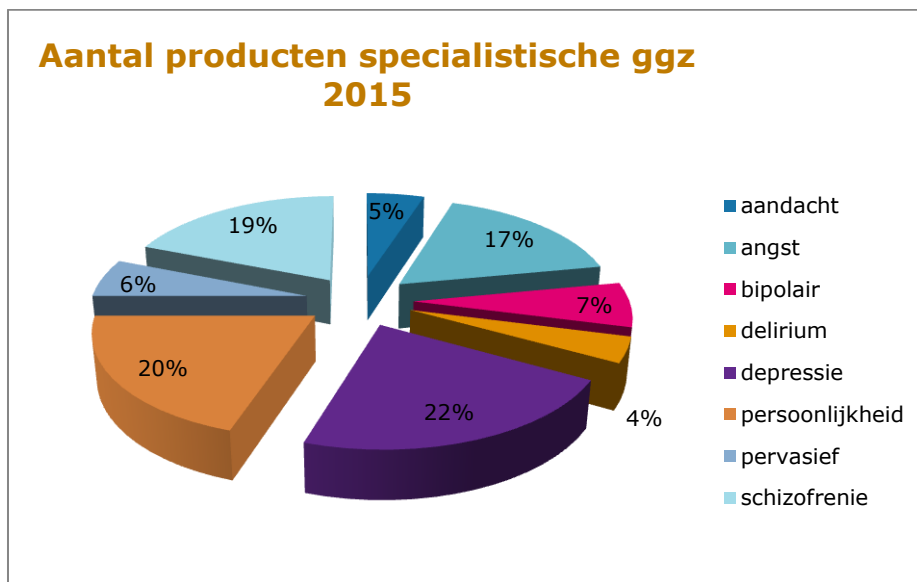
In 2015 wordt de helft van de diagnostiek en behandeling verzorgd door gz psychologen. In 2014 was dat nog 54%. De inzet van de psychotherapeut is afgenomen met 1% tot 3% en de verpleegkundig specialist ggz is gestegen met 3% tot 7%. Voor de aanverwante beroepen zijn de verpleegkundigen afgenomen met 2% en zijn de hbo agogen gestegen met 2% en de masterpsychologen met 1% tot 17%.

De tarifiering van de producten in de generalistische basis ggz is gebaseerd op een eenvoudige functiemix (HHM, 2013). De functiemix gaat uit van inzet van de gz psycholoog voor 80% (kort en intensief) tot 85% (middel) en voor chronisch voor 25%. De inzet van de klinisch psycholoog/psychiater varieert van 5% (kort en middel), 10%

(intensief) tot 15% (chronisch). In Bijlage 1 is de functiemix weergegeven voor de afzonderlijke producten in de generalistische basis ggz. In de praktijk blijkt de gz psycholoog minder te worden ingezet dan de norm en datzelfde geldt voor de psychiater/klinisch psycholoog (behalve voor het product kort). De overige aanverwante beroepen als masterpsychologen, hbo agogen en hbo therapeuten en verpleegkundigen worden boven de norm ingezet, behalve voor het product chronisch. Bij het product chronisch is de verpleegkundig specialist ggz het meest in beeld (29%). Uit de figuren in Bijlage 1 is verder af te lezen dat voor kort, middel en intensief de gz psycholoog veelal wordt bijgestaan door de masterpsycholoog. Verpleegkundigen zijn relatief vaak betrokken bij het product chronisch (32%).

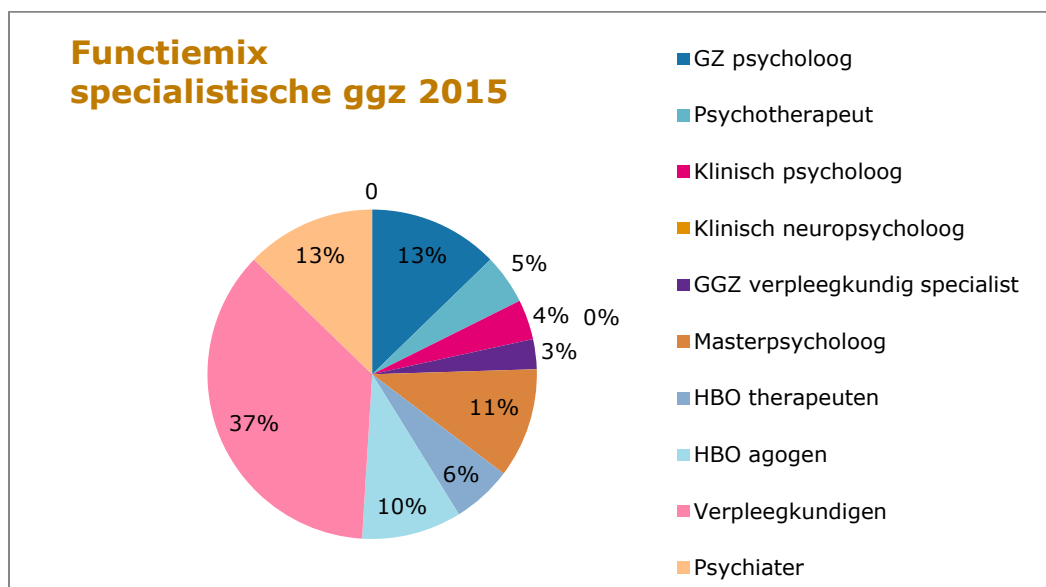
2.3.3 Functiemix specialistische ggz

In de specialistische ggz beperkt onze analyse zich tot de acht meest voorkomende dbc's: aandacht, angst, bipolair, delirium, depressie, persoonlijkheid, pervasief en schizofrenie. De productmix van 2015 voor deze diagnoses in de ggz instellingen is weergegeven in Figuur 2.4. De meeste behandelingen gaan naar angst, depressie, persoonlijkheid en schizofrenie en de minste uren naar delirium, aandacht en pervasief.



Figuur 2.4 Verhouding aantal producten in de specialistische ggz 2015 instellingen (Vektisdata)

In Figuur 2.5 is de functiemix weergegeven voor de specialistische ggz in instellingen in 2015.



Figuur 2.5 Functiemix specialistische ggz 2015 instellingen (uren) (Vektisdata)

Figuur 2.5 laat zien dat een kwart van de behandeluren in de specialistische ggz betrekking heeft op de vijf beroepen gg. De gz psycholoog wordt van de vijf beroepen gg het meest ingezet. Daarnaast is voor de aanverwante beroepen in de specialistische ggz de inzet van psychiaters (13%) en verpleegkundigen (37%) relatief hoog.² In vergelijking met 2014 is de inzet van de gz psycholoog, de klinisch (neuro)psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de masterpsycholoog iets toegenomen en de inzet van de psychotherapeut iets afgenomen.

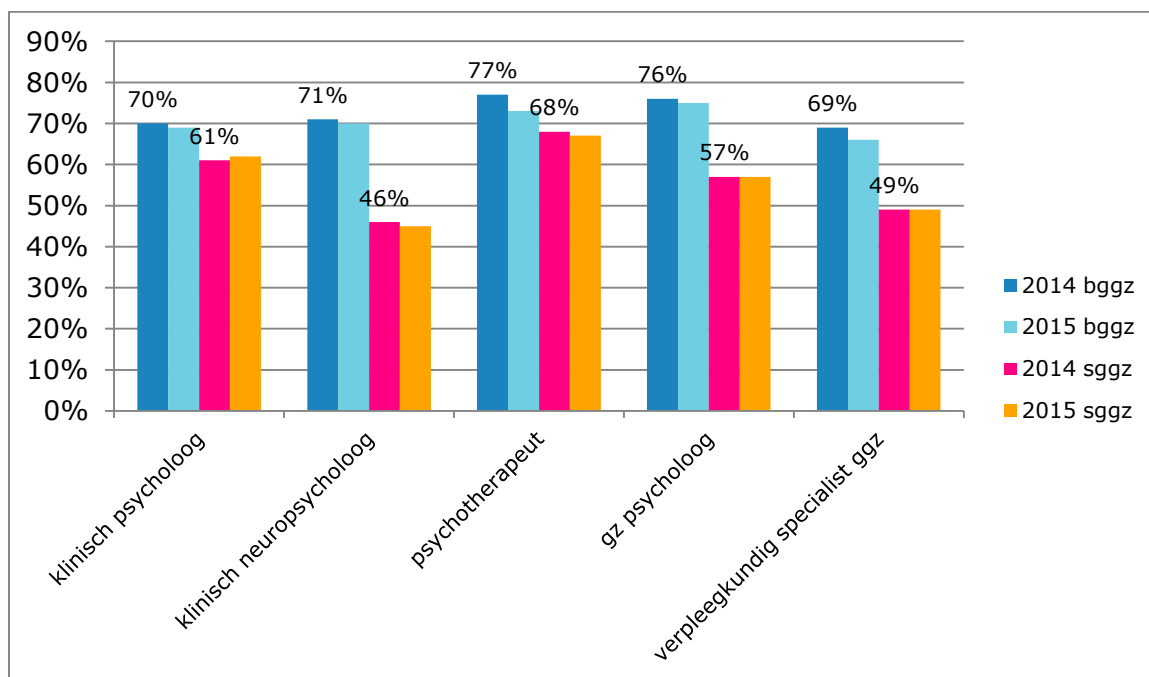
In Bijlage 1 is de functiemix in de specialistische ggz uitgewerkt voor de diverse diagnosegroepen. De vijf beroepen gg gezamenlijk worden het meeste ingezet voor angst en persoonlijkheid en het minst voor bipolair, delirium en schizofrenie. De gz psycholoog is bij alle diagnoses, uitgezonderd schizofrenie, het meest betrokken. De psychotherapeuten besteden ongeveer een kwart van hun behandeluren aan respectievelijk angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen. Voor de klinisch psycholoog geldt een vergelijkbaar patroon. De verpleegkundig specialist ggz is het meest betrokken bij schizofrenie en bipolair en het minst bij angst, depressie en persoonlijkheid. Het aandeel van de klinisch neuropsychologen is voor alle diagnoses gering, maar is relatief het grootst bij delirium. De verschillen ten opzichte van 2014 zijn gering. Dat geldt ook voor de vijf aanverwante beroepen.

2.3.4 Directe ureninzet en uren per patiënt

Er zijn ook kwantitatieve gegevens beschikbaar over de verhouding tussen directe behandeluren en indirecte behandeluren en het gemiddeld aantal uren per patiënt. Het percentage directe uren in 2014 en 2015 is weergegeven in Figuur 2.6.³

² In de praktijksimulatie (zie Hoofdstuk 3) kwam naar voren dat de inzet van psychiaters onrealistisch hoog zou zijn. Dat zou erop kunnen wijzen dat andere beroepsgroepen ook (indirecte) uren schrijven voor de psychiater. De aantallen zoals hier weergegeven, betreffen de directe plus de indirecte behandeluren.

³ De % in Figuur 2.6 geven de verhouding van directe en indirecte uren weer van zowel de instellingen, de ziekenhuizen als de vrijgevestigden.

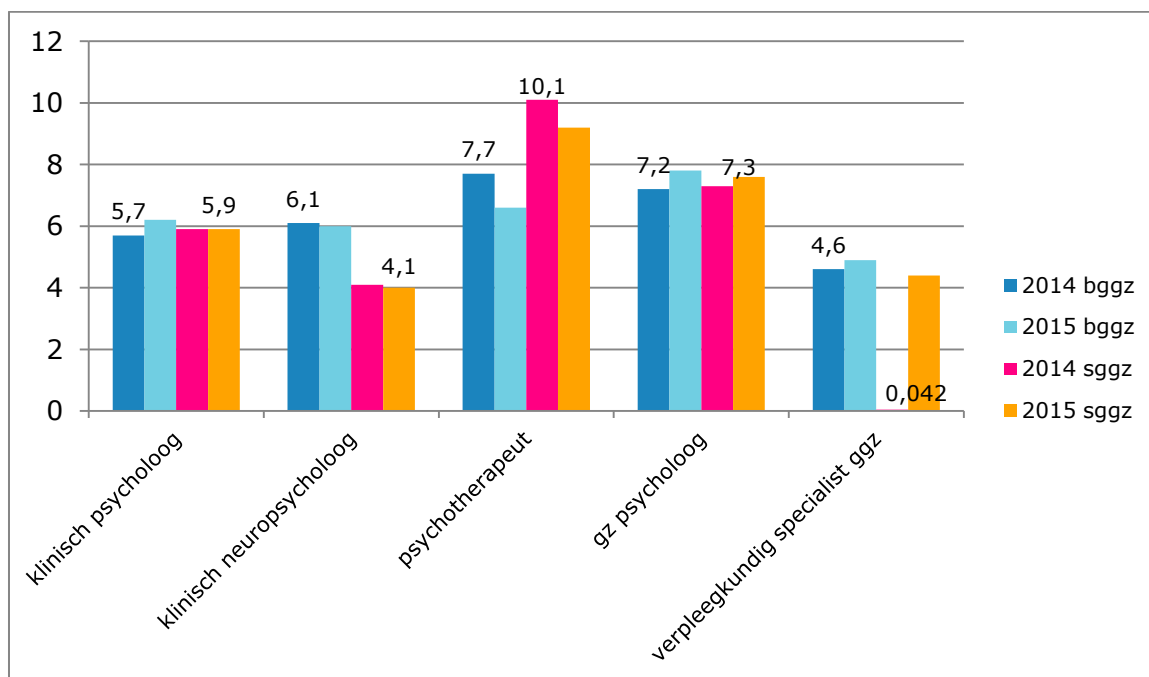


Figuur 2.6 % directe uren beroepen 5 gg 2014 en 2015 (Vektisdata)

Voor wat betreft de verhouding directe uren/indirecte uren is er een verschil tussen de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. In de generalistische basis ggz ligt het percentage directe uren rond de 71%. Het is het hoogst voor de psychotherapeuten en de gz psychologen. In de specialistische ggz ligt het percentage directe uren gemiddeld rond de 55%. Het is het hoogst voor de psychotherapeuten en de klinisch psychologen en het laagst voor de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialisten ggz.

De verschillen in directe ureninzet tussen 2014 en 2015 zijn voor de vijf beroepen gg gering. In de generalistische basis ggz neemt het bij alle vijf beroepen ggz iets af. De grootste verschillen treden op bij de psychotherapeut (-4%) en de verpleegkundige specialist ggz (-3%).

Het aantal behandeluren per patiënt is weergegeven in Figuur 2.7.



Figuur 2.7 Aantal behandelingen per patiënt 2014 en 2015 (Vektisdata)

Figuur 2.7 laat zien dat voor de gz psycholoog en de psychotherapeut het aantal uren per patiënt in de generalistische basis ggz het hoogst is. In vergelijking met 2014 neemt het aantal behandelingen per patiënt voor de gz psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz toe. Dat kan te maken hebben met het vervullen van de rol van regiebehandelaar wat gepaard gaat met relatief meer tijd per patiënt. Voor de specialistische ggz is voor de psychotherapeut het aantal behandelingen per patiënt beduidend hoger dan in de generalistische basis ggz.

2.3.5 Conclusie

De functiemix corrigeert voor wijzigingen in de omvang van de productie. Op basis van de functiemix voor 2014 en 2015 blijken de ontwikkelingen in het werkproces groter voor de generalistische basis ggz dan voor de specialistische ggz. Dat heeft ook te maken met wijzigingen in de productmix ten opzichte van 2014. In de generalistische basis ggz blijkt per product de functiemix nogal te verschillen.

In het algemeen neemt de inzet van psychotherapeuten af. In de specialistische ggz wordt de afname van de psychotherapeut gecompenseerd door de geringe toename van de inzet van de klinisch psycholoog en de gz psycholoog. In de generalistische basis ggz wordt de verpleegkundig specialist ggz relatief iets meer ingezet en de klinisch psycholoog en gz psycholoog iets minder. De hoeveelheid directe uren ten opzichte van de indirecte uren blijft voor de vijf beroepen gg in 2014 en 2015 ongeveer gelijk. De grootste verschillen doen zich voor tussen de generalistische basis ggz en de specialistische ggz.

Gelet op de veranderingen in de functiemix is een aantal mogelijke substituties te onderkennen. De afname van de psychotherapeuten gaat gepaard met toename van gz psychologen en klinisch psychologen. De afname van gz psychologen in de generalistische basis ggz gaat gepaard met een toename van de inzet van verpleegkundig specialisten ggz. De toenemende inzet van verpleegkundig specialisten ggz in de generalistische basis ggz en van klinisch neuropsychologen in de specialistische

ggz lijkt te maken te hebben met vakinhoudelijke ontwikkelingen rond de taakverdeling. Wanneer we deze bevindingen combineren met de inhoudelijke kaders voor de functiemix in paragraaf 2.2, komen we tot het volgende:

- De gz psycholoog is breed inzetbaar als generalist en regiebehandelaar;
- De verpleegkundig specialist ggz wordt relatief vaker ingezet in de generalistische ggz. De rol van de verpleegkundig specialist ggz kristalliseert zich meer uit en de beroepsgroep raakt meer bekend en gevestigd;
- De psychiater en de klinisch psycholoog worden doelgericht en functiegericht ingezet op hun specialistische expertise;
- De gerichte inzet van de klinisch neuropsycholoog in de specialistische ggz neemt mogelijk toe vanwege vakinhoudelijke ontwikkelingen;
- De generalistische basis ggz is in ontwikkeling richting een meer stabiele functiemix;
- De efficiency (voor zover te herleiden uit de verhouding directe/indirecte uren) verandert nauwelijks.

2.4 Aanleidingen tot ontwikkelingen werkproces

Er is een aantal externe en exogene ontwikkelingen te onderscheiden die zichtbaar doorwerken in het werkproces (vgl. Joldersma et al., 2017). De ontwikkelingen kunnen rechtstreeks de interne afwegingen rond de functiemix beïnvloeden of indirect via de veranderingen in interne spelregels en externe kaders. We beperken ons hier tot de belangrijkste aanleidingen tot verandering.

2.4.1 Veranderingen in de definitie van zorg

In de hele gezondheidszorg en welzijn is de laatste jaren de nadruk komen te liggen op zelfmanagement en zelfregie van de patiënt en cliënt. Het accent ligt steeds meer op het omgaan met beperkingen en het bijdragen aan de kwaliteit van leven.

In de ggz komt dat terug in een toenemende aandacht voor het begrip herstel. De nadruk op herstelzorg hangt ook samen met de transities die hebben plaatsgevonden, waarbij gemeenten steeds meer verantwoordelijkheden hebben gekregen rond zorg en welzijn. Ook is herstel te herkennen in 'personalized care'. Meer en meer wordt in de behandeling en ondersteuning rekening gehouden met de persoonlijke problematiek en de persoonlijke situatie in relatie tot familie en het sociaal netwerk. Er is ook sprake van een tendens tot 'precision' of 'personalized' medicine waarbij de medicatie wordt afgestemd op genetische kenmerken van de persoon zoals erfelijke eigenschappen. Personalized medicine biedt voor de toekomst veel kansen, maar de implementatie in de praktijk moet nog van de grond komen (RIVM, 2017).

Een hiermee samenhangende ontwikkeling is het toepassen van 'gepast gebruik' ofwel de juiste inzet van hulp bij aanvang van de behandeling ('matched care') en het juiste moment van op- en afschalen van zorg om over- en onderbehandeling tegen te gaan (vgl. Agenda ggz voor gepast gebruik & transparantie, 2015; Agenda ggz achtergrondnotitie, 2015).

De veranderende definitie van zorg en de aandacht voor herstel en 'personalized care' zijn te herkennen in de eerder genoemde zorgstandaarden: *"Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten ... De combinatie van factoren die tot ziekte*

hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet, zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt" (Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, 2017).

2.4.2 Verschuiving tussen echelons

Met het Zorgakkoord (2013) is de beleidsfocus verschoven van de intramurale zorg naar de ambulante behandeling en de zorg thuis. Via zorgvernieuwing en substitutie vanuit de tweede lijn voert de eerste lijn steeds meer zorg uit. Een groot deel van de psychische problematiek komt terecht bij de huisarts en de POH ggz. Terwijl de inzet van de POH ggz aanvankelijk was ingeperkt tot een beperkt aantal sessies, is nu geregeld dat de POH ggz de patiënt langer mag begeleiden. Mede vanwege de wachttijden in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz is de ggz via de huisarts en de POH ggz fors gegroeid (vgl. AZW Brancherapportage ggz, 2017).

De huisarts verzorgt de verwijzing naar de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. Aanvankelijk was het niet mogelijk dat generalistische basis ggz en specialistische ggz naar elkaar mochten doorverwijzen. Vanaf 1 april 2017 is deze rechtstreekse doorverwijzing wel mogelijk en volstaat een melding aan de huisarts van de wijziging in generalistische basis ggz naar specialistische ggz en vice versa.

Het Trimbosinstituut (2016) constateert in haar monitor dat de ingezette afbouw van klinische capaciteit doorzet. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de beoogde uitbouw en intensivering van de ambulante zorg van de grond komt. Het aandeel ambulante zorg zou min of meer stabiel zijn of zelfs dalen. De afgelopen jaren zijn gespecialiseerde ambulante ggz voorzieningen ontstaan, zoals (flexible) Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroege Interventie Psychose (VIP). Via FACT, IHT en VIP is geïnvesteerd in de kwaliteit van de (ambulante) zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Maar ambulante voorzieningen als FACT zouden niet meer verder groeien. Door een toename van de caseload per fte zouden teams minder outreachend zijn gaan werken. De regering heeft - naar aanleiding van de monitor ambulante ggz van het Trimbos instituut - erop aangedrongen de ambulante zorg en ondersteuning te versnellen en te intensiveren.

2.4.3 Tendens tot demedicalisering

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS, 2017) wijst erop dat er een neiging bestaat problemen die horen bij de fase van het leven te medicaliseren. Dat speelt bijvoorbeeld bij schoolgaande kinderen, maar ook bij jongvolwassenen en ouderen. Het risico van medicalisering zou zich voordoen voor diverse levensfasen.

In de Jeugdwet van 2015 is demedicalisering expliciet als doelstelling opgenomen. De discussie over demedicalisering raakt het gebruik van farmacotherapie als behandelinterventie. Dat betreft bijvoorbeeld Ritalin voor de aandoening ADHD en het omvangrijke gebruik van antidepressiva en de mogelijke bijwerkingen ervan.

2.4.4 Personen met verward gedrag en gedwongen behandeling

Met het oog op veiligheidsrisico's is landelijk en in de gemeenten de laatste jaren de focus gericht op zogenaamde verwarde personen. Alle gemeenten en regio's moeten beschikken over een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag. Er is een landelijk schakelteam dat helpt bij het realiseren van oplossingen. Bij personen met verward gedrag is een belangrijke rol weggelegd voor het sociaal wijkteam en het Veiligheidshuis. Ook de specialistische ggz heeft een sleutelrol. Het schakelteam personen met verward gedrag heeft een inventarisatie laten uitvoeren naar in hoeverre

de sociaalpsychiatrische expertise van de verpleegkundige en psychiater (in opleiding) of ggz instelling beschikbaar is, met name in crisissituaties.

De Tweede Kamer heeft ingestemd met de Wet Verplichte ggz die inmiddels ook in de Eerste Kamer is behandeld, in samenhang met de Wet forensische zorg en de Wet Zorg & Dwang. De Wet Verplichte ggz regelt behalve de intramurale dwangbehandeling ook mogelijkheden tot toepassing van dwang in de ambulante setting. De ambulante toepassing van dwang heeft consequenties voor de specialistische inzet van geneesheer-directeuren en psychiaters. De afgelopen jaren is het aantal (intramurale) dwangopnames en crisisonames toegenomen.

2.4.5 Invoering regiebehandelaarschap/kwaliteitsstatuut

Per januari 2017 moeten instellingen werken met regiebehandelaren en beschikken over een kwaliteitsstatuut. De regiebehandelaar voert regie over het behandelproces en zorgt voor een duidelijke rolverdeling tussen betrokken behandelaars. De regiebehandelaar heeft zelf ook een wezenlijke rol in de behandeling en ziet toe op het realiseren van 'matched' care. Tussen regiebehandelaar en cliënt is sprake van direct contact.

In de generalistische basis ggz kunnen alle vijf beroepen gg worden ingezet als regiebehandelaar. De psychiater is geen regiebehandelaar in de generalistische basis ggz. In de vrijevestigde basis ggz kan de verpleegkundig specialist ggz niet als regiebehandelaar optreden en in de specialistische vrijevestigde ggz geldt dat behalve voor de verpleegkundig specialist ggz ook voor de gz psycholoog. In de intramurale specialistische ggz ligt de regie doorgaans bij psychiater en klinisch psycholoog. Het is aan de regiebehandelaar zich te overtuigen van de kwaliteit en bekwaamheid van de medebehandelaars.

2.4.6 Bekostigingsregels en afspraken met zorgverzekeraars

Interne financiële kaders worden beïnvloed door externe kaders afkomstig van NZa en zorgverzekeraars. De wijzigingen in financiële kaders zijn op hun beurt vaak weer het gevolg van sociaal-culturele en beleidsontwikkelingen. Zij werken bijvoorbeeld door in de vergoeding van behandelingen en de samenstelling van het basispakket. Sinds 2012 komt bijvoorbeeld de behandeling van aanpassingsstoornissen niet meer in aanmerking voor vergoeding. In de marktscan 2016 constateert de NZa (2017) dat voor de diagnosegroepen autisme en persoonlijkheidsstoornissen de wachtlijsten het langst zijn.

