



cutting through complexity™

Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG

Deel 1 – periode 2012-2013

Mei 2014



Colofon

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 door KPMG Plexus in opdracht van het Capaciteitsorgaan

Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING	2
1 INLEIDING	5
1.1 Onderzoeksvragen Capaciteitsorgaan	6
1.2 Leeswijzer	6
2 METHODE	7
2.1 Algemene opzet	7
2.2 Deelnemende instellingen	7
2.3 Geïnccludeerde beroepsgroepen	7
2.3.1 Beroepsgroepen geïnccludeerd in data-uitvraag	7
2.3.2 GG beroepsgroepen geïnccludeerd in de analyse	8
2.4 Afbakening onderzoek	9
2.5 Stappen in het onderzoek	10
2.6 Aannames bij dit onderzoek	11
3 RESULTATEN	13
3.1 Aanleidingen voor beleidskeuzes en hun effect op individuele GG beroepsgroepen	13
3.1.1 Aanleiding 1: Ambulantisering	14
3.1.2 Aanleiding 2: Transitie tweedelijns GGZ naar generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ	15
3.1.3 Aanleiding 3: Druk op kostenbesparing / bezuinigingen	15
3.1.4 Aanleiding 4: Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling	16
3.1.5 Aanleiding 5: Krapte op de arbeidsmarkt psychiaters	17
3.1.6 Aanleiding 6: Actualiseren functiehuis	17
3.2 Toedeling beleidskeuzes naar werkproces parameters	17
3.3 Interpretatie van de kwalitatieve resultaten	18
3.4 FTE-verschuivingen door werkprocessen	19
3.4.1 Totale FTE verschuivingen	19
3.4.2 FTE verschuivingen toegewezen aan werkproces parameters	21
3.5 Interpretatie van de kwantitatieve resultaten	22
3.6 Verwachte beleidskeuzes in de toekomst	22
4 DISCUSSIE	24
4.1 Combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten	24

4.2	Beperkingen	24
4.2.1	Kwalitatieve deel	24
4.2.2	Kwantitatieve deel.....	25
4.2.3	Combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten	26
4.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	27
4.3.1	Vergelijking resultaten met onderzoek IPSE Studies TU Delft / BPS Economics	27
4.3.2	Aanbevelingen voor het tweede deel van dit onderzoek.....	28
BIJLAGEN	.....	29
Bijlage 1: Stappen in het onderzoek	.....	30
	Data-uitvraag deelnemende instellingen	30
	Data analyse FTE per instelling ter voorbereiding op de werksessies	30
	Werk sessies met deelnemende instellingen	31
	Oplevering resultaten	32
Bijlage 2: Overzicht deelnemende instellingen	.....	33
Bijlage 3: Lijst met gehanteerde definities	.....	34
Bijlage 4: Voorbeeld invulsheets werksessie	.....	35

Managementsamenvatting

Inleiding

Om de benodigde opleidingscapaciteit voor beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (beroepen GG) te bepalen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van een ramingsmodel. Als invoer voor dit ramingsmodel wil het Capaciteitsorgaan meer inzicht in de beleidskeuzes en trends die in de toekomst effect hebben op de inzet van beroepen GG. Dit onderzoek richt zich dan ook op de volgende onderzoeksvragen:

1. Kwantificeer de mogelijk verschuivende effecten ten aanzien van de beroepen GG als gevolg van het doorwerken van beleidskeuzes van GGZ-instellingen en landelijke trends.
2. Inventariseer de belangrijkste beleidsmatige en inhoudelijke afwegingen van GGZ-instellingen, overheid en verzekeraars die aan deze verschuiving ten grondslag liggen.
3. Deel de geïnventariseerde beleidskeuzes en hun effect op verschuivingen in disciplinemix in naar de in het ramingsmodel gehanteerde werkproces parameters (i.e. horizontale substitutie, verticale substitutie, efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen).

Methode

Om bovenstaande vragen te beantwoorden is het onderzoek opgezet met twee cross-sectionele metingen (deel 1 in 2014, deel 2 in 2015) van FTE aantallen bij GGZ-instellingen op t=0 (2012), t=1 (2013) en t=3 (2014). Dit rapport beschrijft de uitkomsten van deel 1 van dit onderzoek. Aan het onderzoek heeft een representatieve groep van zes GGZ-instellingen deelgenomen. Bij de instellingen is FTE data uitgevraagd, waarna per deelnemende instelling een werksessie plaatsvond. Tijdens de werksessie werden beleidskeuzes, hun effect op beroepen GG en de invloed van de verschillende werkproces parameters besproken.

Resultaten

Kwalitatief

De resultaten van het onderzoek laten zes aanleidingen, die speelden tussen 2012 en 2013, zien op basis waarvan de deelnemende instellingen beleidskeuzes hebben gemaakt:

1. Ambulantisering
2. Transitie tweedelijns GGZ naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ
3. Druk op kosten
4. Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling
5. Krapte op arbeidsmarkt psychiaters
6. Actualiseren functiehuis binnen deelnemende instelling

De deelnemende instellingen verwachtten dat met name aanleidingen 1 tot en met 4 en de daaruit volgende beleidskeuzes tot de grootste verschuivingen in de inzet van behandelend personeel heeft geleid in de periode 2012-2013.

De *ambulantisering* leidde tot een verwachte stijging van de inzet van de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ, en tot een daling in de inzet van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de vaktherapeut. De FTE verschuiving die gepaard gingen met deze beleidskeuzes zijn toe te schrijven aan vakinhoudelijke ontwikkelingen en verticale taakverschuiving.

Door de *transitie van de tweedelijns GGZ* verwachtten de deelnemende instellingen een toename in de inzet van de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog en de psychiater met als voornaamste reden het kunnen voldoen aan de eisen van het hoofdbehandelaarschap binnen de (toekomstige) generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Om deze reden wordt een daling verwacht in de inzet van de psychotherapeut en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. In de verwachte verschuivingen door beleidskeuzes spelen volgens de deelnemende instellingen alle vier de werkproces parameters een rol.

De *druk op kosten* leidde bij alle GG beroepsgroepen tot een verwachte daling van hun inzet, doordat hetzelfde aantal patiënten gezien moet worden door minder behandelaren (efficiency). Een stijging was te zien in de inzet van de GZ-psycholoog, de verpleegkundig specialist GGZ en de basispsycholoog. Dit is met name te verklaren door verticale taakverschuiving van duurder naar goedkoper personeel.

Het *verbeteren van de kwaliteit van zorg* binnen de deelnemende instelling en de daarmee samenhangende verschuivingen hebben naar verwachting geleid tot een stijging van de inzet van klinisch psychologen en psychiaters, en een daling van de inzet van de basispsycholoog, de vaktherapeut en de psychiater. De verschuivingen worden naar verwachting vooral door vakinhoudelijke ontwikkelingen en verbeteringen op het gebied van effectiviteit en efficiëntie

Kwantitatief

Onderstaande tabel geeft per GG beroepsgroep weer hoe de FTE verschuiving volgens deelnemende instellingen verklaard wordt door de vier werkproces parameters. De percentages voor de vier parameters en het onverklaarde deel tellen op tot de totale verschuiving.

Tabel 0: Verklaring FTE verschuiving door werkproces parameters periode 2012-2013 in gespecialiseerde GGZ.

Beroepsgroep	Aantal FTE 2012	Groei totaal	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Horizontale taakverschuiving	Verticale taakverschuiving	Efficiency	Onverklaard
GZ-psycholoog	393	-3%	3%	1%	-3%	-4%	0%
Psychotherapeut	173	-8%	0%	-3%	-1%	-5%	0%
Klinisch psycholoog	68	28%	27%	2%	5%	-4%	-1%
Verpleegkundig specialist GGZ	31	72%	30%	2%	53%	-12%	0%
Psychiater	338	1%	3%	0%	0%	-3%	0%
Basispsycholoog	353	15%	-2%	0%	28%	-10%	0%
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	662	-1%	0%	0%	0%	-1%	0%
Vaktherapeut	89	-3%	-2%	0%	0%	-1%	0%

Grijs gearceerd zijn de parameters die als invoer gebruikt worden voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan (licht: beroepen GG, donker: medisch specialisten). Het aantal FTE 2012 refereert naar het totaal aantal FTE van de deelnemende instellingen per beroepsgroep.

Zoals in de tabel te zien is, laten de FTE data van de zes deelnemende instellingen in het onderzoek op totaalniveau een stijging zien van het aantal FTE klinisch psychologen, verpleegkundig specialist GGZ'en, psychiater en basispsychologen. Voor de GG beroepsgroepen GZ-psycholoog, psychotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut is daarentegen een daling in

FTE zichtbaar. Wat betreft het effect van de verschillende werkproces parameters lijkt efficiency een belangrijke rol te spelen in de daling van het aantal psychotherapeuten. Verticale taakverschuivingen hebben daarnaast gezorgd voor een stijging van het aantal FTE verpleegkundig specialisten GGZ en basispsychologen. Vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben tenslotte bijgedragen aan de toename van het aantal klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ.

Discussie

Een combinatie van de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten laat enkele belangrijke relaties zien:

- De geobserveerde FTE stijging bij de basispsychologen en verpleegkundig specialisten GGZ in de FTE data wordt door de deelnemende instellingen met name verklaard door verticale taakverschuiving. Deze verticale taakverschuiving in combinatie met een stijging van de inzet van basispsychologen wordt teruggezien in de beleidskeuzes rondom ambulantisering, omvorming van de tweedelijns GGZ en druk op kosten.
- Ook bij de klinisch psychologen is een stijging in het aantal FTE geobserveerd. Door de deelnemende instellingen wordt deze stijging met name verklaard door vakinhoudelijke ontwikkelingen. Vakinhoudelijke ontwikkelingen in combinatie met een stijging van de inzet van klinisch psychologen wordt teruggezien in beleidskeuzes rondom ambulantisering, de transitie van de tweedelijns GGZ en het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling. Het gaat hierbij dan bijvoorbeeld om te het overnemen van zorgmanagement taken van de psychiater, het kunnen voldoen aan de eisen van hoofdbehandelaarschap.
- Tenslotte is er een daling in het aantal FTE psychotherapeuten geobserveerd in de FTE data. Deelnemende instellingen verbinden deze daling vooral met efficiency. Deze efficiency in combinatie met een daling van de inzet van psychotherapeuten wordt teruggezien in beleidskeuzes rondom ambulantisering, transitie van de tweedelijns GGZ en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg binnen de deelnemende instelling.

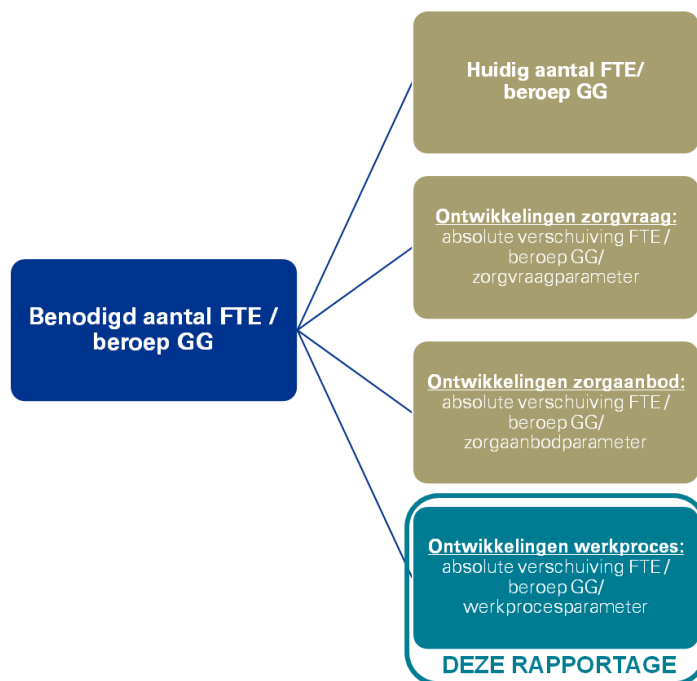
Ondanks enkele beperkingen van het onderzoek, is uit de verzamelde gegevens een bruikbaar en afdoende betrouwbaar beeld geconstrueerd over de onderliggende krachten achter veranderingen in benodigde FTE's per beroepsgroep.

1 Inleiding

Om de benodigde opleidingscapaciteit voor beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (beroepen GG¹) te bepalen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van een ramingsmodel. In dit model worden historische gegevens en toekomstige trends in de zorgvraag, het zorgaanbod en werkprocessen in kaart gebracht en omgezet in ramingsmodel parameters. Met deze parameters wordt de huidige inzet van FTE per GG beroep vertaald naar een verwachte inzet van FTE per beroep GG in de toekomst. Op basis van de uitkomst van het model stelt de begeleidingscommissie een advies ten aanzien van de benodigde opleidingscapaciteit vast. Dit resulteert in een Capaciteitsplan voor de beroepen GG.

