



cutting through complexity™

Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG

Deel 2 – periode 2013-2014

Maart 2015



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	1
1 INLEIDING	6
1.1 Onderzoeksvragen Capaciteitsorgaan	7
1.2 Leeswijzer	7
2 METHODE	8
2.1 Algemene opzet	8
2.2 Afbakening onderzoek.....	8
2.2.1 Stelselwijziging GGZ per 1 januari 2014	8
2.2.2 Overige afbakeningen	9
2.3 Deelnemende instellingen.....	10
2.4 Geïnccludeerde beroepsgroepen	10
2.5 Toegepaste correcties in de data	11
2.6 Aannames bij dit onderzoek	13
3 RESULTATEN.....	14
3.1 Aanleidingen voor beleidskeuzes en hun effect op individuele GG beroepsgroepen	14
3.1.1 Aanleiding 1: Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling	16
3.1.2 Aanleiding 2: Voldoen aan eisen van zorgverzekeraars	16
3.1.3 Aanleiding 3: Ambulantisering	18
3.1.4 Aanleiding 4: Druk op kosten	18
3.1.5 Aanleiding 5: Stelselwijziging: splitsing in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ	19
3.2 Toedeling beleidskeuzes naar werkproces parameters.....	20
3.3 FTE-verschuivingen door werkprocessen.....	21
3.4 Zijn de verwachte beleidskeuze daadwerkelijk uitgevoerd?.....	22
3.5 Verwachte beleidskeuzes in de toekomst.....	24
4 DISCUSSIE	26
4.1 Interpretatie resultaten	26
4.1.1 Kwalitatief onderzoek.....	26
4.1.2 Kwantitatief onderzoek	28
4.2 Beperkingen	28
4.2.1 Algemeen.....	28
4.2.2 Kwalitatieve deel	29
4.2.3 Kwantitatieve deel.....	29

4.3	Aanbevelingen	30
	BIJLAGEN	31
	Bijlage 1: Lijst met afkortingen.....	32
	Bijlage 2: Toelichting methode.....	33
	Beroepsgroepen geïncludeerd in data-uitvraag en data-analyse	33
	Toelichting op stappen in het onderzoek.....	34
	Bijlage 3: Lijst met gehanteerde definities	37
	Bijlage 4: Overzicht deelnemende instellingen.....	38
	Bijlage 5: Voorbeeld invulsheets werksessie	39
	Bijlage 6: Verdieping FTE aantallen en verschuivingen	2

Managementsamenvatting

Inleiding

Om de benodigde opleidingscapaciteit voor beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)¹ (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. Om de verschuivende effecten ook door de tijd in kaart te kunnen brengen, is gekozen voor periodieke herhaling (jaarlijks) van het onderzoek. Het eerste deel, opgeleverd in mei 2014, besloeg de periode 2012-2013. Voorliggend onderzoek betreft de resultaten van deel 2 (periode 2013-2014).

Dit onderzoek richt zich op de volgende onderzoeksvragen:

1. Kwantificeer de mogelijk verschuivende effecten (relatief) ten aanzien van de beroepen GG als gevolg van het doorwerken van beleidskeuzes van GGZ-instellingen en landelijke trends. Deze kwantificering vormt de input voor het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.
2. Inventariseer de belangrijkste beleidsmatige en inhoudelijke keuzes 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).

Helaas bleek het voor de periode 2013-2014 niet mogelijk onderzoeksvraag 3 te beantwoorden. Door de stelselwijziging die is ingevoerd per 1 januari 2014, was het niet mogelijk de verschuivingen in FTE veroorzaakt door werkprocessen aan de hand van correcties te scheiden van de andere ontwikkelingen van invloed op FTE verschuivingen. Het was daarom niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters te kwantificeren, waardoor de tabel met percentuele verklaringen voor FTE verschuiving door werkproces parameters niet opgesteld kon worden (zie 'Beperkingen').

Methode

Om bovenstaande vragen te beantwoorden is het onderzoek opgezet met twee cross-sectionele metingen (deel 1 opgeleverd in mei 2014, deel 2 in 2015) van fulltime-equivalent (FTE) aantallen bij GGZ-instellingen op $t=0$ (2012), $t=1$ (2013) en $t=3$ (2014). Dit rapport beschrijft de uitkomsten van deel 2 van dit onderzoek en beslaat de periode van 1 oktober 2013 tot 1 oktober 2014. Aan het onderzoek heeft een representatieve groep van zes landelijke 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.

Tussen deel 1 en deel 2 van dit onderzoek heeft een stelselwijziging plaatsgevonden, waarbij de Generalistische Basis (GB) GGZ is geïntroduceerd. De voormalig tweedelijns, waar dit onderzoek zich tijdens het eerste meetmoment op richtte, is niet één-op-één vergelijkbaar met de gespecialiseerde GGZ in het nieuwe stelsel. Om de beide meetmomenten toch zo veel mogelijk vergelijkbaar te houden, is met de opdrachtgever afgestemd wederom alleen te kijken naar behandelaars die tijd schrijven op

¹ Bijlage 1 bevat een lijst met afkortingen

Diagnose Behandel Combinaties (DBC) en is om die reden alleen gekeken naar de gespecialiseerde GGZ.

In dit onderzoek is gecorrigeerd voor openstaande vacatures (zorgaanbod). In tegenstelling tot deel 1 van het onderzoek, is niet gecorrigeerd voor cliëntvolume (zorgvraag) en doelgroepenmix.

Resultaten

Kwalitatief

De resultaten van het onderzoek laten vijf aanleidingen zien, die speelden tussen 2013 en 2014, op basis waarvan de deelnemende instellingen beleidskeuzes hebben gemaakt:

1. Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling
2. Voldoen aan eisen van zorgverzekeraars
3. Ambulantisering
4. Druk op kosten
5. Stelselwijziging: splitsing in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ

Het *verbeteren van kwaliteit van zorg binnen deelnemende instellingen* leidde tot een verwachte stijging van de inzet van GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten en psychiaters. De verwachte inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en vaktherapeuten is gedaald. De verwachte inzet van masterpsychologen steeg door bepaalde beleidskeuzes en daalde juist door andere beleidskeuzes. De FTE-verschuivingen die gepaard gingen met deze beleidskeuzes zijn toe te schrijven aan vakinhoudelijk ontwikkelingen, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving.

Door het *voldoen aan eisen van zorgverzekeraars* verwachtten de deelnemende instellingen een toename in de inzet van klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters en een afname in de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en masterpsychologen. De verwachte inzet van GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten stijgt door bepaalde beleidskeuzes en daalt door andere beleidskeuzes. In de verwachte verschuivingen door beleidskeuzes spelen volgens de deelnemende instellingen vakinhoudelijk ontwikkelingen, horizontale en verticale taakverschuiving en efficiency een rol.

Ambulantisering leidde tot een verwachte stijging van de inzet van verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen en een daling van de verwachte inzet van vaktherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Hierbij spelen vakinhoudelijke ontwikkelingen en verticale taakverschuiving een rol.

Door *druk op kosten* verwachtten deelnemende instellingen een toename in de inzet van GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten, psychiaters² en masterpsychologen. Voor alle beroepsgroepen verwachtten instellingen een daling van de inzet. De FTE-verschuivingen die gepaard gingen met deze beleidskeuzes zijn toe te schrijven aan vakinhoudelijk ontwikkelingen, horizontale en verticale taakverschuiving en efficiency.

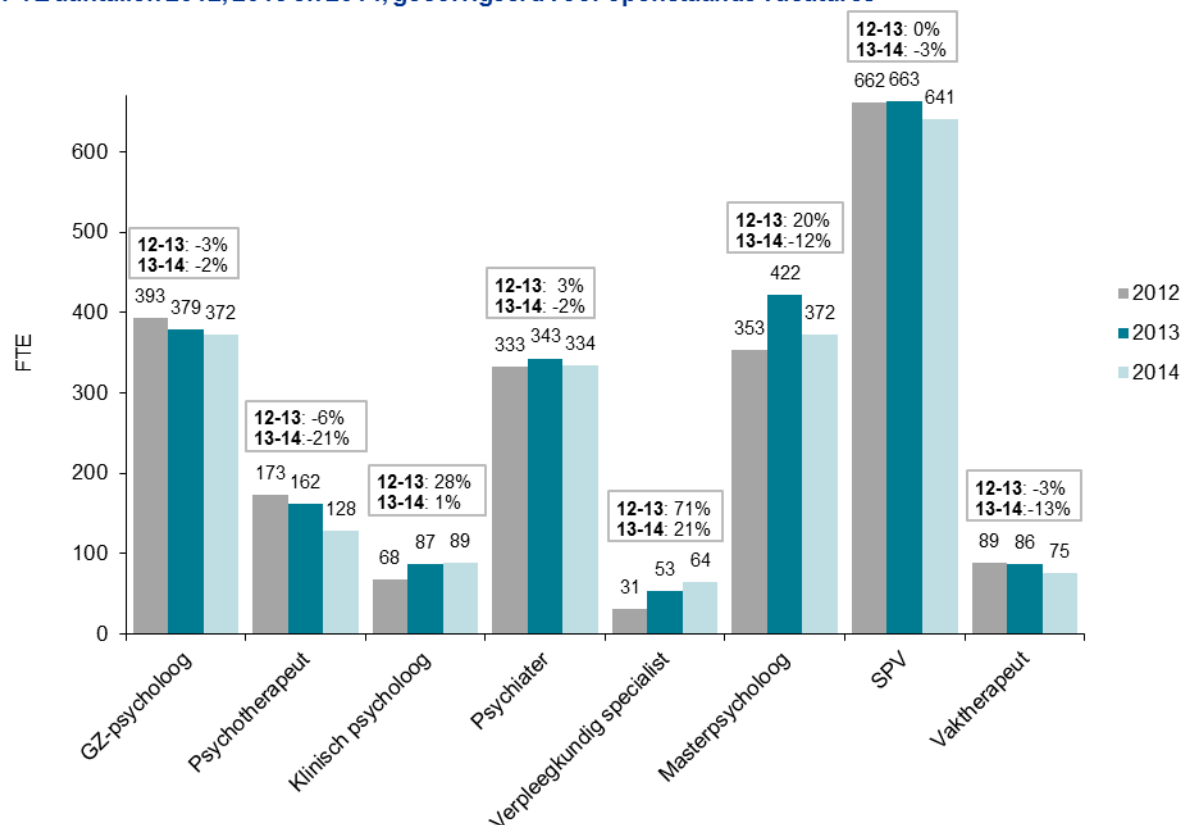
De *stelselwijziging* heeft naar verwachting geleid tot een stijging van de inzet van psychiaters en klinisch psychologen en een afname van de inzet van vaktherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en masterpsychologen. De inzet van GZ-psychologen daalt door bepaalde beleidskeuzes en stijgt door andere beleidskeuzes. Dit is vooral te verklaren door vakinhoudelijke ontwikkelingen.

²Instellingen besloten vanuit het oogpunt van besparing minder gebruik te maken van externe inzet van personeel en meer personeel op de eigen loonlijst te plaatsen. Hierdoor zijn vacatures uitgezet voor psychiaters.

Kwantitatief

In onderstaande figuur is de groei weergegeven in het aantal FTE tussen 2012, 2013 en 2014, welke veroorzaakt worden door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. De opgeleverde FTE data is gecorrigeerd voor zorgaanbod, aan de hand van openstaande vacatures.

FTE aantallen 2012, 2013 en 2014, gecorrigeerd voor openstaande vacatures



Figuur 0: FTE aantallen 2012, 2013 en groei naar 2014 verklaard door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. FTE data gecorrigeerd voor openstaande vacatures (zorgaanbod).

Zijn de verwachte beleidskeuzes daadwerkelijk uitgevoerd?

Tijdens de werksessies van deel 1 van dit onderzoek, zijn beleidskeuzes besproken waarvan instellingen verwachtten dat deze effect zouden hebben op de disciplinemix in 2014. Een deel van de verwachte beleidskeuzes is daadwerkelijk uitgevoerd, bijvoorbeeld verdere ambulantisering, inspelen op de stelselwijziging en het voldoen aan DBC-tijdschrijfregels voor beroepen uit de DBC-beroepentabel. Andere beleidskeuzes zijn niet, of in mindere mate dan verwacht, doorgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld over het implementeren van e-mental health (EMH) en het betreden van commerciële markten.

Verwachte beleidskeuzes in de toekomst

Tijdens de werksessies zijn ook beleidskeuzes besproken die pas effect hebben op FTE-aantallen vanaf 2015. Voor deze beleidskeuzes bestaan dezelfde aanleidingen als beschreven onder het kopje 'kwalitatief'.

Discussie

Interpretatie kwalitatieve resultaten

Bij het interpreteren van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de volgende aandachtspunten. Ten eerste is het van belang te beseffen dat de gepresenteerde resultaten een momentopname zijn. De stelselwijziging GB-GGZ is doorgevoerd op 1 januari 2014. Het vergt tijd voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten zichtbaar worden in FTE-aantallen van GGZ-instellingen. De resultaten tonen dus een 'tussenstand', maar nog geen eindbeeld. Ten tweede zijn de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek op geïntegreerd niveau geïnterpreteerd en verwerkt in deze rapportage. De trends per instelling kunnen niet één-op-één met elkaar vergeleken worden, bijvoorbeeld doordat de uitgangssituaties en de huidige situaties niet vergelijkbaar zijn, doordat instellingen te maken hebben met verschillende dominante zorgverzekeraars en doordat enkele instellingen zich bevonden in grote reorganisatietrajecten.