Vanuit overwegingen van kwaliteit en kosten hanteren zorgverzekeraars bepaalde voorwaarden bij de zorginkoop. Zo noemt CZ (2017) als uitgangspunten betaalbaarheid, gepaste zorg en substitutie. Ontwikkelingen die daarbij aansluiten, zijn de wijkgerichte intensief ambulante aanpak via FACTteams en ondersteuning op maat. Ook innovatief zorgaanbod waaronder e-health past hierin. In de zorginkoop worden ook de uitgangspunten van zelfmanagement en herstel omarmd. Sommige zorgverzekeraars hanteren selectieve inkoopvoorwaarden (vgl. VGZ, 2017). Zo geeft CZ (2017) aan voor 2018 het selectieve zorginkoopbeleid voort te zetten voor behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen. Ook hanteren zorgverzekeraars tijdige doorstroom en uitstroom naar ambulante zorg of het sociaal domein als aandachtspunten bij de inkoop van zorg.

Zorgverzekeraars geven aan niet altijd goed zicht te hebben op de geleverde zorg. Zo is het voor de zorgverzekeraars niet zichtbaar of de behandelaar altijd zelf de zorg heeft verleend of dat er sprake is van het inzetten van ondersteunend personeel via de zogenaamde 'verlengde arm constructie'. Uit de gesprekken met geïnterviewden komt naar voren dat zorgverzekeraars beperkingen kunnen opleggen aan deze verlengde armconstructie door de eis te stellen dat de regiebehandelaar een bepaald aantal uren

zelf contact moet hebben met de patiënt. Zorgverzekeraars hechten verder veel waarde aan routine outcome monitoring (ROM). In 2017 heeft de Algemene Rekenkamer (2017A; zie ook 2017B) in zijn rapportage geconcludeerd dat de ROM niet geschikt is voor het uitvoeren van een benchmark en dat de ROM daar ook niet voor geschikt is te maken. Bij de zorgaanbieders en professionals bestaat vanwege privacy overwegingen ook veel bezwaar tegen het moeten aanleveren van persoonsgegevens voor de ROM. De discussie over het centraal aanleveren van outcome gegevens en transparantie loopt nog steeds.

Uit de interviews blijkt dat steeds meer ggz aanbieders blijken te overwegen om met minder verzekeraars contracten af te sluiten. Ook zijn er vrijgevestigde aanbieders die geen contracten meer afsluiten. De omvang van de administratie zou niet meer opwegen tegen de opbrengsten van contractzorg en het daarbij gehanteerde hogere tarief. Er komen steeds meer initiatieven van brancheorganisaties als GGZ Nederland gericht op het tegengaan van administratieve lasten.

Sinds 1 januari 2017 wordt de DSM-5 als uitgangspunt gehanteerd voor de bekostiging. Daarbij is voorlopig gekozen voor een bekostigingsvariant die nog weinig verschilt van de jaren ervoor. De komende jaren wordt gewerkt aan een nieuw bekostigingssysteem dat rond 2020 zijn beslag moet krijgen. Het nieuwe bekostigingssysteem, het zorgclustermodel, wil een meer directe relatie leggen tussen de herkenbare zorgvraag en de bekostiging.

2.4.7 Transitie Jeugdwet en financiering gemeente

Per 1 januari 2016 zijn jeugdhulpverleners geregistreerd in het BIG register en/of in het Kwaliteitsregister Jeugd voor Jeugdhulp van Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Postacademische hulpverleners zijn de gz psycholoog, de orthopedagoog generalist en de (NIP) kinder- & jeugdpsycholoog. Het merendeel van de orthopedagoog generalisten en kinder & jeugdpsychologen is tevens gz psycholoog (Tafel beroepengebouw, 2016).

Uit de interviews blijkt dat gemeenten soms aanvullende eisen te stellen aan de kwaliteit van de ingezette medewerkers in de ggz en meer specifiek aan hun opleidings- en kennisniveau. Instellingen wijzen er daarentegen op dat het aan hen is, om op basis van zorgstandaarden en professionele statuut, tot de inzet van professionals te komen.

Tot en met 2017 vond de financiering van de jeugd-ggz in de jeugdhulp nog plaats in termen van dbc's. Vanaf 2018 kunnen gemeenten kiezen uit drie uitvoeringsvarianten en daar hun eigen invulling aan geven. De verwachting van geïnterviewden is dat daardoor de administratieve lasten fors zullen toenemen.

2.4.8 Arbeidsmarktproblematiek

Uit eerder onderzoek naar de onvervulde vraag (Kiwa Carity, 2015) blijkt dat het moeilijk is vacatures te vervullen voor psychiaters, klinisch psychologen, gz psychologen en verpleegkundigen. Al in 2010 blijkt het vervullen van vacatures voor klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen 'zeer moeilijk tot onmogelijk' (Van Drunen, 2010). Het vervullen van vacatures voor de vijf beroepen gg zou volgens de geïnterviewden de afgelopen twee jaar nog weer moeilijker zijn geworden. Het tekort aan psychiaters heeft invloed op de inzet van de andere beroepen gg, zoals verpleegkundig specialisten ggz. Uit eerder onderzoek naar onvervulde vraag in de ggz blijkt dat onvervulde vraag en tekort aan personeel vaak leidt tot verticale substitutie en impact heeft op de functiemix. Er worden goedkopere krachten ingezet.

Instellingen hebben verder vanwege bezuinigingen te maken (gehad) met een algemene krimp van personeel ggz en ook van het ondersteunend personeel. De werkdruk voor het

wel aanwezige personeel neemt daardoor toe. Met minder mensen moet meer worden gedaan (vgl. Joldersma et al., 2017).

2.4.9 Conclusie

Veranderingen in de definitie van zorg en verschuivingen tussen echelons werken door in de inhoudelijke kaders en de financiële randvoorwaarden. Ze beïnvloeden de afwegingen van zorgaanbieders in de ggz en van individuele beroepsbeoefenaren. Zo kan de substitutie tussen echelons, de geringe financiële armslag en de administratieve lasten invloed uitoefenen op het behandelaanbod en de inzet van beroepen. De ultieme consequentie kan zijn dat het behandelaanbod afneemt en/of individuele beroepsbeoefenaars vanwege de vele regels en administratie de instelling verlaten en zich vestigen als vrijgevestigde.

2.5 Conclusie

De ontwikkelingen in het werkproces zijn in dit hoofdstuk toegelicht aan de hand van de functiemix in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz van instellingen.

De generalistische basis ggz lijkt meer generalistisch te worden, gelet op de inzet van de vijf beroepen gg. De inzet van de beroepsgroepen die zijn gespecialiseerd in complexe problematiek neemt af, zoals de klinisch psycholoog en de psychotherapeut. Ook de inzet van de gz psycholoog neemt af en de verpleegkundig specialist ggz wordt juist meer ingezet. De verpleegkundig specialist ggz treedt mogelijk meer op als regiebehandelaar. Er lijkt een verticale (neerwaartse) substitutie te bestaan tussen de gz psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz. De inzet van de masterpsycholoog neemt iets toe en die van de verpleegkundige iets af. Uit kostenoverwegingen zou er eveneens een verticale substitutie kunnen bestaan tussen de gz psycholoog en de masterpsychologen. Voor het product chronisch wordt de verpleegkundige iets meer ingezet. Het lijkt alsof er een verticale (neerwaartse) substitutie bestaat tussen de verpleegkundig specialist ggz en de verpleegkundigen.

De specialistische ggz lijkt meer specialistisch te worden. De inzet van de klinisch (neuro)psycholoog neemt relatief iets toe, evenals de inzet van gz psychologen en klinisch psychologen. De inzet van psychotherapeuten neemt iets af. De psychiater en de klinisch psycholoog lijken meer op basis van hun specialistische expertise te worden ingezet. Dat komt tot uiting in het inzetten van de beschikbare uren voor meer patiënten, wat leidt tot een geringer aantal uren per patiënt. Een algemeen patroon lijkt te zijn dat de verpleegkundig specialist ggz voor wat betreft de somatische kant de psychiater kan ondersteunen en voor een klein deel rond onderhoud van medicatie kan substitueren. Dat lijkt voor wat betreft de gedragswetenschappelijke aspecten te gelden voor de gz psycholoog ten opzichte van de klinisch psycholoog. Het lijkt alsof de rolverdeling tussen de psychiater voor de medische expertise en de klinisch psycholoog voor de gedragswetenschappelijke expertise zich steeds meer uittekent.

Op basis van de verkenning in dit hoofdstuk zijn de volgende hypothesen te formuleren:

- De verpleegkundig specialist ggz wordt in de generalistische basis ggz meer ingezet als regiebehandelaar; de groei van 2014 ten opzichte van 2015 zet zich – mogelijk iets gematigd – door;
- De gz psycholoog wordt in de generalistische basis ggz minder ingezet als regiebehandelaar: de afname in de generalistische basis ggz zet zich – mogelijk iets gematigd – door;

- Het meer inzetten van regiebehandelaar komt tot uiting in meer uren per patiënt en mogelijk meer indirecte uren;
- De verdere groei van de generalistische basis ggz kan tot effect hebben dat de organisatie van het werkproces verandert. Dit kan invloed hebben op het aantal in te zetten gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz;
- De inzet van de psychotherapeut neemt – vanwege vakinhoudelijke overwegingen en horizontale en verticale (neerwaartse) substitutie– iets af; de afname van 2015 ten opzichte van 2014 zet zich – mogelijk iets gematigd- door;
- De klinisch neuropsycholoog wordt in de specialistische ggz meer ingezet voor complexe diagnostiek: de groei van 2015 ten opzichte van 2014 zet zich – mogelijk iets gematigd – door;
- Door ambulantisering worden in de specialistische ggz meer hooggekwalificeerde behandelaren ingezet: dat uit zich in (opwaartse) verticale substitutie. Dat betekent dat met name het aantal verpleegkundigen zal afnemen en de gg beroepen klinisch psycholoog en gz psycholoog zullen toenemen. De trend van 2014 ten opzichte van 2015 zet zich – mogelijk iets gematigd – door;
- De inzet van klinisch psychologen neemt – vanwege ambulantisering in de specialistische ggz – iets toe; de groei van 2015 ten opzichte van 2014 zet zich – mogelijk iets gematigd – door;
- Bovenstaande verwachte effecten kunnen worden beïnvloed door arbeidsmarktontwikkelingen; door arbeidsmarktkrapte van de hooggekwalificeerde professionals kan sprake zijn van versterkte verticale, (neerwaartse) substitutie.

3 Resultaten werkproces ggz instellingen

3.1 Inleiding

Om ontwikkelingen in het werkproces voor de vijf beroepen gg kwalitatief te onderbouwen en kwantitatief te duiden, is een praktijksimulatie ontwikkeld. De praktijksimulatie helpt om zicht te krijgen op hoe aanleidingen doorwerken in het werkproces en meer specifiek in de daarbij gehanteerde argumenten en afwegingen. Uiteindelijk doel is te komen tot een kwantitatieve inschatting van de parameters voor het werkproces zoals die in het ramingsmodel worden gehanteerd: horizontale en verticale substitutie, vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency.

Bij het ontwikkelen van de praktijksimulatie is voortgebouwd op de in hoofdstuk 2 verkregen inzichten. In de praktijksimulatie is een gemiddelde geïntegreerde ggz instelling nagebootst. Er is een vijftal rollen onderscheiden voor de instelling: de raad van bestuur/centraal management; de generalistische basis ggz; de specialistische ggz; de vakgroep psychologen & verpleegkundig specialisten en de samenleving. In de rol van de samenleving is ook het perspectief van de zorgverzekeraar en het cliëntenperspectief vertegenwoordigd. Elke rol is uitgevoerd door ten minste twee deelnemers. De deelnemers zijn afkomstig uit diverse ggz instellingen in het land, variërend van leden van de raad van bestuur, tot leden van het centraal management (HRM, bedrijfsvoering) en inhoudelijke managers (psychiater, klinisch psychologen, verpleegkundig specialist ggz) en managers bedrijfsvoering en overige behandelaars (verpleegkundig specialist ggz, klinisch psycholoog, masterpsycholoog) (zie de *Lijst van deelnemers praktijksimulatie*). In de praktijksimulatie vervullen zij (zoveel mogelijk) de rol die zij ook in de dagelijkse praktijk vervullen. Daarnaast is in de praktijksimulatie aanwezig een vertegenwoordiger van het Capaciteitsorgaan, de 'game overall director' en de drie onderzoekers.

Bij binnenkomst in de simulatieruimte zijn de deelnemers begeleid naar hun plek in de organisatie. Daar krijgen zij uitgereikt de rolbeschrijving, het scenario en de spelstappen. Het scenario schetst een beeld van hoe de geïntegreerde ggz instelling er in 2017 voor staat en wat er het afgelopen jaar is gebeurd. Tevens geeft het scenario aan welke aanleidingen tot verandering zich in 2017 voordoen. De deelnemers worden vanuit hun rol gevraagd de aanleidingen te analyseren en aan te geven hoe die doorwerken in het personeelsplan voor 2018. Zij ontvangen daartoe een dashboard met de belangrijkste gegevens waaronder de functiemix voor de generalistische basis ggz en/of de specialistische ggz van de geïntegreerde ggz instelling. De functiemix is vertaald naar het aantal fte behandelaars voor de instelling.⁴ De spelstappen leiden op een gestructureerde wijze tot een personeelsplan voor 2018. Daartoe oriënteren de deelnemers zich eerst op hun rol en bereiden zij zich voor op onderhandelingen met de raad van bestuur. Na het interne overleg vinden gelijktijdig overleggen plaats over de generalistische basis ggz en

⁴ Daartoe zijn de behandelingen zoals die in de declaratiedata voor de beroepsgroepen over 2015 worden vermeld, in de specialistische ggz gedeeld door 35 (uitgaande van 35 grote ggz instellingen in Nederland) en is vervolgens ervan uitgegaan dat per jaar per beroepsbeoefenaar gemiddeld 1000 behandelingen worden gemaakt. Voor de generalistische ggz zijn de behandelingen per beroepsgroep gedeeld door 20 (uitgaande van 20 grote instellingen rond generalistische basis ggz). Ook hier is uitgegaan van gemiddeld 1000 behandelingen.

over de specialistische ggz. Vervolgens is er weer tijd voor interne terugkoppeling en bereiden de deelnemers zich voor op een instellingsbreed overleg waarin knopen worden doorgehakt over het personeelsplan voor 2018. Gedurende de spelstappen houden de deelnemers hun afwegingen en keuzes inzake de inzet van personeel bij op een resultaatformulier. De drie onderzoekers observeren de deelnemers en de overleggen en maken hiervan een verslag. Na de eerste ronde over het personeelsplan voor 2018 vindt een tweede ronde plaats waarin de deelnemers inmiddels in 2018 zijn beland en stil staan bij aanleidingen die een rol spelen in 2018 en die mogelijk impact hebben op de functiemix voor 2019. Voor het jaar 2019 wordt een begin gemaakt met de overlegcyclus, maar het personeelsplan 2019 wordt niet afgemaakt.

Het ontwerp van de praktijksimulatie is eerst tweemaal getest. Dat heeft geleid tot substantiële aanpassingen. De documenten van de uiteindelijke praktijksimulatie zijn weergegeven in Bijlage 2. De praktijksimulatie is vervolgens twee maal uitgevoerd: op 29 september en 11 oktober 2017. De verslagen van beide runs van de praktijksimulatie zijn weergegeven in Bijlage 3. Dit hoofdstuk vergelijkt de resultaten van de beide runs en formuleert de lessen die uit de praktijksimulatie zijn af te leiden over de ontwikkelingen in het werkproces.

3.2 Resultaten praktijksimulatie

3.2.1 Inleiding

In de praktijksimulatie is in het scenario aan de deelnemers een aantal aanleidingen voorgelegd die het werkproces beïnvloeden. Het gaat om de volgende aanleidingen:

- De invoering van het kwaliteitsstatuut (en het regiebehandelaarschap);
- De zich doorzettende substitutie; van intramuralisering naar ambulantisering in de specialistische ggz en van specialistische ggz naar generalistische basis ggz (en verschuiving naar de POH ggz/huisarts);
- De afspraken met de rijksoverheid over beperking wachtlijsten en wachttijden, met name voor persoonlijkheidsstoornissen en autisme, en het verbeteren van acute zorg;
- E-health en innovatie;
- De maatschappelijke druk, zoals rond personen met verward gedrag;
- De invoering van zorgstandaarden;
- Tekorten op de arbeidsmarkt.

De verwachting is dat de aanleidingen op elkaar inwerken en gezamenlijk impact hebben op de toekomstige functiemix. De deelnemers is gevraagd te kwalificeren en te kwantificeren welke veranderingen zich zullen voordoen in de functiemix en aan welke parameter voor het werkproces die zijn toe te rekenen (respectievelijk horizontale en verticale substitutie; efficiency; vakinhoudelijke ontwikkelingen).

In de volgende paragrafen worden de uitkomsten van beide runs van de praktijksimulatie samengevat voor de generalistische basis ggz en voor de specialistische ggz.

3.2.2 Generalistische basis ggz

Tabel 3.1 geeft de in de praktijksimulatie gebruikte afwegingen en argumenten weer rond de inzet van beroepsgroepen voor de generalistische basis ggz.

Tabel 3.1 Gehanteerde afwegingen en argumenten in praktijksimulatie voor generalistische basis ggz

Generalistische basis ggz	Run 29 september	Run 11 oktober
Focus	Groei van patiënten die intensieve monodisciplinaire behandeling behoeven Stepped care; preventie en herstelperspectief Overhevelen uit sggz: chronisch en enkelvoudige angst en depressie Kosten	Groei, door (blended) e-health, preventie en nazorg Mild & kortdurend Overhevelen uit sggz: deel pervasief, aandacht, depressie en chronische psychose Kosten
Meeste inzet van 5 gg	Gz psycholoog Verpleegkundig specialist ggz	Gz psycholoog Verpleegkundig specialist ggz
Minder inzet van 5 gg	Gz psychologen (minder) Psychotherapeut (niet) Klinisch (neuro)psycholoog (niet)	Gz psychologen (minder) Psychotherapeut (niet) Klinisch psycholoog (niet)
Meeste inzet aanverwante beroepen	Psychiater (consultatie) Masterpsycholoog Verpleegkundige	Psychiater (consultatie) Masterpsycholoog Verpleegkundige
Minder inzet van aanverwante beroepen	Hbo agogen (niet/minder) Hbo therapeuten (niet/minder) (Verpleegkundigen, niet/minder)	Hbo agogen (niet) HBO therapeuten (niet/minder)

Tabel 3.1 laat zien dat de afwegingen en argumenten in beide runs van de praktijksimulatie zeer vergelijkbaar zijn. In beide runs worden mogelijkheden gezien om de generalistische basis ggz te laten groeien; in het ene geval door chronische patiënten uit de FACTteams en enkelvoudige depressies en angst uit de specialistische ggz te laten vloeien en in het andere geval door bij bepaalde diagnoses de milde problematiek over te hevelen naar de generalistische basis ggz. Van de vijf beroepen gg worden de gz psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz in beide runs het meest ingezet in de generalistische basis ggz. In beide runs achten de deelnemers de toegevoegde waarde van de andere drie beroepen gg (klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en klinisch neuropsycholoog) voor de generalistische basis ggz gering. In beide runs wordt voorgesteld het aantal gz psychologen te verminderen en het aantal verpleegkundig specialisten ggz te laten toenemen. Op 11 oktober gaat dat gepaard met een discussie over regiebehandelaarschap en zwaarte van de problematiek. Is een aantal gz psychologen te vervangen door verpleegkundig specialisten ggz of is het nodig de gz psychologen te behouden vanwege de zwaardere problematiek die er op de generalistische basis ggz afkomt? Van de aanverwante beroepen blijkt de psychiater vooral een consulterende rol te hebben. De consultatie van de psychiater kan volgens de deelnemers iets afnemen. In beide runs wijzen de deelnemers op een grotere inzet van masterpsychologen en eventueel van verpleegkundigen.

Tabel 3.2 geeft weer hoe de afwegingen kwalitatief doorwerken in de parameters voor het werkproces in de generalistische basis ggz. Daarbij maken we binnen de verticale

substitutie een nader onderscheid tussen neerwaartse substitutie en opwaartse substitutie.

Tabel 3.2 Kwalitatieve uitkomsten praktijksimulatie voor parameters werkproces

Generalistische basis ggz	Run 29 september	Run 11 oktober
Horizontale substitutie	Minder psychotherapeut (en meer gz psycholoog)	Minder psychotherapeut (en meer gz psycholoog)
Neerwaartse substitutie	Minder klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog (en meer gz psycholoog) Minder gz psycholoog en meer verpleegkundig specialist ggz Minder gz psycholoog en meer (ervaren) masterpsycholoog	Minder klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog (en meer gz psycholoog) Minder gz psycholoog en meer verpleegkundig specialist ggz Minder gz psycholoog en meer (opgeleide) masterpsycholoog Minder verpleegkundig specialist ggz en meer verpleegkundige
Opwaartse substitutie	-	-
Efficiency	Minder uren per patiënt voor klinisch psycholoog om kwaliteit te waarborgen Behandelproductiviteit naar 1300 uur voor verpleegkundig specialist ggz, masterpsycholoog, hbo therapeuten, hbo agogen en verpleegkundigen	Minder uren per patiënt voor gz psycholoog Behandelproductiviteit naar 1400 uur voor alle beroepsgroepen, tenzij je de professionals wilt binden aan de organisatie
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Meer aandacht voor chronisch (FACT) door verpleegkundig specialist ggz	(blended) e-health

In de run van 29 september zijn verpleegkundig specialisten ggz extra in beeld vanuit vakinhoudelijke ontwikkelingen en vanuit neerwaartse substitutie. Dat gaat gepaard met iets minder inzet van de gz psycholoog. In beide runs wijzen de deelnemers erop dat iets minder gz psychologen mogelijk is door inzet van meer masterpsychologen. Over de mate waarin deze neerwaartse substitutie mogelijk is, bestaat discussie. Dat hangt mede af van de opleiding dan wel de ervaring van de masterpsycholoog. Over de meerwaarde van de verpleegkundige in de generalistische basis ggz bestaan verschillende opvattingen. In de run van 11 oktober wordt expliciet gewezen op de mogelijkheid dat voor het product chronisch behalve de verpleegkundig specialist ggz ook meer de verpleegkundige is in te zetten.

3.2.3 Specialistische ggz

Tabel 3.3 geeft de afwegingen in beide runs van de praktijksimulatie weer voor de specialistische ggz.

Tabel 3.3 Gehanteerde afwegingen en argumenten in praktijksimulatie voor de specialistische ggz

	Run 29 september	Run 11 oktober
Focus specialistische ggz	Complexe ggz Meer ambulante (intensief) Ontlasten FACTteams voor wat betreft chronische patiënten Enkelvoudige angst en depressie naar bggz Matched care Inzet hooggekwalificeerden Herstelattitude Meer e-health	Ernstig complexe problematiek Meer ambulante Versterken crisis-/acute zorg Meer persoonlijkheid /autisme Behoud bedden voor crisis, veiligheid en verward Samenwerking met ambulante zorg in de wijk E-health als 'add on' Hoge kwaliteit, gelijke kosten
Meeste inzet 5 beroepen gg	Klinisch psycholoog (triage) Gz psycholoog (zelfde/meer) Verpleegkundig specialist ggz Klinisch neuropsycholoog (gericht inzetten)	Klinisch psychologen (kwaliteit, diagnostiek) Gz psychologen Verpleegkundig specialist ggz (crisis) Klinisch neuropsycholoog (gericht inzetten)
Minder inzet van 5 gg	Psychotherapeut	Psychotherapeut
Meeste inzet aanverwante beroepen	Psychiater Ervaringsdeskundigheid	Psychiater e-coach
Minder inzet van aanverwante beroepen sggz	Psychiaters Hbo therapeuten Hbo agogen Masterpsychologen	Hbo therapeuten Hbo agogen

Tabel 3.3 laat zien dat in de specialistische ggz in beide runs van de praktijksimulatie vergelijkbare argumenten zijn gewisseld. Meer dan in de generalistische basis ggz wordt benadrukt dat voor het bieden van kwaliteit van zorg de inzet van hooggekwalificeerde beroepen gg nodig is; zeker in de (intensievere) ambulante zorg. In de run van 11 oktober wil men betere acute zorg bereiken door het behoud van bedden voor crisis, veiligheid en mensen met verward gedrag. De bedden worden anders ingezet dan voorheen. De deelnemers in beide runs benadrukken dat in de specialistische ggz klinisch psychologen, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz hard nodig zijn. Ervaringsdeskundigheid moet worden toegevoegd aan de behandelteams. In de run van 11 oktober worden ook e-coaches van belang geacht. In beide runs komt naar voren dat de inzet van psychiaters, psychotherapeuten, hbo therapeuten en hbo agogen minder kan. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in het algemeen en in het bijzonder het tekort aan psychiaters, klinisch psychologen, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz krijgt in beide runs van de praktijksimulatie nadrukkelijk de aandacht. Daarnaast wijzen de deelnemers op het grote stuwmeer van masterpsychologen die niet door kunnen stromen in de gz opleiding vanwege gebrek aan werkervaring. Voor de verpleegkundig specialisten ggz lijkt de beschikbare instroom van ervaren verpleegkundigen die de opleiding kunnen volgen geleidelijk op te drogen.

In Tabel 3.4 is de kwalitatieve impact van de afwegingen en argumenten weergegeven voor de parameters voor het werkproces.