Om een zo accuraat mogelijke voorspelling te kunnen doen voor de benodigde opleidingscapaciteit dient het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan zo veel mogelijk relevante ontwikkelingen mee te nemen. Om deze reden worden de gehanteerde parameters periodiek aangescherpt en/of aangevuld. Hierbij wordt geprobeerd om zoveel mogelijk ontwikkelingen in de sector kwantitatief te onderbouwen door de bestaande "harde parameters", zoals demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Deze harde parameters worden aangevuld met onderbouwingen van "zachte parameters", zoals sociaal culturele aspecten en invloed van keuzes met betrekking tot overheidsbeleid en strategieën van zorginstellingen.

Voorliggend rapport beschrijft de aanscherping van de gehanteerde parameters rondom werkprocessen (**Figuur 1**).



Figuur 1: Overzicht van verschillende onderdelen binnen het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan die gezamenlijk een voorspelling geven van het benodigd aantal FTE per beroep GG in de toekomst.

¹ Onder beroepen GG verstaat het Capaciteitsorgaan: Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. In deze rapportage zijn bovenop deze vijf beroepen nog enkele andere toegevoegd. Zie paragraaf 2.3. voor alle geïncorporeerde GG beroepsgroepen in deze rapportage.

Tot op heden onderzocht het Capaciteitsorgaan de ontwikkelingen rondom werkprocessen retrospectief op basis van DBC-declaratiedata. Met deze data werden de verschuivingen van de inzet van de verschillende beroepen GG in kaart gebracht (gedeclareerde minuten), zo veel mogelijk uitgesplitst naar vier werkproces parameters (horizontale substitutie, verticale substitutie, efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen)². In aanvullende gesprekken met experts werden deze parameters vervolgens aangescherpt, waarbij de uitkomst van het declaratieonderzoek als richting werd gehanteerd.

In deze huidige aanpak met historische DBC-declaratiedata, is de uitsplitsing van de totaal geobserveerde verschuiving per GG beroepsgroep naar de vier werkproces parameters gebaseerd op *expert opinion*. Het perspectief van verschillende GGZ-instellingen is hierin nog onvoldoende meegenomen. Daarnaast wil het Capaciteitsorgaan door de op stapel staande veranderingen in de GGZ, in een volgende raming ook beleidskeuzes en trends meenemen die in de toekomst effect hebben op de inzet van de beroepen GG. Op dit moment is er geen inzicht in de veronderstelde en mogelijke effecten van beleidskeuzes binnen GGZ-instellingen op de disciplinemix.

1.1 Onderzoeksvragen Capaciteitsorgaan

In overleg met KPMG Plexus zijn de volgende vragen geformuleerd om inzicht te krijgen in de beleidskeuzes en trends die in de toekomst effect hebben op de inzet van de beroepen GG:

1. Kwantificeer de mogelijk verschuivende effecten ten aanzien van de beroepen GG als gevolg van het doorwerken van beleidskeuzes van GGZ-instellingen en landelijke trends.
2. Inventariseer de belangrijkste beleidsmatige en inhoudelijke afwegingen van GGZ-instellingen, overheid en verzekeraars die aan deze verschuiving ten grondslag liggen.
3. Deel de geïnventariseerde beleidskeuzes en hun effect op verschuivingen in disciplinemix in naar de in het ramingsmodel gehanteerde werkproces parameters (i.e. horizontale substitutie, verticale substitutie, efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen).

Voor de duidelijkheid: in de beoogde opzet worden de verschuivende effecten door de tijd in kaart gebracht door periodieke herhaling (jaarlijks) van het onderzoek. Daarmee kan door de tijd getoetst worden of de ontwikkelingen in de GGZ een voorspellende waarde hebben ten aanzien van de zichtbare verschuivingen in disciplinemix.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek toegelicht. Hoofdstuk 3 geeft de resultaten van dit onderzoek weer. In hoofdstuk 4 wordt afgesloten met een discussie.

² IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de gehanteerde methode kort toegelicht om te komen tot beantwoording van de geformuleerde onderzoeksvragen. Voor een uitgebreide beschrijving van de methode, zie **Bijlage 1**.

2.1 Algemene opzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd het onderzoek opgezet met cross-sectionele metingen van FTE aantallen bij GGZ-instellingen. Door deze metingen met elkaar te vergelijken konden trends in FTE aantallen worden gevolgd. Het onderzoek loopt daarom over twee jaren. In 2014 (meetmoment één) werden twee metingen verricht. Per instelling werd voor de verslagjaren 2012 (t=0) en 2013 (t=1)³ het aantal FTE per GG beroepsgroep op een peildatum (1 oktober) uitgevraagd, waarna in kaart werd gebracht welke beleidskeuzes voorafgaand aan de nulmeting zijn gemaakt. Vervolgens werd geïnventariseerd van welke beleidskeuzes werd verwacht dat ze een invloed zullen hebben op de disciplinemix verschuivingen tussen 2013 en 2014 (t=2). In 2015 zal een tweede meetmoment plaatsvinden, waarin wordt gekeken naar FTE verschuiving tussen 2013 en 2014. De uitkomsten van het onderzoek op het tweede meetmoment zullen in een nieuwe rapportage gepresenteerd worden ("Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG - Deel 2").

2.2 Deelnemende instellingen

Voor de inzetbaarheid van de resultaten in een landelijk model was representativiteit van de geselecteerde GGZ-instellingen van groot belang. Om dit te realiseren binnen de voor dit onderzoek beschikbare middelen, werden zes GGZ-instellingen geïncludeerd. Onder de deelnemende instellingen waren zowel stedelijk als perifeer gelegen organisaties, allen met een breed aanbod aan zorg voor verschillende doelgroepen. Hierbij werden wat betreft omzet zowel grote als middelgrote en kleine GGZ-instellingen meegenomen (groot: omzet > € 200 miljoen; middelgroot: omzet € 100 miljoen - € 200 miljoen; klein: omzet < € 100 miljoen). Zie **Bijlage 2** voor meer kenmerken van de deelnemende instellingen. De representativiteit van dit onderzoek wordt onderbouwd door vergelijkbaarheid van de disciplinemix van de zes deelnemende instellingen met de landelijke trend zoals gemeten in onderzoek verricht door het Nivel^{4,5}.

2.3 Geïncludeerde beroepsgroepen

2.3.1 Beroepsgroepen geïncludeerd in data-uitvraag

In het Capaciteitsplan worden ramingen gemaakt voor vijf beroepen GG:

- Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog (GZ)
- Klinisch neuropsycholoog (KNP)
- Klinisch psycholoog (KP)
- Psychotherapeut (PT)

³ De data aangaande FTE verschuivingen tussen 2011 en 2012 is uitgevraagd bij instellingen, maar was onvoldoende scherp om als meetpunt mee te nemen in de analyse. Tijdens de werksessies met instelling is wel kwalitatieve invoer over deze periode verkregen, waardoor de periode als referentiekader kan fungeren voor de analyse van opvolgende perioden.

⁴ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012.

⁵ Bij inclusie van de beroepsgroepen zoals gehanteerd door het Capaciteitsorgaan (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist), voor GGZ instellingen.

- Verpleegkundig specialist GGZ (VPS)

Echter, om een volledig beeld te kunnen schetsen van de veranderingen in de inzet van disciplines in de GGZ, nu en in de nabije toekomst, keken we in dit onderzoek breder dan bovengenoemde vijf beroepen GG. Binnen de tweedelijns ambulante behandelaren waren ook andere functies werkzaam, van wie de bovengenoemde GG beroepsgroepen taken konden overnemen of naar wie zij taken konden afstoten. De volgende beroepsgroepen werden, na overleg met de deelnemende instellingen en het Capaciteitsorgaan, aanvullend meegenomen:

- Psychiater
- Basispsycholoog / masterpsycholoog
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Vaktherapeut
- Arts⁶
- Overig⁷

2.3.2 GG beroepsgroepen geïncorporeerd in de analyse

Hoewel het aantal FTE klinisch neuropsycholoog wel is uitgevraagd bij de deelnemende instellingen, bevatten de aangeleverde data geen FTE aantallen voor klinisch neuropsycholoog. Deze GG beroepsgroep bleek niet werkzaam in de deelnemende instellingen. Deze GG beroepsgroep werd derhalve niet meegenomen in de analyse. Binnen de categorie 'arts' vielen voor de meeste deelnemende instellingen alleen sociaal geriaters. Het ging daarbij om één of enkele FTE's per instelling. Ook deze categorie werd in de analyse buiten beschouwing gelaten. Tenslotte werd de categorie 'overig' niet meegenomen in de analyse. De functies die binnen deze categorie waren opgenomen, verschilden per instelling (uiteenlopend van verpleegkundigen en paramedische functies tot gedragstherapeuten en cliëntondersteuners).

In de definitieve data-analyse werden de volgende GG beroepsgroepen meegenomen:

- Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist GGZ
- Psychiater
- Basispsycholoog
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Vaktherapeut

⁶ Niet zijnde psychiater

⁷ In deze categorie vallen tweedelijns ambulante behandelaren (die tijd schrijven), die niet in één van de overige categorieën vallen.

2.4 Afbakening onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de gespecialiseerde GGZ zorg zoals deze geleverd wordt door geïntegreerde GGZ instellingen onder de zorgverzekeringswet (Zvw). Specifiek ligt de focus op de tijdschrijvende beroepen uit de DBC beroepentabel. In dit onderzoek zijn vervolgens de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- **Eerstelijns GGZ⁸:** In dit onderzoek worden alleen de tijdschrijvende beroepen uit de DBC beroepentabel meegenomen. Voor eerstelijns behandelaren wordt de tijdsbesteding per behandeling niet vastgelegd in DBC's en daarmee valt de eerstelijns GGZ buiten de scope van dit onderzoek.
- **Kind en Jeugd GGZ:** De verantwoordelijkheid voor de Jeugdzorg (en Jeugd GGZ) wordt per 2015 overgeheveld naar de gemeenten: er is op dit moment geen zicht op het effect van deze transitie op de inkoop van Jeugdzorg bij GGZ instellingen. Gezien deze onduidelijkheid hebben we deze doelgroep in overleg met het capaciteitsorgaan buiten beschouwing gelaten.
- **Forensische GGZ:** Dit onderzoek richt zich op DBC-tijdschrijvende beroepen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). De forensische GGZ wordt (gedeeltelijk) gefinancierd door het ministerie van Veiligheid en Justitie; hier worden geen DBC's maar DBBC's geschreven.
- **AWBZ en verblijfs-DBC's:** Verpleegkundig personeel werkzaam binnen de kliniek valt binnen de tarieven van de verblijfscomponent van de DBC. Behandelaren die binnen de kliniek werken en wel behandel tijd schrijven binnen een DBC worden wel meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast bieden een aantal klinieken ook langdurige zorg aan cliënten onder de AWBZ. De behandelaren die (voornamelijk) werkzaam zijn voor cliënten die via de AWBZ worden gefinancierd zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Voor dit onderzoek richtten wij ons op de werkproces parameters die door het Capaciteitsorgaan worden gebruikt. Wij hanteerden deze parameters als volgt:

- **Vakinhoudelijke ontwikkelingen:** verschuiving van FTE door veranderingen in behandelmethodiek, op basis van zorginhoudelijke keuzes. Voorbeeld: de inzet van een andere therapie waar een andere discipline voor nodig is.
- **Horizontale taakverschuiving:** verschuiving van taken naar een op gelijk niveau opgeleide professional. Hierbij worden (post-)academisch opgeleide, BIG-geregistreerde zorgprofessionals van gelijk niveau geacht. Voorbeeld: taakverschuiving van de klinisch psycholoog naar de GZ-psycholoog.
- **Verticale taakverschuiving:** verschuiving van taken naar een op een ander niveau opgeleide zorgprofessional. Hierbij moet voornamelijk gedacht worden aan taakverschuiving van BIG-geregistreerde professionals naar niet-BIG-geregistreerde psychologen en pedagogen of omgekeerd. Voorbeeld: taakverschuiving van GZ-psycholoog naar de basispsycholoog.
- **Efficiency:** doelmatiger werken, waarbij meer patiënten geholpen kunnen worden bij eenzelfde FTE capaciteit. Een verbetering van efficiency betekent dus dat een individuele medewerker in dezelfde tijd ofwel gemiddeld meer van de tijd besteedt aan behandeling (van nieuwe patiënten) en/of meer patiënten behandelt door een kortere (efficiëntere) behandeling in termen van tijd.

Een overzicht van de gehanteerde definities is te vinden in **Bijlage 3**.