De resultaten laten zien dat instellingen veel overeenkomsten vertonen in de aanleidingen en beleidskeuzes die op het moment van het onderzoek belangrijk voor hen waren. Tevens bestaan veel overeenkomsten tussen de aanleidingen en beleidskeuzes die in deel 1 en deel 2 van het onderzoek benoemd zijn. Ambulantisering, het verbeteren van kwaliteit van zorg binnen deelnemende instellingen, druk op kosten en de stelselwijziging vormden in beide delen van het onderzoek aanleiding tot beleidskeuzes gerelateerd aan veranderingen in werkprocessen. Ook de beleidskeuzes die instellingen hebben gemaakt met betrekking tot werkprocessen komen voor deel 1 en deel 2 van het onderzoek deels overeen. Zo is de intramurale capaciteit verder afgebouwd en richten instellingen zich in beide delen van het onderzoek op het voldoen aan eisen rondom hoofdbehandelaarschap, efficiëntie en krimp.

Interpretatie kwantitatieve resultaten

In de periode 2012-2014 zijn voor de beroepen GG een aantal (lichte) trends in de FTE inzet te identificeren. De inzet van de verpleegkundig specialist en de klinisch psycholoog neemt duidelijk toe, de inzet en de psychotherapeut neemt duidelijk af. Ook de inzet van de vaktherapeut en de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen vertonen een dalende lijn, alhoewel deze lijn in het licht van de kwalitatieve resultaten minder sterk is dan verwacht. De inzet van de masterpsycholoog en de psychiater schommelt over de jaren.

Beperkingen

Uit de verzamelde gegevens is een bruikbaar en afdoende betrouwbaar beeld geconstrueerd over de beleidskeuzes ten aanzien van werkprocessen voor de beroepen GG en is inzicht verkregen in verschuivingen in FTE per beroepsgroep voor de periode 2012-2014. Uiteraard kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Een belangrijke beperking is dat de resultaten van het kwantitatieve onderzoek niet gekoppeld kunnen worden aan de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Doordat de correcties op de FTE-data niet leidden tot een voor instellingen valide beeld van de FTE-verschuivingen, was het niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters op de FTE aantallen van de verschillende beroepsgroepen te kwantificeren. De beleidskeuzes konden om die reden niet gekoppeld worden aan de kwantitatieve FTE-verschuivingen. Op dit niveau is het trekken van conclusies dan ook niet mogelijk.

Een andere belangrijke beperking is dat het in deel 2 van het onderzoek niet mogelijk was de verschuivingen in FTE veroorzaakt door werkprocessen aan de hand van correcties te scheiden van de andere ontwikkelingen van invloed op FTE verschuivingen, vanwege de stelselwijziging. Het was daarom niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters te kwantificeren, waardoor de tabel met percentuele verklaringen voor FTE verschuiving door werkproces parameters niet opgesteld kon worden.

Aanbevelingen

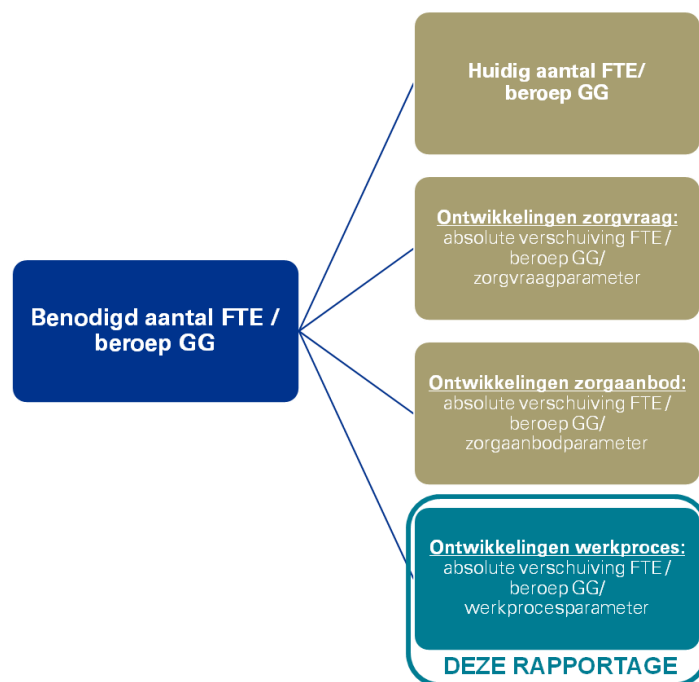
Op basis van dit onderzoek is aanbevolen in het huidige ramingsmodel de trends in FTE aantallen in de GB-GGZ te includeren om een volledige beeld te krijgen van het in de toekomst benodigde aantal FTE per beroepsgroep. Bij een volgende versie van het ramingsmodel, raden wij aan de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ gezamenlijk in één onderzoek te betrekken. Daarnaast zou je idealiter willen kijken naar de inzet van FTE in een regio, in plaats van alleen naar geïntegreerde instellingen. Ten slotte wordt aanbevolen om in een toekomstig onderzoek naar verschuivingen in disciplinemix van GG-beroepen een grotere nadruk te leggen op het prospectieve perspectief en een weging aan te brengen in de beleidskeuzes.

1 Inleiding

Om de benodigde opleidingscapaciteit voor beroepen GG³ 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 vast ten aanzien van de benodigde opleidingscapaciteit. 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. Het doel van het Capaciteitsorgaan is zo veel mogelijk relevante ontwikkelingen te onderbouwen, daarmee de bandbreedte van het capaciteitsplan te verkleinen en zo consensus tussen de verschillende stakeholders te bereiken.

Het voorliggend rapport beschrijft de aanscherping van verschuivingen in de disciplinemix veroorzaakt door 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.

³ 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 2.4.** voor alle geïncludeerde GG beroepsgroepen in deze rapportage.

Tot voor kort onderzocht het Capaciteitsorgaan de verschuivingen veroorzaakt door 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)⁴. In aanvullende gesprekken met experts werden deze parameters vervolgens aangescherpt, waarbij de uitkomst van het declaratieonderzoek als richting werd gehanteerd.

In deze 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 huidige 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.

Om inzicht te krijgen in de veronderstelde en mogelijke effecten van beleidskeuzes met betrekking tot werkprocessen op de disciplinemix heeft het Capaciteitsorgaan eind 2013 aan KPMG Plexus de opdracht gegeven tot het uitvoeren van een onderzoek. Om de verschuivende effecten ook door de tijd in kaart te kunnen brengen, is gekozen voor periodieke herhaling (jaarlijks) van het onderzoek. Het eerste deel, opgeleverd in mei 2014, besloeg de periode 2012-2013. Voorliggend onderzoek betreft de resultaten van deel 2 (periode 2013-2014).

1.1 Onderzoeksvragen Capaciteitsorgaan

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

1. Kwantificeer de mogelijk verschuivende effecten (relatief) ten aanzien van de beroepen GG als gevolg van het doorwerken van beleidskeuzes van GGZ-instellingen en landelijke trends. Deze kwantificering vormt de input voor het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.
2. Inventariseer de belangrijkste beleidsmatige en inhoudelijke keuzes 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).

Helaas bleek het voor de periode 2013-2014 niet mogelijk onderzoeksvraag 3 te beantwoorden. Door de stelselwijziging die is ingevoerd per 1 januari 2014, was het niet mogelijk de verschuivingen in FTE veroorzaakt door werkprocessen aan de hand van correcties te scheiden van de andere ontwikkelingen van invloed op FTE verschuivingen. Het was daarom niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters te kwantificeren, waardoor de tabel met percentuele verklaringen voor FTE verschuiving door werkproces parameters niet opgesteld kon worden (zie **paragraaf 4.2**).

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.

⁴ IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode kort toegelicht die gehanteerd is om te komen tot beantwoording van de geformuleerde onderzoeksvragen. Voor een uitgebreide beschrijving van de methode, zie **Bijlage 2**.

2.1 Algemene opzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is het onderzoek opgezet met cross-sectionele metingen van FTE aantallen bij GGZ-instellingen. Door deze metingen met elkaar te vergelijken is het mogelijk trends in FTE aantallen te volgen, welke zijn veroorzaakt door veranderende werkprocessen. Het onderzoek is daarom op twee meetmomenten uitgevoerd.

Begin 2014 (meetmoment één) is de eerste meting verricht. Per instelling is het aantal FTE per GGZ beroepsgroep uitgevraagd op 1 oktober 2012 ($t=0$) en 1 oktober 2013 ($t=1$)⁵. Hierna is in kaart gebracht welke beleidskeuzes voorafgaand aan de nulmeting zijn gemaakt. Ook is geïnventariseerd welke beleidskeuzes mogelijk invloed zouden hebben op de disciplinemix verschuivingen tussen 1 oktober 2013 en 1 oktober 2014 ($t=2$). De resultaten van dit eerste deel zijn gepubliceerd in mei 2014⁶.

Het tweede meetmoment vond plaats eind 2014. Het aantal FTE per GG beroepsgroep is uitgevraagd voor peildatum 1 oktober 2014 ($t=2$). Vervolgens is in kaart gebracht welke beleidskeuzes tussen $t=1$ en $t=2$ zijn gemaakt. Hierbij zijn ook de voorspellingen meegenomen die tijdens het eerste meetmoment zijn gedaan. De resultaten van het tweede meetmoment zijn omschreven in deze rapportage.

In beide verslagjaren is het onderzoek uitgevoerd in vier stappen:

1. Data-uitvraag bij deelnemende instellingen.
2. Data analyse FTE per instelling ter voorbereiding op de werksessies.
3. Werksessies met deelnemende instellingen.
4. Analyse en oplevering van de resultaten.

In **Bijlage 2** zijn bovenstaande stappen nader omschreven.

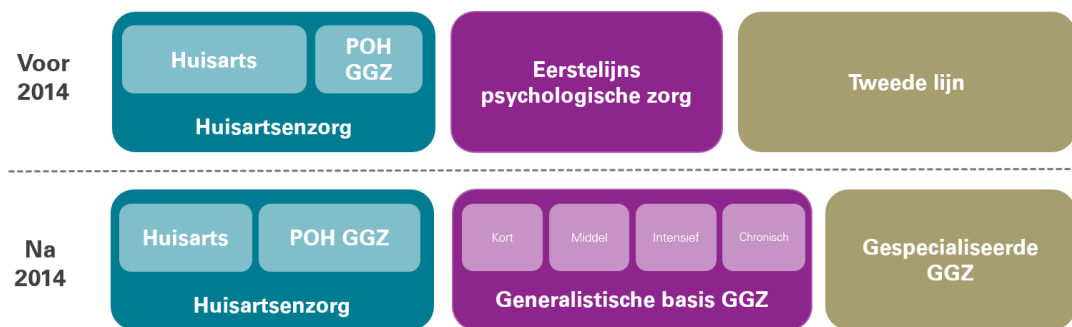
2.2 Afbakening onderzoek

2.2.1 Stelselwijziging GGZ per 1 januari 2014

Op 1 januari 2014 is de GB-GGZ geïntroduceerd. De voormalige eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg zijn hiermee vervangen door de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. In **Figuur 2** zijn het oude en het nieuwe stelsel schematisch weergegeven.

⁵ De data aangaande FTE verschuivingen tussen 2011 en 2012 is uitgevraagd bij instellingen. Deze informatie kon niet worden opgeleverd door alle instellingen, waardoor het datapunt 2011 onvoldoende scherp was om als meetpunt mee te nemen in de analyse. Dit is ook toegelicht in de rapportage van mei 2014.

⁶ Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG – Deel 1 (periode 2012-2013); KPMG Plexus (mei 2014)



Figuur 2: Schematisch overzicht van de GGZ stelselwijziging per 1 januari 2014. Let op: de afmetingen van de blokken in de figuur zijn fictief. Daarnaast geeft de figuur de situatie in theorie weer; in de praktijk is bijvoorbeeld niet alle chronische zorg uit de gespecialiseerde GGZ ondergebracht in de gespecialiseerde basis GGZ.

Dit onderzoek richt zich op de beroepen GG die tijd schrijven op DBC's, geleverd door geïntegreerde GGZ instellingen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hier is bij de start van het onderzoek, na overleg met het Capaciteitsorgaan, voor gekozen om de resultaten vergelijkbaar te kunnen maken met de resultaten van de studie van BPS Economics (voorheen: IPSE-studies)⁷. In het eerste deel van het onderzoek, toen de stelselwijziging nog niet van kracht was, is gekeken naar de DBC-tijdschrijvende beroepen in de tweedelijns GGZ. Behandelaren in de eerstelijns schreven hun tijdsbesteding per behandeling niet in DBC's, en vielen daarom buiten de scope van het onderzoek.

Tussen deel 1 en deel 2 van dit onderzoek heeft de stelselwijziging plaatsgevonden. De voormalig tweedelijns, waar dit onderzoek zich tijdens het eerste meetmoment op richtte, is niet één-op-één vergelijkbaar met de gespecialiseerde GGZ. Een deel van de zorg geleverd in de voormalig tweedelijns, wordt in het nieuwe stelsel in de GB-GGZ geleverd en een deel in de gespecialiseerde GGZ. Om de beide meetmomenten toch zo veel mogelijk vergelijkbaar te houden, is met de opdrachtgever afgestemd wederom alleen te kijken naar behandelaren die tijd schrijven op DBC's en is om die reden alleen gekeken naar de gespecialiseerde GGZ. Aangezien de geleverde zorg in de tweedelijns niet één op één te vertalen is naar de geleverde zorg in de gespecialiseerde GGZ, is in deel 2 getracht een correctie toe te passen om beide jaren toch vergelijkbaar te kunnen maken. In [paragraaf 2.5](#) zijn de toegepaste correcties in dit onderzoek omschreven.