Tabel 3.4 Kwalitatieve uitkomsten praktijk simulatie voor parameters werkproces

	Run 29 september	Run 11 oktober
Horizontale substitutie	Minder psychotherapeut en meer gz psycholoog	Minder psychotherapeut en meer gz psycholoog
Opwaartse substitutie	Minder psychotherapeut en iets meer klinisch psycholoog Meer gz psycholoog en minder masterpsycholoog	Minder psychotherapeut en meer klinisch psycholoog Meer verpleegkundig specialist ggz en minder sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)
Neerwaartse substitutie	Minder psychiater en meer verpleegkundig specialist ggz	Minder psychiater en meer klinisch (neuro)psycholoog Minder psychiater en gz psycholoog en meer verpleegkundig specialist ggz Minder gz psycholoog en meer masterpsycholoog Minder verpleegkundig specialist ggz en meer SPV
Efficiency	Meer behandelproductiviteit psychotherapeut, gz psycholoog, verpleegkundig specialist ggz	Psychiaters minder uren per patiënt; vijf beroepen gg meer uren per patiënt, behalve verpleegkundig specialist ggz. Meer behandelproductiviteit psychotherapeut, gz psycholoog en verpleegkundig specialist ggz en minder voor klinisch (neuro)psycholoog (vanwege willen binden aan organisatie)
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Klinisch psycholoog (trage) Klinisch neuropsycholoog (dementie, ouderen, testen) Verpleegkundig specialist ggz Ervaringsdeskundigen Meer e-health (voor angst en depressie)	Klinisch psychologen (invoering zorgstandaarden) Klinisch neuropsycholoog (delier, regie) Verpleegkundig specialist ggz (crisis) Ervaringsdeskundigen Blended e-health en e-coach

In de run van de praktijk simulatie van 11 oktober specificeren de deelnemers de mogelijke substitutie tussen beroepsgroepen. Enkele psychotherapeuten zijn te vervangen door een gecombineerde inzet van gz psychologen en klinisch psychologen. Klinisch psychologen zijn ook om vakinhoudelijke overwegingen meer nodig vanwege het coördineren van de implementatie van zorgstandaarden. Ook de verpleegkundig specialist ggz en de klinisch neuropsycholoog zijn volgens de deelnemers aan beide runs vanuit vakinhoudelijke ontwikkelingen meer gericht in te zetten. In beide runs wordt aangegeven dat de verpleegkundig specialist ggz ook taken van de psychiater over kan nemen.

3.2.4 Nadere kwantificering van de parameters

Zijn de bovenstaande kwalitatieve uitkomsten van de praktijksimulatie ook nader te duiden en te kwantificeren? Daarvoor kijken we naar de (verandering in de) fte en de functiemix. In de praktijksimulatie zijn de deelnemers gevraagd aan te geven hoe de bestaande personeelssamenstelling verandert. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 3.5.⁵

Tabel 3.5 Veranderingen in fte en functiemix generalistische basis ggz in praktijksimulatie

	Functiemix start	Run 29 september		Run 11 oktober	
		Δ fte	Δ functiemix	Δ fte	Δ functiemix
Psychiaters	4%	-33%	-1,6%	-33%	-1,7%
Klinisch psychologen	2%	+25%	+0,5%	-100%	-2%
Klinisch neuropsychologen	0%	-	-	-	-
Psychotherapeuten	3%	-100%	-3%	-100%	-3%
Gz psychologen	50%	-15%	-8%	-20%	-13%
		-25%	-13%	-40%	-23%
Verpleegkundig specialisten ggz	7%	+67%	+5%	+133%	+9%
		+210%	+15%	+200%	+13%
Masterpsychologen	17%	+43%	+6%	+71%	+10%
		+114%	+20%		
Hbo-therapeuten	1%	-100%	-1%	-100%	-1%
Hbo-agogen	5%	-100%	-5%	-100%	-5%
Verpleegkundigen	11%	+25%	+4%	+200%	+10%
		-100%	-11%		
Totaal	100%				

Tabel 3.5 geeft de resultaten van de praktijksimulatie weer voor wat betreft de veranderingen in fte van de beroepsgroep en de verandering in de functiemix. Voor sommige beroepsgroepen zijn twee percentages weergegeven die samen een bandbreedte vormen. De bandbreedte is afgeleid uit de diverse antwoorden die de afzonderlijke deelnemers aan de praktijksimulatie op de resultaatformulieren hebben ingevuld. Wanneer de twee percentages meer van elkaar verschillen, laat dat zien dat de diversiteit in de antwoorden en daarmee de bandbreedte groter is. In de run van 11 oktober zijn de deelnemers gezamenlijk tot een definitieve keuze gekomen en is de bandbreedte over het algemeen geringer dan in de run van 29 september. Dat geldt niet voor de gz psychologen.

Tabel 3.5 is als volgt te lezen. Het bestaande aandeel van verpleegkundig specialisten ggz is in de functiemix voor de generalistische basis ggz 7%. In de praktijksimulatie is voor beide runs sprake van een forse groei van de verpleegkundig specialisten ggz (variërend van 67% tot 210%). Dit gaat gepaard met een substantiële reductie van gz psychologen (voor de eerste run 15 tot 25% en voor de tweede run 20 tot 40%) en

⁵ De resultaten van beide runs van de praktijksimulatie zijn op dit punt niet geheel vergelijkbaar voor wat betreft de uitgangssituatie voor het aantal psychiaters en het aantal masterpsychologen. In de run van 29 september hebben de deelnemers aangegeven dat zowel het aantal psychiaters als het aantal masterpsychologen in de specialistische ggz veel te hoog zou zijn, ondanks dat deze zijn gebaseerd op de declaratiedata van bijna alle instellingen. Voor de run van 11 oktober is het aantal psychiaters en het aantal masterpsychologen voor de specialistische ggz met respectievelijk 20 tot 25% naar beneden bijgesteld en het aantal verpleegkundig specialisten ggz met 50% opgehoogd op basis van de ervaringscijfers van een aantal instellingen. Tevens is een onderscheid gemaakt tussen de inzet van behandelaren in de ambulante en intramurale specialistische ggz. Bovenstaande percentages zijn berekend op basis van de functiemix bij de start.

een afbouw van psychotherapeuten (-100%). Voor de klinisch psychologen wordt in de eerste run zowel rekening gehouden met een afbouw (-100%) als met een kleine groei (+25%). Tegelijkertijd is er sprake van een stijging van het aantal masterpsychologen (variërend van 43 tot 114%). De forse groei of afname in fte zoals afgeleid uit de praktijksimulatie geeft een vertekend beeld. Dat komt, omdat in de praktijksimulatie de uitgangssituatie is weergegeven voor een enkele instelling die 41 fte inzet voor de generalistische basis ggz. Een wijziging van 0,5 fte heeft dan al een relatief grote stijging of daling tot gevolg.

Behalve de stijging of daling in fte geeft Tabel 3.5 ook de verandering in de functiemix weer. De verandering in de functiemix wordt hier gezien als een zorginhoudelijke parameter die kan fungeren als indicator voor substitutie: het geeft inzicht in hoeveel de inzet van de ene beroepsgroep afneemt en de inzet van een andere beroepsgroep toeneemt. De verandering in de functiemix is weergegeven in percentages. Tabel 3.5 laat zien dat het aandeel gz psychologen van 50% in de generalistische basis ggz afneemt met minimaal 8 tot maximaal 23%. Tegenover de daling van gz psychologen staat een forse stijging van het aandeel verpleegkundig specialisten ggz van 5 tot 15% en de masterpsychologen van 6 tot 20%. Uit de gehanteerde argumenten in de praktijksimulatie is af te leiden dat de precieze omvang van de substitutie van gz psychologen door verpleegkundig specialisten ggz afhankelijk is van het willen behouden van gz psychologen voor kwaliteit en de mogelijkheid hen voor de organisatie te kunnen behouden in verband met de krapte op de arbeidsmarkt. Voor wat betreft verpleegkundigen blijken de meningen in de eerste run te verschillen: er wordt zowel een afbouw verwacht als een stijgend aandeel van verpleegkundigen. Dat zou kunnen betekenen dat voor de verpleegkundig specialist ggz een eventuele verticale substitutie richting verpleegkundigen om redenen van krapte op de arbeidsmarkt aan de orde kan zijn. Ook hier geven de grote veranderingen in de functiemix een vertekend beeld vanwege de uitgangssituatie op basis van een gering aantal fte voor een enkele instelling.

Met het oog op de arbeidsmarktkrapte zijn in de resultaten van de praktijksimulatie voor de generalistische basis ggz een tweetal varianten te herkennen. De eerste variant betreft een geringe afname van gz psychologen en een geringe toename van verpleegkundig specialisten. De tweede variant betreft een forsere afname van gz psychologen en een grotere toename van verpleegkundig specialisten ggz, gepaard gaande met meer verticale substitutie van gz psychologen naar masterpsychologen en van verpleegkundig specialisten ggz naar verpleegkundigen. Deze neerwaartse substitutie zal groter zijn wanneer instellingen zich tot deze substitutie gedwongen voelen vanwege het niet kunnen vervullen van vacatures voor gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz.

De kwantitatieve resultaten van de praktijksimulatie voor de specialistische ggz zijn weergegeven in Tabel 3.6.

Tabel 3.6 Veranderingen in fte en functiemix specialistische ggz in praktijk simulatie

	Was	Run 29 september		Run 11 oktober	
		Δ fte	Δ functiemix	Δ fte	Δ functiemix
Psychiaters	13%	-7%	-1%	-20%	-2%
		-73%	-9%	-25%	-3%
Klinisch psychologen	4%	+28%	0%	+16%	+1%
		-20%	+1%	+24%	+1,5%
Klinisch neuropsychologen	0%	+300%	0%	0%	0%
		+700%	+1%		
Psychotherapeuten	5%	-31%	-1,5%	-48%	-2,4%
				-52%	-2,5%
Gz psychologen	13%	0%	0+	+5%	+1%
		+5%	+2%	+8%	
Verpleegkundig specialisten ggz	3%	+41%	+2%	+59%	+1,7%
		+65%		+109%	+2,1%
Masterpsychologen	11%	+11%	+1%	-	-
Hbo-therapeuten	6%	-29%	-2%	-	-
		-71%	-4%		
Hbo-agogen	10%	-14%	0%	-	-
		-35%	-5%		
Verpleegkundigen	37%	-	-	-	-
		+13%	+5%		
Totaal					

Uit Tabel 3.6 blijkt dat bij de specialistische ggz de verandering in fte en functiemix over het algemeen minder groot zijn dan in de generalistische basis ggz. Ook hier is voor de run van 29 september de bandbreedte voor de meeste beroepsgroepen iets groter dan in de run van 11 oktober. Dat geldt niet voor de psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten ggz. Voor de meeste verwante beroepen zijn in de run van 11 oktober de veranderingen niet gespecificeerd. Uitgaande van de bestaande functiemix in de specialistische ggz is een relatieve groei te verwachten voor de klinisch psychologen, de klinisch neuropsychologen, de gz psychologen en de verpleegkundig specialisten ggz en een relatieve daling voor de psychotherapeuten.

De inschatting van de verandering van de functiemix in Tabel 3.6 laat zien dat de relatieve daling van psychotherapeuten van -1,5% tot -2,5% waarschijnlijk wordt opgevangen door een horizontale substitutie door gz psychologen (0% tot +2%) en een kleine verticale opwaartse substitutie richting klinisch psychologen. Daarnaast vindt mogelijk verticale substitutie plaats door verpleegkundig specialisten ggz (+1,7% tot 2,1%) ten opzichte van de psychiater (-1 tot -9%). Arbeidsmarkteffecten kunnen tot gevolg hebben dat de verticale substitutie wordt versterkt en dat ook in de specialistische ggz meer masterpsychologen en verpleegkundigen 'noodgedwongen' worden ingezet vanwege moeilijk te vervullen vacatures bij gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz.

In Tabel 3.7 zijn de resultaten voor de specialistische ggz nader geduid door niet uit te gaan van de bandbreedte, maar de gemiddelden van de inschattingen van de deelnemers. Daarbij is de verandering van de functiemix weer gebruikt als zorginhoudelijke indicator voor de omvang van de substitutie. Immers, een verandering van de functiemix toont dat de stijging van de ene beroepsgroep gepaard gaat met een daling van de andere beroepsgroep. Om de substitutie voor de beroepsgroep te bepalen, is berekend wat het aandeel van de beroepsgroep in het totaal (% functiemix) betekent voor de verandering in de omvang van de beroepsgroep (Δ fte). Bij de beroepsgroep

psychiaters betekent een verandering in de functiemix van -3,1% dat de beroepsgroep met een kwart zou afnemen. Vanwege het geringe aantal fte in de praktijksimulatie geven de aantallen een vertekend beeld. Uit Tabel 3.7 kan wel de richting van de ontwikkelingen in het werkproces worden afgeleid. Er is sprake van een sterke daling bij psychiaters en psychotherapeuten en een sterke stijging bij klinisch neuropsychologen, verpleegkundig specialisten ggz en masterpsychologen. Voor klinisch psychologen en gz psychologen zou sprake zijn van een geringe stijging. Horizontale substitutie vindt alleen plaats tussen de psychotherapeut en de gz psycholoog.

Tabel 3.7 Veranderingen in fte en functiemix specialistische ggz in praktijksimulatie op basis van gemiddelden

	Δ fte nabije toekomst	Δ functie-mix nabije toekomst	Substitutie = Δ functiemix	Substitutie horizontaal	Overige (vakinhoudelijk/ (non)efficiency/ vraag)
Psychiater	-25,1%	-3,1%	-24,8%		-0,3%
Klinisch psycholoog	+14,4%	+0,6%	+14,4%		0%
KNP	+300%	+0,2%	+240%		+60%
Psychotherapeut	-38,6%	-1,8%	-37,3%	-17,3%	-1,3%
Gz psycholoog	+ 4,2%	+0,6%	+4,8%	+5,3%	-0,6%
Verpleegkundig specialist ggz	+56,5%	+1,6%	+56,6%		-0,1%
Masterpsycholoog	+33%	+3,6%	+33,3%		-0,3%
Hbo therapeut	-27,7%	-1,8%	-31,8%		+4,1%
Hbo agoog	-20,7%	-2%	-20,7%		0%
Verpleegkundige	+6,8%	+2,5%	+6,8%		0%
Totaal	0				

3.2.5 Conclusie parameters werkproces op basis van praktijksimulatie

In beide runs van de praktijksimulatie doen zich trends voor die in dezelfde richting wijzen:

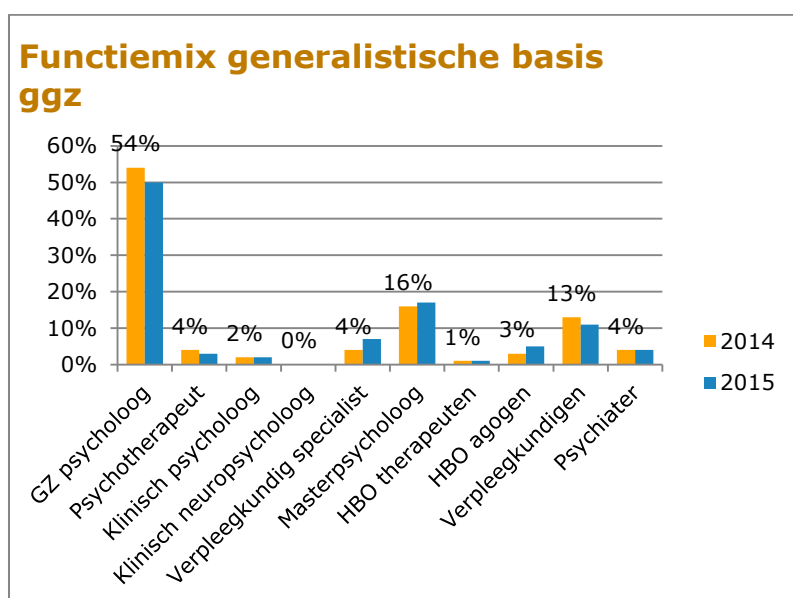
- In instellingen vindt substitutie plaats van psychotherapeuten door gz psychologen en in de specialistische ggz ook door klinisch psychologen;
- In de generalistische basis ggz vindt verticale substitutie van gz psychologen (in de rol van regiebehandelaar) plaats door verpleegkundig specialisten ggz;
- In instellingen vindt vanwege vakinhoudelijke ontwikkelingen meer inzet plaats van verpleegkundig specialisten ggz. In de specialistische ggz gebeurt dat ook in enigerlei mate voor de klinisch psychologen en de klinisch neuropsychologen.
- Voor de generalistische basis ggz kan meer of minder verticale substitutie plaatsvinden tussen gz psychologen en masterpsychologen en tussen verpleegkundig specialisten ggz en verpleegkundigen, afhankelijk van de arbeidsmarkttekorten. Een dergelijke beweging kan zich ook in de specialistische ggz voordoen, maar wordt vanuit vakinhoudelijke overwegingen ongewenst geacht en moet dan worden gezien als een vorm van ongewenste, gedwongen substitutie.
- Er is een tendens om voor de hooggekwalificeerde beroepsgroepen in met name de specialistische ggz de efficiency te verlagen, vanwege toenemende behandelintensiteit voor de meer complexe problematiek en in te zetten op een afnemende behandelproductiviteit om de hooggekwalificeerde professionals te behouden voor de organisatie.

Op basis van de diversiteit in de antwoorden van de deelnemers aan de praktijk simulatie is gewerkt met een bandbreedte en met een gemiddelde. De kwantitatieve effecten zoals gevonden in de praktijk simulatie zijn overschat vanwege de uitgangssituatie van een enkele instelling met een beperkte personeelsinzet, weergegeven in fte. De bandbreedte van de diversiteit aan antwoorden maakt duidelijk dat veranderingen in de functiemix en de verwachte afname en toename in fte van een beroepsgroep met onzekerheden zijn omgeven en daarom moeilijk in één enkel percentage betrouwbaar en valide zijn af te leiden.

De parameterwaarden verschillen voor de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. Beide kennen een verschillende functiemix en verschillende substituties. Bij de verticale substitutie is een nader onderscheid te maken tussen de effecten van opwaartse substitutie en neerwaartse substitutie. De parameterwaarden voor substitutie zijn aan de hand van de verandering in de functiemix eenvoudiger vast te stellen dan die voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en (non) efficiency. Er zijn diverse indicatoren voor (non) efficiency te onderkennen, zoals de behandelproductiviteit en de behandelintensiteit. Arbeidsmarktkrapte voor beroepsgroepen als klinisch (neuro)psychologen, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz kan leiden tot gedwongen neerwaartse substitutie naar bijvoorbeeld masterpsychologen en verpleegkundigen. Rekening houdend met de mogelijke arbeidsmarkteffecten kan het nodig zijn met scenario's te gaan werken.

3.3 Beoordeling uitkomsten praktijk simulatie

In deze paragraaf beoordelen we de resultaten van de praktijk simulatie in het licht van de beschikbare data over verandering in het werkproces van ggz instellingen (zie ook paragraaf 2.3). Figuur 3.1 geeft voor de tien beroepsgroepen de functiemix weer voor de generalistische basis ggz met behulp van de declaratiedata bij zorgverzekeraars over de jaren 2014 en 2015.



Figuur 3.1 Verandering functiemix 2014 – 2015 generalistische basis ggz instellingen (Vektisdata)

Figuur 3.1 laat zien dat ten opzichte van 2014 het relatieve aandeel van de gz psycholoog, de psychotherapeut, de hbo therapeuten en de verpleegkundigen iets is afgenomen. Het relatieve aandeel van de verpleegkundig specialist ggz, de hbo agogen en de masterpsycholoog is juist iets toegenomen.

De richting van deze veranderingen in de functiemix op basis van de declaratiedata komt grotendeels overeen met de richting van de verandering in de functiemix voor de generalistische basis ggz in de praktijksimulatie. Dat geldt voor de gz psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de masterpsycholoog. Kortom, de trend die zich in 2015 laat zien voor de vijf beroepen gg, lijkt zich voort te zetten. In de praktijksimulatie nemen ook het relatieve aandeel van de klinisch psycholoog, de psychiater, de hbo therapeuten en de hbo agogen af in de generalistische basis ggz. Dat zou kunnen wijzen op een toekomstige trend.

Behalve naar de verhoudingen tussen beroepen is ook per beroep aan te geven of er sprake is van een groei of afname in behandeluren.⁶ Tabel 3.8 geeft zowel de verandering van de functiemix weer als de verandering in behandeluren in 2015 ten opzichte van 2014 voor de generalistische basis ggz.

Tabel 3.8 Verandering behandeluren en functiemix generalistische basis ggz per beroepsgroep (Vektisdata)

	Functiemix Was	Δ behandeluren	Δ functiemix
Psychiaters	3,6%	+59%	+0,1%
Klinisch psychologen	2,4%	+17%	-0,3%
Klinisch neuropsychologen	0,1%	-58%	-0,1%
Psychotherapeuten	3,6%	+29%	-0,2%
Gz psychologen	53,6%	+27%	-4,0%
Verpleegkundig specialisten ggz	4,1%	+135%	+2,9%
Masterpsychologen	16,0%	+43%	+0,7%
Hbo-therapeuten	0,7%	+40%	0%
Hbo-agogen	2,8%	+160%	+2,5%
Verpleegkundigen	13,2%	+15%	-2,2%
Totaal		+37%	

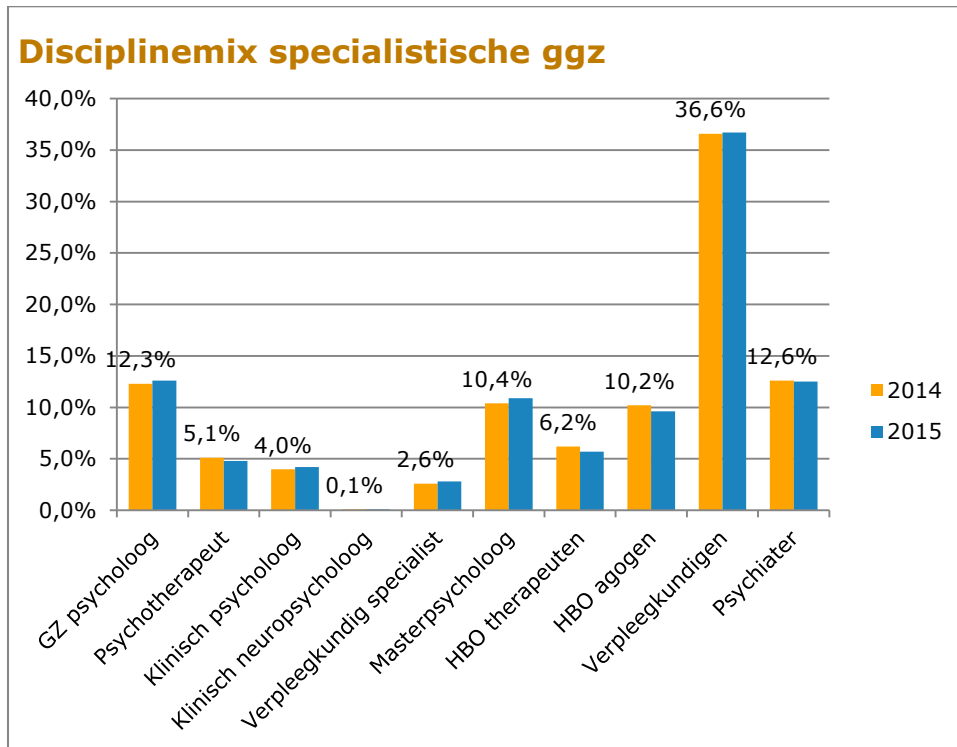
Tabel 3.8 laat zien dat ondanks de kleine verandering in de functiemix de verandering in behandeluren voor de beroepsgroep veel groter is. Dat hangt samen met de omvang van de beroepsgroep. De gemiddelde groei in behandeluren in 2015 ten opzichte van 2014 is 37%. Bij beroepsgroepen als de klinisch psychologen, de psychotherapeuten en de gz psychologen is de groei geringer en bij de verpleegkundig specialisten ggz is de groei juist veel groter en bij de klinisch neuropsychologen is er juist sprake van een forsere afname in de generalistische basis ggz.

In vergelijking met de snelle, sprongsgewijze veranderingen in de praktijksimulatie, tonen de beschikbare declaratiedata over 2014 en 2015 een meer geleidelijke trend. Dat geldt vooral voor de gz psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz. De verschillen tussen de declaratiedata en de praktijksimulatie kunnen ermee te maken hebben dat de deelnemers in de praktijksimulatie zich meer hebben laten leiden door 'waar groeit het naar toe' dan door de afweging wat in een jaar een haalbare verandering is. Een andere verklaring kan zijn dat de functiemix in de generalistische basis ggz nog niet geheel is

⁶ In de declaratiegegevens wordt niet gewerkt met fte zoals in de praktijksimulatie, maar met (directe en indirecte) behandeluren.

uitgekristalliseerd, waardoor nog sprake is van relatief sprongsgewijze veranderingen. De generalistische basis ggz is nog bezig positie te verwerven, mede in relatie tot de substitutie met de specialistische ggz.

Figuur 3.2 geeft de verandering in functiemix weer voor de specialistische ggz.



Figuur 3.2 Verandering functiemix 2014 – 2015 specialistische ggz instellingen (Vektisdata)

Figuur 3.2 laat zien dat in de specialistische ggz de veranderingen in 2015 ten opzichte van 2014 qua omvang geringer zijn dan voor de generalistische basis ggz. Bij de gz psycholoog, de klinisch psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de masterpsychologen doet zich een geringe stijging voor. Bij de psychotherapeuten, de psychiaters, de hbo therapeuten en de hbo agogen is sprake van een geringe daling. De richting van deze veranderingen komt grotendeels overeen met de richting in de veranderingen die zijn waargenomen in beide runs van de praktijksimulatie. Een klein verschil doet zich voor bij de klinisch neuropsycholoog. In de praktijksimulatie is een geringe groei te constateren, maar deze groei is niet zichtbaar in de beschikbare data over 2014 en 2015. Een verklaring daarvoor is dat het relatieve aantal uren van de klinisch neuropsycholoog in het geheel van de functiemix gering is, waardoor een kleine stijging nauwelijks zichtbaar wordt. Net als voor de generalistische basis ggz blijkt ook in de specialistische ggz dat de praktijksimulatie grotere en snellere veranderingen in de functiemix laat zien. De marges zijn echter veel minder ruim dan bij de generalistische basis ggz. De precieze verschillen zijn weergegeven in Tabel 3.9.