⁸ Per 1 januari 2014 wordt in de GGZ een onderscheid gemaakt tussen de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hoewel het onderzoek zich richt op tweedelijns GGZ, zal door verschuivingen in FTE naar de generalistische basis GGZ ook de eerstelijns GGZ in beeld komen. Dit zal voornamelijk het geval zijn in deel twee van dit onderzoek (t=2), waar wordt gekeken naar FTE verschuivingen tussen 2013 en 2014. Deel 2 van deze rapportage wordt in februari 2015 opgeleverd, waarna medio 2015 een ramingsadvies wordt uitgebracht.

CORRECTIES

De FTE aantallen zijn gecorrigeerd voor (zie **Figuur 2** voor een overzicht):

- **Openstaande vacatures** (correctie zorgaanbod): het aantal openstaande vacatures op de peildatum (1 oktober) in zowel 2012 als 2013 is bij de instellingen opgevraagd tijdens of na de werksessie. Deze openstaande vacatures zijn bij het aantal FTE van het betreffende jaar opgeteld. Het kan zijn dat instellingen minder FTE in dienst hadden dan zij zouden willen, waarbij het gepresenteerde aantal FTE niet samenhangt met een bewuste keuze rondom werkprocessen. Door rekening te houden met de openstaande vacatures wordt gecorrigeerd voor deze FTE's die lager zijn dan gewenst.
- **Patiëntvolume** (correctie zorgvraag): bij deze correctie is aangenomen dat de groei in het aantal geopende DBC's een goede voorspeller is van de groei in het aantal cliënten. Er is uitgegaan van het aantal geopende behandel-DBC's, gecorrigeerd voor het aantal crisis-DBC's¹. De groei in het aantal geopende behandel-DBC's tussen 1 januari 2012 en 31 december 2012 is toegepast op de FTE aantallen per GG beroepsgroep in 2012. Hiermee werd inzichtelijk hoeveel FTE men zou verwachten per GG beroepsgroep in 2013, op basis van de groei in cliënten. Het verschil tussen dit verwachte aantal FTE en het werkelijk aantal FTE in 2013, geeft de verschuiving in FTE weer die niet te wijten is aan veranderend patiëntvolume. De correctie is toegepast tijdens de data-analyse ter voorbereiding op de werksessies.
- **Doelgroepenmix²** (correctie zorgvraag): een verandering in doelgroepenmix veroorzaakt een verschuiving in FTE die niet te verklaren is door werkprocessen. De doelgroepenmix kan op twee manieren veranderen:
 - *Tussen* doelgroepen: het volume per doelgroep verandert.
 - *Binnen* doelgroepen: de cliëntenmix binnen de doelgroep verandert, waardoor een zwaardere of lichtere zorgzwaarte ontstaat voor een doelgroep. Bij een hogere zorgzwaarte, worden meer minuten per cliënt besteed.

Bij de correctie van doelgroepenmix werd gevraagd naar verschuiving *tussen* en *binnen* doelgroepen. Tijdens de werksessies is instellingen gevraagd welk aandeel in de FTE verschuiving verklaard kon worden door een verandering in doelgroepenmix. Vervolgens is hiervoor gecorrigeerd tijdens de data analyse na de werksessies. De percentages FTE verschuiving die toegekend zijn aan doelgroepenmix, zijn vermenigvuldigd met de totale FTE verschuiving voor de betreffende GG beroepsgroep. Hiermee is een absolute FTE verschuiving verkregen die verklaard kon worden door een verandering in doelgroepenmix. Dit aantal FTE is afgetrokken van de totale FTE verschuiving, waarna de overige verschuiving verdeeld is over de overige verklarende werkproces parameters (volgens de verdeling aangegeven door de instelling).

1. Sinds 1 januari 2012 kunnen voor bestaande cliënten nieuwe DBC's geopend worden in geval van crisis. Dit leidt tot een toename van het aantal DBC's, zonder dat het aantal cliënten toeneemt. Om voor deze groei te corrigeren, zijn de crisis-DBC's buiten beschouwing gelaten.

2. Definitie doelgroep: bij de start van het onderzoek is uitgegaan van de doelgroepen zoals gedefinieerd in het onderzoek door IPSE Studies TU Delft / BPS Economics (verslaving, jeugd, angst en depressie, persoonlijkheid, psychose en dementie, overig). Gedurende de gesprekken met de deelnemende instellingen bleek dat een uitsplitsing naar deze doelgroepen niet haalbaar was (veel instellingen hanteren regioteams in plaats van teams naar specifieke doelgroepen). Daarnaast herkenden deelnemende instellingen de gehanteerde doelgroepcategorieën niet, omdat deze niet eenduidig volgen op de zorgprogramma's/doelgroepen van de deelnemende instellingen. Wanneer wij spreken over doelgroepen, zijn dit de door de deelnemende instellingen gehanteerde afbakening van cliëntgroepen.

2.5 Stappen in het onderzoek

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier stappen:

1. Data-uitvraag bij deelnemende instellingen.
2. Data analyse FTE per instelling ter voorbereiding op de werksessies. Zie kader “Correcties” en **Figuur 2** voor de toegepaste correcties bij de data analyse.
3. Werksessies met deelnemende instellingen.
4. Analyse en oplevering van de resultaten.

In **Bijlage 1** worden bovenstaande stappen nader omschreven.



Figuur 2: Overzicht van de in dit onderzoek toegepaste correcties op de FTE data om te komen tot een absolute FTE verschuiving per GG beroepsgroep die verklaard kan worden door veranderingen in werkprocessen. Deze correcties zijn toegepast door het absolute aantal FTE per correctie af te trekken van de totale absolute aantal FTE verschuiving (aangegeven met “minus”).

2.6 Aannames bij dit onderzoek

Bij de data-analyse en werksessies zijn de volgende aannames gedaan:

- De raming voor het aantal GG opleidingsplaatsen gemaakt door het Capaciteitsorgaan en gepresenteerd in het Capaciteitsplan, is gebaseerd op veranderingen in zorgvraag, zorgaanbod en werkprocessen. Het huidige onderzoek richt zich op werkprocessen. Zorgvraag en zorgaanbod dienen daarom zoveel mogelijk buiten beschouwing gelaten te worden.
 - Aangenomen is dat voor zorgvraag gecorrigeerd kan worden door te corrigeren voor patiëntvolume (gedefinieerd als het aantal geopende DBC's);
 - Aangenomen is dat voor zorgaanbod gecorrigeerd kan worden door te corrigeren voor openstaande vacatures.

- De toename of afname in het aantal geopende behandel-DBC's (gecorrigeerd voor crisis-DBC's) tussen 2012 en 2013 kan gebruikt worden als proxy voor de groei in patiëntvolume tussen 2012 en 2013 (zie **kader 'Correcties'**). Bij deze correctie voor zorgvraag wordt er van uit gegaan dat dezelfde zorg per cliënt geleverd wordt, met dezelfde disciplinemix aan personeel.
- Bij verticale taakverschuiving wordt ervan uitgegaan dat andere GG beroepsgroepen die de taken overnemen, net zo lang over de taak doen als de oorspronkelijke uitvoerder en er dus geen effect is op efficiency. Ter illustratie: als basispsychologen taken van GZ-psychologen overnemen is sprake van verticale taakverschuiving, waarbij wordt aangenomen dat de basispsycholoog de taken in dezelfde tijd uitvoert als de GZ-psycholoog.

3 Resultaten

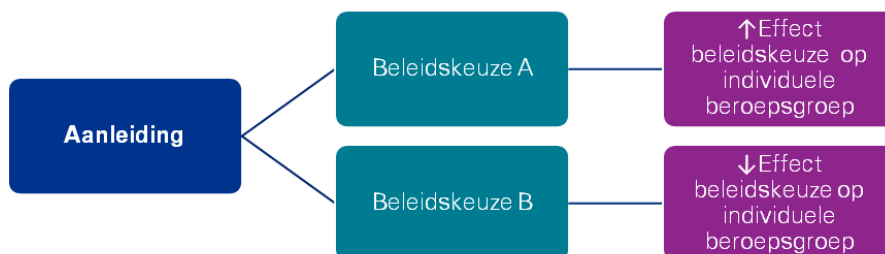
3.1 Aanleidingen voor beleidskeuzes en hun effect op individuele GG beroepsgroepen

In de gesprekken met de deelnemende instellingen is gevraagd welke beleidskeuzes er zijn gemaakt die invloed hebben op de inzet van behandelend personeel in de periode tussen 1 oktober 2012 en 30 september 2013. Vervolgens is gevraagd wat de redenen voor deze beleidskeuzes waren. De genoemde achterliggende redenen kwamen grotendeels overeen tussen de deelnemende instellingen en waren te categoriseren tot zes aanleidingen. Onder ieder van deze aanleidingen vallen één of meerdere beleidskeuzes.

Zes aanleidingen voor beleidskeuzes⁹:

1. Ambulantisering
2. Transitie tweedelijns GGZ naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ
3. Druk op kosten
4. Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling
5. Krapte op arbeidsmarkt psychiaters
6. Actualiseren functiehuis binnen deelnemende instelling

Bij iedere beleidskeuze gaven de deelnemende instellingen aan op welke individuele GG beroepsgroepen zij verwachtten dat deze beleidskeuze effect zou hebben. Hierbij bleek dat eenzelfde aanleiding bij deelnemende instellingen tot andere beleidskeuzes kon leiden en dat deze soms een tegengesteld effect konden hebben op individuele GG beroepsgroepen (zie **Figuur 3**).

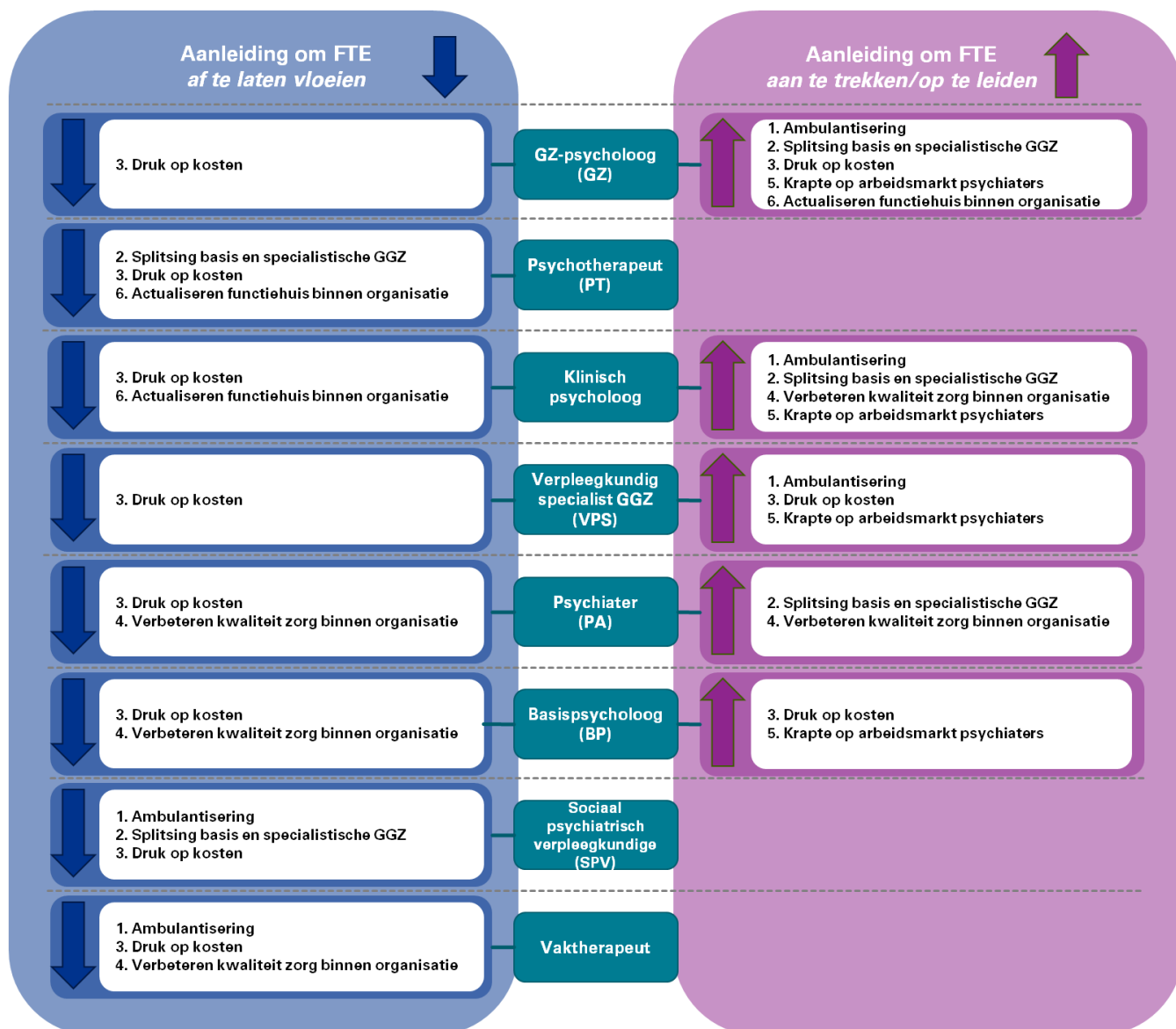


Figuur 3: Schematisch overzicht van de situatie waarbij één aanleiding leidt tot verschillende beleidskeuzes, welke ieder een tegengesteld effect hebben op een individuele GG beroepsgroep.