2.2.2 Overige afbakeningen

In dit onderzoek zijn naast de GB-GGZ (zie [paragraaf 2.2.1](#)) nog de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- **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 is deze doelgroep in overleg met het Capaciteitsorgaan buiten beschouwing gelaten.
- **Forensische GGZ:** Dit onderzoek richt zich op DBC-tijdschrijvende beroepen binnen de Zvw. De forensische GGZ wordt (gedeeltelijk) gefinancierd door het ministerie van Veiligheid en Justitie; hier worden geen DBC's maar DBBC's (Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties) geschreven.
- **AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) 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 behandeltijd schrijven binnen een DBC zijn wel meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast bieden een aantal klinieken ook langdurige zorg aan cliënten onder de AWBZ. De behandelaren die (voornamelijk) werkzaam

⁷ IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013

zijn voor cliënten die via de AWBZ worden gefinancierd, zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op de werkproces parameters die door het Capaciteitsorgaan worden gebruikt. Deze parameters zijn als volgt gedefinieerd en gehanteerd:

- **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, Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (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 masterpsycholoog.
- **Efficiency:** doelmatiger werken, waarbij meer cliënten 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 cliënten) en/of meer cliënten behandelt door een kortere (efficiëntere) behandeling in termen van tijd.

Een overzicht van alle gehanteerde definities in dit onderzoek is te vinden in [Bijlage 3](#).

2.3 Deelnemende instellingen

In deel 2 zijn vanwege de vergelijkbaarheid dezelfde instellingen geïncludeerd als in deel 1 van het onderzoek. 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, zijn zes GGZ-instellingen geïncludeerd. Onder de deelnemende instellingen zijn zowel stedelijk als perifeer gelegen organisaties, allen met een breed aanbod aan zorg voor verschillende doelgroepen. Hierbij zijn 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 4](#) voor meer kenmerken van de deelnemende instellingen. In het eerste deel van dit onderzoek is de representativiteit onderbouwd. Trends in verschuivingen in disciplinemix in de zes deelnemende instellingen kwamen overeen met de landelijke trend zoals gemeten in onderzoek verricht door het Nivel^{8,9}. Het Nivel heeft op het moment van schrijven echter geen nieuwe resultaten beschikbaar waar de trends geobserveerd in het tweede deel van dit onderzoek mee vergeleken kunnen worden.

2.4 Geïncludeerde beroepsgroepen

In het onderzoek zijn, gelijk aan het voorgaande meetmoment, de volgende GG beroepsgroepen meegenomen:

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

⁸ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012.

⁹ Bij inclusie van de beroepsgroepen zoals gehanteerd door het Capaciteitsorgaan (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist), voor GGZ instellingen.

- Verpleegkundig specialist GGZ (VPS)
- Psychiater (PA)
- Masterpsycholoog (MP)
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- Vaktherapeut (VT)

In **Bijlage 2** is een uitgebreide omschrijving opgenomen van de totstandkoming van bovenstaande selectie.

2.5 Toegepaste correcties in de data

De door de instellingen aangeleverde FTE data geven inzicht in de totale verschuivingen in FTE per beroepsgroep. Aangezien dit onderzoek zich specifiek richt op FTE verschuivingen veroorzaakt door werkprocessen, dient de data eerst gecorrigeerd te worden voor verschuivingen veroorzaakt door ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod (zie **Figuur 1**). Na deze correctie is het mogelijk de verschuivingen per beroepsgroep verder te kwantificeren door deze toe te delen aan de verschillende werkproces parameters.

In deel 1 van dit onderzoek is gecorrigeerd voor zorgaanbod aan de hand van openstaande vacatures en voor zorgvraag aan de hand van cliëntvolume. Daarnaast is er in deel 1 gecorrigeerd voor veranderingen in doelgroepenmix: het aantrekken of afstoten van bepaalde doelgroepen binnen een instelling kunnen ook leiden tot FTE verschuivingen, welke niet te wijten zijn aan veranderende werkprocessen. Vanwege de stelselwijziging bleek het in deel 2 echter niet mogelijk de verschuivingen in FTE veroorzaakt door werkprocessen aan de hand van correcties te scheiden van de andere ontwikkelingen van invloed op FTE verschuivingen. KPMG Plexus achtte, na overleg met de deelnemende instellingen, de uit te voeren correcties onvoldoende valide om de overgebleven FTE data betrouwbaar te gebruiken in het verder kwantificeren van de werkprocesparameters per beroepsgroep. Hieronder is de argumentatie achter het al dan niet toepassen van correcties in deel 2 omschreven. Zie ook **Hoofdstuk 4** voor de discussie hierover.

In **Figuur 2** zijn de toegepaste correcties in beide verslagjaren schematisch weergegeven.

In deel 2 van het onderzoek zijn de kwantitatieve data gecorrigeerd voor:

- **Openstaande vacatures** (correctie zorgaanbod): het aantal openstaande vacatures op de peildatum (1 oktober) in zowel 2013 als 2014 is bij de instellingen opgevraagd voor 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.

De volgende correcties zijn in deel 2 van het onderzoek niet toegepast:

- **GB-GGZ** (correctie stelselwijziging op zorgaanbod): Om de twee verslagjaren ondanks de stelselwijziging toch vergelijkbaar te kunnen maken, is bij de instellingen uitgevraagd hoeveel FTE er tussen 1 oktober 2013 en 1 oktober 2014 per beroepsgroep is overgegaan naar de GB-GGZ (intern of extern, bijvoorbeeld naar Indigo). Door deze FTE aantallen af te trekken van de FTE aantallen in 2013, werd de GB-GGZ buiten beschouwing geplaatst waardoor de twee jaren vergelijkbaar werden. Echter, de meeste instellingen konden geen exacte FTE aantallen aangeven welke overgeheveld waren naar de GB-GGZ, danwel hadden ze de stelselwijziging nog niet doorgevoerd binnen hun instelling. Hierdoor leverde de correctie onvoldoende betrouwbare uitkomsten op.
- **Cliëntvolume** (correctie zorgvraag): bij deze correctie werd in de eerste meting aangenomen dat de groei in het aantal geopende DBC's een goede voorspeller is van de groei in het aantal cliënten. Er werd uitgegaan van het aantal geopende behandel-DBC's, gecorrigeerd voor het

aantal crisis-DBC's¹⁰. De groei in het aantal geopende behandel-DBC's tussen 1 januari 2013 en 31 december 2013 werd vervolgens toegepast op de FTE aantallen per GG beroepsgroep in 2013. Hiermee werd inzichtelijk hoeveel FTE men op basis van de groei in cliënten zou verwachten per GG beroepsgroep in 2014. Het verschil tussen dit verwachte aantal FTE en het werkelijk aantal FTE in 2014 geeft dan de verschuiving in FTE weer die niet te wijten is aan veranderend cliëntvolume.

Om twee redenen is echter afgezien van deze correctie:

- Instellingen gaven aan dat wat betreft geschreven DBC-minuten de laagste cliëntgroepen overgeheveld zijn naar de GB-GGZ en de cliëntgroepen met langere behandelingen overgebleven zijn in de gespecialiseerde GGZ. In de data is dan een daling in het aantal DBC's te zien, maar de inzet van personeel verandert niet evenredig mee, want de overgebleven DBC's zijn zwaarder in termen van aantal minuten. Om te verifiëren welk type DBC is overgeheveld naar de GB-GGZ, zou het aantal minuten per DBC in 2013 en 2014 vergeleken moeten worden. Op dit moment zijn echter nog niet alle DBC's die zijn geopend in 2014, gesloten. Een dergelijke correctie is dan ook pas mogelijk eind 2015 of begin 2016, als alle DBC's geopend in 2014 gesloten zijn. Dit valt echter buiten de scope van het huidige onderzoek.
- De stelselwijziging heeft bij de meeste instellingen geleid tot een daling in DBC's (range -9% tot -26%), maar deze daling is niet evenredig verdeeld over de beroepsgroepen. Om de invloed per beroepsgroep in beeld te brengen zou bekeken moeten worden welke disciplines geregistreerd staan op de korte DBC's, die volgens instellingen overgeheveld zijn naar de GB-GGZ. Ook hier geldt dat deze analyse pas kan plaatsvinden eind 2015 of begin 2016, als de DBC's geopend in 2014 gesloten zijn.

■ **Doelgroepenmix¹¹** (*correctie zorgvraag – o.a. door stelselwijziging*): een verandering in doelgroepenmix veroorzaakt een verschuiving in FTE die niet te verklaren is door werkprocessen. De doelgroepenmix kan op twee manieren veranderen (1) *tussen* doelgroepen: het volume per doelgroep verandert, of (2) *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. In deel 2 van het onderzoek verandert de doelgroepenmix *binnen* doelgroepen in ieder geval door de stelselwijziging.

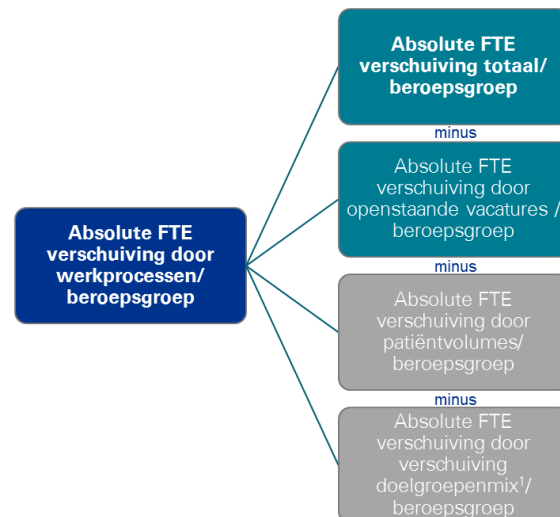
In het eerste deel van dit onderzoek werd tijdens de werksessies aan de instellingen gevraagd welk aandeel in de FTE verschuiving verklaard kon worden door een verandering in doelgroepenmix. Vervolgens werd hiervoor gecorrigeerd tijdens de data analyse na de werksessies. Echter, aangezien de correcties op zorgvraag en de stelselwijziging in het tweede deel van dit onderzoek niet tot betrouwbare data van FTE verschuivingen leidde, konden de instellingen de FTE verschuivingen veroorzaakt door doelgroepenmix niet kwantificeren. Hierdoor was het niet mogelijk deze correctie toe te passen. Verschuivingen in FTE veroorzaakt door veranderingen in doelgroepenmix zijn wel kwalitatief beschreven (zie [paragraaf 3.1](#)).

In deze rapportage bestaan de kwantitatieve resultaten dus uit een overzicht van de FTE verschuivingen tussen 2013 en 2014 veroorzaakt door veranderingen in werkprocessen én in zorgvraag, zowel absoluut per beroepsgroep als relatief ten opzichte van elkaar. Wel is er gecorrigeerd voor

¹⁰ 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.

¹¹ 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 doelgroep categorieën 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.

veranderingen in zorgaanbod. Ten opzichte van het eerste deel van dit onderzoek is de paragraaf over FTE verschuivingen toegewezen aan werkproces parameters vanwege de hierboven omschreven problemen met de betrouwbaarheid van de correcties komen te vervallen.



Figuur 2: Overzicht van de in deel 1 en in deel 2 toegepaste correcties op de FTE data. De grijze blokken geven weer welke correcties in deel 2 van het onderzoek om betrouwbaarheidsredenen niet zijn toegepast. Tijdens het eerste meetmoment zijn alle drie de correcties toegepast. Tijdens het tweede meetmoment is alleen de eerste correctie toegepast.

2.6 Aannames bij dit onderzoek

Bij de data-analyse en verzamelen van kwalitatieve resultaten zijn de volgende aannames gedaan:

- Aangenomen is dat voor zorgaanbod gecorrigeerd kan worden door te corrigeren voor openstaande vacatures.
- 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 masterpsychologen taken van GZ-psychologen overnemen is sprake van verticale taakverschuiving, waarbij wordt aangenomen dat de masterpsycholoog de taken in dezelfde tijd uitvoert als de GZ-psycholoog.

3 Resultaten

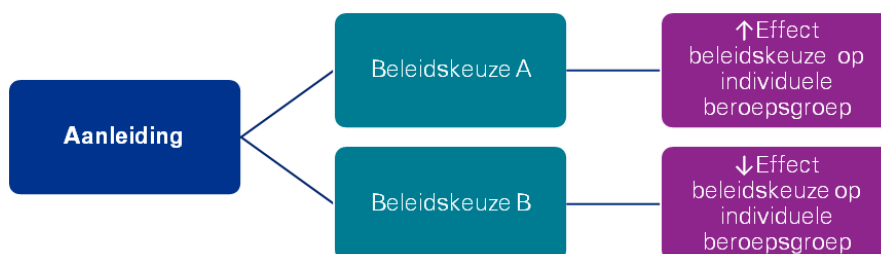
3.1 Aanleidingen voor beleidskeuzes en hun effect op individuele GG beroepsgroepen

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 2013 (t=1) en 30 september 2014 (t=2). 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 vijf aanleidingen. Onder ieder van deze aanleidingen vallen één of meerdere beleidskeuzes.

Vijf aanleidingen voor beleidskeuzes¹²:

1. Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling
2. Voldoen aan eisen van zorgverzekeraars
3. Ambulantisering
4. Druk op kosten
5. Stelselwijziging: splitsing in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ

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**).