Tabel 3.9 Verandering behandeluren en functiemix specialistische ggz per beroepsgroep

	Was	Δ behandeluren	Δ functiemix
Psychiaters	12,6%	-0,1%	-0,1%
Klinisch psychologen	4,0%	+5,3%	+0,2%
Klinisch neuropsychologen	0,1%	+30,8%	0%
Psychotherapeuten	5,1%	-5,5%	-0,3%
Gz psychologen	12,3%	+2,1%	+0,3%
Verpleegkundig specialisten ggz	2,6%	+8,2%	+0,2%
Masterpsychologen	10,4%	+4,7%	+0,5%
Hbo-therapeuten	6,2%	-8,3%	-0,5%
Hbo-agogen	10,2%	-6,3%	-0,6%
Verpleegkundigen	36,6%	+0,1%	+0,2%
Totaal		-0,4%	

De verandering in de functiemix varieert voor de specialistische ggz tussen -0,6% (voor hbo agogen) tot +0,5% (voor masterpsychologen). Tabel 3.9 geeft behalve de verhoudingen tussen beroepen in de functiemix ook de stijging of daling in behandeluren voor de afzonderlijke beroepsgroepen in de specialistische ggz weer. De grootste stijging doet zich voor bij klinisch neuropsychologen en bij verpleegkundig specialisten ggz. De grootste daling doet zich voor bij psychotherapeuten en hbo therapeuten en hbo agogen.

Wanneer we de resultaten in Tabel 3.9 vergelijken met de resultaten van de praktijk simulatie dan valt op dat de groei van de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de gz psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz zich versterkt doorzet. Daarbij geldt dezelfde kanttekening rond de kleine aantallen en de omvang van de beroepsgroep zoals eerder is aangegeven. Voor de psychotherapeut en de meeste aanverwante beroepen (psychiater, hbo therapeut en hbo agogen) is sprake van een versterkte afname. Rond de masterpsychologen lijkt sprake van een stijging en voor de verpleegkundigen bestaat een wisselend beeld. Dit wisselend beeld kan te maken hebben met de eerder geconstateerde gedwongen substitutie vanwege arbeidsmarkttekorten.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de runs van de praktijk simulatie weergegeven en beoordeeld in het licht van de beschikbare kwantitatieve declaratiedata van ggz instellingen over 2014 en 2015. Uit deze vergelijking blijkt dat in de praktijk simulatie grosso modo een vergelijkbare ontwikkeling in het werkproces optreedt als is af te leiden uit de data over 2014 en 2015. De inzet van psychotherapeuten neemt over de hele linie af en die van verpleegkundig specialisten ggz toe. Voor de overige drie beroepen gg geldt dat zij afnemen in de generalistische basis ggz en toenemen in de specialistische ggz. Voor de aanverwante beroepen zijn de trends niet eenduidig. De inzet van psychiaters, hbo agogen en hbo therapeuten neemt af in de specialistische ggz, maar mogelijk in de toekomst ook voor de generalistische basis ggz. De masterpsychologen lijken vaker te worden ingezet in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz en verpleegkundigen vertonen een wisselend beeld. De waargenomen veranderingen in fte en functiemix in de praktijk simulatie zijn veel omvangrijker dan in de beschikbare data over 2014 en 2015. De aantallen geven daarmee een vertekend beeld. Dat kan te maken hebben met dat de deelnemers in de praktijk simulatie geneigd zijn tot het nemen van meer rigoureuze besluiten. De verwachte verschuivingen worden geprojecteerd op het jaar 2018, terwijl in de praktijk men een langere tijdshorizon in gedachten heeft. Het zal ook te maken hebben met de kleine aantallen fte, waardoor veranderingen in fte worden

uitvergroot. Tevens is gebleken dat de ontwikkelingen in het werkproces verschillen voor de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. De ontwikkelingen in het werkproces zijn, gelet op de diversiteit van inschattingen in de praktijksimulatie, niet in een enkel percentage aan te geven, maar veeleer te duiden met behulp van een bandbreedte.

Het toerekenen van de ontwikkelingen in het werkproces aan de afzonderlijke parameters is niet eenvoudig. De parameterwaarden voor substitutie zijn eenvoudiger vast te stellen dan die voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency. Als zorginhoudelijke indicator voor de substitutie kan de verandering in functiemix worden gebruikt. Voor de verticale substitutie is nader onderscheid gemaakt tussen de effecten van opwaartse substitutie en neerwaartse substitutie. Arbeidsmarktkrapte voor beroepsgroepen als klinisch (neuro)psychologen, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz kunnen leiden tot gedwongen neerwaartse substitutie naar bijvoorbeeld masterpsychologen en verpleegkundigen.

Voor efficiency is een drietal indicatoren te onderscheiden: behandelproductiviteit, behandelintensiteit en verhouding directe/indirecte uren. Het is mogelijk dat de ene indicator, zoals behandelproductiviteit, positief uitwerkt op de efficiency, terwijl de andere, zoals behandelintensiteit, negatief uitwerkt op efficiency. Een positieve waarde op efficiency betekent dat meer inzet van de beroepsgroep nodig is en kan dan ook beter worden geïdentificeerd als non efficiency. Een toename van de non efficiency kan vanuit kwaliteit positief worden geïdentificeerd. Zo kan vanuit kwaliteitsoverwegingen meer uren per patiënt worden besteed (= behandelintensiteit) waardoor de non efficiency toeneemt, maar mogelijk ook de kwaliteit.

4 Resultaten overige branches

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is voor de reguliere ggz instellingen aangegeven hoe het werkproces zich ontwikkelt aan de hand van de functiemix en de werkprocesparameters efficiency, vakinhoudelijke ontwikkelingen, horizontale en verticale substitutie.

In dit hoofdstuk gaan we na of in de andere branches waar de vijf beroepen gg werkzaam zijn, vergelijkbare ontwikkelingen in het werkproces zijn te verwachten als voor de ggz instellingen of dat deze daarvan afwijken. Daartoe is voor vijf branches deskresearch verricht en heeft een aantal (groeps)interviews plaatsgevonden. Er is gesproken met beroepsbeoefenaren, hoogleraren, vertegenwoordigers van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), beleidsmedewerkers van branche- en beroepsverenigingen en directeuren HRM en managers van instellingen in de branche (zie *Lijst van geïnterviewden*). In de interviews zijn de volgende vragen aan de orde gesteld:

- 1 Welke van de vijf beroepen gg en aanverwante beroepen werken er in uw branche en in welke verhouding tot elkaar?
- 2 Is de inhoud van het werk voor deze beroepsgroepen in uw branche het afgelopen jaar veranderd?
- 3 Zijn de omstandigheden van het werk in uw branche het afgelopen jaar veranderd?
- 4 Hebben de veranderde inhoud van het werk en de veranderende omstandigheden invloed gehad op de inzet van de verschillende beroepsgroepen?
- 5 Is er sprake van onvervulbare vacatures of tekorten voor bepaalde functies en heeft dat invloed op de inzet van de beroepen?
- 6 Hoe ziet de functiemix voor uw branche eruit?
- 7 Zijn er veranderingen in die functiemix opgetreden het afgelopen jaar? Kunt u de verschuivingen verklaren?
- 8 Welke werksettings zijn er in uw branche te onderscheiden en zijn er verschillen in de functiemix voor deze werksettings?
- 9 Ziet u het afgelopen jaar verschuivingen in de verhouding directe behandeluren, de indirecte tijd die beroepsbeoefenaars besteden aan de cliënten en de tijd die wordt besteed aan onderhandelingen/contracten met financiers?

Per branche geven we kort inzicht in de resultaten van de verkorte analyses.

4.2 Gehandicaptenzorg

4.2.1 Functiemix

In totaal zijn er in 2016 ongeveer 117.500 fte werkzaam in de gehandicaptenzorg. De afgelopen jaren was er sprake van een krimp in de gehandicaptenzorg. Sinds eind 2016 lijkt er weer sprake van een voorzichtige groei (Joldersma, et al., 2017; AZWinfo.nl: Arbeidsmarkttool).

De grootste aanwezige beroepsgroep in de gehandicaptenzorg zijn de agogen. De agogen vormen met de cliënt en de naasten van de cliënt de kern van het primaire proces. Zij worden vaak ingezet als (traject)begeleider of als begeleiding van de begeleiders. In de sector werken relatief veel medewerkers maatschappelijke zorg en sociaal pedagogische

hulpverleners van niveau 4. Volgens de geïnterviewden zou ongeveer 40% van de agogen van mbo 3 niveau zijn, 40% van mbo 4 niveau en 20% van hbo niveau (vgl. ook AZW Brancherapportage gehandicaptenzorg 2016). Het ramingsmodel AZW gaat er vanuit dat op het totaal van werkzame personen in 2016 sprake is van 23% mbo 4, 18% hbo, 6% mbo 3 en 15% verpleegkundigen (AZW info.nl: Arbeidsmarkttool).

Ten opzichte van de hbo agoog neemt de (post)academische gedragskundige een begeleidende, superviserende rol in. De gedragskundigen zijn vooral orthopedagogen generalisten en gz psychologen. In de gehandicaptensector wordt volgens de geïnterviewden de orthopedagoog generalist vooral ingezet voor het aansturen van teams. De gz psycholoog richt zich met name op diagnostiek en behandeling en wordt vooral ingezet als behandelcoördinator en supervisor. De behandelcoördinator is verantwoordelijk voor de totstandkoming van het behandelplan (Nivel, 2014). Het is niet exact bekend hoeveel orthopedagoog generalisten in de gehandicaptenzorg werken. De beroepsvereniging NVO telt ongeveer 1600 orthopedagoog generalisten. De helft daarvan heeft ook de gz opleiding afgerond (Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog generalist, 2014). In totaal zouden er zo'n 2000 gedragswetenschappers werken, waaronder veel orthopedagogen (generalisten) en (NIP) kinder & jeugdpsychologen en masterpsychologen. De verwachting is dat er in totaal rond de 8.000 masterpsychologen en (ortho)pedagogen werkzaam zijn in de ggz en de aanverwante branches (Nivel, 2014). In de gehandicaptenzorg zouden in 2015 9 fte klinisch psychologen, 5 fte klinisch neuropsychologen, 14 fte psychotherapeuten, 678 fte gz psychologen en 13 fte verpleegkundig specialisten ggz werken (Capaciteitsorgaan, 2015, p. 61). Op het totaal aantal fte is dat nog geen 1%.

Psychiaters komen in de gehandicaptenzorg weinig voor. Daarentegen zijn er wel veel artsen verstandelijk gehandicaptenzorg (AVG). Per 1 januari 2016 zijn er 228 geregistreerde artsen. Van de patiëntgebonden activiteiten besteden zij ongeveer 84% van hun tijd aan intramurale patiënten en 16% aan extramurale patiënten. De AVG neemt steeds meer de positie in van een tweedelijns specialist. Voor de algemene medische zorg gaan de cliënten naar de huisarts. Een derde van de instellingen heeft een huisarts in dienst (Kiwa Carity, 2014A; Capaciteitsorgaan, 2016A; Bureau Bartels, 2017). Naast de verpleegkundig specialisten ggz zijn in de sector ook somatische verpleegkundig specialisten werkzaam en andere verpleegkundigen met een hbo master, zoals de praktijkverpleegkundigen. In totaal zouden er zo'n 250 verpleegkundigen met een master werkzaam zijn in de gehandicaptensector. De taakherschikking naar ondersteunende disciplines lijkt enigszins van de grond te komen (Bureau Bartels, 2017).

4.2.2 Werksettings binnen de branche

In de gehandicaptenzorg heeft volgens de geïnterviewden de 'care' een lange traditie. De zorg kenmerkt zich door het bieden van structuur en ondersteuning. Er is een onderscheid te maken tussen intramurale (langdurige) zorg, ambulante zorg en wmo-zorg. Het aantal intramurale plaatsen bedroeg in 2014 nog 66.000. Daartoe behoren bijvoorbeeld plekken in de jeugdzorg+, plekken in zorgboerderijen, Thomashuizen en diverse wooninitiatieven. Ongeveer 10% van de intramurale plekken is beschikbaar voor de doelgroep SGLVG (TNO, 2014). Werkgevers in de gehandicaptensector hebben naar eigen zeggen hun aandeel richting welzijn en jeugd uitgebreid. Inmiddels valt ongeveer 15% van de zorg onder wmo-zorg en 85% onder langdurige zorg. Het aandeel extramurale zorg groeit. Steeds meer zorginstellingen hebben een polikliniek voor AVG-zorg. Momenteel telt Nederland 88 van dergelijke poliklinieken, verspreid over alle provincies (Bureau Bartels, 2017).

In de gespecialiseerde zorg voor cliënten met complexe problematiek is een onderscheid te maken naar behandeling, intensieve begeleiding en begeleiding. In de intensieve

begeleiding zijn vooral mensen van hbo niveau werkzaam. Behandeling heeft volgens de geïnterviewden vaak een tijdelijk karakter. In de praktijk bestaan rond behandeling diverse multidisciplinaire samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld voor de cliëntengroep met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

4.2.3 Ontwikkelingen werkproces

Belangrijke aandachtspunten voor het werkproces zijn werken aan kwaliteit; verminderen kosten personeel/bezuiniging; administratieve belasting; efficiënte inrichting werkprocessen; focus op zelfregie en andere competenties van werknemers (Bureau Bartels, 2017).

In 2016 is in de sector gewerkt aan een meerjarige kwaliteitsagenda en een kwaliteitskader voor de langdurige zorg. In de branche is een professionaliseringsslag op gang gekomen en vakmanschap is volgens de geïnterviewden meer centraal komen te staan. Het wetenschappelijk onderzoek in de sector neemt toe (vgl. AZW Brancherapportage gehandicaptenzorg, 2017). De focus is meer komen te liggen op de eigen kracht (zelfregie) van de cliënten en op het organiseren van de zorg 'dichtbij' met inschakeling van de sociale omgeving van de cliënt. In de gehandicaptenzorg ligt daarbij volgens de geïnterviewden de focus op inclusie en de mogelijkheden tot participatie. Dat gaat gepaard met een veranderende en meer complexe zorgvraag. De functiemix speelt daarop in. Er is meer behoefte aan gekwalificeerden met competenties op niveau 4 en 5 voor het omgaan met zelfredzaamheid en autonomie, begeleiding mantelzorg en inzet van technologie. Ook zou meer behoefte bestaan aan het expertisegebied verpleegkundige verstandelijke gehandicaptenzorg (AZW Brancherapportage gehandicaptenzorg, 2017).

Behalve een inzet op kwaliteit heeft ook een efficiency slag plaatsgevonden als gevolg van bezuinigingen en inkrimping personeel. De administratieve belasting is (sterk) toegenomen. Dat geldt vooral voor de zorg en ondersteuning die valt onder de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet. Organisaties moeten met veel verschillende gemeenten tot afspraken komen die elk hun eigen eisen stellen wat betreft de wijze van declareren en het aanleveren van de gegevens over de geleverde dienstverlening. Organisaties trachten daarom werkprocessen en zorgtrajecten efficiënter ('lean') in te richten (Bureau Bartels, 2017).

4.2.4 Conclusie

In de gehandicaptensector wordt van de vijf beroepen gg de gz psycholoog het meest ingezet. De gz psycholoog is voor een groot deel substitueerbaar door de orthopedagoog generalist. Arbeidsmarktontwikkelingen zoals het moeilijk kunnen krijgen van gz psychologen kunnen substitutie door de orthopedagoog generalist bevorderen. De overige beroepen gg komen nauwelijks voor in de gehandicaptensector in brede zin, maar wel in de meer gespecialiseerde (intramurale SGLVG) zorg bij cliënten met complexe en ernstige problematiek. De branche als geheel beweegt zich steeds meer richting het gemeentelijke sociale domein. De verpleegkundig specialist ggz wordt momenteel nog weinig ingezet. Het is eerder de praktijkverpleegkundige of een verpleegkundige met aandachtsgebied verstandelijke beperking die wordt aangetrokken. In de branche is een tendens om steeds hoger gekwalificeerde beroepskrachten in te zetten van hbo niveau en (post) academisch niveau, zoals gz psycholoog, orthopedagoog generalisten en hbo agogen. Vergrijzing onder mensen met een beperking kan ertoe bijdragen dat meer (hoog gekwalificeerde) verpleegkundigen worden ingezet. Vanuit kostenperspectief kan er juist een taakverschuiving plaatsvinden richting masterpsychologen, hbo agogen en hbo psychologen.

4.3 Ziekenhuizen

4.3.1 Functiemix

In totaal waren er in 2016 ongeveer 163.500 fte zorgpersoneel werkzaam in ziekenhuizen (exclusief de umc's). Van de werkzame personen is ongeveer 30% verpleegkundige (Azwinfo.nl: Arbeidsmarkttool). Minder dan 0,5% van het totale zorgpersoneel bestaat uit beroepsbeoefenaren van de vijf beroepen gg. In de ziekenhuizen zouden in 2015 214 fte klinisch psychologen, 53 fte klinisch neuropsychologen, 12 fte psychotherapeuten, 393 fte gz psychologen en 13 fte verpleegkundig specialisten ggz werken (Capaciteitsorgaan, 2015, p. 61). Van de aanverwante beroepen is de groep psychiaters en verpleegkundigen het grootst. Binnen de verpleegkundigen wordt steeds meer een differentiatie aangebracht tussen hbo verpleegkundigen en mbo verpleegkundigen (vgl. Joldersma et al., 2017).

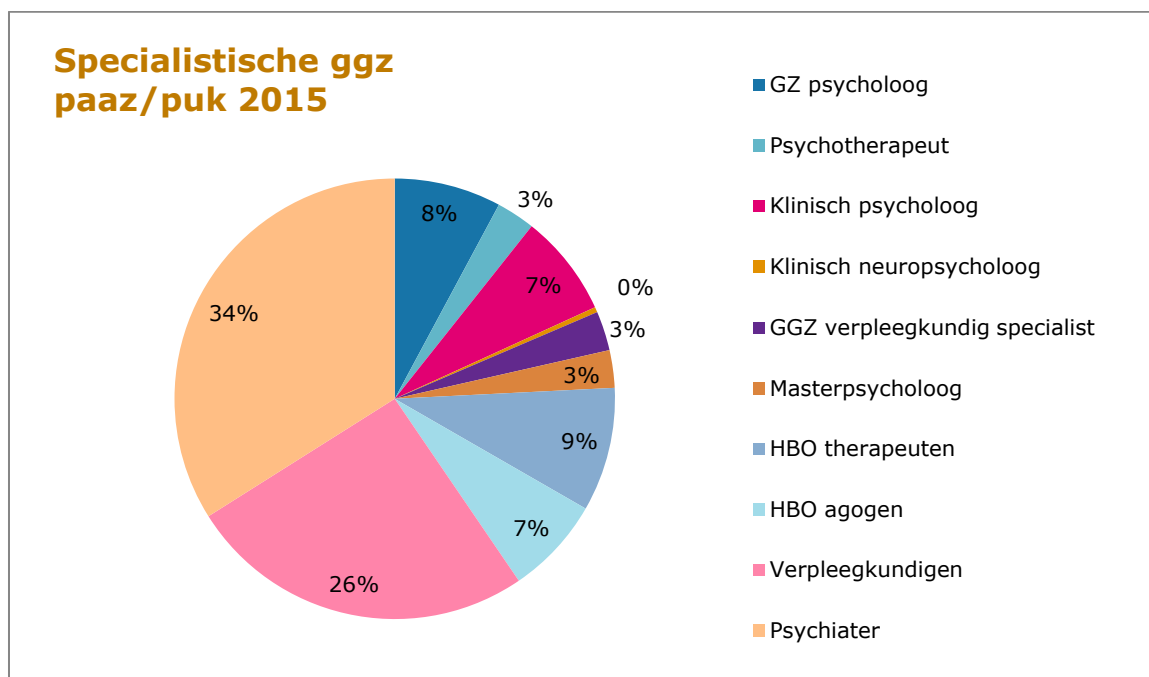
De vijf beroepen gg hebben in het ziekenhuis vooral te maken met patiënten waar sprake is van somatische en psychiatrische problematiek. Bij ten minste een kwart van de volwassen patiënten in het ziekenhuis is naast de somatische aandoening ook sprake van een psychiatrische stoornis en/of gedragsprobleem. Andersom heeft in Nederland de helft van de ggz patiënten per jaar een of meer contacten in het ziekenhuis. De patiënten met somatische en psychiatrische problematiek hebben heel diverse aandoeningen (GM Ziekenhuispsychiatrie, 2017). Binnen de ziekenhuizen is voor de comorbide problematiek een onderscheid te maken tussen ziekenhuizenpsychiatrie en de medische psychologie.

4.3.2 Werksettings in de ziekenhuispsychiatrie

Binnen de ziekenhuispsychiatrie zijn verschillende varianten te onderscheiden die afzonderlijk of gezamenlijk in een ziekenhuis voor komen.

Een eerste variant van ziekenhuispsychiatrie zijn de psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) en de psychiatrische universitaire klinieken (PUK). Hier bevinden zich over het algemeen patiënten met een gemiddeld tot hoge psychiatrische zorgzwaarte en lage somatische zorgzwaarte. De zorgvraag komt niet altijd van de patiënt, maar ook regelmatig van de medische en/of verpleegkundige staf van het ziekenhuis. Daarnaast komen er patiënten van de spoedeisende dienst. Het aantal PAAZ-afdelingen in ziekenhuizen is de laatste decennia gedaald, doordat in het recente verleden van overheidswege is ingezet op de samenwerking met ggz instellingen.

De generalistische basis ggz van de PAAZ/PUK is qua urenomvang zeer gering. Het omvat ongeveer 0,5% van het aantal behandeluren in de ggz instellingen. Voor de generalistische basis ggz in ziekenhuizen blijkt de klinisch psycholoog vaker te worden ingezet (20%) dan in de ggz instellingen (2%). Daarnaast komen veel minder hbo agogen voor op de PAAZ/PUK. Het aantal behandeluren in de specialistische ggz van de PAAZ/PUK omvat ongeveer 6% van dat van de specialistische ggz in instellingen. Via de PAAZ/PUK worden relatief veel depressies behandeld. Er gaan verder veel behandeluren naar angst en bipolair (Vektisdata, 2015). De functiemix voor de specialistische ggz van de PAAZ/PUK is weergegeven in Figuur 4.1.



Figuur 4.1 Functiemix specialistische ggz PAAZ/PUK (behandeluren) Vektisdata 2015

Figuur 4.1 toont dat van de behandeluren in de specialistische ggz een derde voor rekening komt van de psychiater en 7% voor de klinisch psycholoog. In de ggz instellingen is dat respectievelijk 13% en 4%. De gz psycholoog, de psychotherapeut en de masterpsycholoog worden relatief minder ingezet dan bij de ggz instellingen.

Een tweede variant van ziekenhuispsychiatrie betreft de psychiatrische consultatieve dienst die in eigen beheer wordt uitgevoerd of is uitbesteed aan een ggz instelling. In elk ziekenhuis moet het mogelijk zijn om binnen 24 uur psychiatrische consultatie te krijgen (GM Ziekenhuispsychiatrie, 2017). De consultatie richt zich op patiënten met een gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte en geen tot lage psychiatrische zorgzwaarte. Het kan bijvoorbeeld gaan om de volgende ziektebeelden: delirium; suïcidepogingen; alcoholgerelateerde problematiek; anorexia nervosa; en zwangerschap. Uitgaande van een norm van 5% consulten psychiatrie binnen ziekenhuizen zou dat voor heel Nederland ongeveer 200 fte consultatief werkzame psychiaters in ziekenhuizen betekenen.

Een derde variant vormen de medisch-psychiatrische units, de PMU of MPU. Van de 90 ziekenhuizen gaven een aantal jaren geleden 40 aan een MPU-achtige voorziening te hebben. De PMU/MPU richt zich op patiënten met een gemiddeld tot hoge psychiatrische zorgzwaarte en gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte. Het zijn verpleegafdelingen die tegelijkertijd kunnen voorzien in somatische en psychiatrische behandeling. De verpleegkundigen beschikken over zowel somatische als psychiatrische expertise. De verpleegkundige bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed. Het is op deze afdelingen mogelijk om bij de zorg voor de patiënt ook te betrekken: activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en gz psycholoog. Bij de hogere zorgzwaarten doet de psychiater in principe zelf de diagnostiek en behandeling (Veldnormen PMU/MPU, 2012).

Voor de ziekenhuispsychiatrie gelden de spelregels zoals die ook van toepassing zijn in de reguliere ggz instellingen, zoals het kwaliteitsstatuut en het werken met een

regiebehandelaar. Diagnostiek vindt doorgaans plaats door of onder supervisie van de psychiater. De ziekenhuispsychiatrie heeft ook een liaisonfunctie richting samenwerkingsverbanden en medisch specialisten. Ook wordt geparticipeerd in de medische staf en in ziekenhuiscommissies.