In **Figuur 4** is een totaaloverzicht gegeven van de verwachte effecten van de genoemde aanleidingen op de individuele GG beroepsgroepen. In **paragraaf 3.1.1 tot 3.1.6** worden de beleidskeuzes overliggend aan deze effecten beschreven. Voor de individuele beroepsgroepen worden afkortingen gebruikt¹⁰.

⁹ Niet op volgorde van belangrijkheid

¹⁰ Legenda afkortingen: GZ = GZ-psychologen; PT = psychotherapeuten; KP = klinisch psychologen; VPS = verpleegkundig specialisten GGZ GGZ; PA = psychiaters; BP = basispsychologen; SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE = sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen; VT = vaktherapeuten.



Figuur 4: Overzicht van de aanleidingen die per beroepsgroep via beleidskeuzes leiden tot een verwachte stijging of daling in het aantal FTE

3.1.1 Aanleiding 1: Ambulantisering

In 2012 is het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 afgesloten, waarin met betrekking tot ambulantisering de doelstelling is opgenomen de totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulantisering. Naar aanleiding hiervan gaven de deelnemende instellingen aan in 2012 de volgende beleidskeuzes te hebben gemaakt, die effect hebben op de disciplinemix van behandelend personeel.

■ **Beleidskeuze 1A: Afbouw klinische capaciteit, opbouw poliklinieken / ambulante hulp**

↑ GZ, KP, VPS
↓ SPV, VT

Met de afbouw van klinische capaciteit en opbouw van ambulante zorg neemt de behoefte aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en vaktherapeuten af en de behoefte aan ambulante behandelaren (GZ-psychologen, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ) toe. Tevens vindt omscholing van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen naar verpleegkundig specialisten plaats.

■ **Beleidskeuze 1B: Inrichting bemoeizorg teams (FACT)**

↑ GZ, KP, VPS
↓ SPV, VT

De inrichting van bemoeizorg teams heeft eenzelfde effect op klinische en ambulante behandelaren als beschreven bij beleidskeuze 1A.

■ **Beleidskeuze 1C: Starten met ontwikkeling kortdurende klinische opname**

↑ GZ, KP, VPS
↓ VT

Voor het inrichten van het aanbod voor kortdurende klinische opname (High Intensive Care – HIC) worden meer ambulante behandelaren aangetrokken. Vaktherapeuten zijn in deze kortdurende klinische setting niet meer nodig.

3.1.2 Aanleiding 2: Transitie tweedelijns GGZ naar generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ

Op 1 januari 2014 is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Met de invoering van deze scheiding van typen GGZ zijn ook nieuwe regels ingevoerd die betrekking hebben op de behandelingen binnen de gespecialiseerde GGZ. In anticipatie op deze wetswijziging geven deelnemende instellingen aan al in 2012-2013 voorbereidingen getroffen te hebben die gevolgen hadden voor de disciplinemix van behandelaren.

■ **Beleidskeuze 2A: Kunnen voldoen aan eisen hoofdbehandelaarschap**

↑ GZ, KP, PA
↓ PT

In het nieuwe stelsel mogen niet alle behandelaren als hoofdbehandelaar ingezet worden^{11,12}. Om hierop te anticiperen worden van deze beroepsgroepen extra medewerkers opgeleid, aangenomen etc. Welke beroepen als hoofdbehandelaar mogen fungeren is afhankelijk van het geformuleerde beleid door het ministerie en/of zorgverzekeraars.

3.1.3 Aanleiding 3: Druk op kostenbesparing / bezuinigingen

De GGZ heeft momenteel te maken met een grote kostendruk vanuit de zorgverzekeraars en steeds hoger wordende kwaliteitseisen vanuit de overheid en zorgverzekeraars. Door de invoering van prestatiebekostiging en andere veranderingen in de sector moeten GGZ-instellingen nu echt sturen op resultaat en kritisch naar de eigen inzet van behandelend personeel kijken. Dit heeft voor de deelnemende instellingen geleid tot de volgende beleidskeuzes voor 2012-2013:

¹¹ Op moment van schrijven vallen voor de gespecialiseerde GGZ hieronder: alle BIG-geregistreerden (VWS, juli 2013, Kamerbrief over hoofdbehandelaarschap GGZ)

¹² Op moment van schrijven vallen voor de generalistische basis GGZ hieronder: alle BIG-geregistreerden, de Kind & Jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist (VWS, september 2013, Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen)

- **Beleidskeuze 3A: Invoeren/ophogen van productiviteitsnorm**

↓ Alle

Door de externe druk op kostenbesparingen (bijvoorbeeld scherpe afspraken met zorgverzekeraars) gaven deelnemende instellingen aan een productiviteitsnorm te hebben ingevoerd of opgehoogd.
- **Beleidskeuze 3B: Krimp in behandelend personeel**

↓ Alle

Deelnemende instellingen gaven aan dat bijvoorbeeld behandelaren zonder vast contract zijn afgevloeid, of door de hoge werkdruk of vertrek van indirect personeel zelf zijn opgestapt.
- **Beleidskeuze 3C: Zo laag mogelijke inzet van personeel met behoud van kwaliteit**

↑ GZ, VPS, BP
 ↓ GZ, PA

Dit betreft verticale taakverschuiving, bijvoorbeeld de inzet van verpleegkundig specialisten GGZ bij het voorschrijven van medicatie, de inzet van basispsychologen voor lichte behandelingen (in plaats van GZ-psychologen) en de inzet van GZ-psychologen in plaats van psychiaters.
- **Beleidskeuze 3D: Andere inzet postacademisch personeel met behoud van kwaliteit**

↑ GZ
 ↓ PT

Dit betreft horizontale taakverschuiving, bijvoorbeeld GZ-psychologen inzetten voor behandeling in plaats van psychotherapeuten.

3.1.4 Aanleiding 4: Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling

GGZ-instellingen worden door externe druk gedwongen de kwaliteit van hun zorg te verbeteren tegen scherpe prijzen (zie aanleiding 4). In de gesprekken geven de deelnemende instellingen ook aan vanuit een interne visie de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Deze wens tot verbetering van de kwaliteit heeft tot verschillende beleidskeuzes geleid in 2012-2013:

- **Beleidskeuze 4A: Meer focus op zorgmanagement**

↑ KP
 ↓ PA

Vanuit kwaliteitsoogpunt gaven deelnemende instellingen aan meer aandacht te besteden aan zorgmanagement. Deze functie werd in het verleden door psychiaters uitgevoerd, maar wordt nu ingevuld door klinisch psychologen.
- **Beleidskeuze 4B: Meer focus op uitvoeren wetenschappelijk onderzoek**

↑ KP

Sommige deelnemende instellingen gaven aan meer wetenschappelijk onderzoek te willen uitvoeren en hiervoor meer klinisch psychologen aan te trekken.
- **Beleidskeuze 4C: Alleen BIG-geregistreerd behandelen**

↓ BP

Om de effectiviteit en efficiëntie van de behandelingen te verbeteren hebben sommige deelnemende instellingen besloten alleen nog BIG-geregistreerde behandelaren in te zetten voor behandelingen. Dit gaat ten koste van het aantal FTE basispsychologen.
- **Beleidskeuze 4D: Disciplines inzetten conform richtlijnen**

↓ BP, VT

Het behandelen conform de laatste richtlijnen heeft er toe geleid dat vaktherapeuten en basispsychologen minder ingezet worden in de behandelingsaanbod.
- **Beleidskeuze 4E: Medisch specialist aan de voorkant en somatiek prominentere rol**

↑ PA

Sommige deelnemende instellingen gaven aan psychiaters meer aan het begin van de behandeling in te zetten om een effectiever behandeltraject te realiseren en meer aandacht te hebben voor somatiek binnen GGZ problematiek

3.1.5 Aanleiding 5: Krapte op de arbeidsmarkt psychiaters

Uit onderzoek van GGZ Nederland¹³ bleek dat GGZ-instellingen in 2010 kampten met een groot tekort aan psychiaters. In 2012 wordt dit tekort nog steeds ervaren bij de meeste deelnemende instellingen en heeft dit geleid tot de herverdeling van de taken van de psychiater onder andere behandelende beroepen.

■ **Beleidskeuze 5A: Taken van psychiaters door ander functies laten overnemen**

↑ GZ, KP, VPS, BP

Niet alleen door kostenbesparingen, maar ook door krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters gaven deelnemende instellingen aan GZ-psychologen, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten GGZ en basispsychologen in te zetten om dit op te vangen.

3.1.6 Aanleiding 6: Actualiseren functiehuis

Over tijd hebben er wijzigingen in de opleidingen van de verschillende beroepen plaatsgevonden. Bij de deelnemende instellingen zijn er beroepen waarvan enkele werknemers nog opgeleid zijn binnen de "oude stijl"; deze voeren volgens de nieuwe regels bepaalde taken niet meer uit. Bij uitstroom van deze "oude stijl" beroepen worden deze vervangen door het beroep dat overeenkomt met de taken die de "oude stijl" uitvoerde.

■ **Beleidskeuze 6A: Vervangen "oude stijl" klinisch psychologen en psychotherapeuten**

↑ GZ
↓ PT, KP

Oude stijl klinisch psychologen en psychotherapeuten worden binnen de instellingen veelal ingezet als GZ-psychologen. Dit komt deels omdat de oude stijl scholing van klinische psychologen bijvoorbeeld nog geen module management en onderzoek bevatten. Wanneer oude stijl klinisch psychologen en psychotherapeuten afvloeiden werden ze vervangen door GZ-psychologen¹⁴.

3.2 Toedeling beleidskeuzes naar werkproces parameters

Naast de uitvraag van gemaakte beleidskeuzes en hun effect op de verschillende GG beroepsgroepen werd deelnemende instellingen gevraagd onder welke werkproces parameter(s) deze beleidskeuzes geplaatst konden worden.

Tabel 1 geeft een overzicht van de uitkomsten.

¹³ Medisch Contact (2012). Veel minder werk voor psychiaters.

¹⁴ Onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) bevestigt dat GGZ-instellingen de capaciteit voor psychotherapeutische behandelingen verkleinen en psychotherapeuten minder inzetten als hoofdbehandelaar (Skipr, 23 mei 2014, 'GGZ zet psychotherapeut buiten spel').

Tabel 1: Overzicht van de door de deelnemende instellingen aangegeven werkproces parameters die een rol spelen bij de betreffende beleidskeuze.

Beleidskeuze	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Horizontale taakverschuiving	Verticale taakverschuiving	Efficiency	Totaal effect op beroepen
1A	✓		✓		↑GZ, KP, VPS ↓SPV, VT
1B	✓		✓		↑GZ, KP, VPS ↓VT
1C	✓		✓		↑GZ, KP, VPS ↓VT
2A	✓	✓	✓	✓	↑GZ, KP, PA ↓PT
3A				✓	↓Alle
3B				✓	↓Alle
3C			✓		↑VPS, BP ↓GZ, PA
3D		✓			↑GZ ↓PT, PA
4A		✓			↑KP ↓PA
4B	✓				↑KP
4C	✓			✓	↓BP
4D	✓			✓	↓BP, VT
4E	✓		✓		↑PA
5A		✓	✓		↑GZ, KP, VPS, BP
6A		✓			↑GZ ↓PT, KP

Legenda afkortingen: GZ = GZ-psycholoog; PT = psychotherapeut; KP = klinisch psycholoog; VPS = verpleegkundig specialist GGZ; PA = psychiater; arts = medisch specialist zonder specialisatie psychiatrie; BP = basispsycholoog; SPV= sociaalpsychiatrisch verpleegkundige; VT = vaktherapeut.

3.3 Interpretatie van de kwalitatieve resultaten

In dit onderzoek zijn zes aanleidingen geïdentificeerd die bij de deelnemende GGZ-instellingen hebben geleid tot het maken van verschillende beleidskeuzes met betrekking tot de inzet van behandelend personeel. Het gaat hier om de ambulantisering van de GGZ, de omvorming van de tweedelijns GGZ in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, externe druk op kosten, verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling, de krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters en het actualiseren van het functiehuis.