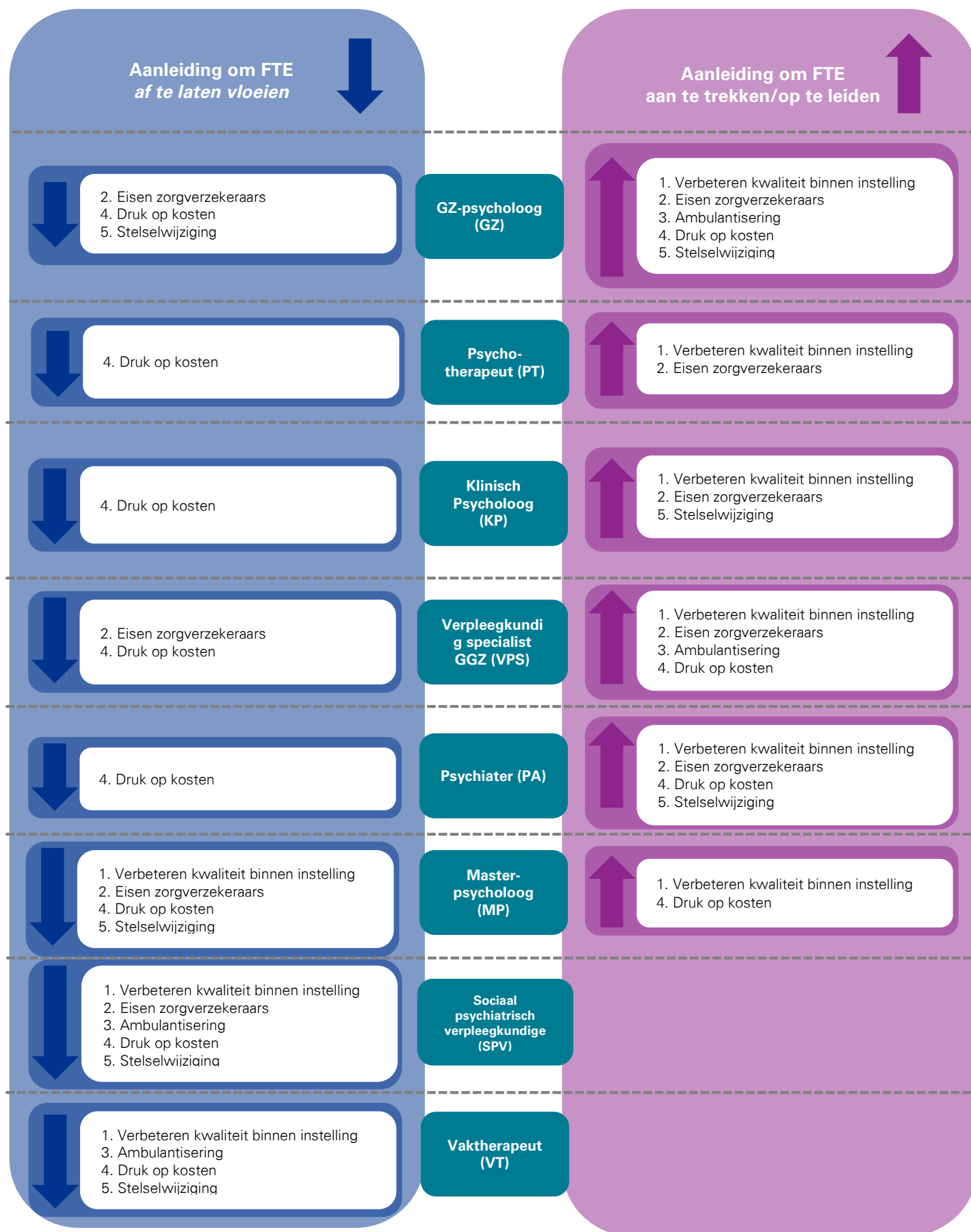


Figuur 3: Schematisch overzicht van de situatie waarbij één aanleiding leidt tot verschillende beleidskeuzes, welke ieder een tegengesteld effect hebben op een individuele GG beroepsgroep.

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 3.1.5** worden de beleidskeuzes onderliggend aan deze effecten beschreven. Beleidskeuzes die vorig jaar niet of minder prominent benoemd zijn, zijn herkenbaar aan een sterretje (*). Voor de individuele beroepsgroepen worden afkortingen gebruikt¹³.

¹² Niet op volgorde van belangrijkheid.

¹³ Legenda afkortingen: GZ = GZ-psychologen; PT = psychotherapeuten; KP = klinisch psychologen; VPS = verpleegkundig specialisten GGZ; PA = psychiaters; MP = masterpsychologen; SPV = sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen; VT = vaktherapeuten.



Figuur 4: Overzicht van aanleidingen die via beleidskeuzes leiden tot een verwachte stijging/daling in aantal FTE

3.1.1 Aanleiding 1: Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling

GGZ-instellingen worden door externe eisen gedwongen de kwaliteit van hun zorg te verbeteren tegen scherpe prijzen, bijvoorbeeld via het inkoopbeleid van zorgverzekeraars (zie aanleiding 2). In de gesprekken geven de deelnemende instellingen echter ook aan vanuit een interne visie de kwaliteit van de geleverde zorg te willen verbeteren. Deze wens tot verbetering van de kwaliteit heeft tot verschillende beleidskeuzes geleid in 2013-2014.

Beleidskeuze 1A: Inzet van hoger opgeleid personeel*

↑ GZ, PA, MP, VPS	Vanuit kwaliteitsoogpunt besluiten instellingen meer hoger opgeleid personeel in te zetten en lager opgeleid personeel af te laten vloeien of deze hoger op te leiden.
↓ VT, SPV, MP	Zo worden psychiaters meer ingezet. Het behandelen conform de laatste richtlijnen ("evidence-based") heeft er daarnaast toe geleid dat verpleegkundigen en vaktherapeuten juist minder ingezet worden en afvloeien. Ook sociaal psychiatrisch verpleegkundigen worden omgeschoold of herplaatst. Ook worden taken van de masterpsycholoog overgenomen door de GZ-psycholoog en taken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige worden overgenomen door masterpsychologen en verpleegkundig specialisten. Instellingen gaven aan idealiter nog meer psychiaters in te zetten, maar door nog altijd krappe arbeidsmarkt van psychiaters in sommige regio's is dit nog niet volledig gerealiseerd.

Beleidskeuze 1B: Herverdelen managementtaken*

↑ PA, GZ, PT, KP	Enkele instellingen gaven aan de managementtaken opnieuw te hebben ingericht. Instellingen geven aan managementtaken onder andere opnieuw te hebben ingericht door een toename van administratieve lasten, bijvoorbeeld door eisen aan Routine Outcome Monitoring (ROM) en prestatie indicatoren. In sommige gevallen heeft dit geleid tot duaal management, waarbij bedrijfsmatige taken die voorheen door een behandelaar (vaak de psychiater) werden uitgevoerd zijn overgenomen door een manager bedrijfsvoering. Instellingen gaven aan dat hierdoor een uitbreiding van de formatie van psychiaters heeft plaatsgevonden. Deze FTE zijn ook nodig gezien de complexer geworden vraag van de cliënten in de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast hebben instellingen de uren van programmaleiders uitgebreid. Deze inhoudelijk leidinggevende taak wordt voornamelijk uitgevoerd door GZ-psychologen, psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen.
------------------	--

3.1.2 Aanleiding 2: Voldoen aan eisen van zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vragen om steeds meer inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van gedeclareerde zorg. Bij de zorginkoop stellen zij dan ook steeds vaker een set met eisen vast waaraan geleverde zorg binnen de gespecialiseerde GGZ moet voldoen. Naar aanleiding van deze ontwikkeling rondom de

* Beleidskeuze is vorig jaar niet of minder prominent benoemd.

zorginkoop van zorgverzekeraars gaven de deelnemende instellingen aan in 2014 de volgende beleidskeuzes te hebben gemaakt. Hierbij dient te worden opgemerkt dat enkele instellingen aangaven sommige van onderstaande beleidskeuze(n) ook te hebben gemaakt zonder druk van de zorgverzekeraar, of zich ten minste te kunnen vinden in de gestelde eisen (zie ook aanleiding 1).

Beleidskeuze 2A: Kunnen voldoen aan eisen hoofdbehandelaarschap

↑ KP, PT, PA, GZ, VPS ↓ GZ, VPS, SPV	De minister van VWS heeft een lijst opgesteld met disciplines die de rol van hoofdbehandelaar mogen vervullen^{14,15}. Om te voldoen aan de landelijke eisen rondom hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ kiezen instellingen er voor van deze beroepen meer personeel aan te nemen en/of op te leiden. Enkele individuele zorgverzekeraars hebben er in hun zorginkoop echter voor gekozen strakkere eisen te stellen aan het hoofdbehandelaarschap dan de minister¹⁶. Om ook te kunnen voldoen aan de eisen van de verschillende zorgverzekeraars die zorg bij hen inkopen, maken de instellingen een keuze wie binnen hun organisatie hoofdbehandelaar kan zijn. De definitie van hoofdbehandelaren van de minister komt daarmee niet altijd overeen met de definitie van hoofdbehandelaarschap zoals dat door de instellingen wordt ingevuld. De klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychiater zijn bij alle instellingen aangewezen als hoofdbehandelaar. Deze disciplines worden daarom aangenomen en opgeleid. Hierbij gaven sommige instellingen aan dat het minst wordt ingezet op psychotherapeuten, omdat de klinisch psycholoog en de psychiater breder inzetbaar zijn. De GZ-psycholoog en de verpleegkundig specialist worden om bovengenoemde redenen door sommige instellingen wel, en door andere instellingen niet als hoofdbehandelaar aangewezen. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is door de minister niet aangewezen als hoofdbehandelaar en vloeit bij alle instellingen af.
--	---

Beleidskeuze 2B: Kunnen voldoen aan regels voor DBC-tijdschrijven voor beroepen uit de DBC-beroepentabel*

↓ MP	Zorgverzekeraars vergoeden alleen DBC's waarin tijd is geschreven door beroepsgroepen die zijn opgenomen in de DBC-beroepentabel¹⁷. Om deze reden kiezen instellingen er voor de masterpsycholoog, die niet in deze tabel is opgenomen, minder in te zetten of op te leiden tot een beroepsgroep die wel binnen in deze beroepentabel is opgenomen.
-------------	---

¹⁴ Op moment van schrijven vallen voor de gespecialiseerde GGZ hieronder: alle BIG-geregistreerden (VWS, juli 2013, Kamerbrief over hoofdbehandelaarschap GGZ)

¹⁵ Op moment van schrijven vallen voor de GB-GGZ hieronder: alle BIG-geregistreerden, de Kind & Jeugd-psycholoog en de orthopedagoog-generalist (VWS, september 2013, Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen)

¹⁶ <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/hoofdbehandelaar-in-de-generalistische-basis-ggz>

* Beleidskeuze is vorig jaar niet of minder prominent benoemd.

¹⁷ De DBC-beroepentabel is te vinden op <http://www.dbcspelregels.nl/documents/beroepentabel.pdf>

3.1.3 Aanleiding 3: Ambulantisering

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

Beleidskeuze 3A: Afbouw intramurale capaciteit, opbouw poliklinieken / ambulante hulp

↑ VPS, GZ ↓ VT, SPV	Vanwege ambulantisering bouwen instellingen hun intramurale capaciteit af en vervangen dit door het uitbreiden van hun poliklinieken, het inzetten van ambulante bemoeizorg-teams (Functional Assertive Community Treatment, FACT) en het inrichten van een High Intensive Care (HIC) unit voor de kortdurende acute klinische opnamen. Deze verschuivingen hebben effect op de inzet van een aantal beroepsgroepen. In de eerste plaats vloeien verpleegkundigen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen af vanwege de afbouw van de kliniek of worden omgeschoold tot verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist krijgt meer een leidende rol op de HIC unit en wordt ingezet in de FACT-teams. Daarnaast wordt ook de GZ-psycholoog meer ingezet in de FACT-teams en in de ambulante behandelsetting. Ten slotte laten instellingen meer en meer vaktherapeuten afvloeien, omdat deze voornamelijk werkzaam zijn in de intramurale setting.
-----------------------------------	---

3.1.4 Aanleiding 4: Druk op kosten

De GGZ heeft momenteel te maken met een grote kostendruk vanuit overheidsbeleid en beleid van zorgverzekeraars. In het bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 is een beperking van de uitgavengroei vastgesteld. Voor de periode 2015 tot en met 2017 is een landelijke maximum groeipercentage afgesproken van 1,0% per jaar (exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling). Voor 2014 is een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken¹⁸. De druk op kosten heeft voor instellingen geleid tot de volgende beleidskeuzes.

Beleidskeuze 4A: Inzet van lager opgeleid personeel bij behoud van kwaliteit

↑ VPS, GZ, MP ↓ PA, PT, GZ	Door een druk op kosten besluiten instellingen taken te verschuiven naar lager opgeleid (en daardoor goedkoper) personeel, met als streven behoud van kwaliteit. Zo nemen in veel instellingen verpleegkundig specialisten taken over van psychiaters. Daarnaast worden GZ-psychologen ingezet in plaats van psychotherapeuten en worden masterpsychologen ingezet in plaats van GZ-psychologen.
--	---

¹⁸ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, 16 juli 2013.

Beleidskeuze 4B: Stimuleren van efficiëntie

↓ Alle beroepsgroepen	Door de druk op kosten richten instellingen zich ook meer op het stimuleren van efficiëntie. Zo hanteren instellingen strengere productie- en productiviteitsnormen. Dit heeft effect op alle behandelende beroepsgroepen.
-----------------------	--

Beleidskeuze 4C: Krimp van de organisatie

↓ Alle beroepsgroepen	Ook besluiten instellingen door druk op kosten tot een algehele krimp van de organisatie. Zo vloeit bijvoorbeeld overtalig verklaard personeel (op den duur) af. Reorganisatietrajecten hebben vaak effect op alle beroepsgroepen, hoewel de ene beroepsgroep vaak harder geraakt wordt dan de andere beroepsgroep. Instellingen geven aan vooral de psychiater te sparen in de krimp.
-----------------------	--

Beleidskeuze 4D: Minder inzet extern personeel*

↑ PA	Instellingen besloten vanuit het oogpunt van besparing minder gebruik te maken van externe inzet van personeel en meer personeel op de eigen loonlijst te plaatsen. Hierdoor zijn er meer vacatures uitgezet. Dit geldt met name voor psychiaters.
------	--

3.1.5 Aanleiding 5: Stelselwijziging: splitsing in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ

Op 1 januari 2014 is de GGZ omgevormd naar een stelsel met een 'GB-GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Als gevolg van deze stelselwijziging hebben instellingen onderstaande beleidskeuzes gemaakt.