4.3.3 Werksetting medische psychologie

Diverse ziekenhuizen hebben een afzonderlijke afdeling medische psychologie. De psychologische specialistische zorg in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd door voornamelijk klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en gz psychologen. In 2010 was de helft klinisch psycholoog, 8% klinisch neuropsycholoog en 42% gezondheidszorgpsycholoog. Volgens de geïnterviewde medisch psychologen is de verhouding tussen klinisch psychologen en gz psychologen in ziekenhuizen in de loop van de tijd veranderd. Eerst was het merendeel op de afdeling klinisch psycholoog en nu is dat verder gedaald en is het merendeel gz psycholoog. Er zijn veelal opleidingsplekken voor gz psychologen en klinisch psychologen. Sommige medisch psychologen hebben ook een aanstelling op de PAAZ of op de polikliniek. Op de afdeling medische psychologie komen geleidelijk steeds meer klinisch neuropsychologen. De klinisch neuropsychologen nemen slechts geleidelijk toe, omdat er vanwege de beperkte opleidingscapaciteit maar weinig kunnen instromen. Ook is men nog niet overal goed bekend met de klinisch neuropsycholoog. Het werk op de afdeling medische psychologie past volgens de geïnterviewden goed bij het beroepsprofiel van de klinisch neuropsycholoog. Op de afdeling medische psychologie werken verder kinder- en jeugdpsychologen en psychodiagnostisch medewerkers. Sinds 2014 komt ook de verpleegkundig specialist ggz meer in de ziekenhuizen voor.

Wanneer psychosociale aspecten een sterke rol spelen bij een ziekte, roept de arts de hulp in van de psycholoog, bijvoorbeeld bij klachten als pijn, vermoeidheid, duizeligheid en slapeloosheid. Ook de psychiater van de PAAZ verwijst patiënten door. De medische psychologische zorg kent de volgende vijf hoofdgroepen (<https://www.mst.nl/p/specialismen/psychologie>):

- Psychische problematiek bij verwerking van en omgaan met een lichamelijke ziekte;
- Lichamelijke klachten die onvoldoende verklaard kunnen worden door een lichamelijke oorzaak (SOLK) of lichamelijke klachten die mede op basis van psychologische factoren in stand gehouden worden;
- Gevolgen van en complicaties bij de medische behandeling;
- Hersenaandoeningen en neuropsychologie;
- Diagnostiek en behandeling ten behoeve van de afdeling psychiatrie.

De medisch psycholoog kan worden ingeroepen voor een consult, voor diagnostiek en voor behandeling. Voor 1 fte klinisch psycholoog wordt uitgegaan van een norm van 175 eerste verwijzingen/consulten per jaar. De medisch psychologen geven naast individuele behandeling ook samen met andere disciplines groepsprogramma's, bijvoorbeeld voor hartpatiënten, longpatiënten met astma of COPD, patiënten met ernstig overgewicht, patiënten met kanker en patiënten met diabetes. De behandeling is meestal kort (4 tot 10 sessies) en gericht op het direct aanpakken van het belangrijkste probleem (LVMP en PAZ, 2012).

De omvang van de afdeling medische psychologie verschilt volgens de geïnterviewde medisch psychologen sterk per ziekenhuis. In het algemeen zal het aantal medisch psychologen dat op de afdeling medische psychologie werkt, variëren tussen de 2 en 20. De lokale verschillen hangen samen met de historie van het ziekenhuis en de prioriteiten van de Raad van Bestuur. Het hangt ook samen met de specialismen in het ziekenhuis. Relevante specialismen voor de medisch psycholoog zijn bijvoorbeeld geriatrie,

geheugenpoli, hersentumoren en chronische aandoeningen. Ziekenhuizen gaan zich steeds verder specialiseren en meer de focus leggen op bepaalde specialismen. Dat heeft invloed op het aantal benodigde medisch psychologen. De omvang van de afdeling is ook afhankelijk van de doorverwijzing door de medisch specialisten naar de medisch psychologen. Ook de complexiteit van de zorg is van invloed op het aantal medisch psychologen. Zo zijn in de zogenaamde STZ-ziekenhuizen grotere afdelingen medische psychologie te vinden.

Terwijl de psychologen in de ziekenhuispsychiatrie worden bekostigd via het dbc systeem ggz, vallen medisch psychologen niet onder deze dbc-systematiek. De activiteiten van de medisch psychologen en de ureninzet zijn dan ook niet zichtbaar in de declaratiedata over de ggz bij de zorgverzekeraars. De output en outcome van de medisch psychologen is daardoor minder meetbaar te maken en is volgens de geïnterviewde medisch psychologen in de praktijk ook meer globaal. Het administratiesysteem is eenvoudiger dan in de ggz. Zo wordt er geen onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte behandeluren. Op de medische psychologie zijn de spelregels rond regiebehandelaar, kwaliteitsstatuut en generalistische basis ggz en specialistische ggz niet van toepassing. Medisch psychologen nemen deel aan de medische staf en de commissies in het ziekenhuis, waardoor hun behandelproductiviteit iets lager kan zijn. Daarnaast is er sprake van veel indirecte behandel tijd vanwege overleg en contacten met andere ziekenhuizen of behandelsettings waar de patiënt naar toe gaat.

4.3.4 Conclusie

In de ziekenhuizen zijn voor de ziekenhuispsychiatrie de psychiater en de klinisch psycholoog de kerndisciplines. De ziekenhuispsychiatrie valt onder de dbc-systematiek ggz. In de specialistische ggz in de ziekenhuizen worden relatief veel meer psychiaters en iets meer klinisch psychologen ingezet dan in de specialistische ggz in instellingen. De omvang van de ziekenhuispsychiatrie verschilt sterk per ziekenhuis. Er zijn geen grote veranderingen in de functiemix te verwachten, anders dan door arbeidsmarktproblematiek.

De afdeling medische psychologie verschilt eveneens sterk per ziekenhuis. De kerndisciplines zijn hier de klinisch psychologen en de gz psychologen. De medisch psychologen oefenen een ander vak uit dan in de gewone ggz en zijn actief betrokken in de overlegstructuur van het ziekenhuis. Het aantal medisch psychologen is sterk afhankelijk van de speerpunten van het ziekenhuis en de aanwezige specialismen. In de loop van de tijd heeft een verschuiving plaatsgevonden binnen de medische psychologie tussen het aantal klinisch psychologen en gz psychologen. De verschuiving is niet vakinhoudelijk te motiveren, want de inhoud van het werk is juist complexer en zelfstandiger geworden. Het aantal klinisch neuropsychologen groeit heel geleidelijk. Afdelingen medische psychologie vallen niet onder de ggz en daardoor is de inzet van medisch psychologen ook minder zichtbaar. Medisch psychologen hebben indirect te maken met ontwikkelingen in de ggz, zoals de versraling van de zorg, de toename van wachttijden en wachtlijsten en de arbeidsmarkt krapte voor klinisch psychologen. Arbeidsmarktproblematiek kan gepaard gaan met verdergaande verticale substitutie tussen klinisch psychologen en gz psychologen.

4.4 Verpleeghuizen

4.4.1 Functiemix

In de verpleging en verzorging werken in 2016 ongeveer 153.500 fte. Meer dan de helft van in de branche werkzame personen is verzorgende en meer dan 10% is

verpleegkundige (AZWinfo.nl: Arbeidsmarkttool). De vijf beroepen gg vormen qua fte minder dan 0,5% van het zorgpersoneel in de verpleging & verzorging.

In het behandelteam is een belangrijke rol weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde. Op 1 januari 2016 waren er 1568 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde (Capaciteitsorgaan, 2016B). De specialist ouderengeneeskunde wordt bijgestaan door een (somatisch geschoolde) verpleegkundig specialist. Op dit moment zouden er ongeveer 300 (somatisch geschoolde) verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in de verpleeghuizen (Lovink et al., 2017). De verpleegkundig specialist stelt in afstemming met de specialist ouderengeneeskunde diagnoses en schrijft behandelingen voor, waaronder medicijnen. De verpleegkundig specialist begeleidt ook medewerkers van de verzorging. De taakherschikking tussen specialist ouderengeneeskunde en de (somatisch) verpleegkundig specialist staat binnen de ouderenzorg volgens recent onderzoek nog in de kinderschoenen (Lovink et al., 2017). Dat zou onder andere te maken hebben met de onbekendheid met de inhoud en bevoegdheden van (somatisch) verpleegkundig specialisten.

Uit eerder onderzoek van Prismant naar de samenstelling van medische diensten in verpleeghuizen komt naar voren dat de medische dienst voor 37% zou bestaan uit specialisten ouderengeneeskunde, 14% (master)psychologen, 9% verpleegkundig specialisten, 8% basisarts, en 8% gz psychologen. Wanneer deze resultaten worden vertaald naar een landelijk beeld, levert dat 290 gz psychologen en 505 masterpsychologen op (Bloemendaal & Windt, 2014). Het Capaciteitsplan vijf beroepen gg (Capaciteitsorgaan, 2015, p. 61) maakt voor verpleeghuizen melding van 1 klinisch neuropsycholoog, 327 gz psychologen en 5 verpleegkundig specialisten ggz.

De werkzaamheden van de gz psycholoog in verpleeghuizen zijn volgens de geïnterviewden heel divers. De gz psycholoog voert diagnostische taken uit en behandeling/begeleiding van cliënten en/of hun naasten. Ook vindt mediatieve behandeling plaats; dat wil zeggen behandeling van de cliënt door instructies aan het team. Een belangrijk deel van de werkzaamheden is de analyse en behandeling van gedragsproblematiek. Daarmee draagt de gz psycholoog ook bij aan het verbeteren van het woon- en leefklimaat. Gz psychologen spelen vanwege hun kennis en expertise over probleemgedrag ook een rol in het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen. De gz psycholoog kan eveneens een zorgindicatie aanvragen. Ook heeft de gz psycholoog een rol bij rechtszittingen als er een RM/IBS wordt aangevraagd. Samengevat, worden psychologen ingezet voor de volgende taken (NIP, 2016):

- psychologisch onderzoek en diagnostiek en indicatiestelling
- behandeling (individueel, groep, systeem) en mediatieve behandeling
- begeleiding en advisering cliënten en familie/naasten, bijvoorbeeld in het leren omgaan met ziekte en achteruitgang en verlies
- deelname multidisciplinair overleg
- analyse psychologische factoren zoals coping, cognitieve beperkingen, persoonlijkheid en sociale vaardigheden
- leren omgaan met/analyse achteruitgang en onbegrepen gedrag, kennis groepsprocessen en omgevingsfactoren die van invloed zijn op verblijf
- teambegeleiding en vergroting kwaliteit primaire proces door scholing en deskundigheidsbevordering, klinische lessen, trainingen en psycho-educatie
- preventie
- innovatie & onderzoek
- beleid.

Hoewel in de meeste gevallen de specialist ouderengeneeskunde de rol van hoofdbehandelaar vervult, komt het ook voor dat de gz psycholoog deze rol heeft. Dat laatste is vooral aan de orde wanneer het primaat ligt bij mentale en psychische problematiek.

Het verschilt volgens de geïnterviewden per verpleeghuis en per regio hoeveel gz psychologen en masterpsychologen er zijn en in welke verhouding. Zo kan een verpleeghuis ervoor kiezen om voor elke locatie een psycholoog beschikbaar te hebben. Het is ook afhankelijk van de visie van de organisatie, het bestuur en het management. Sommige verpleeghuizen maken nauwelijks onderscheid tussen waar de masterpsycholoog en waar de gz psycholoog voor worden ingezet.

Volgens de vertegenwoordigers van de beroepsvereniging van psychologen moet voor verpleeghuizen de voorkeur uitgaan naar het inzetten van een gz psycholoog en is het noodzakelijk dat een masterpsycholoog altijd wordt begeleid door een gz psycholoog. De aard van de werkzaamheden van de psycholoog in verpleeghuizen vraagt daarom. Meer dan in de reguliere ggz moet de gz psycholoog in de ouderenzorg inspelen op wat zich voordoet bij de cliënt. Protocollen zijn vaak niet beschikbaar. In de ouderenzorg is de gz psycholoog veel meer onderdeel van het geheel en zijn er meer indirect cliëntgebonden werkzaamheden. De gz psycholoog houdt zich bijvoorbeeld bezig met het begeleiden van teams, voert overleggen, geeft advies aan familieleden en zit in het kernteam. Masterpsychologen moeten noodgedwongen nu in verpleeghuizen al werkzaamheden doen, waarbij ze niet altijd beschikken over de nodige kennis, ervaring en deskundigheid. Er bestaan verschillende aanvullende opleidingen voor psychologen in de ouderenzorg, zoals de Profielopleiding Ouderenzorgpsycholoog. Naar schatting heeft het merendeel van de masterpsychologen geen aanvullende opleiding gevolgd (vgl. Van Drunen, 2010).

4.4.2 Werksettings

Naast intramurale zorg bieden verpleeghuizen ook steeds meer ambulante thuisondersteuning. Er vindt bijvoorbeeld een totaal pakket thuis plaats. Ambulante ondersteuning thuis betreft bijvoorbeeld extramurale behandeling van cliënten met stemmings- en gedragsproblematiek. De gz psycholoog is daarbij te raadplegen en te consulteren. De extramurale ggz komt nog niet echt van de grond, mede vanwege de schotten in de financiering.⁷ Het samenspel tussen ambulante en intramuraal zal in de toekomst steeds meer van belang zijn. Momenteel wordt een programma voor ambulante thuisondersteuning ontwikkeld. Ook buiten de gedragswetenschappelijke beroepen komt er steeds meer samenwerking tussen intramurale en ambulante zorg. Zo werken de (academische) ziekenhuizen samen met de wijkverpleegkundigen in Verpleegkundige Topzorg. In deze samenwerking gaat een verpleegkundig specialist samen met de (wijk)verpleegkundige naar de cliënt of patiënt en stellen ze een behandelplan op.⁸

4.4.3 Ontwikkelingen werkproces

Een recente ontwikkeling in verpleeghuizen, is de kortere verblijfsduur. Terwijl vroeger de gemiddelde bewoner twee jaar verbleef, is dat nu hooguit tien maanden. Dat vergt een andere manier van werken en veel meer aandacht voor hoe het in deze tien maanden goed kan gaan. Ook is de gemiddelde bewoner die instroomt in het verpleeghuis in een veel mindere conditie dan de cliënt van vroeger. Vaak is er thuis al van alles voorgevallen en kan het mantelzorg- en familienetwerk inmiddels zijn uitgeput. Dat betekent dat er ook sneller behandelinzet nodig is. Ook neemt de differentiatie in de

⁷ Er bestaat de mogelijkheid tot extramurale consultatie van een gedragswetenschapper, maar hiervoor is een CIZ indicatie vereist (in tegenstelling tot de extramurale consultatie van de specialist ouderengeneeskunde)

⁸ <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Paginas/Betere-en-goedkopere-zorg-in-thuiszorg-en-verpleeghuis-door-samenwerking-in-Verpleegkundige-Topzorg.aspx>.

aard van de benodigde zorg en begeleiding/behandeling toe. Het werk in verpleeghuizen is volgens de geïnterviewden hierdoor veel complexer geworden en cliënten en familie zijn veel mondiger geworden. De consequentie daarvan is dat er meer hoger geschoolden het verpleeghuis binnenkomen. De taak voor de (gz) psycholoog neemt toe, zowel in de omgang met de familie, als de cliënt en het zorgteam.

De toenemende zorgzwaarte en de aandacht voor kwaliteit zetten de sector onder druk. Het manifest 'Scherp op ouderenzorg' en de daaruit vloeiende erkende veldnormen door het Zorginstituut hebben veel impact op de omvang en samenstelling van de functiemix. Via het traject 'waardigheid en trots' is er veel aandacht voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en de deskundigheidsbevordering van het personeel. Tevens wordt gewerkt aan een vernieuwende arbeidsmarktagenda ouderenzorg. De aandacht concentreert zich daarbij op de verpleegkundige/verzorgende beroepen en nog weinig op de inzet van psychologen. Niettemin is de verwachting van de geïnterviewden dat de behoefte aan psychische zorg en behandeling door psychologen toeneemt. De gz psycholoog is de afgelopen jaren meer ingeburgerd geraakt in de sector. De psychische problematiek bij ouderen en het belang van psychologische interventies worden in toenemende mate onderkend. Dat geldt bijvoorbeeld rond angst en depressie. Ook vakinhoudelijke ontwikkelingen rond dementie en geriatrische revalidatiezorg dragen bij aan de behoefte aan psychologen. Momenteel onderzoekt het Trimbosinstituut de effecten van het programma 'Samen verder met dementie'. Behalve naar gz psychologen kan er dan ook meer behoefte komen aan klinisch (neuro)psychologen.

De voorwaarden waaronder psychologen in verpleeghuizen moeten werken, zijn volgens de geïnterviewden niet optimaal. Het blijkt al langere tijd moeilijk om vacatures van gz psychologen op te vullen. In 2018 is het aantal toegewezen plaatsen voor de opleiding van gz psychologen in de ouderenzorg verder afgenomen ten gunste van andere branches (zoals de gehandicaptenzorg). Er zijn momenteel al forse tekorten aan gz psychologen in de verpleeghuizen. Het is moeilijk om gz psychologen te vinden die zich aan de sector willen verbinden. De gz psychologen die instromen vanuit de ggz willen vaak toch weer terug naar de ggz. De tekorten aan gz psychologen worden nu doorgaans nog opgevangen door masterpsychologen.

4.4.4 Conclusie

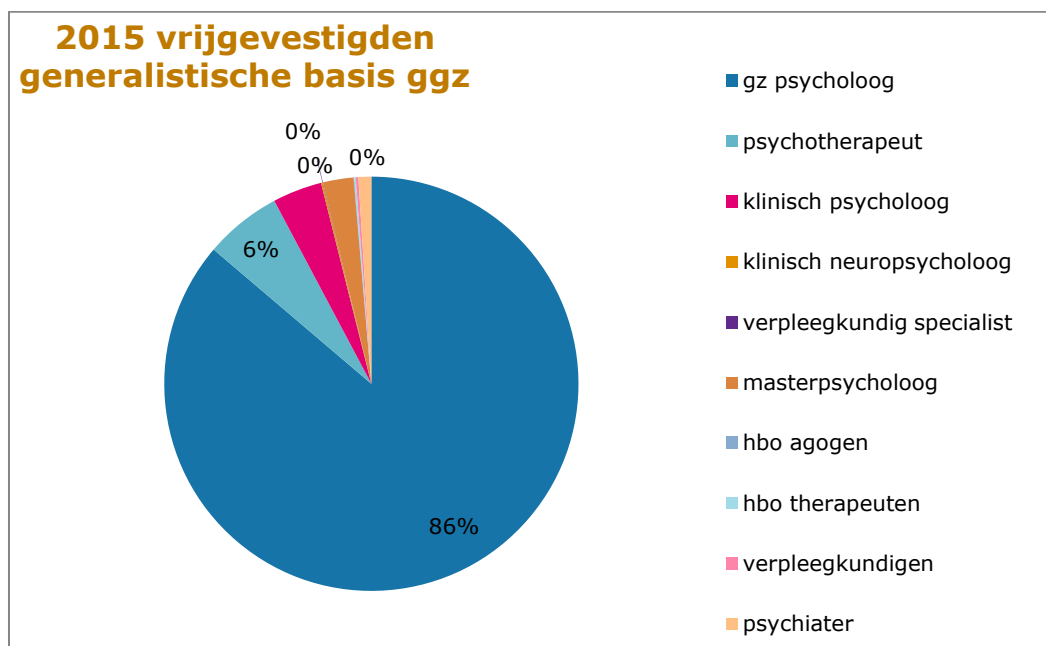
Ontwikkelingen in de verpleeghuizen, zoals meer complexe en zwaardere problematiek, extramuralisering, vakinhoudelijke ontwikkelingen en meer behoefte aan ondersteuning van teams maken dat de behoefte aan de vijf beroepen gg en in het bijzonder de gz psycholoog zal toenemen. Het aantal gz psychologen in de ouderenzorg is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Het aantal opleidingsplaatsen voor gz psychologen in de ouderenzorg is echter gering. Momenteel zijn er daarom nog veel masterpsychologen werkzaam in de branche; er is als het ware sprake van een 'gedoogde' substitutie van de gz psycholoog. De inhoud van het werk van de psycholoog in de ouderenzorg is anders dan in de ggz. De psycholoog werkt veel minder vanuit protocollen en wordt meer ingezet voor indirecte patiëntwerkzaamheden. Dat vraagt een 'helicopterview' en ervaring waarover de beginnende masterpsycholoog nog niet beschikt. Een verschil tussen de ouderenzorg en de reguliere ggz is dat er echter geen vastgelegde kwaliteitseisen bestaan voor de inzet van de gz psycholoog. Momenteel is in verpleeghuizen vooral de somatisch verpleegkundig specialist in beeld en de verpleegkundig specialist GGZ nog veel minder. De somatisch verpleegkundig specialist is breed inzetbaar en kan een deel van de taken van de specialist ouderengeneeskunde uitvoeren.

4.5 Vrijgevestigden

4.5.1 Functiemix

Volgens de NZa (2016) zijn er in de ggz in 2014 8250 vrijgevestigden. In totaal zouden er onder de vrijgevestigden in 2015 454 fte klinisch psychologen, 23 fte klinisch neuropsychologen, 732 fte psychotherapeuten, 1664 fte gz psychologen en 2 fte verpleegkundig specialisten ggz zijn (Capaciteitsorgaan, 2015, p. 61). Het merendeel van de klinisch psychologen werkt in de specialistische ggz of in een geïntegreerde praktijk. Datzelfde geldt voor de klinisch neuropsychologen en de psychotherapeuten. Het merendeel van de gz psychologen werkt in de generalistische basis ggz of in een geïntegreerde praktijk (Vektisdata, 2015).

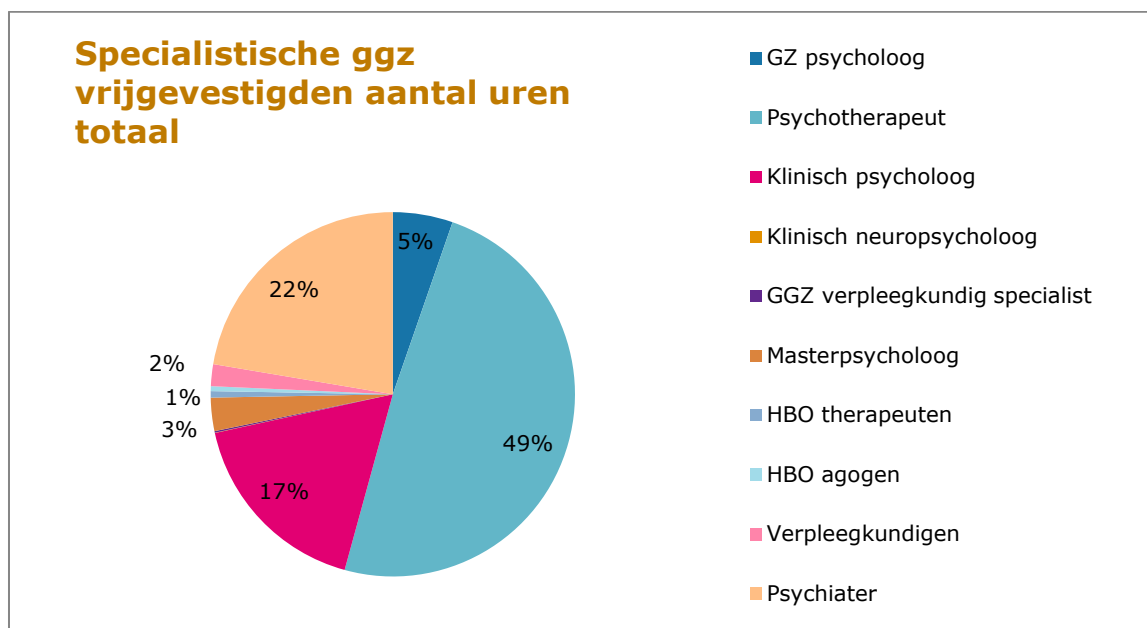
De vrijgevestigden verrichten in verhouding tot de ggz instellingen ongeveer 60% generalistische basis ggz en ongeveer 4% van de specialistische ggz in instellingen. In de generalistische basis ggz besteden de vrijgevestigden de meeste behandelingen aan de producten intensief (60%) en middel (30%). De functiemix voor de generalistische basis ggz is als volgt samengesteld (zie Figuur 4.2):



Figuur 4.2 Functiemix generalistische basis ggz vrijgevestigden (uren) Vektisdata

In de functiemix voor de generalistische basis ggz domineert de gz psycholoog (86%). In vergelijking met ggz instellingen komt ook de psychotherapeut relatief vaker voor. Ten opzichte van 2014 neemt de psychotherapeut echter iets af en de gz psycholoog iets toe.

In de specialistische ggz besteden de vrijgevestigden relatief meer behandelingen dan de ggz instellingen aan angst, depressie en persoonlijkheid. Figuur 4.3 geeft de functiemix voor vrijgevestigden in de specialistische ggz weer.



Figuur 4.3 Functiemix generalistische basis ggz vrijgevestigden (uren) Vektisdata

In de functiemix van de vrijgevestigden voor de specialistische ggz komt van de vijf beroepen de psychotherapeut het meeste voor (bijna 50%, terwijl in de instellingen dat 5% is). Ook de klinisch psycholoog (17%) en de psychiater (22%) komen beduidend vaker voor dan bij de ggz instellingen (respectievelijk 4% en 3%). De vrijgevestigde psychiater speelt een belangrijke rol bij bipolaire stoornissen en de psychotherapeuten bij persoonlijkheidsstoornissen. Vergeleken met het jaar 2014 is het aandeel van klinisch psychologen en psychiaters iets toegenomen en dat van psychotherapeuten iets afgenomen.