De deelnemende instellingen verwachtten dat met name de ambulantisering (aanleiding 1), de transitie van de tweedelijns GGZ (aanleiding 2), de druk op kosten (aanleiding 3), het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling (aanleiding 4) en de daaruit volgende beleidskeuzes tot de grootste verschuivingen in de inzet van personeel heeft geleid.

De *ambulantisering* leidde tot een verwachte stijging van de inzet van de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ, en tot een daling in de inzet van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de vaktherapeut. De FTE verschuiving die gepaard gingen met deze beleidskeuzes zijn toe te schrijven aan vakinhoudelijke ontwikkelingen en verticale taakverschuiving. Door de *transitie van de tweedelijns GGZ* verwachtten de deelnemende instellingen een toename in

de inzet van de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog en de psychiater met als voornaamste reden het voldoen aan de eisen van het hoofdbehandelaarschap binnen de (toekomstige) GBGGZ en gespecialiseerde GGZ. Om deze reden wordt een daling verwacht in de inzet van de psychotherapeut en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. In de verwachte verschuivingen door beleidskeuzes spelen volgens de deelnemende instellingen alle vier de werkproces parameters een rol.

De *druk op kosten* leidde bij alle GG beroepsgroepen tot een verwachte daling van hun inzet, doordat hetzelfde aantal patiënten gezien moet worden door minder behandelaren (efficiency). Een stijging was te zien in de inzet van de GZ-psycholoog, de verpleegkundig specialist GGZ en de basispsycholoog. Dit is met name te verklaren door verticale taakverschuiving van duurder naar goedkoper personeel.

Het *verbeteren van de kwaliteit van zorg* binnen de deelnemende instelling en de daarmee samenhangende verschuivingen hebben naar verwachting geleid tot een stijging van de inzet van klinisch psychologen en psychiaters, en een daling van de inzet van de basispsycholoog, de vaktherapeut en de psychiater. De verschuivingen worden naar verwachting vooral door vakinhoudelijke ontwikkelingen en verbeteringen op het gebied van effectiviteit en efficiëntie (verticale taakverschuiving en efficiency) verklaard.

Binnen een aanleiding kunnen beleidskeuzes een tegengesteld effect hebben op specifieke beroepen. Zo verwachtten deelnemende instellingen dat de druk op kosten enerzijds zou leiden tot een afname van de inzet van GZ-psychologen door het instellen/ophogen van een productiviteitsnorm, een algehele krimp in personeel en verticale taakverschuiving met de basispsycholoog. Anderzijds werd er een toename verwacht door horizontale taakverschuiving met de psychiater en de psychotherapeut. Ook inzet van de verpleegkundig specialist GGZ en basispsycholoog zou om de reden van algehele krimp en productiviteitsverbetering dalen, maar stijgen door het overnemen van taken van de BIG-geregistreerde beroepen. Voor de psychiater werd door kwaliteitsverbetering enerzijds een daling in de inzet verwacht door de keuze om de klinisch psychologen management taken te laten overnemen. Anderzijds kozen sommige deelnemende instellingen voor het vergroten van de inzet van psychiaters door hen aan de voorkant van het behandeltraject in te zetten met als doel de effectiviteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren.

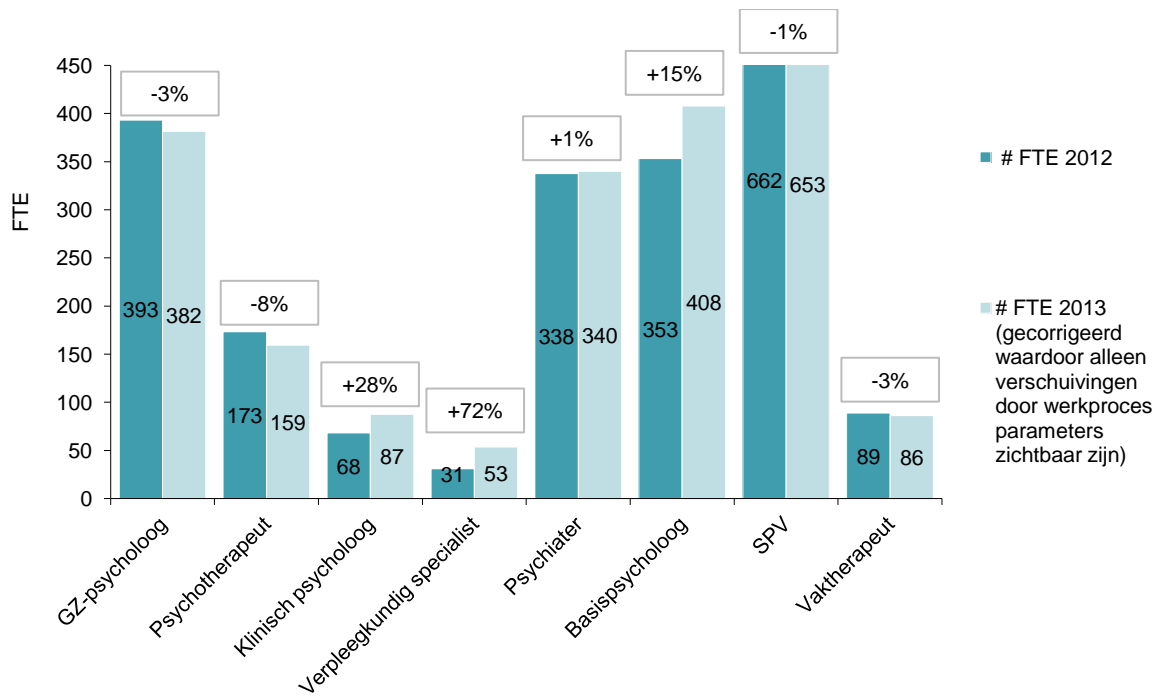
3.4 FTE-verschuivingen door werkprocessen

3.4.1 Totale FTE verschuivingen

In **Figuur 5** is het aantal FTE in 2012 en de groei naar 2013 verklaard door werkproces parameters weergegeven (binnen de onderzochte afdelingen)¹⁵. De grootste absolute groei in FTE tussen 2012 en 2013 verklaard door werkprocessen is te zien bij de basispsycholoog (+55 FTE). Ook voor de klinisch psycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ is een groei in FTE door werkprocessen zichtbaar (respectievelijk 19 en 22 FTE). Voor verpleegkundig specialisten GGZ en is de relatieve groei het hoogst (+72%).

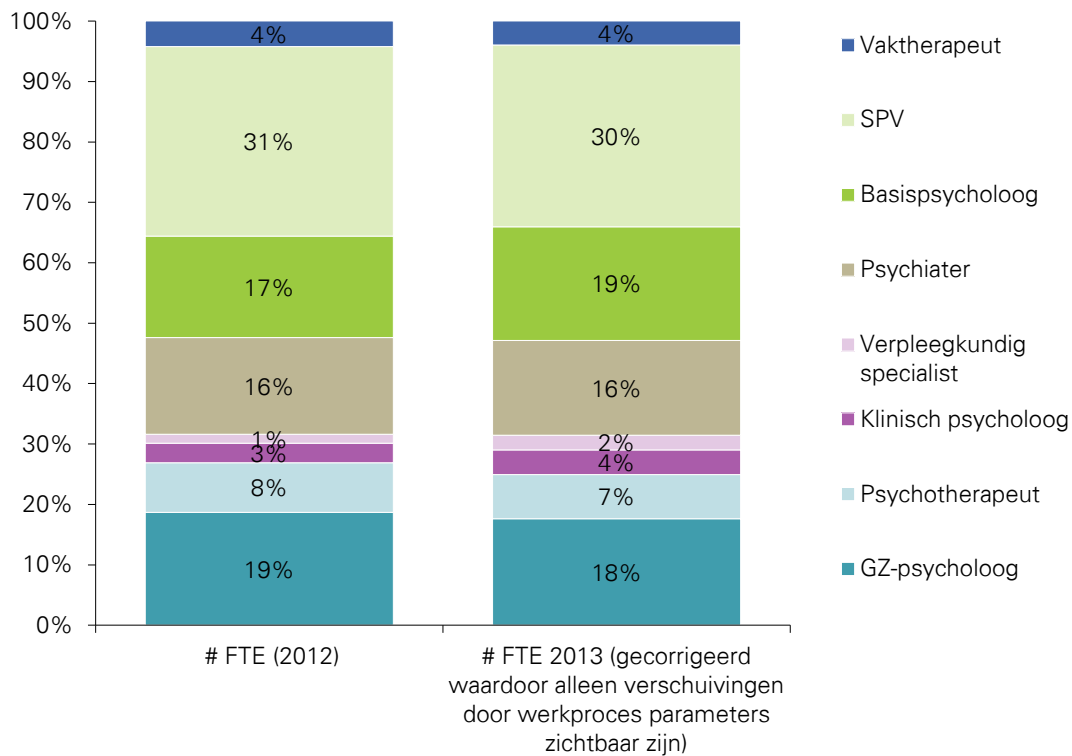
De grootste absolute en relatieve daling in FTE door werkprocessen is te zien bij de psychotherapeuten (-14 FTE, -8%). Ook het aantal FTE GZ-psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en vaktherapeuten is afgenomen door werkprocessen.

¹⁵ Een klein deel van de FTE verschuiving kon tijdens de werksessie niet verklaard worden. Dit deel onverklaard is aangegeven in **Tabel 2**. Deze FTE verschuivingen zijn niet veroorzaakt door aanwijsbare beleidskeuzes.



Figuur 5: FTE aantallen 2012 en groei naar 2013 verklaard door werkprocessen

Figuur 6 geeft de verdeling van het aantal FTE over de verschillende GG beroepsgroepen (disciplinemix) in 2012 en 2013 weer. Het aandeel basispsychologen, verpleegkundig specialisten GGZ en klinisch psychologen is toegenomen, ten koste van het aandeel GZ-psychologen, psychotherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De verschillen tussen 2012 en 2013 zijn echter klein.



Figuur 6: Disciplinemix 2012 en 2013

3.4.2 FTE verschuivingen toegewezen aan werkproces parameters

In de werksessies hebben de deelnemende instellingen de percentages groei in FTE door werkprocessen (zie **Figuur 5**) uitgesplitst naar de vier werkproces parameters. In onderstaande tabel is per GG beroepsgroep aangegeven hoe de FTE verschuiving verklaard wordt door de vier werkproces parameters. Een klein deel van de FTE verschuiving kon tijdens de werksessie niet verklaard worden. Deze onverklaarde FTE verschuivingen konden niet worden toegewezen aan specifieke beleidskeuzes. De percentages voor de vier parameters en het onverklaarde deel tellen op tot de totale verschuiving¹⁶.

Tabel 2: Verklaring FTE verschuiving door werkproces parameters periode 2012-2013 in gespecialiseerde GGZ.

Beroepsgroep	Aantal FTE 2012	Groei totaal	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Horizontale taakverschuiving	Verticale taakverschuiving	Efficiency	Onverklaard
GZ-psycholoog	393	-3%	3%	1%	-3%	-4%	0%
Psychotherapeut	173	-8%	0%	-3%	-1%	-5%	0%
Klinisch psycholoog	68	28%	27%	2%	5%	-4%	-1%
Verpleegkundig specialist GGZ	31	72%	30%	2%	53%	-12%	0%
Psychiater	338	1%	3%	0%	0%	-3%	0%
Basispsycholoog	353	15%	-2%	0%	28%	-10%	0%
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	662	-1%	0%	0%	0%	-1%	0%
Vaktherapeut	89	-3%	-2%	0%	0%	-1%	0%

Grijs gearceerd zijn de parameters die als invoer gebruikt worden voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan (licht: beroepen GG, donker: medisch specialisten)

In **Tabel 2** is te zien dat voor de *GZ-psychologen* vakinhoudelijke ontwikkelingen en horizontale taakverschuivingen hebben gezorgd voor een toename in FTE. Echter, deze toename is door verticale taakverschuivingen en efficiency gecompenseerd en in totaal is een daling van het aantal GZ-psychologen te zien.

De afname van het aantal FTE *psychotherapeuten* is grotendeels te verklaren door efficiëntie. Ook horizontale en verticale taakverschuivingen hebben bijgedragen aan de afname.

De toename van het aantal *klinisch psychologen* wordt voor het overgrote deel verklaard door vakinhoudelijke ontwikkelingen. Daarnaast heeft efficiëntie geleid tot een afname van het aantal FTE en horizontale en verticale taakverschuiving weer tot een kleine toename.

De toename van het aantal FTE *verpleegkundig specialisten GGZ* is grotendeels te verklaren door verticale taakverschuivingen. Ook vakinhoudelijke ontwikkelingen hadden een belangrijke bijdrage aan de stijging. Efficiëntie heeft daarnaast geleid tot een kleine afname van het aantal FTE en horizontale taakverschuivingen tot een kleine stijging.

¹⁶ Verschillen kunnen verklaard worden door afronding op hele getallen.