Beleidskeuze 5A: Verandering in doelgroepenmix door overheveling naar GB-GGZ*

↑ PA ↓ VT, SPV, MP	Met de introductie van de GB-GGZ, verplaatsen instellingen eerstelijns zorg naar andere instellingen of organisatieonderdelen. Zo verplaatsen instellingen bijvoorbeeld zorg voor de doelgroepen obesitas, angst en ADHD en behandelingen zoals muziektherapie naar de GB-GGZ. Met het verplaatsen van de zorg, verplaatst ook het betrokken personeel. Dit heeft voornamelijk effect op vaktherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en masterpsychologen. Tevens zijn masterpsychologen gaan werken als Praktijk Ondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ), waardoor hun aantal in de gespecialiseerde GGZ daalt. Ten slotte zijn preventiemedewerkers overgeplaatst naar de GB-GGZ, wat voornamelijk invloed heeft op masterpsychologen. De inzet van psychiaters neemt daarentegen toe, omdat zij vanuit de instellingen in de GB-GGZ ingezet worden als specialist voor consultatie, bijvoorbeeld bij het stellen van een diagnose of het voorschrijven van medicatie.
-----------------------	---

Beleidskeuze 5B: Specialisatie*

↑ GZ, KP, PA, ↓ SPV	Als gevolg van de stelselwijziging besluiten veel instellingen die voorheen voornamelijk tweedelijnszorg boden, zich uitsluitend te richten op het leveren van gespecialiseerde GGZ zorg. Hierbij neemt de inzet van GZ-psychologen, Klinisch psychologen en psychiaters toe, en die van SPV-ers af.
------------------------	--

* Beleidskeuze is vorig jaar niet of minder prominent benoemd.

Beleidskeuze 5C: Afname van het aantal opleidingsplaatsen GZ-psychologen*

↓ GZ	Sommige instellingen geven aan minder opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen in te richten, omdat met het afstoten van een organisatieonderdeel vanwege de stelselwijziging onvoldoende opleiders binnen de organisatie aanwezig zijn om de GZ-psychologen in opleiding te begeleiden.
------	--

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.

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

Beleidskeuze	Vakinhoud. ontwikkelingen	Horizontale taak-verschuiving	Verticale taak-verschuiving	Efficiency	Totaal effect op beroepen
1A: Inzet van hoger opgeleid personeel	✓		✓		↑ GZ, PA, MP, VPS ↓ VT, SPV, MP
1B: Herverdelen managementtaken	✓	✓			↑ PA, GZ, PT, KP
2A: Kunnen voldoen aan eisen hoofdbehandelaarschap	✓	✓	✓		↑ KP, PT, PA, GZ, VPS ↓ GZ, VPS, SPV
2B: Kunnen voldoen aan regels voor DBC-tijdschrijven voor beroepen uit de DBC-beroepentabel	✓			✓	↓ MP
3A: Afbouw intramurale capaciteit, opbouw poliklinieken / ambulante hulp	✓		✓		↑ VPS, GZ ↓ VT, SPV
4A: Inzet van lager opgeleid personeel bij behoud van kwaliteit		✓	✓		↑ VPS, GZ, MP ↓ PA, PT, GZ
4B: Stimuleren van efficiëntie				✓	↓ Alle beroepsgroepen
4C: Krimp van de organisatie				✓	↓ Alle beroepsgroepen
4D: Minder inzet extern personeel	✓				↑ PA
5A: Verandering in doelgroepenmix door overheveling naar GB-GGZ	✓				↑ PA ↓ VT, SPV, MP
5B: Specialisatie	✓				↑ GZ, KP, PA, ↓ SPV
5C: Afname van het aantal opleidingsplaatsen GZ-psychologen	✓				↓ GZ

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

Nummering aanleidingen beleidskeuzes: 1 = Verbeteren kwaliteit binnen instelling; 2 = Eisen zorgverzekeraars; 3 = Ambulantisering; 4 = Druk op kosten; 5 = Stelselwijziging.

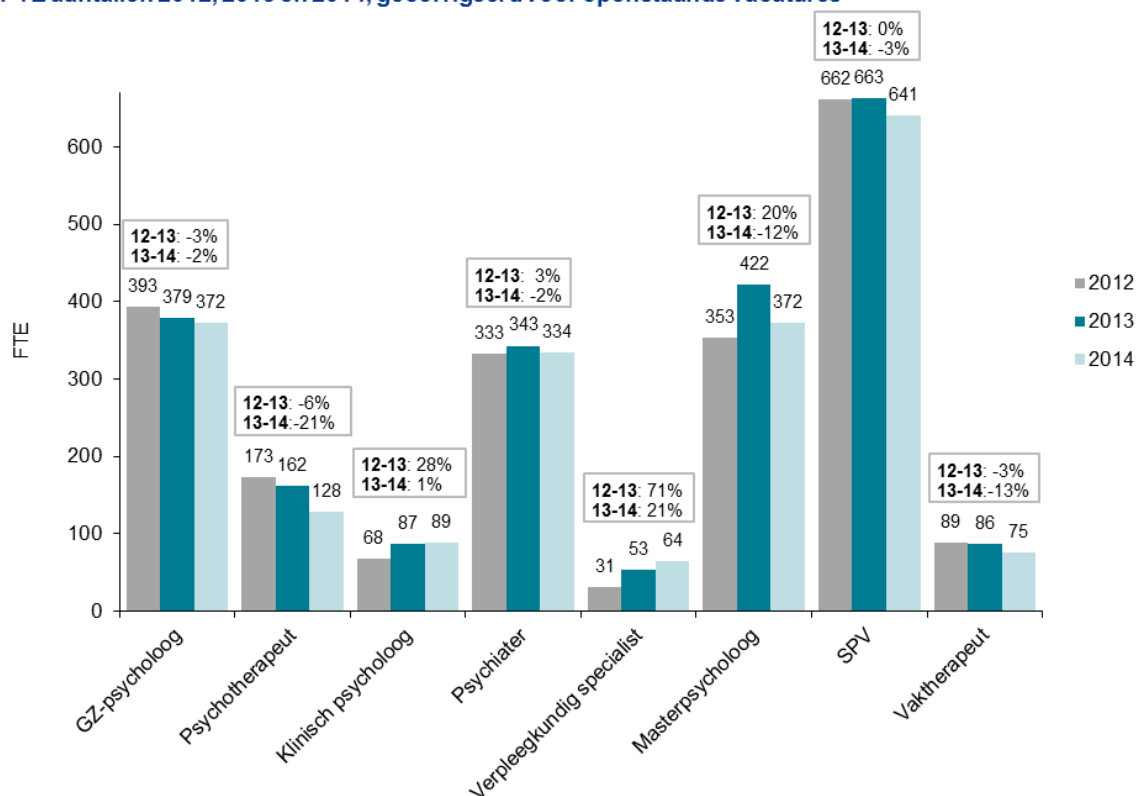
3.3 FTE-verschuivingen door werkprocessen

In **Figuur 5** is de groei weergegeven in het aantal FTE tussen 2012, 2013 en 2014, welke veroorzaakt is door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag¹⁹. De opgeleverde FTE data is gecorrigeerd voor zorgaanbod, aan de hand van openstaande vacatures.

De grootste absolute en relatieve groei in FTE tussen 2013 en 2014 verklaard door werkprocessen en zorgvraag is te zien bij de verpleegkundig specialist (+11 FTE, +21%). Ook tussen 2012 en 2013 groeide het aantal FTE verpleegkundig specialisten het hardst (+ 22 FTE, 71%). De klinisch psycholoog bleef tussen 2013 en 2014 in aantal FTE vrijwel gelijk (+1 FTE, +1%), terwijl deze beroepsgroep tussen 2012 en 2013 nog met +28% steeg (+19 FTE). Bij de psychiater en de masterpsycholoog was tussen 2012 en 2013 nog een stijging te zien (met respectievelijk +3% (+10 FTE) en +20% (+69 FTE)), maar deze beroepsgroepen daalden weer tussen 2013 en 2014 (respectievelijk -2% (- 9 FTE) en -12% (-50 FTE)).

Bij alle andere onderzochte beroepsgroepen bleef de dalende trend in het aantal FTE zichtbaar. Tussen 2012 en 2013 daalde het aantal FTE GZ-psycholoog licht met -3% (-14 FTE), in het jaar daarop met -2% (-7 FTE). De psychotherapeut daalde tussen 2012 en 2013 met -6% (-11 FTE), en tussen 2013 en 2014 met -21% (-34 FTE). In 2013 was er vrijwel geen verschuiving in het aantal FTE sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zichtbaar (+ 1 FTE), tussen 2013 en 2014 daalde deze beroepsgroep met -22 FTE (-3%). De vaktherapeuten tenslotte, daalden tussen 2012 en 2013 met -3% (-3 FTE), tussen 2013 en 2014 met -13% (-11 FTE).

FTE aantallen 2012, 2013 en 2014, gecorrigeerd voor openstaande vacatures

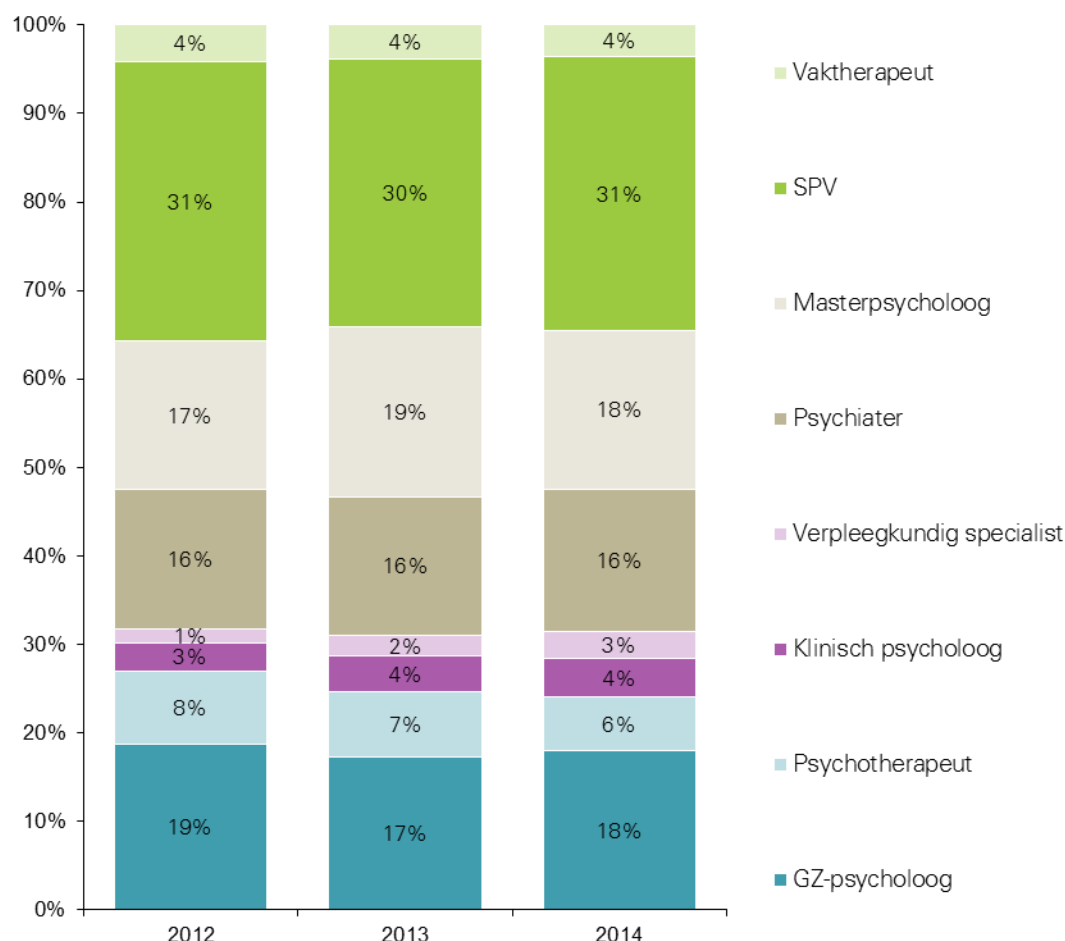


Figuur 5: FTE aantallen 2012, 2013 en groei naar 2014 verklaard door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. FTE data gecorrigeerd voor openstaande vacatures (zorgaanbod).

¹⁹ In **Bijlage 6** is een figuur opgenomen waarin de procentuele verschuiving tussen 2012 en 2014 als geheel is weergegeven. Tevens bevat **Bijlage 6** een tabel met het aandeel openstaande vacatures binnen de FTE-aantallen.

Figuur 6 geeft de verdeling van het aantal FTE over de verschillende GG beroepsgroepen (disciplinemix) in 2012, 2013 en 2014 weer. De aandelen per beroepsgroep zijn nagenoeg hetzelfde gebleven tussen 2013 en 2014 (maximaal 1% verschil). Tussen 2012 en 2013 bleef de mix ook nagenoeg gelijk (maximaal 2% verschuiving).

Disciplinemix 2012, 2013 en 2014 gecorrigeerd voor openstaande vacatures



Figuur 6: Disciplinemix beroepen GG in 2012, 2013 en 2014 verklaard door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. FTE data gecorrigeerd voor openstaande vacatures (zorgaanbod).

3.4 Zijn de verwachte beleidskeuze daadwerkelijk uitgevoerd?

Tijdens de werksessies van deel 1 van dit onderzoek, zijn beleidskeuzes besproken waarvan instellingen verwachtten dat deze effect zouden hebben op de disciplinemix in 2014. Veel van deze verwachte beleidskeuzes zijn daadwerkelijk doorgevoerd. Sommige verwachte beleidskeuzes zijn echter nog niet zo ver doorgevoerd als instellingen verwacht en/of gehoopt hadden. Onderstaand is per verwachte beleidskeuze beschreven of instellingen de beleidskeuze daadwerkelijk hebben doorgevoerd in 2014.

Ambulantisering:

- Verdere afbouw van intramurale capaciteit: deze beleidskeuze hebben instellingen doorgevoerd (zie [beleidskeuze 3B](#)). Instellingen zullen in de toekomst beleid voeren op verdere ambulantisering.