In het algemeen komen bij de vrijgevestigden de hooggekwalificeerde postacademische beroepsgroepen relatief veel voor. Van de vijf beroepen gg zijn vooral de gz psycholoog, de psychotherapeut en de klinisch psycholoog in beeld. Voor de verschillen in functiemix tussen vrijgevestigden en instellingen is een aantal redenen aan te dragen, zoals ook genoemd door de geïnterviewden:

- Bij vrijgevestigden zijn er relatief weinig (mede)behandelaars. De regiebehandelaar is vaak tegelijkertijd behandelaar en regiebehandelaar.
- De generalistische basis ggz komt grotendeels voort uit de vroegere eerstelijns psychologie. De vereniging van eerstelijnspsychologen kende destijds ongeveer 750 leden. De eerstelijnspsychologie bestond uit een gz psycholoog die tegelijkertijd ook praktijkhouder was en hoofdverantwoordelijke voor de behandelingen.
- Bij de vrijgevestigden mag de verpleegkundig specialist ggz geen regiebehandelaar zijn. In de vrijgevestigde, specialistische ggz kan ook de gz psycholoog geen regiebehandelaar zijn.
- Er zijn meer klinisch psychologen die de instelling verlaten en als vrijgevestigde gaan werken.
- In de instellingen is er steeds minder ruimte voor het uitvoeren van langer durende behandelingen. De cognitieve gedragstherapie wordt meer toegepast ten koste van de psychotherapie. Vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat psychotherapeuten vaker voor zichzelf zijn begonnen, mede vanwege het toekomstperspectief binnen de instelling.

4.5.2 Werksettings

In de vrijgevestigde praktijk is er sprake van eigenaarschap bij de professionals. Dat betekent volgens de geïnterviewden dat professionals meer nog dan bij instellingen betrokken zijn bij hun werk en het reilen en zeilen rond de uitgaven en inkomsten en het lopen van risico's. Vrijgevestigden kunnen meer dan professionals in instellingen aanbodgericht werken en keuzes maken in hun behandelaanbod. In het verleden zijn het vooral de professionals in instellingen geweest die na een lang werkzaam leven voor zichzelf begonnen. Inmiddels zijn er ook meer jongere psychologen die als vrijgevestigde aan de slag gaan. Belangrijke redenen zijn daarvoor de keuzevrijheid en het zelf bepalen hoe men met het vak bezig is. Het aantal vrijgevestigde praktijken groeit nog steeds. In het algemeen geldt voor de vrijgevestigde praktijk dat de indirecte, niet patiëntgebonden kosten veel geringer zijn dan in instellingen. Ook de verhouding directe/indirecte kosten verschilt. Zo is dat voor de instellingen gemiddeld 59% en voor de vrijgevestigden 74% (Vektisdata, 2015).

Er zijn verschillende soorten vrijgevestigde praktijken. Volgens de geïnterviewden is een onderscheid te maken naar de solo professional met een solopraktijk die alleen werkt; de solopraktijk die met anderen samenwerkt en medebehandelaren inschakelt; de praktijk die zelf medebehandelaren heeft voor onder andere diagnostiek; en de groepspraktijken met mensen in loondienst. Professionals verschillen in het aantal uren per week dat zij werkzaam zijn als vrijgevestigde. Er zijn professionals die ongeveer een dag per week de eigen praktijk 'erbij doen'; professionals die ongeveer de helft van de week werkzaam zijn in de eigen praktijk en professionals die bijna full time met de eigen praktijk bezig zijn. Voor de herregistratie is het noodzakelijk dat er sprake is van minimaal 12 contacturen per week. Een aantal professionals is behalve in de eigen praktijk ook werkzaam in een instelling. Onderzoek van het NIP (2015A; 2017) toont aan dat het merendeel 25 uur of meer werkt per week. Jongere vrijgevestigden en parttimers met een grotere werkweek blijken meer samen te werken dan andere vrijgevestigden.

4.5.3 Ontwikkelingen werkproces

Vanwege het eigenaarschap en de directe behandelverantwoordelijkheid zijn ontwikkelingen binnen de eigen praktijk directer voelbaar. Dat betekent dat voor vrijgevestigden het model voor sociale systeemanalyse (zie *Toelichting analysemodel*) sterk is te vereenvoudigen. Interne stakeholders, interne kaders en interne afwegingen liggen dicht bij elkaar. Dat betekent dat ontwikkelingen die spelen voor instellingen volgens de geïnterviewden ook direct impact hebben op vrijgevestigden. Zo is ook bij de vrijgevestigden te merken dat de zorgzwaarte toeneemt. De vrijgevestigden ervaren een toename van de vraag als er wachtlijsten en wachttijden zijn bij instellingen. Vrijgevestigden vullen daarmee als het ware de 'hiaten' in de zorg die instellingen laten liggen. Dat betekent dat bij bezuinigingen en toenemende werkdruk in instellingen het aantal vrijgevestigden toeneemt. Er is sprake van communicerende vaten. Het aantal vrijgevestigden neemt momenteel nog steeds toe. Een organisatie als de LVVP ziet het aantal leden groeien, bijvoorbeeld ook van klinisch psychologen.

Vrijgevestigden hebben te maken met toenemende administratieve lasten. De registratieverplichtingen van de NZa en de zorgverzekeraar zijn toegenomen. Een kwart tot een derde van de werkweek zou zijn gevuld met administratie. Ook in 2017 zijn volgens een meerderheid van de respondenten de administratieve lasten nog steeds gestegen (NIP, 2017). De consequentie is dat vrijgevestigden langer in hun vrije tijd doorwerken. Ook zijn er volgens de geïnterviewden meer vrijgevestigden die geen contract meer met de zorgverzekeraars afsluiten. Er wordt selectiever met contracten omgegaan.

Vrijgevestigden werken steeds meer samen met de huisarts. Over de samenwerking met huisarts en POH ggz is men steeds positiever en drie vijfde heeft samenwerkingsafspraken met de POH ggz (NIP, 2017). Dat heeft ook consequenties voor de aard van de aandoeningen die vrijgevestigden behandelen. Er is steeds meer aandacht voor het chronische karakter van angst en depressie en de psychologische begeleiding van chronische somatische aandoeningen. Ook is er meer behoefte aan nazorg en terugvalpreventie. De verwachting is dat in de generalistische basis ggz het aantal vrijgevestigden verder zal toenemen.

4.5.4 Conclusie

Bij de vrijgevestigden zijn vooral postacademisch opgeleide psychologen werkzaam. Het betreft vooral psychotherapeuten en gz psychologen, maar in toenemende mate ook klinisch psychologen. Daarnaast zijn er relatief veel psychiaters werkzaam in een vrijgevestigde praktijk op het gebied van de specialistische ggz. Vanwege het beperkt aantal werknemers in de vrijgevestigde praktijken worden vele werkzaamheden door de regiebehandelaar zelf gedaan en zijn er relatief weinig medebehandelaars. In vergelijking met 2014 neemt het aandeel psychotherapeuten in de functiemix iets af en dat van gz psychologen in de generalistische basis ggz en van klinisch psychologen en psychiaters in de specialistische ggz iets toe.

Ontwikkelingen in de ggz worden in de vrijgevestigde praktijk meer direct gevoeld. Dat geldt bijvoorbeeld voor administratieve lasten, maar ook voor de effecten van wachtlijsten in de instellingen, waardoor er meer een beroep wordt gedaan op vrijgevestigden. De vrijgevestigden vullen als het waren de hiaten die instellingen laten liggen. Daarnaast blijken ook de werkomstandigheden en werkdruk in instellingen van invloed op het aantal postacademisch geschoolde psychologen dat voor zichzelf gaat beginnen.

4.6 Jeugdhulp

4.6.1 Functiemix

De jeugdhulp komt voort uit de jeugdzorg, de jeugd-ggz en de gehandicaptenbranche. Er zouden in 2015 in totaal 17 klinisch psychologen en 426 gz psychologen in de jeugdhulp werken (Capaciteitsorgaan, 2015, p. 61).

In totaal werkten er in 2017 ongeveer 29.000 medewerkers in de jeugdzorg (FCB, 2017). De Arbeidsmarkttool (Azwinfo.nl) komt uit op zo'n 26.500 zorggerelateerde medewerkers. Een groot deel daarvan is agogisch geschoold; meer dan de helft op hbo niveau en ongeveer 10% op mbo 3 en mbo 4. In vergelijking met de gehandicaptenzorg (zie 4.2) werken er in de jeugdzorg meer hbo'ers. Het aandeel gedragswetenschappers (gz psychologen, orthopedagogen generalisten, masterpsychologen en (NIP) kinder- en jeugdpsychologen) is ongeveer 15%. Zij worden onder andere ingezet voor behandeling en diagnostiek. Het is met name aan de instellingen zelf hoe zij gedragswetenschappers op masterniveau en op postmaster niveau inzetten. De norm van verantwoorde werktoedeling is daarbij het vertrekpunt. De gesloten jeugdzorg kent wel specifieke taken voor een gekwalificeerde gedragswetenschapper van postmaster niveau.

In de jeugd-ggz vertoont de functiemix veel overeenkomst met de reguliere ggz in instellingen en bij vrijgevestigden. Niettemin bestaan er grote verschillen tussen de diverse zorgaanbieders. Volgens de geïnterviewden zijn in de intramurale (forensische) jeugd-ggz vooral de psychiaters en de klinisch psychologen de regiebehandelaars. Daarnaast werken er veel gz psychologen. Daarnaast wordt in de intramurale

(forensische) jeugd-ggz ook met hbo agogen gewerkt die vooral de rol van groepsleider vervullen. De wijziging in de bekostiging van de jeugd-ggz per 2018 heeft geleid tot diverse onderzoeken naar de functiemix (VNG, 2017). Ook diverse regio's hebben eigen bekostigingsmodellen laten ontwikkelen. De modellen gaan gemiddeld uit van 1100 behandeluren op jaarbasis. Het aantal uren per fte in instellingen zou lager zijn dan in de vrijgevestigde praktijken. KPMG Plexus (2014B) komt uit op een hogere behandelproductiviteit van 1217 uur.

In de tarifiering kan, maar wordt niet altijd rekening gehouden worden met het opleidingsniveau (vgl. VNG, 2017). Soms wordt gebruikt gemaakt van een gemixt functietarief. Zo komt HHM (2017) voor individuele behandeling uit op een functiemix van 95% hbo en 5% wo en een tarief van ongeveer € 90. Het product individuele behandeling door een gedragswetenschapper is gebaseerd op 100% wo en een bedrag van € 111,69. Voor de jeugdteams FACT bestaat de functiemix uit een gelijke formatie van de kinder- en jeugdpsychiater, de systeemtherapeut, de (NIP) kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog met beroepsregistratie, en de ervaringsdeskundige (Trimbosinstituut, 2013).

Naast klinisch psychologen en gz psychologen kent de jeugdhulpbranche ook andere gedragswetenschappers zoals orthopedagoog generalisten en (NIP) kinder- en jeugdpsychologen. Zij zijn geregistreerd in het BIG register of in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Beroepsregistratie binnen het SKJ is mogelijk op de bekwaamheidsniveaus master, postmaster en specialist. Op postmaster niveau worden de (NIP) kinder & jeugdpsycholoog en de orthopedagoog generalist binnen het SKJ en de gz psycholoog en psychotherapeut binnen het BIG als gelijkwaardige beroepsgroepen gezien (AZW Brancherapportage Jeugdzorg, 2017; NIP, 2015B).⁹

4.6.2 Werksettings

Vorig jaar kregen 367.000 kinderen van 0 tot en met 17 jaar jeugdhulp. In de eerste helft van 2017 waren dat er bijna 320.000. Dit komt overeen met iets meer dan 10% van alle (4,5 miljoen) kinderen in de leeftijd van 0 tot 17 jaar (vgl. CBS, 2017; Significant, 2017).

In de jeugdhulp wordt onderscheid gemaakt tussen lokale ondersteuning door sociale teams, specialistisch veel voorkomend (regionaal) en specialistisch weinig voorkomende jeugdhulp (bovenregionaal). Bijna een vijfde van de kinderen krijgt hulp van het wijkteam. Deze wijkteams zijn multidisciplinair samengesteld. Meer dan twee derde van de kinderen ontvangt ambulante hulp. Het grootste deel van deze hulp richt zich op behandeling en een kwart op begeleiding. Een deel van de ambulante hulp wordt gerekend tot de specialistische jeugdhulp. Het merendeel van de hulpverleningstrajecten komt tot stand via verwijzing van de huisarts. De verwijzingen vanuit het jeugdteam/sociaal wijkteam naar de specialistische jeugdhulp zijn in 2017 ingeschat op ongeveer 8% (Ruimte voor Jeugdhulp, 2015; CBS, 2017; NIP, 2015A).¹⁰

Tot 2015 was er, zoals aangegeven, nog een onderscheid te maken tussen zorg vanuit de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de jeugd-ggz. In 2014 zijn er nog 11 specifieke instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en 33 geïntegreerde ggz instellingen met een afdeling voor jeugd-ggz. Daarnaast zijn diverse vrijgevestigde psychologen en psychiaters werkzaam in de jeugd-ggz. In de generalistische basis ggz voor de jeugd zou ongeveer 53% van de behandeluren zijn geleverd door instellingen en 47% door

⁹ Zie ook <https://professionaliseringjeugdhulp.nl/assets/brochures/kwaliteitskader-Jeugd-v2.1.pdf> en <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/09/26/vergelijking-opleidingen-ggz-beroepen>.

¹⁰ Zie ook <http://www.kennicentrum-kjp.nl>.

vrijgevestigden. Voor de specialistische ggz geldt dat 91% van de jeugd-ggz afkomstig is van instellingen en 9% van vrijgevestigden (VNG, 2017).

4.6.3 Ontwikkelingen werkproces

Doel van de Jeugdwet is om de specialistische zorg sterk terug te dringen door inzet op: preventie en eigen kracht; integrale hulp aan huishoudens; demedicaliseren en ontzorgen; juiste hulp op maat; en ruimte voor professionals. Het vertrekpunt in de jeugdhulp is 'balanced care': een goede mix van 'community based care', 'outpatient care' en 'hospital based care'. Dat gaat gepaard met nieuwe samenwerkingsvormen tussen jeugdzorg en jeugd-ggz en verstandelijke gehandicaptenzorg.

De decentralisatie van de Jeugdhulp is gepaard gegaan met herschikking en verlaging van budgetten. Dat heeft geleid tot een periode van krimp. De aanbestedingen hebben ertoe geleid dat bij vier vijfde van de organisaties in jeugdzorg het personeelsbestand is gekrompen. Bij meer dan een kwart heeft het geleid tot een andere samenstelling van het personeelsbestand en bij een vijfde tot het uitbreiden van de flexibele schil. In 2016 bevinden ongeveer evenveel werkgevers zich nog in een situatie van krimp van personeel als in een situatie van groei (AZW Brancherapportage Jeugdzorg, 2017). De effecten van de wijziging in de bekostiging van de jeugd-ggz voor 2018 zijn nog niet geheel zichtbaar. De verwachting is dat het (hoog)gespecialiseerde aanbod en het aantal vrijgevestigden verder krimpt.

De Taskforce Jeugd heeft geconstateerd dat de specialiseerde jeugdhulp moeite heeft het hoofd boven water te houden. De wachtlijsten nemen toe en veel voorzieningen en speciale teams en afdelingen verdwijnen. Diverse beroepsgroepen in de ggz hebben aangegeven dat het moeilijker is geworden hun vak uit te oefenen. Vrijgevestigden hebben veel last van administratieve lasten omdat hun cliënten afkomstig zijn uit diverse regio's. Meer dan een kwart tot zelfs een derde van de tijd wordt gevuld met administratie. Vrijgevestigde aanbieders in de jeugd kiezen er steeds vaker voor om contractvrij te werken (vergelijk TSD, 2016; AZW brancherapportage Jeugdzorg, 2017; NIP, 2015A; 2017). Anderen kiezen ervoor enkel zorg te leveren aan volwassenen en/of zich te richten op de niet bekostigde jeugd-ggz.

Het werken met een kwaliteitsregister Jeugdhulp en de veldnorm verantwoordelijke werktoedeling hebben consequenties voor de inzet van professionals in de jeugdhulp. Het programma professionalisering jeugdhulp en jeugdbescherming heeft onder andere gewerkt aan beroepsontwikkeling, een beroepscode en een model professioneel statuut.¹¹ Ook gemeenten stellen eisen aan het personeel. De eisen leiden er toe dat er steeds meer wordt geschoold voor een hogere kwalificatie en dat mbo'ers steeds minder in de jeugdzorg aan de slag kunnen (vgl. AZW Brancherapportage Jeugdzorg, 2017). Vier vijfde van de werkgevers heeft de medewerkers scholing laten volgen gericht op een hogere kwalificatie van mbo naar hbo. Ook komt scholing van hbo naar hbo+ voor.

De wijziging van de bekostigingssystematiek voor de specialistische jeugd-ggz per 1 januari 2018 gaat gepaard met andere ict-systemen voor het onderlinge berichtenverkeer en toenemende administratieve lasten.

4.6.4 Conclusie

In de Jeugdhulp hebben zich grote veranderingen voorgedaan. De grootste verandering betreft het integreren van de jeugdzorg, gehandicaptenzorg en jeugd-ggz in integrale (specialistische) jeugdhulp en het meer werken met sociale jeugdteams. In het jeugddomein worden de gz psycholoog, de orthopedagoog generalist en de (NIP) kinder-

¹¹ <https://professionaliseringjeugdhulp.nl>.

en jeugdpsycholoog als gelijkwaardige postmaster professionals gezien. De consequentie kan zijn dat er horizontale substitutie ontstaat voor de gz psycholoog, ook vanwege de arbeidsmarktkrapte bij gz psychologen. In combinatie met de toenemende administratieve lasten kan worden verwacht dat de efficiency afneemt, maar het is ook mogelijk dat de vrijgevestigde beroepen gg meer vrije tijd steken in hun administratie. Gelet op het aantal psychologen en psychiaters dat heeft aangegeven als vrijgevestigde niet meer werkzaam te willen zijn in het jeugddomein, neemt het aantal gz psychologen in de jeugdhulp mogelijk verder af.

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is aan de hand van deskresearch en enkele (groeps)interviews ingegaan op het werkproces in branches waar de vijf beroepen gg werkzaam zijn. Daarbij zijn vooral de overeenkomsten en verschillen met de (verschuivingen in de) functiemix ten opzichte van ggz instellingen nagegaan. De resultaten zijn samengevat in Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Functiemix en parameters werkproces overige branches in vergelijking met instellingen ggz

	GHZ	Ziekenhuizen	Verpleeghuizen	Vrijgevestigden	Jeugdhulp
Meeste inzet 5 gg	gz psycholoog	klinisch psycholoog gz psycholoog	gz psycholoog	klinisch psycholoog psychotherapeut gz psycholoog	gz psycholoog
Meeste inzet aanverwante beroepen	orthopedagoog generalist hbo agogen	psychiater verpleegkundigen	masterpsycholoog	(weinig medebehandelaars)	orthopedagoog generalist (NIP) kinder en jeugd psycholoog
werk-setting	Wmo langdurige zorg SGLVG	PAAZ/PUK Consultatie PMU/MPU Medische psychologie	intramuraal ambulant	generalistische basis specialistisch	GHZ jeugd jeugdzorg jeugd-ggz
mogelijke substitutie	horizontaal gz psycholoog => orthopedagoog generalist	verticaal klinisch psycholoog => gz psycholoog	verticaal gz psycholoog => masterpsycholoog	gering	horizontaal gz psycholoog => orthopedagoog generalist en (NIP) kinder en jeugdpsycholoog
Efficiency	lager door administratieve lasten	laag door indirecte ketenzorg	laag door indirecte zorg	lager door administratieve lasten	lager door administratieve lasten
Vakinhouderlijk	Meer hbo/hooggekwalificeerd	Meer hooggekwalificeerd	Meer behoefte gz psychologen	-	Meer hbo
Impact van reguliere ggz	Gering	Groot	Gering, wel arbeidsmarkt	Groot	groot/naar volwassen ggz

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord zoals die zijn geformuleerd in hoofdstuk 1:

- 1 Welke ontwikkelingen in het werkproces zijn momenteel zichtbaar?
- 2 Wat zijn de relevante aanleidingen voor zichtbare ontwikkelingen in het werkproces?
- 3 Welke actoren spelen een rol in het werkproces, en welke reacties en afwegingen tonen zij?
- 4 Hoe beïnvloeden relevante aanleidingen de ontwikkelingen in het werkproces en in het bijzonder inzake de vier parameters ?
- 5 Wat is de kwantitatieve impact van ontwikkelingen in het werkproces inzake de vier parameters op de inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren?
- 6 Hoe werken ontwikkelingen in het werkproces door op de kwantitatieve inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren in de nabije toekomst?
- 7 Welke verschillen tussen de branches zijn waar te nemen in de doorwerking van ontwikkelingen in de parameters van het werkproces op de kwantitatieve inzet van de vijf soorten beroepsbeoefenaren?

De onderzoeksvragen hebben alle betrekking op het *werkproces* van de vijf beroepen gg. Het werkproces betreft de inzet van beroepsgroepen in het primaire proces. Wat zijn de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de beroepsgroepen en hoe verhouden die zich tot elkaar? Dat is te duiden aan de hand van de *functiemix*. De functiemix weerspiegelt de wijze waarop taken over de beroepen worden verdeeld. De functiemix is als het ware een zorginhoudelijke indicator van hoe de beroepsgroepen zich tot elkaar verhouden. De functiemix is weinig gevoelig voor ontwikkelingen in de vraag; het gaat niet om de absolute stijging en daling van personeel, maar de relatieve daling of stijging ten opzichte van elkaar.

De functiemix is in dit onderzoek weergegeven voor tien beroepsgroepen. Dat zijn naast de vijf beroepen gg de vijf aanverwante beroepen. De vijf aanverwante beroepen zijn psychiaters, hbo agogen, hbo therapeuten, masterpsychologen en verpleegkundigen. Er is gekozen voor deze vijf aanverwante groepen vanwege de mogelijke substitutie met de vijf beroepen gg.

In dit laatste hoofdstuk gaan we in paragraaf 5.2 in op de ontwikkelingen in het werkproces en aanleidingen tot verandering (onderzoeksvragen 1 tot en met 3). De taken van de beroepsgroepen zullen over het algemeen weinig verschuiven, tenzij daartoe een concrete aanleiding is. Daarna staan we in paragraaf 5.3 stil bij de parameters voor het werkproces (onderzoeksvragen 4 tot en met 6). Ten slotte beantwoorden we in paragraaf 5.4 de centrale vraagstelling: Hoe kunnen de parameterwaarden voor het werkproces worden vastgesteld op een betrouwbare en valide manier?

5.2 Ontwikkelingen werkproces en aanleidingen

In dit onderzoek zijn de volgende ontwikkelingen in het werkproces waargenomen:

- Voor de vijf beroepen gg geldt:
 - De gz psycholoog komt in bijna alle branches en werksettings het meeste voor. De inzet neemt iets af in de generalistische basis ggz en iets toe in de specialistische ggz, maar niet bij de vrijgevestigden.
 - De inzet van de psychotherapeut neemt in bijna alle branches en werksettings iets af.
 - De klinisch psycholoog wordt in de specialistische ggz iets meer ingezet. Dat geldt in alle branches.
 - De klinisch neuropsycholoog wordt iets meer ingezet in de specialistische ggz in met name de ggz instellingen en ziekenhuizen.
 - De inzet van de verpleegkundig specialist ggz neemt toe (bij de ggz instellingen en de ziekenhuizen) in zowel de generalistische ggz als in de specialistische ggz.

- Voor de aanverwante beroepen geldt:
 - De psychiater is prominent(er) aanwezig in met name de specialistische ggz, maar de inzet in ggz instellingen neemt iets af.
 - De masterpsychologen worden - ondanks hun beperkte opleiding en ervaring - breed ingezet in zowel de ggz instellingen als de verpleeghuizen, maar minder in de ziekenhuizen en bij de vrijgevestigden.
 - De hbo therapeuten zijn het meest aanwezig in de intramurale specialistische settings en datzelfde geldt voor de hbo agogen. Hun inzet lijkt in ggz instellingen eerder af te nemen dan toe te nemen.
 - De verpleegkundigen zijn met name actief in het herstel en in de specialistische ggz in instellingen en ziekenhuizen. In ziekenhuizen lijkt hun inzet verhoudingsgewijs wat af te nemen. In de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg zijn andere verpleegkundigen met een hbo master in beeld dan de verpleegkundig specialist ggz, zoals de praktijkverpleegkundigen, de nurse practitioners en de (somatisch) verpleegkundig specialisten.
 - In de gehandicaptensector en de jeugdhulp komen als aanverwante beroepen de orthopedagoog generalist en de (NIP) kinder- en jeugdpsycholoog (meer) in beeld die als min of meer gelijkwaardig worden gezien aan de gz psycholoog.

- De functiemix voor de generalistische basis ggz verschilt van die van de specialistische ggz. Dat geldt niet alleen voor ggz instellingen, maar ook bij ziekenhuizen en bij vrijgevestigden.
 - De hooggekwalificeerde postacademische specialisten zoals de klinisch psycholoog en de psychiater hebben binnen de generalistische basis ggz een beperkte rol. In de specialistische ggz is hun rol juist (blijvend) groot. Binnen de specialistische ggz is een nader onderscheid te maken tussen de (intensieve) ambulante behandeling en de intramurale behandeling. Bovendien is de functiemix te specificeren per product. De functiemix per product is van invloed op de verandering in de functiemix voor de generalistische basis ggz als geheel. Zo is in de generalistische basis ggz een opmars te herkennen van de verpleegkundig specialist ggz, welke voornamelijk tot uitdrukking komt in een toenemende inzet van de verpleegkundig specialist ggz als regiebehandelaar voor het product chronisch.