De stijging van het aantal *basispsychologen* kan voor het grootste deel verklaard worden door verticale taakverschuivingen. Efficiëntie en vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben geleid tot een daling in het aantal FTE. Deze daling wordt echter gecompenseerd door een grotere stijging in het aantal FTE.

De daling van het aantal *sociaal psychiatrisch verpleegkundigen* tenslotte, wordt verklaard door efficiency.

3.5 Interpretatie van de kwantitatieve resultaten

De FTE data van de zes deelnemende instellingen in het onderzoek laten op totaalniveau een stijging zien van het aantal FTE klinisch psychologen, verpleegkundig specialist GGZ'en, psychiaters en basispsychologen. Voor de GG beroepsgroepen GZ-psycholoog, psychotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut is daarentegen een daling in FTE zichtbaar. Als wordt gekeken naar de verhoudingen tussen de GG beroepsgroepen gehanteerd door het Capaciteitsorgaan, blijkt het aandeel klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ toe te nemen en het aandeel psychotherapeuten en GZ-psychologen af te nemen.

Wat betreft het effect van de verschillende werkproces parameters lijkt efficiency een belangrijke rol te spelen in de daling van het aantal psychotherapeuten. Verticale taakverschuivingen hebben daarnaast gezorgd voor een stijging van het aantal FTE verpleegkundig specialisten GGZ en basispsychologen. Vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de toename van het aantal klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ. Horizontale taakverschuiving wordt bij alle beroepen GG in minimaal geobserveerd; hierbij daalt de inzet van de psychotherapeuten licht en wordt een lichte stijging van de inzet van het aantal GZ-psychologen, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ geobserveerd.

3.6 Verwachte beleidskeuzes in de toekomst

Ten aanzien van de beleidskeuzes voor 2013-2014 gaven de deelnemende instellingen aan dat veel van de in **paragraaf 3.1** genoemde aanleidingen en onderliggende beleidskeuzes ook in het aankomende jaar effect zullen hebben op FTE aantallen en verschuivingen. De in cursieve tekst weergegeven beleidskeuzes zijn nieuwe beleidskeuzes¹⁷ ten opzichte van de in paragraaf 3.1 omschreven beleidskeuzes.

1. Ambulantisering:

- Verdere afbouw van klinische capaciteit (beleidskeuze 1A)
- Verdere inrichting van FACT-teams (beleidskeuze 1B)

2. Transitie tweedelijns GGZ naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

- Extra opleiden/ aannemen van hoofdbehandelaars (beleidskeuze 2A). In het eerste deel van het onderzoek is gekeken naar de verschuivingen tussen de jaren 2012 en 2013. De knip tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ is in 2014 ingevoerd. In anticipatie op deze omvorming hebben een aantal instellingen geschoven met beroepen om zo te kunnen voldoen aan de eisen van het hoofdbehandelaarschap binnen de basis en gespecialiseerde GGZ. Om deze reden is dit eerste deel van het onderzoek hoofdbehandelaarschap geplaatst onder de aanleiding transitie tweedelijns GGZ. In het tweede deel van dit onderzoek zal het hoofdbehandelaarschap naar

¹⁷ De aanleidingen en bijbehorende beleidskeuzes 'krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters' en 'actualiseren van het functiehuis' werden niet door de instellingen genoemd als aanleidingen die effect zouden hebben op de disciplinemix van 2014. Van deze aanleidingen wordt dus verwacht dat ze in het aankomend jaar minder een rol zullen spelen.

verwachting een eigenstandige aanleiding vormen, waarvan de impact velen malen groter zal zijn.

- *Basis GGZ onderbrengen in andere organisatie*
- *Specialiseren op onderdelen: deelnemende instellingen gaven aan keuzes te gaan maken met betrekking tot huidige zorgaanbod en zich verder te gaan specialiseren op onderdelen (zowel voor de generalistische basis als de gespecialiseerde GGZ). Hierdoor zal de inzet van personeel veranderen.*
- *Samenwerkingsverbanden aangaan met ketenpartners: deelnemende instellingen zijn bezig samenwerkingsverbanden aan te gaan met andere spelers in de keten, om zo vanuit ieders specialisme de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en duidelijke afspraken te maken welke organisatie op welk moment wat voor zorg gaat leveren.*

3. Druk op kosten:

- *Optimale disciplinemix: naast de blijvende aandacht voor de inzet van de optimale disciplinemix gaven enkele instellingen aan dat de zorgverzekeraars in de opgegeven begroting ook inzicht eisen in de benodigde disciplines per zorgpad. Dit zal effect hebben op de inzet van personeel.*
- *Commerciële markt betreden: in verband met de grote druk op kosten gaven deelnemende instellingen aan zich ook te gaan richten op de commerciële markt buiten de verzekerdzorg, zoals relatietherapie, behandeling van angsten (vlieg angst, hoogtevrees).*

4. Verbeteren van kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling

- *Alleen BIG-geregistreerde behandelaren (beleidskeuze 4C)*
- *ROM-scores meten bij meer aandoeningen: zorgverzekeraars zullen van meer aandoeningen uitkomsten van ROM-metingen opvragen. Dit zal naar verwachting tot meer tijd, en daarmee inzet van behandelend personeel.*
- *Voldoen aan DBC-tijdschrijf-regels voor CONO-beroepen: zorgverzekeraars zullen scherper zijn op het voldoen aan de DBC-tijdschrijf regels voor CONO-beroepen. Hierdoor zullen de instellingen scherper zijn op de inzet van deze beroepen en veranderingen in de ingezette disciplinemix kunnen optreden.*
- *E-health: deelnemende instellingen gaven aan de inzet van e-health verder te gaan ontwikkelen binnen het huidige zorgaanbod. Dit zal naar verwachting leiden tot een verandering in de inzet van behandelaren.*

4 Discussie

Op basis van dit onderzoek kan een inschatting gemaakt worden van kwalitatieve en kwantitatieve effecten van beleidskeuzes op de disciplinemix van beroepen GG. In [paragraaf 4.1](#) wordt een uitspraak gedaan over een combinatie van de kwalitatief en kwantitatief geobserveerde trends. In [paragraaf 4.2](#) worden de beperkingen van het onderzoek genoemd. Tenslotte geeft [paragraaf 4.3](#) aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

4.1 Combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten

In het kwalitatieve en kwantitatieve onderdeel van het onderzoek zijn vergelijkbare trends zichtbaar, die volgens de deelnemende instellingen met elkaar te maken hebben. Het exact kwantitatief toewijzen welk deel van de toe- of afname van een beroepsgroep samenhangt met een bepaalde kwalitatieve trend (bijvoorbeeld een landelijke beleidskeuze of beleid van een instelling) voerde voor de deelnemers echter te ver (zie [paragraaf 4.2.3](#)). De belangrijkste relaties die de deelnemers zien staan hieronder opgesomd.

De geobserveerde FTE stijging bij de basispsychologen en verpleegkundig specialisten GGZ in de FTE data wordt door de deelnemende instellingen met name verklaard door verticale taakverschuiving. Deze verticale taakverschuiving in combinatie met een stijging van de inzet van basispsychologen wordt teruggezien in de beleidskeuzes rondom ambulantisering, transitie van de tweedelijns GGZ en druk op kosten.

Ook bij de klinisch psychologen is een stijging in het aantal FTE geobserveerd. Door de deelnemende instellingen wordt deze stijging met name verklaard door vakinhoudelijke ontwikkelingen. Vakinhoudelijke ontwikkelingen in combinatie met een stijging van de inzet van klinisch psychologen wordt teruggezien in beleidskeuzes rondom ambulantisering, de transitie van de tweedelijns GGZ en het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling. Het gaat hierbij dan bijvoorbeeld om te het overnemen van zorgmanagement taken van de psychiater, het kunnen voldoen aan de eisen van hoofdbehandelaarschap.

Tenslotte is er een daling in het aantal FTE psychotherapeuten geobserveerd in de FTE data. Deelnemende instellingen verbinden deze daling vooral aan efficiency (ophogen productiviteitsnorm). Deze efficiency in combinatie met een daling van de inzet van psychotherapeuten wordt teruggezien in beleidskeuzes rondom ambulantisering, transitie van de tweedelijns GGZ en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg binnen de deelnemende instelling.

4.2 Beperkingen

Uit de verzamelde gegevens is een bruikbaar en afdoende betrouwbaar beeld geconstrueerd over de onderliggende krachten achter veranderingen in benodigde FTE's per beroepsgroep. Uiteraard kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Deze staan hieronder beschreven.

4.2.1 Kwalitatieve deel

Het kwalitatieve deel van het onderzoek kent de volgende beperkingen:

- De werksessies werden met een aantal (HR)-medewerkers van de deelnemende instelling uitgevoerd. Ondanks het feit dat deze medewerkers door de directie naar voren waren geschoven voor deelname vanwege hun kennis en ervaring op het gebied van het onderwerp van dit onderzoek, blijft het mogelijk dat zij niet volledig op de hoogte waren van alle specifieke beleidskeuzes die op het niveau van teams en afdelingen gemaakt zijn.

- De categorisatie van de aanleidingen heeft na afronding van alle werksessies plaatsgevonden. Aangezien in de werksessies door de deelnemende instellingen niet bij alle beleidskeuzes ook aanleidingen werden genoemd, heeft KPMG Plexus deze in dergelijke gevallen naar eigen inschatting ingevuld. Het gaat hier om een enkel geval.
- Met dit onderzoek werd beoogd om een voorspelling van de verwachte verschuivingen in disciplinemix te maken. Doordat het overheidsbeleid ten tijde van de werksessie nog aan veranderingen onderhevig was, konden deelnemende instellingen alleen iets zeggen over verwachte beleidskeuzes. Ze konden echter nog niet aangegeven op welke beroepsgroepen deze beleidskeuzes exact een effect zouden hebben.

4.2.2 Kwantitatieve deel

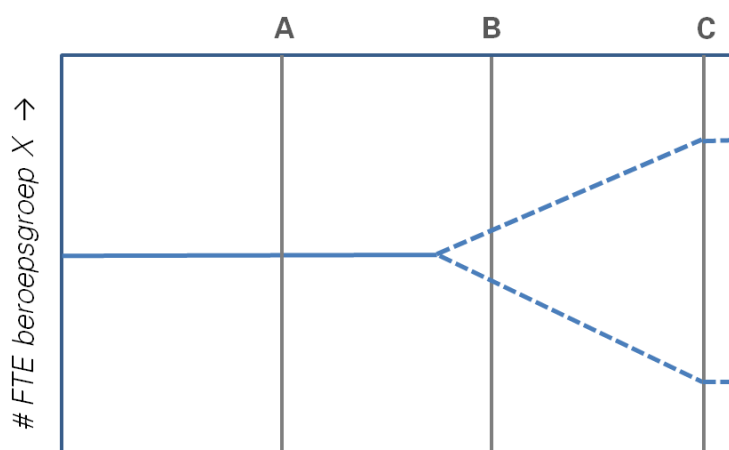
Het kwantitatieve deel van het onderzoek kent enkele beperkingen:

- In het onderzoek is geen verder onderscheid gemaakt tussen verschillende doelgroepen. Deelnemende instellingen organiseren het zorgaanbod voor doelgroepen op verschillende manieren. Zij hanteren bijvoorbeeld andere afbakeningen van doelgroepen of zij organiseren zorg op regioniveau. Hierdoor was het niet mogelijk een uniforme afbakening van doelgroepen te maken.
- De beroepen die de deelnemende instellingen hanteren komen niet geheel overeen met de beroepen zoals gehanteerd door het Capaciteitsorgaan. Hiertoe heeft KPMG Plexus een vertaaltabel opgesteld van de 'tijdschrijvende' functies naar de te onderzoeken beroepen (zie **Bijlage 3** voor gehanteerde definities ten aanzien van de onderzochte GG beroepsgroepen). Deze vertaling is vervolgens gevalideerd met de desbetreffende instelling. Ondanks de validatie in deze methode, is subjectiviteit niet uit te sluiten.
- De toekenning van FTE verschuivingen naar de verschillende werkproces parameters is gebaseerd op een inschatting van experts uit het veld (deelnemers aan de werksessies). Dit heeft de volgende consequenties:
 - De percentages toegekend aan de verschillende werkproces parameters zijn niet gebaseerd op data.
 - Deelnemers aan de werksessies vonden het soms moeilijk een inschatting te maken van het effect van de verschillende werkproces parameters (onder meer door het toepassen van de correctie voor patiëntvolume).
 - De beleidskeuzes genoemd door deelnemers van de werksessies hebben geen weging meegekregen. Dat veel beleidskeuzes een effect hebben gehad op een bepaalde GG beroepsgroep, zegt nog niets over de grootte van dit effect.
 - Tijdens de werksessie is besproken welke beleidskeuzes effect hadden op welke GG beroepsgroepen en op welke werkproces parameters. Hierbij konden meerdere beleidskeuzes een effect hebben op een werkproces parameter binnen een GG beroepsgroep. Later in de werksessies is het totale effect van de beleidskeuzes voor een werkproces parameter binnen de GG beroepsgroep gekwantificeerd. Hierbij is geen onderscheid meer gemaakt tussen de verschillende beleidskeuzes.
- Bij een stijging van FTE binnen een GG beroepsgroep, is aan efficiency een negatief percentage toegekend. Door toename van efficiëntie daalt namelijk het aantal benodigde FTE. Echter, door de effecten van de andere parameters stijgt het aantal FTE voor de GG beroepsgroep op totaal niveau. Een beperking van het onderzoek is dat alleen negatieve percentages zijn toegekend voor de werkproces parameter efficiency. Het is echter ook voor de overige werkproces parameters mogelijk dat zij een effect hebben tegengesteld aan het totale effect. Binnen de GG beroepsgroep GZ-psycholoog kunnen verticale taakverschuivingen bijvoorbeeld zorgen voor een toename van het aantal FTE, terwijl vakinhoudelijke ontwikkelingen zorgen voor een afname van het aantal FTE.
- De representativiteit van de zes deelnemende instellingen voor de landelijke trend dient gecheckt te worden met IPSE Studies TU Delft / BPS Economics (zie **Paragraaf 4.3**).