- Verdere inrichting van FACT-teams: ook deze beleidskeuze hebben instellingen doorgevoerd (zie [beleidskeuze 3B](#)).

Transitie tweedelijns GGZ naar GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ:

- Extra opleiden/ aannemen van hoofdbehandelaars: instellingen hebben al ingespeeld op eisen rondom hoofdbehandelaarschap door extra personeel aan te nemen en op te leiden binnen beroepsgroepen waarvan zij verwachten dat deze het hoofdbehandelaarschap mogen uitvoeren (zie [beleidskeuze 1A](#)). Wel bestaat nog onzekerheid voor instellingen tot de Commissie Meurs een uitspraak heeft gedaan, waardoor instellingen verwachten in de toekomst verder beleid te moeten voeren.
- Basis GGZ onderbrengen in andere organisatie: instellingen spelen in op de introductie van de GB-GGZ door delen van organisatie of delen van hun personeel over te plaatsen naar de GB-GGZ (zie [beleidskeuze 5A](#)). Verschillen zijn zichtbaar in de mate waarin instellingen beleidskeuzes op dit gebied hebben doorgevoerd. Enkele instellingen hebben personeel met succes verplaatst, terwijl andere instellingen nog bezig zijn met het vormgeven van GB-GGZ of het overplaatsen van personeel naar andere organisaties.
- Specialiseren op onderdelen: door de introductie van de GB-GGZ hebben veel instellingen besloten zich te specialiseren (zie [beleidskeuze 5B](#)).
- Samenwerkingsverbanden aangaan met ketenpartners: hoewel het aangaan van samenwerkingsverbanden tijdens de werksessie niet benoemd is als een beleidskeuze die effect heeft op de disciplinemix in 2014, is het wel genoemd als beleidskeuze die effect heeft in de toekomst. Zo ontstaan bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden voor het vormgeven van ambulantisering (zie [paragraaf 3.4](#)).

Druk op kosten:

- Optimale disciplinemix: instellingen hebben afgelopen jaar beleid gevoerd op het optimaliseren van de disciplinemix (zie [beleidskeuze 2A](#), [2B](#) en [2C](#)). Vorig jaar gaven instellingen aan op basis van eisen van zorgverzekeraars zorgpaden in te richten. Hoewel instellingen bezig zijn met het inrichten van zorgpaden, was dit effect nog niet zichtbaar in FTE-data van 2014. Instellingen verwachten dit effect pas komende jaren terug te zien (zie [paragraaf 3.4](#)).
- Commerciële markt betreden: het betreden van een commerciële markt had in 2014 voor instellingen geen prioriteit. Instellingen focusten zich op de transities in de GGZ.

Verbeteren van kwaliteit van zorg binnen de deelnemende instelling:

- Alleen BIG-geregistreerde behandelaren: instellingen zetten meer hoger opgeleid personeel in (zie [beleidskeuze 2A](#)).
- ROM-scores meten bij meer aandoeningen: instellingen hebben aangegeven dat zorgverzekeraars inderdaad meer eisen stellen aan ROM-metingen. Instellingen hebben hierop beleid gevoerd, maar dit heeft volgens de deelnemende instellingen geen effect gehad op de disciplinemix in 2014.
- Kunnen voldoen aan regels voor DBC-tijdschrijven voor beroepen uit de DBC-beroepentabel: instellingen gaven aan dat zorgverzekeraars inderdaad scherper zijn op het voldoen aan de DBC-tijdschrijf regels voor beroepen uit de DBC-beroepentabel. Instellingen hebben hier ook beleid op gevoerd (zie [beleidskeuze 1B](#)).
- EMH: instellingen geven aan dat zij inderdaad bezig zijn met het ontwikkelen en implementeren van EMH. Voor veel instellingen is EMH echter nog in de ontwikkelfase. Effecten zijn dan ook nog niet terug te zien in FTE-data van 2014, maar worden pas komende jaren verwachten (zie [paragraaf 3.4](#)).

3.5 Verwachte beleidskeuzes in de toekomst

Tijdens de werksessies zijn ook beleidskeuzes besproken die pas effect hebben op FTE-aantallen vanaf 2015. Voor deze beleidskeuzes bestaan dezelfde aanleidingen als beschreven in **paragraaf 3.1**.

1. Verbeteren kwaliteit van zorg binnen deelnemende instelling

- Instellingen geven aan vanuit kwaliteitsoogpunt steeds meer te gaan werken met EMH. Hoewel de effecten hiervan nu nog niet terug te zien zijn in FTE data, verwachten instellingen dat dit komende jaren wel zichtbaar wordt. Zo worden momenteel mensen ingezet en opgeleid voor het gebruik van EMH, bijvoorbeeld masterpsychologen. Tevens vindt een taakverschuiving plaats door EMH, bijvoorbeeld van therapeutisch medewerkers naar psychologen en van GZ-psychologen en psychotherapeuten naar klinisch psychologen en psychiaters. Instellingen verwachten dat het werken met EMH in de beginfase zal leiden tot meer tijdsbesteding van de disciplines, door tijd die nodig is om met EMH te leren werken. Instellingen verwachten dat EMH op termijn zal leiden tot een toename van efficiëntie en kwaliteit van zorg.
- Enkele instellingen vormen beleid om zorg te concentreren en niet meer alle zorg op alle locaties te leveren. Instellingen maken keuzes voor welke zorg zij in welke regio's leveren. Dit leidt tot taakverschuivingen die komende jaren in de FTE data zichtbaar worden.

2. Voldoen aan eisen van zorgverzekeraars

- Instellingen geven aan de komende jaren verdere beleidskeuzes te maken met betrekking tot hoofdbehandelaarschap. De beleidskeuzes die instellingen maken op dit gebied zijn grotendeels afhankelijk van het advies dat de Commissie hoofdbehandelaarschap GGZ, onder leiding van Prof. Dr. Meurs, eind 2014 en begin 2015 uitbrengt^{20,21}. Sommige instellingen hebben in 2014 beleidskeuzes gemaakt, waarvan het effect in 2015 pas zichtbaar zal zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aantrekken van extra klinisch psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Beroepsgroepen waarvan instellingen verwachten dat zij geen hoofdbehandelaar mogen zijn in de gespecialiseerde GGZ, zullen komende jaren afvloeien.
- Instellingen ontwikkelen en implementeren zorgpaden en richten hier hun organisatie op in. Door de zorgpaden krijgen instellingen meer inzicht in de benodigde capaciteit per beroepsgroep. Op basis van de zorgpaden wordt bepaald welke beroepsgroepen ingezet worden. Momenteel hebben enkele instellingen de zorgpaden wel beschreven en ingericht, maar geven daarbij aan dat het effect op de disciplinemix nog niet is vertaald in actief beleid rondom het aannemen of af laten vloeien van benodigd personeel. In de komende jaren zal dit effect pas in de FTE-data zichtbaar worden.

3. Ambulantisering

- Ambulantisering zal komende jaren verder effect hebben op de disciplinemix van instellingen. Zo zijn instellingen bezig met samenwerkingen met bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen, waarbij afspraken worden gemaakt over het verplaatsen van somatische zorg naar deze instellingen. De effecten hiervan zijn naar verwachting zichtbaar vanaf 2015.
- Instellingen geven aan komende jaar FACT en AZT verder in te richten, waardoor beddenafbouw verder doorgezet kan worden. Dit zal komende jaren invloed hebben op de disciplinemix.

²⁰ Nederlands Instituut van Psychologen (29 augustus 2014), Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ gevormd.

²¹ Kamerbrief (17 oktober 2014). BIG registratie binnen de kinder- en jeugd GGZ.

4. Druk op kosten

- Door druk op kosten proberen instellingen een flexibele schil van personeel in te richten. Door bijvoorbeeld veel masterpsychologen aan te nemen met een tijdelijk contract, ontstaat flexibiliteit om te kunnen anticiperen op de veranderende omgeving. Deze masterpsychologen kunnen namelijk relatief makkelijk afvloeien.
- Door druk op kosten en krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters verwachten instellingen komende jaren meer verpleegkundig specialisten in te zetten, die taken van de psychiater over kunnen nemen. Deze verticale taakverschuiving zal naar verwachting pas in 2015 en daaropvolgende jaren zichtbaar zijn in de FTE data.

5. Stelselwijziging: splitsing in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ

- Binnen de gespecialiseerde GGZ is volgens instellingen minder ruimte voor HBO-geschoold personeel. Instellingen geven aan dat zij personeel met een HBO-functie laten afvloeien en hiervoor academisch geschoold personeel inzetten. De eerste effecten van deze beleidskeuze zijn zichtbaar in de FTE data van 2014. Komende jaren zal het effect nog verder zichtbaar worden in de FTE data.
- Hoewel instellingen al beleidskeuzes hebben gemaakt met betrekking tot de stelselwijziging, geven instellingen aan de komende tijd nog meer beleid te voeren om goed in te spelen op de stelselwijziging. Instellingen besluiten bijvoorbeeld personeel in te zetten in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ, waarbij medewerkers dus niet in beide echelons werkzaam kunnen zijn. Andere instellingen hebben pas halverwege 2014 beleidskeuzes gemaakt met betrekking tot overheveling van zorg en personeel naar de GB-GGZ. Ook geven instellingen aan dat zij zich komend jaar gaan richten op het overhevelen van chronische cliënten naar de GB-GGZ. Deze ontwikkelingen zijn pas komend jaar in de FTE data zichtbaar.
- Om te kunnen voldoen aan de eisen binnen de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, ontwikkelen instellingen momenteel beleid om de disciplinemix in beide echelons op orde te brengen. Gebaseerd op de werkzaamheden die binnen het echelon worden uitgevoerd, wordt bepaald welk type personeel ingezet moet worden. De uitvoering van dit beleid zal in de FTE data van 2015 en daaropvolgende jaren zichtbaar zijn.
- Sommige instellingen richten momenteel de functie van POH-GGZ in, zodat deze volgend jaar gedetacheerd kan worden naar de huisartsenpraktijk. Vooral sociaal psychiatrisch verpleegkundigen worden ingezet als POH-GGZ.

4 Discussie

Op basis van dit onderzoek kan een inschatting gemaakt worden van effecten van beleidskeuzes op de disciplinemix van beroepen GG. In **paragraaf 4.1** worden de resultaten van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek geïnterpreteerd. In **paragraaf 4.2** worden de beperkingen van het onderzoek genoemd. Ten slotte geeft **paragraaf 4.3** aanbevelingen weer.

4.1 Interpretatie resultaten

Bij het interpreteren van de resultaten dient rekening gehouden te worden met enkele aandachtspunten. Ten eerste is het bij het interpreteren van de resultaten van belang te beseffen dat de gepresenteerde resultaten een momentopname zijn. De stelselwijziging GB-GGZ is doorgevoerd op 1 januari 2014. Het vergt echter tijd voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten zichtbaar worden in FTE-aantallen van GGZ-instellingen. De resultaten tonen dus een 'tussenstand', maar nog geen eindbeeld. Het zal nog enkele jaren duren voordat alle beleidskeuzes rondom de stelselwijziging volledig zijn doorgevoerd bij GGZ-instellingen en ook volledig zichtbaar zijn in FTE-aantallen.

Ten tweede zijn de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek op geïntegreerd niveau geïnterpreteerd en verwerkt in deze rapportage. De trends per instelling kunnen om verschillende redenen niet één-op-één met elkaar vergeleken worden. Voorbeelden van deze redenen zijn:

- De uitgangssituatie en de situatie op het moment van meten verschillen per instelling. Hoewel landelijke stelselwijzigingen effect hebben op alle GGZ-instellingen, gaan instellingen hier op een andere manier mee om. Instellingen maken andere keuzes en hanteren een andere timing voor het doorvoeren van veranderingen. De GB-GGZ wordt door de deelnemende instellingen bijvoorbeeld in verschillende vormen geïmplementeerd. Enkele instellingen plaatsen de GB-GGZ in zijn geheel over naar een andere organisatie, terwijl andere instellingen besloten hebben GB-GGZ zelf aan te bieden. Ook de timing van beleidskeuzes rondom GB-GGZ verschilt. Een deel van de instellingen hebben al vroeg ingespeeld op de aankomende veranderingen en hebben hun zorgaanbod en personeelscapaciteit aangepast. Andere instellingen ontwikkelen en implementeren momenteel nog beleid om in te spelen op de veranderingen.
- In de regio's waar de deelnemende instellingen gevestigd zijn, zijn verschillende zorgverzekeraars dominant. Deze verschillende zorgverzekeraars stellen verschillende eisen. Dit heeft invloed op de beleidskeuzes die instellingen maken, bijvoorbeeld met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap.
- Enkele instellingen bevonden zich tijdens de meetperiode in een reorganisatietraject. Hoewel bij alle instellingen druk op kosten een aanleiding vormde voor beleidskeuzes, verschilde het moment waarop instellingen de beleidskeuzes doorvoerden. Ook werd de kostendruk bij instellingen verschillend ervaren.

Bovenstaande punten gelden niet alleen voor de aan het onderzoek deelnemende instellingen, maar voor instellingen in het hele land. In het hele land verschillen instellingen in de timing en manier waarop zij met de stelselwijziging omgaan, verschillen eisen van in de regio dominante zorgverzekeraars en vinden reorganisaties plaats bij instellingen.

4.1.1 Kwalitatief onderzoek

Aanleidingen met een tegengesteld effect op disciplines

Binnen een aanleiding kunnen beleidskeuzes een tegengesteld effect hebben op specifieke beroepen. Zo leidt het voldoen aan eisen van zorgverzekeraars bij sommige instellingen tot meer inzet van de GZ-psycholoog en verpleegkundig specialisten, omdat deze instellingen de disciplines als

hoofdbehandelaar inzetten. Andere instellingen zetten de GZ-psycholoog en verpleegkundig specialisten niet in als hoofdbehandelaar, wat juist leidt tot een afname van de inzet van deze disciplines.