- De functiemix voor de generalistische basis ggz moet zich nog stabiliseren. De verandering in de functiemix voor de generalistische basis ggz is groter dan in de specialistische ggz. Dit zal mede te maken hebben met het korte bestaan van de generalistische basis ggz. Ontwikkelingen in het werkproces zijn daarom groter en de inzet van beroepsgroepen fluctueert meer dan in de langer bestaande specialistische ggz.
- De functiemix voor de specialistische ggz is voor de ggz instellingen anders dan voor de ziekenhuizen of de vrijgevestigden. Bij de ggz instellingen is de psychiater veel minder aanwezig dan bij de ziekenhuizen en de vrijgevestigden en komt de verpleegkundig specialist ggz juist weer meer voor. Bij de ziekenhuizen komt de klinisch psycholoog meer voor dan bij de ggz instellingen en vrijgevestigden. Bij de vrijgevestigden is de psychotherapeut veel meer aanwezig dan bij de ziekenhuizen en ggz instellingen.
- In de meer agogisch georiënteerde branches, zoals de jeugdhulp en gehandicaptenzorg, bestaat een andere functiemix dan in de medisch-verpleegkundig georiënteerde branches.
 - Zowel bij de gehandicaptenzorg als in de jeugdhulp zijn de orthopedagoog generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog op een vergelijkbare wijze inzetbaar als de gz psycholoog. In zowel de gehandicaptenzorg als in de jeugdhulp zijn ook (intramurale) settings te onderscheiden waar de functiemix meer overeenkomsten vertoont met de reguliere (forensische) ggz. Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg geldt dat bijvoorbeeld voor de SGLVG en de forensische setting voor verstandelijk beperkten en binnen de jeugdhulp is dat van toepassing op de (forensische) jeugd-ggz.
- Aanleidingen tot veranderingen in de functiemix zijn:
 - Het kwaliteitsstatuut in de ggz, dat definieert wie regiebehandelaar kan zijn in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. Zowel bij de instellingen als bij de vrijgevestigden en bij de generalistische basis ggz en de specialistische ggz is in de functiemix de impact van het kwaliteitsstatuut merkbaar.
 - De hoofdlijnenakkoorden en bestuurlijke akkoorden, waarin onder andere is afgesproken de intramurale capaciteit geleidelijk te reduceren en de ambulante behandeling te intensiveren. Daarbij zal de generalistische basis ggz verder groeien en de specialistische ggz afnemen. Ook zijn er afspraken gemaakt over wachtlijsten en wachttijden.
 - De Jeugdwet, die sinds 2015 regelt dat onder andere de jeugd-ggz door de gemeente wordt gefinancierd en ingekocht. De Jeugdwet heeft impact op met name de inzet van gz psychologen en de omvang van de administratieve lasten en daarmee op (non)efficiency.
 - De zorgstandaarden, die meer dan de bestaande richtlijnen van de beroepsgroepen het patiëntenperspectief en consensus over de beroepspraktijk als vertrekpunten nemen alsmede aandacht besteden aan de organisatie van zorg over de echelons heen. De implementatie van zorgstandaarden zal doorwerken in de functiemix voor diverse producten in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz.
 - De situatie op de arbeidsmarkt. Gedurende het onderzoek is gebleken dat krapte op de arbeidsmarkt de functiemix beïnvloedt. De tekorten rond de gz psycholoog, de klinisch psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de psychiater worden als steeds nijpender ervaren. Momenteel wordt in sommige branches en werksettings de masterpsycholoog noodgedwongen ingezet vanwege een tekort aan gz psychologen.

- De arbeidsmarktpositie van de betreffende beroepsgroep. Het duurt enige tijd voordat jonge en nieuwe beroepsgroepen zoals de verpleegkundig specialist ggz en de klinisch neuropsycholoog ingeburgerd raken. Ook wanneer vakinhoudelijke ontwikkelingen aanleiding geven tot een grotere inzet van de beroepsgroep, blijkt deze in de praktijk niet altijd te realiseren vanwege de geringe instroom in de opleidingen en de zeer geleidelijke toename van het aantal beroepsbeoefenaren.

De aanleidingen werken direct door in de interne afwegingen rond de inzet van personeel en indirect in werkafspraken, spelregels en randvoorwaarden die op hun beurt weer de interne afwegingen rond de inzet van personeel beïnvloeden.

5.3 Parameters voor het werkproces

De verandering in de functiemix vormt de opmaat voor het bepalen en kwantificeren van de parameters voor het werkproces. In dit onderzoek zijn de veranderingen in de functiemix bij de reguliere ggz instellingen onderzocht met behulp van analyse van declaratiedata en twee runs van de voor dit onderzoek ontwikkelde praktijksimulatie.

Voor de ggz instellingen zijn in de praktijksimulatie grotere veranderingen waargenomen in de functiemix voor de generalistische basis ggz voor respectievelijk de gz psycholoog, de verpleegkundige specialist ggz en de masterpsycholoog. De ontwikkelingen geven wel de richting aan, maar de grote aantallen geven een vertekend beeld. De belangrijkste redenen voor deze te grote veranderingen zijn de kleine aantallen fte die in de praktijksimulatie zijn gebruikt, de meer rigoureuze besluiten die de reikwijdte van een jaar overtreffen en de jonge generalistische basis ggz die nog in ontwikkeling is. Voor de klinisch neuropsycholoog is de precieze omvang van de verandering in functiemix minder goed vast te stellen, mede vanwege de geringe omvang van de beroepsgroep. De groei van verpleegkundig specialisten ggz lijkt meer sprongsgewijs dan geleidelijk te verlopen; de nog relatieve kleine en jonge beroepsgroep is in beweging.

De verandering van de functiemix is in dit onderzoek gebruikt om de omvang van de substitutie te bepalen. Bij substitutie gaat het om een evenredige toename van de ene beroepsgroep en een gelijktijdige, evenredige afname van de andere beroepsgroep. Verticale substitutie komt veel meer voor te komen dan horizontale substitutie. Bij de verticale substitutie is een onderscheid te maken tussen neerwaarts verticaal (van hoger opgeleide professionals naar lager opgeleide professionals) en opwaarts verticaal (van lager opgeleide professionals naar hoger opgeleide professionals).

De meest voorkomende substituties in de reguliere ggz instellingen en ook voor de andere branches en werksettings zijn:

- Voor de klinisch psycholoog: neerwaarts verticaal met de gz psycholoog;
- Voor de psychotherapeut: horizontaal met de gz psycholoog en opwaarts verticaal met de klinisch psycholoog;
- Voor de gz psycholoog: behalve de bovenstaande, neerwaarts verticaal met de verpleegkundig specialist ggz (in met name de generalistische basis ggz) en met de masterpsycholoog en horizontaal met de orthopedagoog generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog in de jeugdhulp en gehandicaptenzorg;
- Voor de verpleegkundig specialist ggz: behalve de bovenstaande, met de psychiater neerwaarts verticaal en eventueel met de verpleegkundige neerwaarts verticaal.

Naast de verandering in de functiemix is voor de parameters van het werkproces van belang in hoeverre de beroepsgroep ten opzichte van het jaar ervoor in behandeluren is gegroeid of afgenomen. De toename of afname in behandeluren per beroepsgroep die niet is toe te schrijven aan substitutie en verandering van de functiemix, rekenen we in dit onderzoek toe aan de parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen en/of (non) efficiency. Gedurende het onderzoek is gebleken dat vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency moeilijk van elkaar zijn te onderscheiden. Beide zijn vooral het resultaat van interne afwegingen die worden gemaakt in het werkproces. Zowel vakinhoudelijke ontwikkelingen als (non)efficiency komen tot uitdrukking in een drietal indicatoren: behandelintensiteit; behandelproductiviteit en de verhouding directe en indirecte patiëntentijd:

- De behandelintensiteit verwijst naar het aantal behandeluren per patiënt. Een grotere behandelintensiteit gaat gepaard met hogere personeelskosten. De behandelintensiteit is daarmee ook een indicator voor de kosten per patiënt. Vanuit kwaliteitsoverwegingen kan voor een hoger gekwalificeerde professional worden gekozen die meer uren per patiënt maakt. Vanuit kostenoverwegingen kan de afweging zijn een goedkopere, minder hooggekwalificeerde professional in te zetten.
- De behandelproductiviteit verwijst naar het aantal behandeluren per fte per jaar. Minder behandeluren per fte gaat gepaard met hogere personeelskosten. Het gaat daarbij om declarabele uren voor behandeling en dat betreft zowel direct patiëntgebonden tijd als indirect patiëntgebonden tijd. Vanuit kwaliteitsoverwegingen kan de afweging zijn de professional relatief minder behandeluren te laten maken en meer tijd te geven voor onderzoek en professionele ontwikkeling. Vanuit kostenoverwegingen kan de afweging zijn de professionals zoveel mogelijk 'productie' en daarmee behandeluren te laten maken.
- De verhouding directe patiëntentijd – indirecte patiëntentijd verwijst naar de tijd die de professional besteedt aan het directe behandelcontact met de patiënt in verhouding tot de tijd die nodig is voor indirecte patiëntgebonden activiteiten, zoals reizen, administratie, rapportage en analyse. Wanneer de indirecte tijd per patiënt relatief hoger is dan nemen de personeelskosten toe.

Behalve door vakinhoudelijke ontwikkelingen of (non)efficiency kan de toename of afname van behandeluren ook te maken hebben met ontwikkelingen in de vraag. De effecten van een toename van de vraag zijn in dit onderzoek naar het werkproces niet nader te onderscheiden, maar vormen samen met vakinhoudelijke ontwikkelingen en (non) efficiency een residu.

Bij het kwantificeren van de parameterwaarden, is verder een onderscheid te maken naar de bestaande kwantitatieve impact (onderzoeksvraag 5) en de impact in de nabije toekomst (onderzoeksvraag 6). Daarbij houden we rekening met de waargenomen verschillen tussen de afzonderlijke branches en werksettings (onderzoeksvraag 7).

Om de bestaande kwantitatieve impact te bepalen, zijn in Tabel 5.1 de behandeluren per beroepsgroep gecombineerd in zowel de ggz instellingen (zie Hoofdstuk 2 en 3), de ziekenhuizen (Paragraaf 4.3) en vrijgevestigden (Paragraaf 4.5) voor zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz. Het totaal van de behandeluren per beroepsgroep voor 2015 is vergeleken met het totaal van behandeluren voor 2014. Per beroepsgroep is vervolgens na te gaan hoeveel van de verandering in behandeluren is toe te schrijven aan substitutie (i.e., verandering in de functiemix) en hoeveel er dan overblijft voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en (non) efficiency.

Tabel 5.1 Kwantitatieve inschatting bestaande impact op parameters op basis van ggz instellingen, ziekenhuizen en vrijevestigden

	Δ uren 2015- 2014	Δ functie- mix 2015- 2014	Substitutie Δ functie- mix (verticaal + horizontaal)	Horizontale substitutie	Vakinhoudelijk/ (non)efficiency/ vraag
Psychiater	-2,5%	-0,1%	-0,9%		-1,6%
Klinisch psycholoog	+1,1%	+0,1%	+2,8%		-1,7%
KNP	+3,5%	0%	+5,2%		-1,7%
Psychotherapeut	-14,5%	-1,3%	-13,1%	-7,3%	-1,4%
Gz psycholoog	+ 0,3%	+0,4%	+2,0%	+3,9%	-1,7%
Verpleegkundig specialist ggz	+16,6%	+0,4%	+18,5%		-1,9%
Masterpsycholoog	+6,9%	+0,8%	+8,6%		-1,7%
Hbo therapeut	-11,7%	-0,6%	-10,3%		-1,4%
Hbo agoog	-4,3%	-2,2%	-2,7%		-1,6%
Verpleegkundige	+0,1%	+0,5%	+1,8%		-1,7%
Totaal	-1,6%				

Tabel 5.1 toont dat voor de tien beroepen over 2015 ten opzichte van 2014 het gemiddelde aan behandeluren voor deze branches afneemt met 1,6%. Voor gz psychologen is de groei in uren gering (0,3%) en voor de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog iets meer (respectievelijk 1,1% en 3,5%) en voor de verpleegkundig specialist ggz is het veel meer (16,6%). Voor de psychotherapeuten nemen de behandeluren af met -14,5%. Vervolgens bepalen we in hoeverre de verandering in behandeluren is toe te schrijven aan substitutie. Daarvoor gebruiken we de verandering in de functiemix. Voor de psychotherapeut verwachten we op basis van de verandering in de functiemix dat bijna tweederde van de afname in behandeluren is toe te schrijven aan horizontale substitutie richting de gz psycholoog en 2% aan verticale opwaartse substitutie richting de klinisch psycholoog. Het residu is dan voor de psychotherapeut -1,4%, welke is toe te schrijven aan vakinhoudelijke ontwikkelingen, (non)efficiency en ontwikkelingen in de vraag. Voor de verpleegkundig specialist ggz is vanwege de verandering in de functiemix meer dan de 16,6% toename van behandeluren toe te schrijven aan neerwaartse substitutie van de gz psycholoog en de psychiater. In Tabel 5.1 is nog niet de substitutie meegenomen die zich voordoet in de overige branches, zoals de gehandicaptensector, de verpleeghuizen en jeugdhulp. In deze branches verwachten we vooral verticale substitutie van de gz psycholoog naar de masterpsycholoog en horizontale substitutie richting de orthopedagoog generalist en jeugdpsycholoog. Daarnaast blijft ook de medische psychologie uit beeld, waar vooral substitutie is te verwachten van de klinisch psycholoog naar de gz psycholoog. De precieze omvang van de substitutie zal mede afhankelijk zijn van arbeidsmarkttekorten en substitutie tussen branches. De exacte genoemde percentages in Tabel 5.1 zijn daarom eerder als indicatief te hanteren.

Voor de parameters voor het werkproces in de nabije toekomst hadden we gebruik willen maken van de resultaten van de praktijk simulatie. De bevindingen betreffen alleen de ggz instellingen en niet zoals bij Tabel 5.1 ook de ziekenhuizen en de vrijevestigden. We hebben moeten constateren dat de kwantitatieve aantallen in de praktijk simulatie een vertekend beeld geven. Er zijn in de praktijk simulatie relatief grotere veranderingen gevonden in toename of afname van het aantal fte per beroepsgroep. De grotere verschillen hebben te maken met het geringe aantal fte dat in de praktijk simulatie is gebruikt voor het weergeven van een gemiddelde geïntegreerde ggz instelling. Bij kleine aantallen worden veranderingen als het ware uitvergroot. Bovendien lijken de

deelnemers geneigd te zijn geweest 'rigoreuze' besluiten te nemen. De omvang van de groei en afname zijn daarom niet realistisch aan een enkel jaar toe te rekenen. Niettemin zijn de richtingen van de gevonden ontwikkelingen wel in lijn met de ontwikkelingen in het werkproces zoals die zijn afgeleid uit de declaratiedata (zie Tabel 5.1). Wel hebben we moeten constateren op basis van zowel de declaratiedata als de praktijksimulatie dat de ontwikkelingen in het werkproces voor de generalistische basis ggz nog niet zijn uitgekristalliseerd.

Vanwege deze beperkingen van de kwantitatieve data in de praktijksimulatie is enkel een globale inschatting gemaakt van de effecten op de parameters voor het werkproces zoals weergegeven in Tabel 5.1. Daartoe hebben we Tabel 5.1 vergeleken met de resultaten van de praktijksimulatie voor de specialistische ggz (Tabel 3.7) en de declaratiedata voor de specialistische ggz (Tabel 3.9). Hieruit blijkt voor de nabije toekomst een zeer versterkend effect voor de psychiaters, de verpleegkundig specialisten ggz, de psychotherapeuten en de klinisch neuropsychologen. Voor de klinisch psychologen en de gz psychologen wordt een iets sterkere toename verwacht dan blijkt uit de declaratiegegevens. Arbeidsmarkteffecten kunnen er echter voor zorgen dat voor de klinisch psychologen en de gz psychologen de toename toch geringer zal zijn. Datzelfde geldt ook voor de verpleegkundig specialisten ggz. Voor de gz psychologen geldt verder nog dat in de overige branches sprake zal zijn van horizontale substitutie richting orthopedagoog generalist en de (NIP) kinder- en jeugdpsycholoog. Samengevat, komen we dan tot de volgende inschatting van de bandbreedte van de parameters voor het werkproces (zie Tabel 5.2).

Tabel 5.2 Bandbreedtes parameterwaarden vijf beroepen gg

	Horizontale substitutie	Verticale substitutie	Vakinhoudelijke ontwikkelingen, (non) efficiency en vraag
Klinisch psycholoog		+0%	+2,5%
Klinisch neuropsycholoog		+5%**	-2,5%
Psychotherapeut	-3,5%	+5%	+2,5%**
	-8,5%**	+10%**	-2,5%
GZ psycholoog		-5%	0%
	+1,5%	-10%**	-5%
	+ 5,5%	+2,5%	-5%
Verpleegkundig specialist ggz		+7,5%	+2,5%
		+12,5%**	-2,5%

** verwijst naar de gevonden waarden in de praktijksimulatie voor de specialistische ggz die meer negatief zijn voor de psychotherapeut en meer positief voor de overige beroepen gg.

In hoofdstuk 2 is een aantal hypothesen geformuleerd waarin is aangegeven dat de groei of afname in de inzet van de beroepsgroep in 2014 en 2015 zich 'mogelijk gematigd' zal doorzetten. Uit bovenstaande analyse blijkt dat voor de vijf beroepen gg de verwachte afname van de psychotherapeut en de verwachte groei van de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist zich voortzet. Voor de verpleegkundig specialist ggz en de klinisch neuropsycholoog is in plaats van een gematigd doorzetten van de trend, eerder sprake van een versterkte trend. Dat heeft ook te maken met de geringe omvang van de beroepsgroep. Voor de gz psycholoog kan de kleine stijging mogelijk omslaan in een kleine daling, mede vanwege de verticale substitutie richting masterpsychologen. In Tabel 5.2 zijn bandbreedtes voor de parameters voor het werkproces weergegeven. Vanwege arbeidsmarkttekorten voor

bepaalde beroepsgroepen, zoals psychiaters, klinisch psychologen, gz psychologen en verpleegkundig specialisten ggz kan de bandbreedte en verticale substitutie toenemen. Om in deze paragraaf te komen tot de kwantificering hebben we een aantal bewerkingen op de beschikbare data moeten doen die hun beperkingen kennen. De afgeleide bandbreedte in Tabel 5.2 moet met de nodige voorzichtigheid worden benaderd.

5.4 Vaststellen parameter op een betrouwbare en valide manier

In dit onderzoek is het werkproces van de vijf beroepen gg onder de loep genomen. Daarbij is nagegaan hoe veranderingen in het werkproces kwalitatief zijn te duiden en zich kwantitatief vertalen in de parameterwaarden. Daarbij is de functiemix als aangrijpingspunt gehanteerd. Op basis van deskresearch en (groeps)interviews zijn hypothesen afgeleid over de parameters. Deze zijn vervolgens getest in een voor dit onderzoek ontwikkelde praktijksimulatie. De resultaten voor de ggz instellingen zijn tegen het licht gehouden van werksettings in andere branches via verkorte analyses op basis van deskresearch en (groeps)interviews.

Met elkaar samenhangende zichtbare ontwikkelingen fungeren als aanleidingen of triggers om de functiemix in het werkproces te veranderen. De ontwikkelingen werken door in het werkproces. Voor de doorwerking vindt een filtering plaats door interne en externe kaders afkomstig van externe en interne stakeholders. De kaders bestaan uit afspraken en spelregels en randvoorwaarden die gelden voor de diverse settings en een rol spelen in de interne afwegingen. Voor vrijgevestigden kan het conceptueel model worden vereenvoudigd voor wat betreft de interne stakeholders, interne kaders en interne afwegingen.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat de parameters verticale en horizontale substitutie het beste zijn te kwantificeren met behulp van de verandering in de functiemix. Vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency zijn vooral het resultaat van interne afwegingen die worden gemaakt in het werkproces. Interne afwegingen vinden plaats op basis van het vinden van een gezonde balans tussen kwaliteit en kosten van het personeel. Vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn daarmee gerelateerd aan kwaliteit en kosten hebben vooral te maken met efficiency. Zowel vakinhoudelijke ontwikkelingen/kwaliteit en efficiency komen tot uitdrukking in de eerder genoemde behandelintensiteit, behandelproductiviteit en directe/indirecte kosten. De kosten van personeel zijn te verlagen door een hogere efficiency en verticale substitutie. De kwaliteit van het personeel heeft te maken met een lagere efficiency, het werken volgens 'the state of the art' en de inzet van hoger gekwalificeerd personeel. Vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency zijn daarmee niet geheel los te zien van substitutie. Wanneer vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency gepaard gaan met veranderingen in de functiemix komen de effecten van efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen uiteindelijk tot uitdrukking in substitutie van de ene beroepsgroep door de andere beroepsgroep. Verticale substitutie blijkt meer voor te komen dan horizontale substitutie.

De interne afwegingen rond kwaliteit & kosten liggen meestal niet bij een persoon. Er zijn diverse stakeholders die bij de afwegingen betrokken zijn of er invloed op hebben. Daarbij valt te denken aan externe stakeholders, zoals de zorgverzekeraars, NZa, patiënten(organisaties) en rijksoverheid. Interne stakeholders zijn de behandelaren, de managers, de raad van bestuur en de diverse divisies of onderdelen binnen de organisatie. Bij vrijgevestigde praktijken is het aantal interne stakeholders beduidend minder. Ontwikkelen en aanleidingen tot veranderingen in het werkproces hebben vaak

het karakter van afspraken, spelregels of randvoorwaarden waaraan men zich in het werkproces heeft te houden.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat van de vier parameters verticale substitutie de belangrijkste parameter lijkt te zijn. De horizontale substitutie heeft alleen betrekking op de verhouding tussen gz psychologen en psychotherapeuten. Arbeidsmarkttekorten kunnen ervoor zorgen dat de verticale neerwaartse substitutie groter wordt. Daarom is het aan te bevelen te werken met scenario's die rekening houden met het effect van arbeidsmarkttekorten. Vakinhoudelijke ontwikkelingen en (non)efficiency blijken moeilijker afzonderlijk te kwantificeren. De resultaten van de afweging kosten versus kwaliteit personeel komen mede tot uitdrukking in de verandering van de functiemix en de toerekening aan de parameterwaarden verticale neerwaartse substitutie, verticale opwaartse substitutie en horizontale substitutie. Om een schijnnaauwkeurigheid te vermijden, kan in plaats van met een enkel percentage worden gewerkt met bandbreedtes. Nader onderzoek kan helpen om de bandbreedte steeds nauwkeuriger vast te stellen. Verder blijkt uit het onderzoek dat het wenselijk is een nader onderscheid te maken tussen de parameters voor het werkproces in de generalistische basis ggz en de specialistische ggz. Afhankelijk van de omvang van de branches is het dan mogelijk een 'gewogen' totaalbeeld te ontwikkelen.

Literatuurverwijzingen

- Ackermann, F. & Eden, C. (2011). Strategic management of stakeholders: Theory and Practice. *Long Range Planning*, 44, 179-196.
- Agenda ggz voor gepast gebruik & transparantie (2015).
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/26/agenda-ggz-voor-gepast-gebruik-en-transparantie>
- Agenda ggz Achtergrondnotitie (2015).
- Algemene Rekenkamer (2017A). *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2017B). *Aandachtspunten bij de ontwerpbegroting 2018 (hoofdstuk XVI) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Brief 5 oktober 2017.
- Asselt, M.B.A. van, Faas, A., Molen van der, F. & Veenman, S.A. (red.) (2010). *Uit zicht: Toekomstverkennen met beleid*. WRR. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Arbeidsmarkttool. <https://www.azwinfo.nl/>
- AZW Brancherapportage Gehandicaptenzorg (2017).
<http://www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/arbeid-in-zorg-en-welzijn-brancherapportages-2016/>
- AZW Brancherapportage ggz (2017).
<http://www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/arbeid-in-zorg-en-welzijn-brancherapportages-2016/>
- AZW Brancherapportage Jeugdzorg (2017).
<http://www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/arbeid-in-zorg-en-welzijn-brancherapportages-2016/>
- Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog generalist (2014). NVO. Utrecht.
- Beroepscompetentieprofiel ggz agoog hbo (2012). GGZ Nederland en COOAB Kamer Agogen in de ggz. Amersfoort.
- Bloemendaal, I. & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij medische zorg in verpleeghuizen. Onderzoek naar het werkproces van de specialist Ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.
- BSP Economics (2014). *Personele inzet in de tweedelijns GGZ-sector Onderzoek naar ontwikkeling arbeidsproductiviteit op basis van gegevens 2011-2012. Eindnotitie*.
- Bureau Bartels (2017). *Arbeidsmarktonderzoek gehandicaptenzorg. Effect van transitie op organisatie en medewerker*. Amersfoort.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 7. Beroepen geestelijke gezondheid*. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2015). *Capaciteitsplan 2015: Beroepen geestelijke gezondheid*. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2016A). *Capaciteitsplan AVG. Deelrapport 6: Arts voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2016B). *Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 5: Specialist Ouderengeneeskunde*. Utrecht.
- CBS (2017). *Jeugdhulp, 1e halfjaar 2017*. Den Haag.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2017/44/jeugdhulp-1e-halfjaar-2017>
- CZ (2017). *Zorginkoopbeleid 2018 Ggz*.
<https://www.cz.nl/~media/zorgaanbieder/actueel/zorginkoopbeleid/zorginkoopbeleid-ggz.pdf?revid=61be990b-9748-4955-a43d-23f13620d630>
- Drunen, P. van (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten: Een eerste verkenning*. Kamer gz psycholoog. Amersfoort.