- De geobserveerde totale verschuivingen zijn in dit eerste deel van het onderzoek over het algemeen nog minimaal, maar worden wel kwalitatief verklaard aan de hand van beleidskeuzes en aanleidingen daarvoor. Hierbij dient te worden opgemerkt dat op het niveau van de individuele instellingen de geobserveerde verschuivingen per beroepsgroep vaak groter waren; door het aggregeren van de resultaten op totaalniveau werden deze “afgezwakt” (instellingen die wel duidelijk beleid hadden geformuleerd versus instellingen die dat nog niet hadden gedaan, of verschillende instellingen die tegengesteld beleid hadden geformuleerd met betrekking tot bepaalde beroepsgroepen). Tevens is het doel van dit onderzoek ook vooruit te kijken en te bezien in hoeverre geformuleerde beleidskeuzes werkelijk doorwerken in veranderingen in de disciplinemix.

4.2.3 Combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten

Tijdens de werksessies bleek dat niet alle deelnemende instellingen zich herkenden in de gepresenteerde FTE cijfers: geobserveerde dalingen of stijgingen in de FTE data voor bepaalde GG beroepsgroepen kwamen niet altijd overeen met wat werd verwacht op basis van gemaakte beleidskeuzes. Dit kan verklaard worden door het verschil in tijd tussen het nemen van een beslissing en het daadwerkelijk terugzien van de effecten in de FTE-data; dit is schematisch weergegeven in **Figuur 7**. De deelnemende instellingen waarbij de effecten terug te zien waren in de FTE-data, gaven aan al eerder begonnen te zijn met het anticiperen op de op stapel staande veranderingen in de sector. Dit beleid werd in 2012 – 2013 actief uitgevoerd - of deze instellingen zich in fase B of C van het effect van de beleidskeuze bevinden is niet vast te stellen.



- A** – Beslissing te voeren beleid voor een bepaalde beroepsgroep
- B** – Eerste effect beleidskeuze op aantal FTE beroepsgroep
- C** – Eindeffect beleidskeuze op aantal FTE beroepsgroep

Figuur 7: Schematische weergave van het verschil in tijd tussen het nemen van een beslissing over het te voeren beleid en de zichtbaarheid van de effecten daarvan

Een andere verklaring voor verschil in geobserveerde FTE veranderingen en genoemde beleidskeuzes kan zijn dat het effect van een beleidskeuze is uitgebleven, bijvoorbeeld doordat de beleidskeuze (nog) niet voldoende is doorgevoerd op de werkvloer.

Tenslotte is een denkbare verklaring de mogelijke tegengestelde richting van FTE verschuiving op instellingsniveau ten opzichte van totaal niveau (alle instellingen). De beleidskeuzes zijn toegewezen naar FTE verschuivingen op instellingsniveau. Het is echter mogelijk dat de richting van de verschuiving op totaal niveau anders is. Zo kan op instellingsniveau het aantal GZ-psychologen

gestegen zijn, terwijl op totaal niveau een daling van het aantal FTE GZ-psychologen te zien is, waardoor de verschuiving die zichtbaar is bij een specifieke instelling kan worden opgeheven. De toegewezen beleidskeuzes zijn dan in mindere mate van toepassing op de FTE verschuiving.

Bovengenoemde beperkingen hebben ertoe geleid dat een koppeling tussen kwalitatieve en kwantitatieve resultaten niet gemaakt is.

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

4.3.1 Vergelijking resultaten met onderzoek IPSE Studies TU Delft / BPS Economics

IPSE Studies TU Delft / BPS Economics en KPMG Plexus verrichten beide onderzoek voor het Capaciteitsorgaan naar de invloed van werkprocessen op beroepen GG. IPSE Studies TU Delft / BPS Economics kijkt daarbij vooral naar landelijke trends op basis van DBC-declaratiedata, waar KPMG Plexus door middel van een steekproef bij enkele representatieve GGZ-instellingen probeert te achterhalen welke beleidskeuzes en werkproces parameters achter geobserveerde FTE verschuivingen zichtbaar zijn, om zo een voorspelling te kunnen maken over toekomstige verschuivingen.

Voor de bruikbaarheid van de uitkomsten op landelijk niveau, en daarmee in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, is het essentieel te controleren in hoeverre de trends in FTE verschuivingen in de onderzoeken van IPSE Studies TU Delft / BPS Economics en KPMG Plexus overeen komen. Dit kan op twee niveaus:

- IPSE Studies TU Delft / BPS Economics verwacht medio 2014 de DBC gegevens over 2012 beschikbaar te hebben. Hiermee kunnen de verschuivingen in beroepen GG tussen 2011 en 2012 inzichtelijk gemaakt worden. Vier van de zes instellingen die deelnamen aan het onderzoek van KPMG Plexus konden ook FTE data aanleveren over 2011. Voor deze instellingen kunnen dus ook de verschuivingen in beroepen GG tussen 2011 en 2012 inzichtelijk gemaakt worden. De verschuivingen kunnen medio 2014 met elkaar worden vergeleken, om te zien in hoeverre voor de vier instellingen dezelfde trend per GG beroepsgroep zichtbaar is als de landelijke trend.
- Daarnaast kan voor 2012 gekeken worden of de verhouding in de disciplinemix tussen de verschillende beroepen in de deelnemende instellingen van het KPMG Plexus onderzoek overeen komt met de landelijke 'minuten' verhouding tussen disciplines uit het onderzoek van IPSE Studies TU Delft / BPS Economics.

Aan de hand van deze vergelijking kan geconcludeerd worden in hoeverre de steekproef uit het KPMG Plexus onderzoek representatief is voor de landelijke trend. Wanneer de trends uit beide onderzoek niet met elkaar overeenkomen, zijn daar verschillende mogelijke verklaringen voor:

- De zes instellingen die deelnemen aan het onderzoek van KPMG Plexus zijn niet representatief voor alle GGZ-instellingen in Nederland (bijv. door samenstelling en omvang van productie, personeel en cliënten).
- Verschil in definitie van GG beroepsgroepen.
- Verschillende correctie voor doelgroepenmix/casemix.
- Het onderzoek van IPSE Studies TU Delft / BPS Economics is gebaseerd op DBC-minuten en het onderzoek van KPMG Plexus is gebaseerd op FTE aantallen. Door de factor bezettingsgraad zijn deze twee indicatoren niet rechtstreeks vergelijkbaar.
- KPMG Plexus heeft gecorrigeerd voor openstaande vacatures, IPSE Studies TU Delft / BPS Economics niet.

Indien blijkt dat de trends in het onderzoek van KPMG Plexus erg verschillen van de landelijke trends, zijn de uitkomsten van het onderzoek van KPMG Plexus nog steeds bruikbaar. Trends in FTE verschuiving die zichtbaar zijn binnen een bepaalde beroepsgroep en toe te wijzen zijn aan een bepaalde werkproces parameter, kunnen nog steeds representatief zijn voor de landelijke trend. Tevens kan juist het verschil tussen de zes instellingen en de landelijke trend nuttige informatie opleveren.

4.3.2 Aanbevelingen voor het tweede deel van dit onderzoek

Om eerdergenoemde beperkingen te ondervangen zijn voor het tweede deel van dit onderzoek enkele aanbevelingen gevormd. In overleg met het Capaciteitsorgaan zal KPMG Plexus het tweede deel van het onderzoek aanpassen. Vergelijkbaarheid van de resultaten op het eerste en tweede meetmoment is hierbij een belangrijke overweging:

- Toedeling van functies naar verschillende GG beroepsgroepen zal (net als tijdens het eerste meetmoment) zowel intern als met de betreffende instelling geverifieerd worden.
- De toedeling van FTE verschuivingen over de verschillende werkproces parameters zou geobjectiveerd kunnen worden. Zo zou het effect van efficiency en doelgroepenmix bijvoorbeeld gecontroleerd kunnen worden door bij deelnemende instellingen het aantal cliënten per FTE en het aantal minuten per cliënt op te vragen.
- Om de betrouwbaarheid van de kwantitatieve toedeling van FTE verschuiving naar de verschillende werkproces parameters te verhogen, kan in plaats van percentages gewerkt worden met FTE aantallen. Tijdens de werksessies werd bij stap 4 een verdeling gemaakt van FTE verschuiving over de verschillende werkproces parameters op basis van percentages. Aan elk van de werkproces parameters die een invloed had op de GG beroepsgroep werd een percentage toegekend, waarbij het totaal optelde tot 100%. Voor meetmoment twee stellen we voor de verschuiving in FTE te verdelen over de verschillende parameters, waarbij de FTE's op moeten tellen tot de totale FTE verschuiving. Voordelen hiervan zijn:
 - Het is voor deelnemers conceptueel makkelijker de verschuiving in FTE te verdelen over de verschillende parameters.
 - Door te werken met FTE aantallen is het voor deelnemers aan de werksessie makkelijker rekening te houden met de richting van een verschuiving. Hierdoor kan makkelijker in beeld gebracht worden dat verschillende paramaters binnen een GG beroepsgroep een tegengesteld effect hebben.
- Representativiteit van de data van het tweede meetmoment kan weer met trends van IPSE Studies TU Delft / BPS Economics gecheckt worden.
- Zodra de analyse van de data van meetmoment twee heeft plaatsgevonden, kunnen uitspraken gedaan worden over de voorspellende waarde van beleidskeuzes voor verschuivingen in disciplinemix. Hiermee kan inzicht verkregen worden in welke beleidskeuzes een invloed hebben op de disciplinemix en welke niet en wat de reden was dat deze beleidskeuzes wel of geen invloed heeft gehad.

Bijlagen

- Bijlage 1** Stappen in het onderzoek
- Bijlage 2** Overzicht deelnemende instellingen
- Bijlage 3** Lijst met gehanteerde definities
- Bijlage 4** Voorbeeld invulsheets werksessie

Bijlage 1: Stappen in het onderzoek

Data-uitvraag deelnemende instellingen

Na een inleidende sessie bij de deelnemende instellingen, waarin de opzet en het doel van dit onderzoek besproken werden, werd FTE data uitgevraagd. De volgende gegevens werden hierbij opgevraagd:

- FTE aantallen op peildata 1 oktober 2011¹⁸, 2012 en 2013
 - Geincludeerde functies: tweedelijns ambulante behandelaren
 - Inclusief FTE langdurig zieken
 - Uitgesplitst naar de GG beroepsgroepen: GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychiater, arts, basispsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut.
 - Waar mogelijk uitgesplitst naar doelgroep, regio of locatie¹⁹
- Het aantal geopende behandel-DBC's in 2012 (1 januari 2012 t/m 31 december 2012) en 2013 (1 januari 2013 t/m december 2013) en het aantal crisis-DBC's in 2012 en 2013.