Ook druk op kosten leidt tot een tegengesteld effect op bepaalde disciplines. Zo verwachtten deelnemende instellingen dat de druk op kosten enerzijds zou leiden tot een afname van de inzet van GZ-psychologen door het stimuleren van efficiëntie, krimp van organisaties en taakverschuiving naar masterpsychologen. Anderzijds nemen GZ-psychologen taken over van duurder personeel, zoals psychotherapeuten, waardoor de inzet toeneemt. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundig specialist en de masterpsycholoog, die enerzijds meer worden ingezet om taken van hoger opgeleid personeel over te nemen, maar anders minder worden ingezet door het stimuleren van efficiëntie en krimp van organisaties. Daarnaast wordt de psychiater meer ingezet vanuit de eigen loonlijst, omdat instellingen besluiten minder extern personeel in te willen zetten. Door het stimuleren van efficiëntie en krimp wordt de psychiater echter ook minder ingezet.

Ten slotte leidt de stelselwijziging tot een tegengesteld effect op de GZ-psycholoog. Enerzijds wordt de GZ-psycholoog meer ingezet door specialisatie, maar anderzijds neemt de inzet van GZ-psychologen af door een afname van het aantal opleidingsplaatsen.

Vergelijking van resultaten deel 1 en deel 2 van het onderzoek

De aanleidingen die instellingen benoemen achter beleidskeuzes komen overeen voor de verschillende deelnemende instellingen. Ook bestaan er veel overeenkomsten tussen de aanleidingen die instellingen in deel 1 en deel 2 van het onderzoek hebben benoemd. Ambulantisering, het verbeteren van kwaliteit van zorg binnen deelnemende instellingen, druk op kosten en de stelselwijziging vormden in beide delen van het onderzoek aanleiding tot beleidskeuzes gerelateerd aan veranderingen in werkprocessen.

In deel 1 van het onderzoek speelden de aanleidingen krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters en actualiseren van het functiehuis losstaande aanleidingen. Hoewel enkele instellingen de krapte op de arbeidsmarkt nog wel benoemd hebben als knelpunt bij het inzetten van hoger opgeleid personeel, vormt het voor deel 2 van het onderzoek geen losstaande aanleiding meer. Het actualiseren van het functiehuis is in deel 2 van het onderzoek niet meer benoemd door instellingen.

Ten slotte is de aanleiding 'voldoen aan eisen van zorgverzekeraars' in deel 2 van het onderzoek nieuw toegevoegd. Deze aanleiding omvat de beleidskeuze om te voldoen aan eisen van hoofdbehandelaarschap, wat in deel 1 van het onderzoek een losstaande aanleiding was. In deel 2 omvat het voldoen aan eisen van zorgverzekeraars ook het voldoen aan de regels voor DBC-tijdschrijven voor beroepen uit de DBC-beroepentabel. Deze beleidskeuze is in deel 1 van het onderzoek benoemd als mogelijk effect voor de toekomst.

Ook vertonen instellingen veel overeenkomsten in de beleidskeuzes die zij hebben gemaakt met betrekking tot werkprocessen. Tevens zijn er enkele overeenkomsten in de beleidskeuzes die gemaakt zijn in deel 1 en deel 2 van het onderzoek. Zo is de intramurale capaciteit verder afgebouwd, en richten instellingen zich in beide delen van het onderzoek op het voldoen aan eisen rondom hoofdbehandelaarschap, efficiëntie en krimp. Ook zijn in de beleidskeuzes enkele nieuw benoemd in deel 2 van het onderzoek. Zo richten instellingen zich in 2014 op het voldoen aan regels voor DBC-tijdschrijven door beroepen uit de DBC-beroepentabel, het minder inzetten van extern personeel, specialisatie en een veranderende doelgroepenmix door de stelselwijziging.

In **paragraaf 3.4** is omschreven of de beleidskeuzes die instellingen in deel 1 van het onderzoek dachten te maken in 2014, ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Een deel van de verwachte beleidskeuzes is daadwerkelijk uitgevoerd, bijvoorbeeld verdere ambulantisering, inspelen op de stelselwijziging en het voldoen aan DBC-tijdschrijfgeregels voor beroepen uit de DBC-beroepentabel. Andere beleidskeuzes zijn niet, of in mindere mate dan verwacht, doorgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld over het implementeren van EMH en het betreden van commerciële markten. Instellingen gaven aan dat deze ontwikkelingen geen prioriteit hadden, omdat GGZ instellingen zich afgelopen jaar hebben gericht op

andere ontwikkelingen, zoals de introductie van de GB-GGZ en de veranderende eisen van zorgverzekeraars.

4.1.2 Kwantitatief onderzoek

In de periode 2012-2014 zijn voor de beroepen GG een aantal (lichte) trends in de FTE inzet te identificeren. De inzet van de verpleegkundig specialist en de klinisch psycholoog neemt duidelijk toe, de inzet en de psychotherapeut neemt duidelijk af. Ook de inzet van de vaktherapeut en de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen vertonen een dalende lijn, alhoewel deze lijn in het licht van de kwalitatieve resultaten minder sterk is dan verwacht. De inzet van de masterpsycholoog en de psychiater schommelt over de jaren.

Opvallend in de resultaten is de haast onveranderde disciplinemix in de periode 2012-2014. Dit betekent dat de onderlinge verhoudingen van de beroepsgroepen tot elkaar niet is veranderd. Daarnaast gaat het uiteindelijk per beroepsgroep om kleine verschuivingen in FTE, die op het totaal in FTE niet veel verandering teweeg brengt.

De drijvende krachten achter deze trends zijn besproken in het kwalitatieve deel van de resultaten. Echter, vanwege het ontbreken van de stap van het kwantificeren van het effect van de beleidskeuzes in dit deel van het onderzoek, is het niet mogelijk een valide koppeling te maken tussen de geobserveerde trends en de genoemde beleidskeuzes. Zie **paragraaf 4.2** over de beperkingen van dit onderzoek.

4.2 Beperkingen

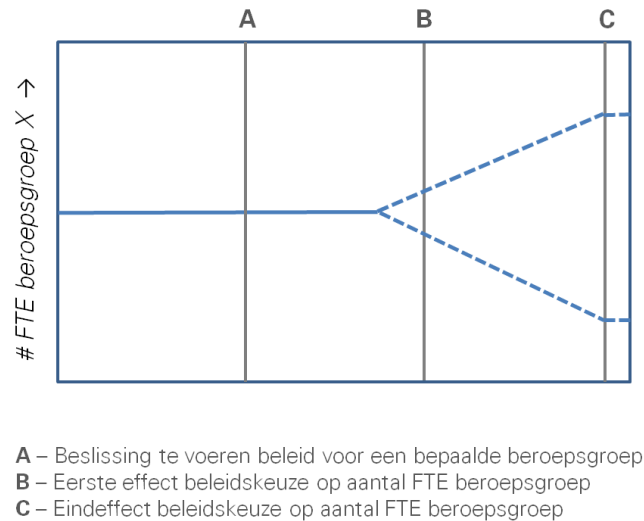
Uit de verzamelde gegevens is een bruikbaar en afdoende betrouwbaar beeld geconstrueerd over de beleidskeuzes ten aanzien van werkprocessen voor de beroepen GG en is inzicht verkregen in verschuivingen in FTE per beroepsgroep voor de periode 2012-2014. Uiteraard kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Deze staan hieronder beschreven.

4.2.1 Algemeen

In zijn algemeenheid kent het onderzoek de volgende beperking:

- De resultaten van het kwantitatieve onderzoek kunnen niet gekoppeld worden aan de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Doordat de correcties op de FTE-data niet leidden tot een voor instellingen valide beeld van de FTE-verschuivingen (zie **paragraaf 2.5**), was het niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters op de FTE aantallen van de verschillende beroepsgroepen te kwantificeren. De beleidskeuzes konden om die reden niet gekoppeld worden aan de kwantitatieve FTE-verschuivingen. Op dit niveau is het trekken van conclusies dan ook niet mogelijk. Om deze reden zijn de in deel 1 gepresenteerde kwantitatieve figuren niet geheel te vergelijken met de figuren in voorliggende rapportage, omdat in dit deel 2 minder correcties zijn toegepast op de data dan in deel 1.
- Tijdens de werksessies bleek dat instellingen de effecten van beleidskeuzes, zoals gepresenteerd in **paragraaf 3.1**, niet altijd terugzagen in hun FTE-data. Drie mogelijke verklaringen zijn:
 - 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 wel 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. Zij hadden beleidskeuzes al in voorgaande jaren ingezet. Of deze instellingen zich in fase B of C van het effect van de beleidskeuze bevinden is niet vast te stellen.
 - 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 niet voldoende is doorgevoerd op de werkvloer.

- Ten slotte kan het effect van de trendbreuk, veroorzaakt door introductie van de GB-GGZ, overige beleidskeuzes overtreffen. De GB-GGZ is geïntroduceerd per 1 januari 2014. De ontwikkelingen in het GGZ-veld die gepaard gaan met de introductie van de GB-GGZ, zijn echter nog in volle gang. Instellingen geven aan dat de effecten van de stelselwijziging groot zijn voor instellingen. Dit effect kan het effect van overige beleidskeuzes overtreffen. Effecten van de introductie van de GB-GGZ zijn echter nog niet uitgekristalliseerd en zullen ook komende tijd zichtbaar worden in de disciplinemix van instellingen.



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

4.2.2 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.

4.2.3 Kwantitatieve deel

Het kwantitatieve deel van het onderzoek kent enkele beperkingen:

- Vanwege de stelselwijziging bleek het in deel 2 van het onderzoek niet mogelijk de verschuivingen in FTE veroorzaakt door werkprocessen aan de hand van correcties te scheiden van de andere ontwikkelingen van invloed op FTE verschuivingen (zie [paragraaf 2.5](#)). Het was daarom niet mogelijk het effect van de verschillende werkprocesparameters te kwantificeren. Om deze reden kon in deel 2 van het onderzoek de tabel met percentuele verklaringen voor FTE verschuiving door werkproces parameters niet opgesteld worden.
- Tijdens deel 2 van het onderzoek bleek dat instellingen voor bepaalde beroepsgroepen (bijvoorbeeld psychiaters) extern personeel inzetten. Deze FTE staan niet op de loonlijst en zijn dus zowel in deel 1 als in deel 2 van het onderzoek ook niet meegenomen in de FTE-data. Idealiter zou voor de inzet van extern personeel gecorrigeerd worden.

- 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. Deze vertaling is vervolgens gevalideerd met de desbetreffende instelling. Ondanks de validatie in deze methode, is subjectiviteit op onderdelen niet uit te sluiten.

4.3 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek, worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Het huidige onderzoek richtte zich op de tijdschrijvende beroepen binnen de gespecialiseerde GGZ. Echter, in de GB-GGZ zijn de geselecteerde disciplines ook werkzaam. Het is belangrijk in het **huidige ramingsmodel** trends in FTE werkzaam in de GB-GGZ te includeren om een volledig beeld te krijgen van het in de toekomst benodigde aantal FTE per beroepsgroep.
- Bij een **volgende versie van het ramingsmodel**, raden wij aan de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ gezamenlijk in één onderzoek te betrekken. De geselecteerde disciplines zijn zowel in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ werkzaam. De trends in de GB-GGZ kunnen niet los gezien worden van trends in de gespecialiseerde GGZ. Er vinden bijvoorbeeld verschuivingen van personeel plaats tussen de echelons.
 Idealiter zou je daarnaast willen kijken naar de inzet van FTE in een regio, in plaats van alleen naar geïntegreerde instellingen. Door te kijken naar de regio's ontstaat een completer beeld wijzigingen in het benodigd aantal FTE. Uit de werksessies bleek bijvoorbeeld dat instellingen personeel verplaatsen naar andere zorgorganisaties in de regio. De haalbaarheid van dit voorstel hangt echter af van de organisatiegraad van het zorgaanbod binnen de regio. Hoe versnipperder het aanbod, hoe moeilijker het zal zijn om een volledig beeld te krijgen van het aantal in te zetten FTE in een regio.
- Aanbevolen wordt om in een **toekomstig onderzoek** naar verschuivingen in disciplinemix van GG-beroepen een grotere nadruk te leggen op het prospectieve perspectief. Deze prospectieve informatie stelt het Capaciteitsorgaan in staat vooruit te kijken naar verwachte verschuivingen in disciplinemix. De prospectieve zeggingskracht van het onderzoek kan bijvoorbeeld vergroot worden door een digitale vragenlijst uit te zetten bij een brede, landelijke groep van instellingen. In de vragenlijst wordt dan gevraagd naar het strategisch personeelsbeleid van instellingen in het licht van de ontwikkelingen in de sector en de bijbehorende beleidskeuzes waarvan instellingen verwachten dat deze impact heeft op de disciplinemix in hun instelling. Tevens kan in deze vragenlijst expliciet gevraagd worden naar een inschatting van de kwantitatieve verschuivingen voor de toekomst, en waarom. Op basis van deze informatie is vervolgens een scherpere en kwantificeerbare voorspelling te maken.
 Ook raden wij aan in toekomstig onderzoek een weging aan te brengen in de beleidskeuzes. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens de werksessies bij de instellingen uit te vragen welke beleidskeuzes voor hen de meeste impact hebben en welke beleidskeuzes minder impact hebben.
- De representativiteit van de zes deelnemende instellingen voor de landelijke trend dient gecheckt te worden met IPSE Studies TU Delft / BPS Economics.