- Duke, R.D. & Geurts, J.L.A. (2004). *Policy games for strategic management: Pathways into the unknown*. Amsterdam: Dutch University Press.
- FCB (2017). *Factsheet Jeugdzorg 2017 II*. Utrecht.
- Geurts, J.L.A. & Vennix, J. (1989). *Verkenningen in beleidsanalyse: Theorie en praktijk van modelbouw en simulatie*. Zeist: Kerkebosch BV.
- Geurts, J.L.A. & Joldersma, C. (2001). Methodology for Participatory Policy Analysis. *European Journal of Operational Research*, 128, 300-310.
- GM Ziekenhuispsychiatrie (2017). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz. Utrecht. <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/>
- GM Vaktherapie (2017). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz. Utrecht. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg/doel-en-werkwijzen/het-generieke-van-vaktherapie>
- HHM (2013). *Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. <https://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/09/generalistische-basis-ggz-verwijsmodel-en-productbeschrijvingen.pdf>
- HHM (2017). *Resultaatbekostiging jeugdhulp in regio Rijnmond. Ontwikkeling van de budgetten per intensiteitstrede*. Versie 3 maart. PB/17/0526/trfjr. Enschede.
- Joldersma, C. & Roelofs, E. (2004). The impact of soft OR-methods on problem structuring. *European Journal of Operational Research*, 152 (3), 696-708.
- Joldersma, C. (2017). Arbeidsmarktverkenningen voor strategische personeelsplanning in de zorg. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 33 (2), 115-125.
- Joldersma, C. , Laarman-Wierenga, M. & Brink, M. (2017). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2016. Eindrapport*. CAOP en Kiwa Carity/Prismant.
- Kiwa Carity, (2014A). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten. Herhaalmeting 2014*. Onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Utrecht.
- Kiwa Carity (2014B). *Doelmatigheid van het werkproces van de SO bij de medische zorg in verpleeghuizen*. Spiegelrapport Verpleeghuis Voorbeeld behandeldienst. Utrecht.
- Kiwa Carity (2015). *Tekorten aan GZ-professionals. Bevindingen uit een enquête naar de onvervulde vraag bij vijf BIG-geregistreerde GZ-beroepen*. Opdrachtgever Capaciteitsorgaan.
- KPMG Plexus (2014A). *Substitutiemodel GGZ: Een inschatting van de effecten van de invoering van de Generalistische Basis GGZ en versterking van de huisartsenzorg voor de GGZ in Nederland*. In opdracht van het Ministerie van VWS. Amstelveen.
- KPMG Plexus (2014B). *Inzicht in tarieven wmo en jeugdzorg fase 2. Eindrapportage*. Amstelveen.
- KPMG Plexus (2014) en (2015). *Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG. Deel 1 – periode 2012-2013 en Deel 2 – periode 2013-2014*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- LGA (2017). *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz*. http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/03/LGA-opmaak_def.pdf
- Lovink, M., Vught, A. van, Brink, G. van den & Laurant, M. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten*. Radboud UMC, IQ Healthcare & Eerstelijns geneeskunde, HAN.
- LVMP en PAZ (2012). *Medische psychologie: De toepassing van de klinische psychologie in het ziekenhuis*. Brochure. Utrecht.
- NIP (2015A). *Werken als vrijgevestigde in de ggz; in opdracht van de sectie ggz en sector jeugd NIP*. September 2015. Utrecht.
- NIP (2015B). *Factsheets Beroepsregistratie voor psychologen, (ortho)pedagogen en psychotherapeuten werkzaam in jeugdhulp en jeugdbescherming*. Programma Professionalisering Jeugdhulp & Jeugdbescherming. Wilma Lozowski. Utrecht.
- NIP (2016). *De psycholoog in de veranderende verpleeghuiszorg*. Brochure. Utrecht.

- NIP (2017). *Werken als vrijgevestigde zorgaanbieder in de ggz*. Juli 2017. Utrecht.
- Nivel (2014A). Notitie niet-BIG geregistreerde psychologen en (ortho)pedagogen. Lud van der Velden & Ronald Batenburg, NIVEL, 17-10-2014.
- Nivel (2014B). *Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012*. Actualisering van de aanbodparameters voor de beroepen GZ-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. Aanvulling van de aanbodparameters voor de beroepen niet-BIG-geregistreerde psychologen en orthopedagogen Velden, L. van der & Batenburg, R. Utrecht.
- NVGzP (2017). *De gz psycholoog. Beroepsprofiel*. Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie. Utrecht.
- NVGzP en NIP (2015A). *De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel*. Utrecht.
- NVGzP en NIP (2015B). *De klinisch psycholoog. Beroepsprofiel*. Utrecht.
- NVP (2014). *Fundamenten voor kwaliteit. Voor psychotherapie en psychotherapeut. Strategisch beleidsplan 2014-2016*. Utrecht.
- NZA (2017). *Marktscan ggz 2016*. Utrecht.
- RIVM (2017). *Personalised Medicine: Implementatie in de praktijk en data-infrastructuren*.
http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/Juni/Personalised_medicine_Implementatie_in_de_praktijk_en_data_infrastructuren
- Ruimte voor Jeugdhulp (2015).
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/04/14/ruimte-voor-jeugdhulp>.
- RVS (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*.
https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/WEB_101745_Advies_Medicalisering.pdf
- Significant (2017). *Sturen op specialistische jeugdhulp. Exploratief onderzoek naar het zorglandschap specialistische jeugdhulp*. Barneveld.
- Sus, M. & Himmrich, J. (2017). The Impact of Foresight on Policy making. Towards More Transparency and Participation. www.G20-insights.org.
- Tafel beroepengebouw (2016). *Aanbevelingen voor een sterker Psychologisch Beroepengebouw*. Ondersteuningsdocument. In opdracht van NVP en P3NL. Utrecht.
- TNO (2014). *Capaciteiten in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg*. Staalduinen, W.H. van, Beek, G. van, Bottenheft, C. TNO 2014 R11264. Soesterberg.
- Trimbosinstituut (2013). *Modelbeschrijving FACT jeugd*. Herziene versie. Utrecht.
- Trimbosinstituut (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht.
- Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD) (2016). *Transformatie in het Sociaal Domein; de praktijk aan de macht*. Den Haag, 30 september 2016.
<https://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/rapporten/2016/09/30/vijfde-rapportage-tds-transformatie-in-het-sociaal-domein-de-praktijk-aan-de-macht>
- Vektisdata (2015). *Gegevens ggz*. <https://www.vektis.nl/intelligence/ggz>
- Veldnormen PMU/MPU (2012). *Opname units voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit*, Rotterdam.
- Verwey, B., Waarde, J.A. van, Huyse, F.J. & Leentjes, A.F.G. (2008). Consultatieve en ziekenhuispsychiatrie in Nederland: op weg naar psychosomatische geneeskunde. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50 jubileumnummer 1959-2008, 139-143.
- VGZ (2017). *Inkoopbeleid POH GGZ, generalistische basis GGZ en specialistische GGZ 2018*.
- VNG (2017). *Bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht; Een handreiking ter ondersteuning bij de overgang van de DBC-systematiek naar een andere vorm van bekostiging met ingang van 2018*.

- Wilschut, J. & Blank, J. (2013). *Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg: Een empirisch onderzoek ten behoeve van capaciteitsplanning opleidingsplaatsen*. IPSE Studies Research Reeks 2013-6. Delft: Ipse Studies.
- Zorgakkoord (2013). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*.
- Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen* (2017). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Utrecht.
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/>
- Zorgstandaard Psychose* (2017). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Utrecht.
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/>

Toelichting onderzoeksmethode

Methoden voor toekomstverkenning

Op basis van de eerdere ervaringen met werkprocesonderzoek¹² blijkt dat er behoefte is aan een onderzoeksmethode die een kwalitatieve onderbouwing biedt voor de veranderingen in het werkproces. Op basis van de kwalitatieve onderbouwing kan een meer betrouwbare en valide doorvertaling worden gemaakt naar de benodigde kwantitatieve inzet van beroepsbeoefenaars. De onderzoeksmethode moet ook geschikt zijn als methode voor toekomstverkenning. Ramingen in het algemeen en voor werkprocesonderzoek in het bijzonder zijn te zien als vormen van toekomstverkenning, waarbij een inschatting wordt gemaakt van de benodigde opleidingscapaciteit in de toekomst.

Er zijn twee generaties van toekomstverkenningen te onderkennen: forecasting en foresight (vgl. Joldersma, 2017). Een kenmerkend verschil tussen de twee generaties is de wijze waarop met beschikbare kwantitatieve data uit het verleden en met het gedrag van actoren wordt omgegaan.

Forecasting verwijst naar het voorspellen van de toekomst op basis van empirische trends uit het verleden. Er wordt gezocht naar causale variabelen of factoren die de toekomst determineren en naar de samenhang tussen de variabelen. Er wordt een lineaire relatie verondersteld tussen trends uit het verleden en toekomstige trends. De deterministische relatie maakt dat er één mogelijk en waarschijnlijk toekomstbeeld is. Forecasting vertoont daarmee overeenkomsten met de traditionele systeemanalytische benadering. Het accent ligt op formele, kwantitatieve modelbouw. Vanuit het verleden wordt gekeken naar de toekomst. De gehanteerde onderzoeksmethode gaat uit van een strikt onderscheid tussen de rol van de onderzoeker en de beleidsmaker. Op basis van het model van de onderzoeker komt de beleidsmaker tot rationele planning en implementatie (vgl. Joldersma, 2017).

De nieuwere generatie van toekomstverkenningen, *foresight*, gaat er vanuit dat ontwikkelingen in de toekomst onzeker en onvoorspelbaar zijn. Het toekomstbeeld is geen deterministisch gegeven, maar door menselijke interactie te beïnvloeden en te veranderen. Het toekomstbeeld krijgt geleidelijk vorm in een proces van 'prospective sensemaking'. Sensemaking is een continu proces van betekenis geven aan gebeurtenissen en het in gang zetten van acties op basis van interpretaties en reflecties. Er wordt rekening gehouden met gedragingen van actoren ofwel van handelende subjecten die kunnen reflecteren. De interacties tussen de betrokken actoren vormen een sociaal systeem dat reflectief is. Het sociale systeem zal zoeken naar een gedragslijn die in alle mogelijke toekomst kan werken (In't Veld, in Asselt et al., 2010, pp. 241-448). De erkenning van de reflexiviteit van het sociale systeem maakt dat voor de beleidsmaker het sociale systeem geen object, maar een partner is waarmee valt te communiceren. Intensieve participatie van dat systeem in het ontwikkelen van beleid is nodig (vgl. Joldersma, 2017).

Foresight vertoont overeenkomsten met onderzoeksbenaderingen als participatieve modelbouw en 'soft systems modelling' (Geurts & Joldersma, 2001; Joldersma & Roelofs,

¹² Wilschut, J. & Blank, J. (2013); KPMG Plexus (2014) en (2015).
<http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Trends%20op%20de%20arbeidsmarkt%20in%20de%20ggz.pdf>.

2004). De participatieve modelbouw is al jaren geleden methodisch nader uitgewerkt door Geurts & Vennix (1989). Daarbij is de rol van de onderzoeker gekoppeld aan een veranderkundige invalshoek. De toekomstverkenning is dan (mede) gericht op het opsporen van drijfveren voor verandering. Er bestaat geen strikte scheiding tussen de rol van de onderzoeker en de rol van de beleidsmaker. Stakeholders participeren in het onderzoek en de onderzoeker participeert in het meedenken over oplossingen. Het gezamenlijk ontwikkelde participatieve model fungeert als communicatietool om het onderzoeksgesprek tussen stakeholders en onderzoekers mogelijk te maken (vgl. Suss & Himmrich, 2017).

In de praktijk ontstaan steeds meer toekomstverkenningen die methoden van forecasting en foresight combineren. Analyses starten bijvoorbeeld met de analyse van kwantitatieve gegevens over het recente verleden en proberen deze te combineren met participatieve bijeenkomsten, zoals een workshop of een expertmeeting. Dergelijke combinaties van methoden zijn ook terug te vinden in scenariostudies, waarbij meer toekomstbeelden worden geschetst van waarschijnlijke, mogelijke en/of gewenste toekomst.

Praktijksimulatie

Hier kiezen we voor een onderzoeksmethode voor toekomstverkenningen die deel uitmaakt van de participatieve modelbouw: de spelsimulatie of praktijksimulatie. De praktijksimulatie biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de argumenten die worden gewisseld om te komen tot een beredeneerde personeelsinzet en de rol daarbij van de parameters in het werkproces.

De praktijksimulatie bootst de werkelijkheid van een sociaal systeem na door personen in rollen de processen in dat systeem in geabstraheerde vorm te laten naspelen. De dynamische aspecten van een model worden onderzocht door de deelnemers een rol toe te wijzen en ze in een 'doen alsof' exercitie te plaatsen. De deelnemers krijgen een scenario voorgelegd. Op basis van het scenario en onderlinge interactie vormt de toekomst zich. Een praktijksimulatie is anders dan een workshop of interactieve sessie. In een workshop of interactieve sessie worden deelnemers gevraagd te reageren vanuit hun expertise of positie op de kwesties. Er wordt op een geordende manier *over* het vraagstuk gesproken. In een praktijksimulatie worden deelnemers uitgedaagd zich te verplaatsen *in* de rol die ze overdag vertolken en om vanuit een realistisch scenario gezamenlijk vorm te geven aan de toekomst, zoals ze dat in de werkelijkheid ook zouden doen. De praktijksimulatie biedt een communicatietechnologie om in korte tijd via denken en doen in een realistische setting de toekomst stapsgewijs te verkennen en vorm te geven. Via de praktijksimulatie kan worden geobserveerd hoe het sociaal systeem interacteert op basis van bepaalde stimuli en is het mogelijk hypothesen te exploreren of te testen. Praktijksimulaties zijn daarmee in te zetten als onderzoeksmethode voor toekomstverkenningen (Duke & Geurts, 2004; Joldersma, 2017).

De ontwikkeling van de praktijksimulatie is gebaseerd op een sociale systeemanalyse. De sociale systeemanalyse komt zoveel mogelijk participatief tot stand. Actoren worden rechtstreeks betrokken bij deze sociale systeemanalyse. Wetenschappelijke kennis en ideeën en percepties van actoren worden geïntegreerd in de sociale systeemanalyse. Het gedrag van betrokkenen en de interactiepatronen worden weergegeven in een model van het sociale systeem, ook wel een schematic genoemd. Het zich ontwikkelende model fungeert daarbij als hulpmiddel om met elkaar in gesprek te zijn over de toekomst. De sociale systeemanalyse is tot op zekere hoogte te vergelijken met het identificeren en managen van stakeholders. Daarbij wordt niet alleen ingegaan op stakeholders binnen

een organisatie, maar ook op stakeholders buiten de organisatie die de context beïnvloeden waarbinnen de organisatie functioneert (vgl. Ackermann & Eden, 2011).

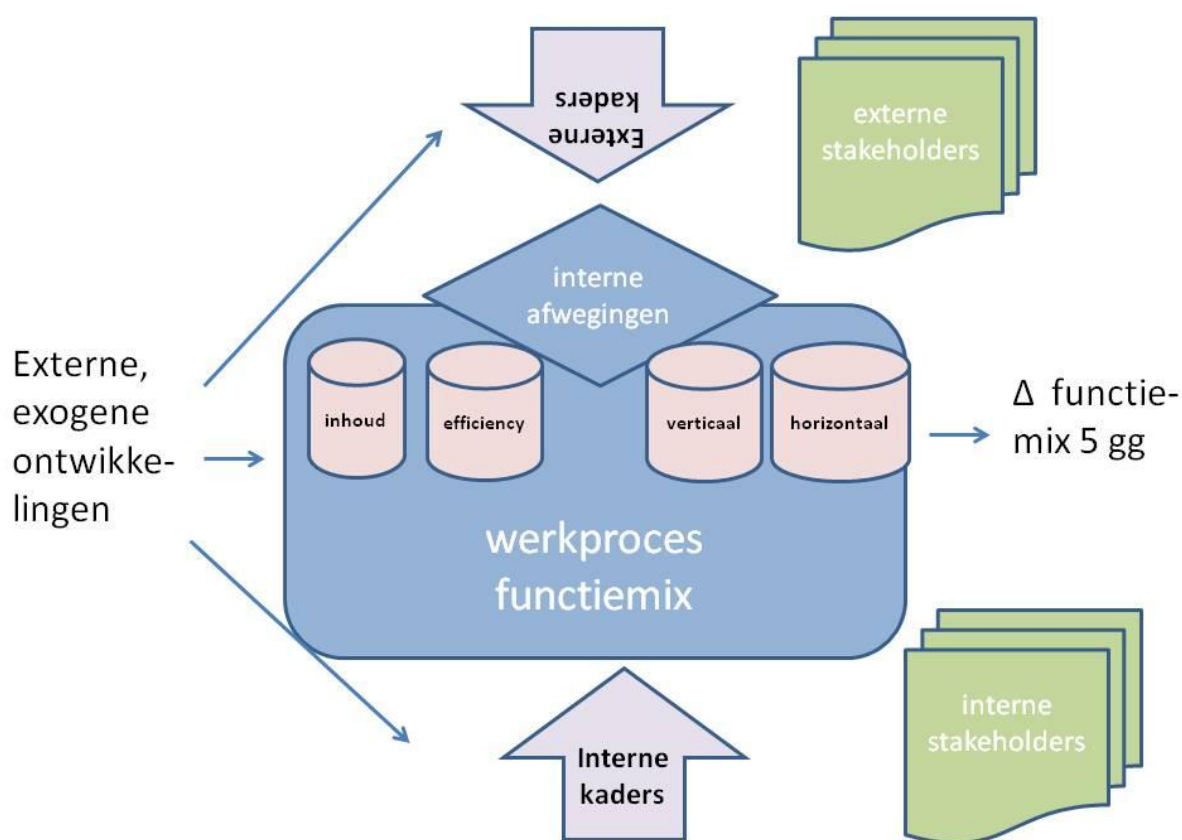
Samenvattend, kenmerkt een praktijk simulatie zich door (Duke & Geurts, 2004; Joldersma, 2017):

- Het actief betrekken van actoren van het sociale systeem in het onderzoek. De actoren helpen in het maken van de sociale systeemanalyse en zijn deelnemer in de praktijk simulatie. Daarmee verrijken de actoren hun eigen mentale beeld en worden uitgedaagd om zich vanuit hun eigen perspectief een beeld van het totaal te vormen.
- Het integreren van praktijk kennis en expertise van actoren met wetenschappelijke kennis. Het model van de onderzoeker is geworteld in de praktijk. Impliciete praktijk kennis die niet via empirisch onderzoek toegankelijk is, wordt expliciet gemaakt.
- Het bieden van een gemeenschappelijk taal om over de toekomst te discussiëren. Door de interactie tussen onderzoekers en de actoren van het sociaal systeem ontstaat er een gedeeld model. De praktijk simulatie fungeert als a 'future's language for a multilogue'.
- De afstemming op de context waarbinnen actoren functioneren, de autonome ontwikkelingen die zich daarin voordoen en het soort afwegingen die actoren maken.
- Het mogelijk maken dat actoren binnen de context van het sociale systeem in onderlinge interactie de toekomst dichterbij brengen en zelf mede vorm geven. De onderzoekers zien hoe het sociale systeem werkt.
- De mogelijkheid te experimenteren met diverse toekomstbeelden.

Gelet op de diverse settings waarin de vijf beroepen gg werkzaam zijn, is een onderscheid te maken tussen instellingen in de (reguliere) ggz, de vrijgevestigden (in de reguliere ggz), de gehandicaptenzorg, de ziekenhuizen, de ouderenzorg/verpleeghuizen, de forensische zorg en de jeugdhulp. Omdat de meeste professionals werken in de reguliere ggz, is besloten de praktijk simulatie te richten op de instellingen in de (reguliere) ggz.

Toelichting analysemodel

Om zicht te krijgen op ontwikkelingen in het werkproces, hebben we gebruik gemaakt van een 'schematic'. Een schematic is een schematische weergave van de werking van het 'sociale systeem' en de omgeving van het sociale systeem. Het sociale systeem wat in dit onderzoek centraal staat, is het werkproces. De schematic als resultaat van de sociale systeemanalyse is nodig voor het ontwikkelen van de praktijksimulatie. De vertrekpunten voor de sociale systeemanalyse zijn weergegeven in onderstaande figuur.



Schematic werkproces

De veranderingen in het werkproces zijn te duiden in termen van de veranderde functiemix. De vier parameters geven aan waar de veranderingen in de functiemix aan toe te rekenen zijn: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, en horizontale en verticale substitutie.

Lijst van geïnterviewden

Maritza Allewijn, gz psycholoog bij de Rijnhoven en directeur PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg.

Rico Bastiaans, zorgverzekeraar VGZ (telefonisch).

Britt van Beek, beleidsmedewerker Jeugd, NIP.

Tony Bloemendaal, klinisch psycholoog, manager zorg, Palier, Den Haag.

Rianne Bosch, GG Net (masterpsycholoog).

Susanne Bruijns, senior beleidsmedewerker arbeidsmarkt en opleidingen Actiz en lid Kamer gg beroepen Capaciteitsorgaan.

Tom Corsten, masterpsycholoog Pec GGZ Eindhoven.

Jaap Croonen (cliëntenperspectief).

Jacques Devilee, Manager Personeel, Organisatie & Beroepsopleidingen in de gehandicaptenzorg.

Petri Embregts, bijzonder hoogleraar leerstoel Mensen met een verstandelijke beperking. Tranzo.

Paul Felix, Friesland Zorgverzekeraar en lid kamer gg beroepen Capaciteitsorgaan.

Steven Fisher Slotervaart en PAZ, klinisch psycholoog.

Jacq Geurts (emeritus) hoogleraar en expert spelsimulaties, Nijmegen.

Peter Greeven, klinisch psycholoog, Hoofd behandelen zaken Novadic Kentron, Eindhoven.

Ylva van de Heuvel, beleidsmedewerker Jeugdzorg Nederland, Utrecht.

Gerton Heyne, voormalig voorzitter Raad van bestuur Reinier van Arkel en expert spelsimulaties.

Ingrid Höelsgens MST Twente, klinisch psycholoog.

Rogier van Huffelen, Mentrum Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

Alex Knipping, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, klinisch neuropsycholoog.

Marjan van der Laar, gz psycholoog bij Brabantzorg (intramuraal, extramuraal en in de generalistische basis ggz) en voorzitter sectie ouderenpsychologie NIP.

Wilma Lozowski, beleidsmedewerker jeugd, NIP.

Annemarie van der Meer, momenteel werkzaam bij Significant als senior adviseur en intermediair vrijgevestigden voor de VNG, en hiervoor werkzaam bij de LVVP.

Lucinda Meihuizen, gz psycholoog bij Zorgpartners Midden Holland en PH Haastrecht (basis GGZ) en bestuurslid sectie ouderenpsychologen NIP.

Judith Meijer, directeur Indigo Service Organisatie, Utrecht.

Chijs van Nieuwenhuizen, bijzonder hoogleraar transformeren voor de jeugd, Tranzo Tilburg en manager eenheid kinder & jeugd GGZE.

Dick Nieuwpoort, plaatsvervangend directeur LVVP en lid kamer gg beroepen Capaciteitsorgaan.

Bas van Oosterhout, klinisch psycholoog, manager eenheid kinder & jeugd GGZE.

Eugenie van Rest, secretaris van bestuur Dimence, Deventer.

Devie Rusch, beleidsmedewerker werkgeverszaken VGN.

Matt Schillings, beleidsmedewerker financiering en bekostiging, NIP.

Jaap Scholten, GGZ Nederland en lid kamer gg beroepen Capaciteitsorgaan.

Marianne Schutte, Projectleider Dimence invoering zorgpaden, Zwolle.

Mirjam Stender, Manager Bedrijfsvoering Specialistische Diagnostiek en behandeling Dimence.

Connie Tabor, Directeur Ypse.

Hans Timmerman, senior beleidsadviseur zorg bij het CAOP en tot voor kort werkzaam bij VGN op het gebied van opleiding & ontwikkeling.

Hans de Veen, Voorzitter Raad van Bestuur Mondriaan Limburg.

Wim Wierenga Meander MC, klinisch psycholoog.

Bas Wijffels, beleidsmedewerker GGZ, NIP.

Lies Zuidema, voorzitter Raad van Bestuur van Stichting Brentano Amstelveen.

Douwina Zwart, Directeur zorgverkoop en alliantiebeheer, GGZ Friesland, Leeuwarden.

Lijst van deelnemers praktijk-simulatie

Rianne Bosch, GG Net (masterpsycholoog)
Tom Corsten, Pec GGZ Eindhoven (masterpsycholoog)
Jaap Croonen (cliëntenperspectief)
Ellen Dankers, Capaciteitsorgaan
Pieter Dingemanse (klinisch psycholoog)
Henny van Doremalen, Manager Indigo Midden Nederland en NOAGG
Peter Greeven, Hoofd behandelingen Novadic Kentron
Paul Felix, Friesland Zorgverzekeraar
Carla Hagestein-de Bruijn, psychiater en manager behandelingen locatie zorgboulevard
Maurice Heck, Capaciteitsorgaan
Ariane van Hoorn, Reinier van Arkel (verpleegkundig specialist ggz)
Rogier van Huffelen, Mentrum Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
Adriaan Jansen, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Friesland
Jasme Leenaars, hoofd bedrijfsvoering GGZ Noord Holland Noord
Renske van de Meer, Manager Sprink (verpleegkundig specialist ggz)
Bart Pannebakker, Parnassia Academie (klinisch psycholoog)
Anneke du Pree – van der Silk, directeur Personeel & Organisatie Antes
Mandy van den Raad, Parnassia Academie (controller)
Brenda Schouten, Directeur HR, GGZ Friesland
Mirjam Stender, Manager Bedrijfsvoering Specialistische Diagnostiek en behandeling
Dimence
Connie Tabor, Directeur Ypse
Marie-Louise Vossen, Raad van Bestuur GGZ Eindhoven

Gerton Heyne, Game Overall Director en voormalig voorzitter Raad van Bestuur Reinier van Arkel
Ineke Bloemendaal senior onderzoeker Prismant
Karin Jettinghoff onderzoeker CAOP
Cisca Joldersma onderzoekscoördinator zorg CAOP