Data analyse FTE per instelling ter voorbereiding op de werksessies

Na oplevering van data door de instelling werd op instellingsniveau een totaaloverzicht gemaakt van FTE-verschuivingen. Hiervoor werden de volgende stappen ondernomen:

1. Selectie van de juiste functies: indien de instelling nog geen functies had geselecteerd, werden de tweedelijns ambulante behandelaren geselecteerd om mee te nemen in de analyse.
2. Toedelen van functies naar GG beroepsgroepen: de geselecteerde functies werden middels een vertaaltabel toebedeeld naar de gehanteerde GG beroepsgroepen (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychiater, arts, basispsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut).
3. FTE aantallen: creëren van een overzicht van FTE aantallen per GG beroepsgroep in 2012 en 2013.
4. Correctie: de data werden gecorrigeerd voor patiëntvolume (zie **kader 'Correcties'**). Door de groei in patiëntvolume toe te passen op de FTE aantallen voor 2012 werd een verwacht aantal FTE voor 2013 verkregen. Door van dit verwachte aantal FTE het werkelijk aantal FTE af te trekken, werd een verschuiving in FTE verkregen die verklaard kon worden door werkprocessen.
5. FTE verschuivingen: na correctie voor patiëntvolume werden de verschuivingen in FTE per GG beroepsgroep in beeld gebracht.
6. Validatie: telefonisch afstemmen van de selectie van functies, de vertaaltabel (functies per GG beroepsgroep) en zichtbare FTE verschuivingen met de instelling.

¹⁸ De FTE data voor 2011 was niet bij alle instellingen beschikbaar en daarnaast onvoldoende scherp om als meetpunt mee te nemen in de analyse. Tijdens de werksessies met instelling is wel kwalitatieve invoer over deze periode verkregen, waardoor de periode als referentiekader kon fungeren voor de analyse van opvolgende perioden.

¹⁹ Aangezien de deelnemende instellingen verschillende organisatiestructuren kennen, is per instelling bekeken welke uitsplitsing wenselijk was. Dit was bijvoorbeeld op het niveau van doelgroepen (bv. angststoornissen, depressie, persoonlijkheid), op regio's, of locaties. Het bleek voor de meeste instellingen niet mogelijk FTE aantallen op te leveren per doelgroep. Analyse zijn om deze reden uitgevoerd op instellingsniveau.

Werksessies met deelnemende instellingen

Voorafgaand aan de werksessies werden doel en inhoud mondeling toegelicht aan een leidinggevende binnen de afdeling verantwoordelijk voor personeelszaken. Op basis hiervan werd bepaald welke medewerkers binnen de organisatie aanwezig moesten zijn bij de werksessie om de benodigde informatie in te brengen. Per instelling werd één werksessie georganiseerd waarin de uitkomsten van de data-analyse werden doorgenomen en kwalitatief gekoppeld aan gemaakte beleidskeuzes (retrospectief). Daarnaast werd ook besproken welke beleidskeuzes er in de toekomst werden verwacht die effect hebben op de disciplinemix binnen de instelling (prospectief). In iedere werksessie werden voor het retrospectieve onderdeel de volgende stappen met bijbehorende vragen doorlopen:

- **Stap 1:** Brainstorm beleidskeuzes instelling 2012-2013
 - Welke beleidskeuzes zijn er binnen jullie instelling gemaakt, die invloed hebben gehad op de disciplinemix tussen 2012 en 2013?
 - Wat is de aanleiding voor de beleidskeuzes?
- **Stap 2:** Toewijzen beleidskeuzes naar werkproces parameters en GG beroepsgroepen (kwalitatief)
 - Op welke van de werkproces parameters en GG beroepsgroepen hebben de beleidskeuzes geïdentificeerd in stap 1 invloed?
 - Kunnen jullie je vinden in voorgestelde vertaaltabel, waarin de functies zoals gehanteerd door de instelling zijn onderverdeeld in de door ons gehanteerde GG beroepsgroepen?
 - Zijn er beleidswijzigingen die specifiek voor een doelgroep waren?
 - Zijn er beleidswijzigingen die specifiek voor een locatie/regio waren?
- **Stap 3:** Corrigeren van FTE uitkomsten voor openstaande vacatures en patiëntvolume (zie kader 'Correcties')
 - Komen gepresenteerde FTE verschuivingen overeen met wat bij jullie bekend is?
 - Kunnen jullie je vinden in de aanname dat de groei het aantal geopende behandel-DBC's een goede weergave is van de groei in patiëntvolume?
 - Voor welke GG beroepsgroep waren er op de peildatum in 2012 en 2013 openstaande vacatures? En om hoeveel vacatures ging het?
- **Stap 4:** Kwantificeren van FTE verschuivingen
 - Kunnen jullie per GG beroepsgroep een inschatting maken van de %verdeling van de verschuiving naar de vier parameters?

Wanneer de deelnemers gedurende de werksessie aangaven bepaalde kennis niet paraat te hebben, werd dit naderhand nog nagezonden aan KPMG Plexus. Voor het prospectieve onderdeel werd alleen stap 1 doorlopen²⁰. In **Bijlage 4** is het document opgenomen dat tijdens de werksessies werd ingevuld.

Elke werksessie telde twee tot vier deelnemers. De deelnemers waren allen werkzaam bij de betreffende instelling. Bij elke sessie was iemand aanwezig die zich bezig hield met HR. Daarnaast was vaak een opleidingscoördinator aanwezig. Voorbeelden van functies van overige deelnemers zijn: MT-lid, HR-adviseur, opleidingscoördinatoren, hoofd training en ontwikkeling, adviseur P&O, manager arbeidsvoorwaarden en hoofd strategische personeelsplanning. Bij de meeste deelnemende instellingen had minimaal één van de deelnemers een achtergrond als behandelaar.

²⁰ Het plan was de met de instellingen voor het prospectieve deel ook stap 2 en 4 te doorlopen, maar tijdens de werksessies bleek hier geen ruimte voor te zijn.

Oplevering resultaten

Nadat alle werksessies hadden plaatsgevonden werden de data samengevoegd in een totaalbestand. Vanuit dit totaalbestand zijn de analyses in verschillende stappen uitgevoerd:

1. Tijdens de werksessies gaven deelnemende instellingen aan voor hoeveel procent elk van de werkproces parameters de verschuiving in FTE kon verklaren. De FTE verschuiving verklaard door werkprocessen (verschil tussen werkelijk en verwacht aantal FTE 2013) werden gecombineerd met deze percentages, waardoor per instelling, per GG beroepsgroep, per werkproces parameter een absolute FTE verschuiving werd verkregen.
2. De absolute FTE verschuiving van de deelnemende instellingen werden per GG beroepsgroep per werkproces parameter bij elkaar opgeteld. Op deze manier werd per GG beroepsgroep een totale FTE verschuiving per werkproces parameter verkregen.
3. De FTE verschuiving die verklaard kon worden door doelgroepenmix werd van de totale FTE verschuiving afgetrokken, om voor doelgroepenmix te corrigeren (zie **kader 'Correcties'**). De verschuivingen in FTE die door doelgroepenmix verklaard konden worden, konden namelijk niet toegewezen worden aan werkprocessen.
4. De Absolute FTE verschuivingen per werkproces parameter werden gedeeld door het aantal FTE in 2012, waarmee per werkproces parameter een groeifactor werd verkregen.

Bijlage 2: Overzicht deelnemende instellingen

Instelling	Stedelijk/ perifeer?	Doelgroepen	Afgerond aantal FTE (31 dec 2012)	Aantal FTE meegenomen in de analyse (2012)	Omzet x 1.000 euro (2012)	Categorie omvang (o.b.v. omzet)
Instelling 1	Stedelijk	Curatieve zorg, wijkgerichte transmurale zorg en forensische hoog intensieve gespecialiseerde zorg.	2.500	539	>€200.000	Groot
Instelling 2	Stedelijk	Vijf regionale centra voor volwassenen en ouderen, vier gespecialiseerde centra en een centrum voor kinderen en jeugd.	2.000	457	>€200.000	Groot
Instelling 3	Perifeer	Gespecialiseerde behandelingen voor jeugd, volwassenen en senioren. Preventie, POH en kortdurende behandelingen zijn per 1 januari 2013 ondergebracht bij Indigo.	1.500	283	€100.000- €200.000	Middel
Instelling 4	Perifeer	Gespecialiseerde GGZ voor kinderen, volwassenen en ouderen.	1.500	228	€100.000- €200.000	Middel
Instelling 5	Stedelijk	Gespecialiseerde behandelprogramma's zoals ADHD bij volwassenen, angststoornissen, depressie, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, psychotrauma, seksuologie en somatiek & psyche	750	424	<€100.000	Klein
Instelling 6	Stedelijk	Generalistische basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ, POH GGZ en dagbesteding e.d.	750	176	<€100.000	Klein

Bijlage 3: Lijst met gehanteerde definities

Term	Definitie
Functies 'in opleiding'	Personeel dat in opleiding is, is in de analyse meegenomen in de functiecategorie van de hoogst afgeronde opleiding. Zo zijn een GZ-psycholoog in opleiding en een psychotherapeut in opleiding meegenomen als basispsycholoog. Voor functies die vanuit verschillende basisopleiding gevolgd kunnen worden, is bij de instelling nagevraagd welke achtergrond deze FTE hadden. De opleiding tot klinisch psycholoog kan bijvoorbeeld gevolgd worden door GZ-psychologen en door psychotherapeuten.
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Verschuiving van FTE door veranderingen in behandelmethodiek, dus op basis van zorginhoudelijke keuzes. Voorbeeld: de inzet van een andere therapie waar een andere discipline voor nodig is.
Horizontale taakverschuiving	Verschuiving van taken naar een op gelijk niveau opgeleide professional. Hierbij worden (post-)academisch opgeleide, BIG-geregistreeerde zorgprofessionals van gelijk niveau geacht. Voorbeeld: taakverschuiving van de klinisch psycholoog naar de GZ-psycholoog.
Verticale taakverschuiving	Verschuiving van taken naar een op een ander niveau opgeleide zorgprofessional. Hierbij moet voornamelijk gedacht worden aan taakverschuiving van BIG-geregistreeerde professionals naar niet-BIG-geregistreeerde psychologen en pedagogen of omgekeerd. Voorbeeld: taakverschuiving van GZ-psycholoog naar de basispsycholoog.
Efficiency	Doelmatiger werken, waarbij meer patiënten geholpen kunnen worden bij eenzelfde FTE capaciteit.
Doelgroepenmix	Door een verschuiving van de focus op een andere of zwaardere doelgroep, is een andere disciplinemix ontstaan. Voorbeeld: door invoering van eigen bijdragen wordt geen relatietherapie meer aangeboden, waardoor een verschuiving van personeel heeft plaatsgevonden naar andere doelgroepen.
Zorgzwaarte	Het aantal minuten zorg dat een cliënt ontvangt.

Bijlage 4: Voorbeeld invulsheets werksessie

Retrospectief

Stap 1: Brainstorm beleidskeuzes 2012-2013

	Beleidskeuzes	Aanleiding
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Stap 2: Toewijzen beleidskeuzes naar werkproces parameters en GG beroepsgroepen

	GG beroepsgroepen	Aanpassingen portfolio		Aanpassingen werkwijze		
		Doelgroepenmix	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Horizontale taakversch.	Verticale taakversch.	Efficiency
TOTAAL	GZ-psycholoog					
	Psychotherapeut					
	Klinisch psycholoog					
	Verpleegkundig specialist GGZ					
	Psychiater					
	Arts					
	Basispsycholoog					
	Sociaal psychiatrisch vpk					
	Vaktherapeut					
	Overig					

Stap 3: Corrigeren van FTE uitkomsten

TOTAAL	GG beroepsgroepen	Werkelijk # FTE 2012	Openstaande vacatures 2012	# FTE 2012 gecorrigeerd voor vacatures	Werkelijk # FTE 2013	Openstaande vacatures 2013	# FTE 2013 gecorrigeerd voor vacatures	Verwacht # FTE o.b.v. zorgvraag ²¹	Verschuiving 2012-2013
	GZ-psycholoog								
	Psychotherapeut								
	Klinisch psycholoog								
	Verpleegkundig specialist GGZ								
	Psychiater								
	Arts								
	Basispsycholoog								
	Sociaal psychiatrisch vpk								
	Vaktherapeut								
Overig									

TOTAAL

²¹ Bij gelijkblijvende doelgroepenmix 2013 t.o.v. 2012

Stap 4: Kwantificeren van verschuivingen

TOTAAL	GG beroepsgroepen	Verschuiving 2012-2013 (FTE)	Verschuiving FTE t.o.v. totaal FTE 2012 (%)	FTE verschuivingen door:					Totaal
				Aanpassingen portfolio		Aanpassingen werkwijze			
				Doelgroepenmix	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Horizontale taakversch.	Verticale taakversch.	Efficiëntie	
	GZ-psycholoog			%	%	%	%	%	100%
	Psychotherapeut			%	%	%	%	%	100%
	Klinisch psycholoog			%	%	%	%	%	100%
	Verpleegkundig specialist GGZ			%	%	%	%	%	100%
	Psychiater			%	%	%	%	%	100%
	Arts			%	%	%	%	%	100%
	Basispsycholoog			%	%	%	%	%	100%
	Sociaal psychiatrisch vpk			%	%	%	%	%	100%
	Vaktherapeut			%	%	%	%	%	100%
	Overig			%	%	%	%	%	100%