Bijlagen

Bijlage 1	Lijst met afkortingen
Bijlage 2	Toelichting methode
Bijlage 3	Lijst met gehanteerde definities
Bijlage 4	Overzicht deelnemende instellingen
Bijlage 5	Voorbeeld invulsheets werksessie
Bijlage 6	Verdieping FTE aantallen en verschuivingen

Bijlage 1: Lijst met afkortingen

Afkorting	Definitie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZT	Acute Zorg Teams
Beroepen GG	Beroepen in de geestelijke gezondheidszorg
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie
EMH	E-mental Health
FACT	Functional Assertive Community Treatment
FTE	Fulltime-equivalent
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
POH-GGZ	Praktijk Ondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg
ROM	Routine Outcome Monitoring
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Toelichting methode

Beroepsgroepen geïnccludeerd in data-uitvraag en data-analyse

In het Capaciteitsplan worden ramingen gemaakt voor vijf beroepen GG:

- Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist GGZ

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, is in dit onderzoek breder gekeken dan bovengenoemde vijf beroepen GG. Binnen de ambulante tweedelijns waren ook andere disciplines 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
- Masterspsycholoog
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Vaktherapeut
- Arts²²
- Overig²³

Niet alle van de bovenstaande beroepsgroepen zijn meegenomen 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 is 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 is in de analyse buiten beschouwing gelaten.
- Ten slotte is 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 zijn de volgende GG beroepsgroepen meegenomen:

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

²² Niet zijnde psychiater.

²³ In deze categorie vallen tweedelijns ambulant behandelaren (die tijd schrijven), die niet in één van de overige categorieën vallen.

- Verpleegkundig specialist GGZ (VPS)
- Psychiater (PA)
- Masterpsycholoog (MP)
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- Vaktherapeut (VT)

Toelichting op stappen in het onderzoek

Stap 1: Data-uitvraag deelnemende instellingen

Voor het tweede meetmoment zijn de volgende gegevens opgevraagd:

- Aantal FTE ambulant behandelaren in de gespecialiseerde GGZ op peildatum 1 oktober 2014.
- Controle op de vertaaltabel die voor het eerste meetmoment was opgesteld. In de vertaaltabel zijn de beroepsgroepen zoals gehanteerd door de instellingen, gekoppeld aan de beroepsgroepen gehanteerd door het Capaciteitsorgaan. De beroepsgroepen die het Capaciteitsorgaan hanteert zijn:
 - GZ-psycholoog
 - Psychotherapeut
 - Klinisch psycholoog
 - Verpleegkundig specialist
 - Psychiater
 - Arts
 - Masterpsycholoog
 - SPV
 - Vaktherapeut
 - Overig
- Het aantal FTE per bovenstaande beroepsgroep dat op 1 oktober 2013 werkzaam was in de tweedelij, maar op 1 oktober 2014 door de introductie van de GB-GGZ niet meer werkzaam is in de gespecialiseerde GGZ binnen jullie instelling.
- Het aantal geopende behandel-DBC's tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014
 - Welk deel van de verandering in dit aantal DBC's verklaard kan worden door de introductie van de GB-GGZ; oftewel hoeveel DBC's zijn overgeheveld naar de GB-GGZ?
- Het aantal geopende crisis-DBC's tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014
- Het aantal openstaande vacatures voor de verschillende beroepsgroepen op peildatum 1 oktober 2014

De data-uitvraag was grotendeels vergelijkbaar met de data-uitvraag voor het eerste meetmoment. Verschillen zijn onderstaand beschreven:

- Een controle is gevraagd op de vertaaltabel die voor het eerste meetmoment is gemaakt, om te garanderen dat deze nog steeds van toepassing was op de FTE data.
- De uitvraag van FTE aantallen per beroepsgroep die door de stelselwijzing vanuit de voormalig tweedelij overgeplaatst zijn naar de GB-GGZ.
- De verandering van het aantal geopende DBC's dat verklaard kan worden door overheveling van zorg naar de GB-GGZ.
- Het aantal openstaande vacatures is direct uitgevraagd.

Stap 2: 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 ambulant behandelaren geselecteerd om mee te nemen in de analyse. Dit is gedaan in lijn met de selectie die voor het eerste meetmoment is gehanteerd.
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, masterpsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut). Dit werd gedaan aan de hand van de vertaaltabel die voor het eerste meetmoment was opgesteld en die door de instelling gevalideerd was voor het tweede meetmoment.
3. FTE aantallen: creëren van een overzicht van FTE aantallen per GG beroepsgroep in 2014.
4. Correctie: de data werden gecorrigeerd voor openstaande vacatures, cliëntvolume en GB-GGZ (zie **paragraaf 2.5**).
5. FTE verschuivingen: na correctie voor zorgaanbod werden de verschuivingen in FTE per GG beroepsgroep in beeld gebracht.

Stap 3: Werksessies met deelnemende instellingen

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:** Terugkijken naar voorspellingen uit begin 2014
 - Zijn de voorspellingen die jullie begin 2014 gedaan hebben uitgekomen?
 - Waarom zijn de voorspellingen wel of niet uitgekomen?
- **Stap 2:** Brainstorm beleidskeuzes 2013-2014
 - Welke beleidskeuzes zijn er binnen jullie instelling gemaakt, die invloed hebben gehad op de disciplinemix tussen 2013 en 2014?
 - Wat is de aanleiding voor de beleidskeuzes?
- **Stap 3:** Toewijzen beleidskeuzes naar werkproces-parameters en beroepsgroepen
 - Op welke van de werkproces parameters en GG beroepsgroepen hebben de beleidskeuzes geïdentificeerd in stap 2 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?
- **Stap 4:** Corrigeren van FTE uitkomsten
 - 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 cliëntvolume?
 - Zijn er nog vertroebelingen in het aantal FTE door het zorgaanbod aan te wijzen?
- **Stap 5:** Kwantificeren van verschuivingen
 - Kunnen jullie per GG beroepsgroep een inschatting maken van de verdeling van de FTE 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. In **Bijlage 5** is het document opgenomen dat tijdens de werksessies werd ingevuld. Tijdens de werksessies zijn ook beleidskeuzes besproken die pas in de toekomst invloed hebben op FTE-aantallen. Deze beleidskeuzes zijn in aantekeningen vastgelegd.

Elke werksessie telde twee tot vier deelnemers. Bij de werksessies waren vaak dezelfde personen aanwezig als tijdens het eerste meetmoment. 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.

Stap 4: Oplevering resultaten

Nadat alle werksessies hadden plaatsgevonden werden de data samengevoegd in een totaalbestand. Vanuit dit totaalbestand is de analyse van FTE verschuivingen uitgevoerd. 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. De correcties voor cliëntvolume, GB-GGZ en doelgroepenmix zijn hierbij buiten beschouwing gelaten (**paragraaf 2.5**).

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 masterpsycholoog. 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-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 masterpsycholoog.
Efficiency	Doelmatiger werken, waarbij meer cliënten 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: Overzicht deelnemende instellingen

Instelling	Stedelijk/ perifeer?	Doelgroepen	Afgerond aantal FTE (31 dec 2013)	Aantal FTE meegenomen in de analyse (alleen gecorrigeerd voor openstaande vacatures) (2013)	Omzet x 1.000 euro (2013)	Categorie omvang (o.b.v. omzet)
Instelling 1	Stedelijk	Curatieve zorg, wijkgerichte transmurale zorg en forensische hoog intensieve gespecialiseerde zorg.	1.750	530	>€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	463	>€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.	1.250	332	€100.000- €200.000	Middel
Instelling 4	Perifeer	Gespecialiseerde GGZ voor kinderen, volwassenen en ouderen.	1.000	235	€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	459	<€100.000	Klein
Instelling 6	Stedelijk	GB-GGZ, gespecialiseerde GGZ, POH GGZ en dagbesteding e.d.	750	178	<€100.000	Klein

Bijlage 5: Voorbeeld invulsheets werksessie

Stap 1: Terugkijken naar voorspellingen uit begin 2014

	Voorspelde beleidskeuzes 2014	Aanleiding
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Stap 2: Brainstorm beleidskeuzes 2013-2014

	Beleidskeuzes	Aanleiding
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Stap 3: Toewijzen beleidskeuzes naar werkproces parameters en GG beroepsgroepen

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

Stap 4: Corrigeren van FTE uitkomsten

TOTAAL	GG beroepsgroepen	Werkelijk # FTE 2013	Open- staande vacatures 2013	Naar GB- GGZ	# FTE 2013 gecorri- geerd voor vacatures en GB- GGZ	Werkelijk # FTE 2014	Open- staande vacatures 2014	# FTE 2014 gecorri- geerd voor vacatures	Verwacht # FTE o.b.v. zorgvraag ²⁴	Vershui- ving 2013- 2014
	GZ-psycholoog									
	Psychotherapeut									
	Klinisch psycholoog									
	Verpleegkundig specialist GGZ									
	Psychiater									
	Arts									
	Masterpsycholoog									
	Sociaal psychiatrisch vpk									
	Vaktherapeut									
	Overig									

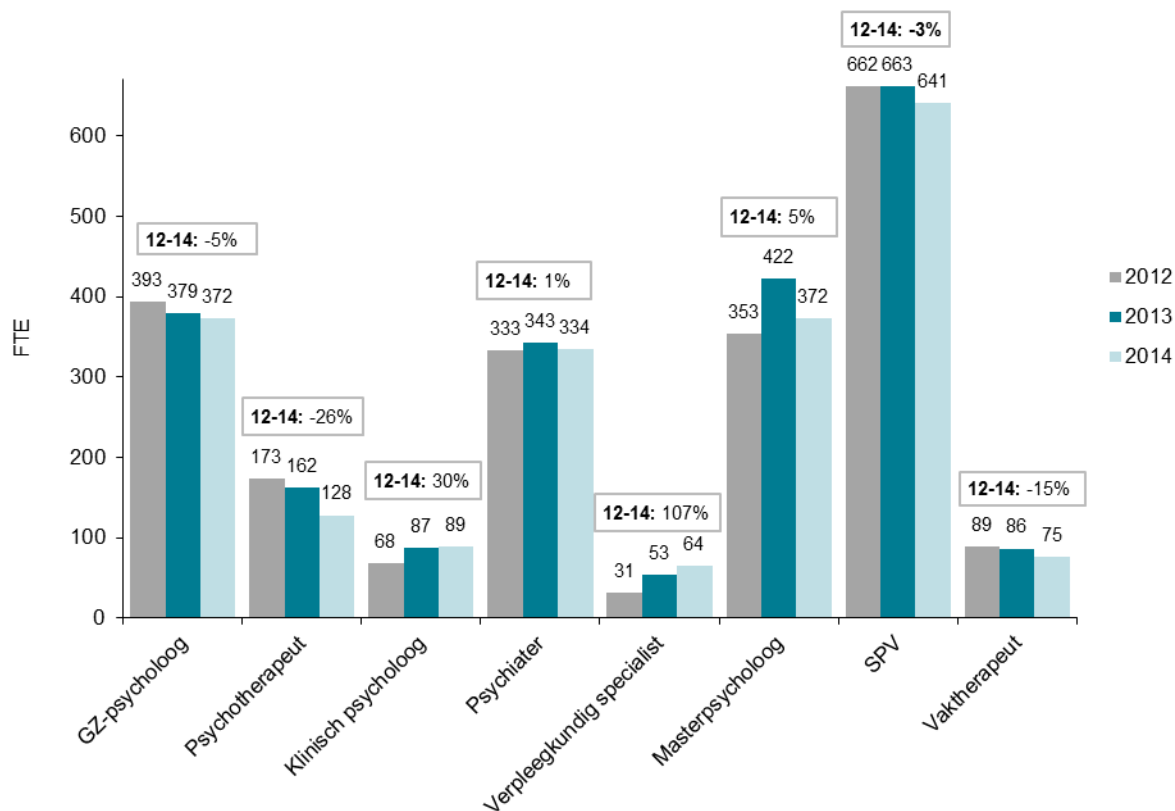
TOTAAL

²⁴ Bij gelijkblijvende doelgroepenmix 2014 t.o.v. 2013

Bijlage 6: Verdieping FTE aantallen en verschuivingen

In aanvulling op **figuur 5** in **paragraaf 3.3.1** is in onderstaande figuur de procentuele groei in FTE tussen 2012 en 2014 weergegeven die veroorzaakt wordt door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. De data is gecorrigeerd voor zorgaanbod, aan de hand van openstaande vacatures.

FTE aantallen 2012, 2013 en 2014, gecorrigeerd voor openstaande vacatures



FTE aantallen 2012, 2013 en 2014 en groei tussen 2012 en 2014 verklaard door veranderingen in werkprocessen en zorgvraag. FTE data gecorrigeerd voor openstaande vacatures (zorgaanbod).

Zoals besproken in [paragraaf 2.5](#) zijn de FTE data gecorrigeerd voor zorgaanbod, door middel van openstaande vacatures. De openstaande vacatures zijn bij de FTE-aantallen van het betreffende jaar opgeteld. Onderstaande tabel geeft weer welk aandeel van de FTE data openstaande vacatures betreft.

Beroepsgroep	Totaal FTE (2012)	FTE openstaande vacatures (2012)	% FTE openstaande vacatures (2012)	Totaal FTE (2013)	FTE openstaande vacatures (2013)	% FTE openstaande vacatures (2013)	Totaal FTE (2014)	FTE openstaande vacatures (2014)	% FTE openstaande vacatures (2014)
GZ-psycholoog	393	2,3	1%	379	5,8	2%	372	4,0	1%
Psychotherapeut	173	0,8	0%	162	1,4	1%	128	0,9	1%
Klinisch psycholoog	68	2,1	3%	87	6,0	7%	89	3,5	4%
Psychiater	333	12,8	4%	343	7,9	2%	334	14,2	4%
Verpleegkundig specialist	31	1,0	3%	53	0,0	0%	64	1,2	2%
Masterpsycholoog	353	0,0	0%	422	0,0	0%	372	1,7	0%
SPV	662	0,0	0%	663	0,0	0%	641	5,1	1%
Vaktherapeut	89	0,0	0%	86	0,0	0%	75	1,0	1%
TOTAAL	2102	19,0	1%	2196	21,1	1%	2076	31,6	2%

Totaal aantal FTE, het aantal FTE openstaande vacatures en het percentages openstaande vacatures in 2012, 2013 en 2014.