

# **Meervoudig besturen ten tijde van de invoering van de Wet Verplichte GGZ**



**Drs. Marieke Boele van Hensbroek**



Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration, Erasmus Universiteit Rotterdam

Thesis begeleider: Prof. dr. Richard T.J.M. Janssen Bijzonder Hoogleraar Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg

Mei 2020

## Voorwoord

Deze thesis markeert het einde van een bijzondere periode. Het volgen van de studie Master in Health Business Administration (MHBA) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur was een bijzonder leerzame ervaring. Niet eerder heb ik een opleiding gedaan die zo direct invloed had op mijn dagelijkse werkzaamheden. Met elk studieblok en elke module werd mijn zicht meer helder. Kennis en inzicht vergroten mijn impact in mijn dagelijks werk binnen Zilveren Kruis. Schakelen tussen inzichten vanuit macro-, meso- en micro niveau vind ik niet alleen leuk, maar acht ik ook noodzakelijk om het zorgkader in al zijn facetten te kunnen overzien. Ik heb genoten van de onderwijsdagen waar wij als groep steeds hechter werden en samen de lesstof tot leven brachten. Dank klas voor deze mooie ervaring.

Het onderwerp van mijn thesis is een opeenstapeling van eerdere fascinaties, voorliefdes en studies. Mijn werk als verpleegkundige in de acute psychiatrie heeft mijn voorliefde voor de Acute GGZ ingegeven. De opleiding tot medisch socioloog en medisch antropoloog maakt mij altijd nieuwsgierig naar het sociaal/cultureel construct van zorg en de maatschappelijke context waarin de zorg vorm krijgt. De MHBA heeft mijn interesse gewekt in meervoudig besturen als bestuurlijk concept om dit alles samen te brengen. Onderzoek naar meervoudig besturen ten tijde van de invoering van de Wet Verplichte GGZ leek dan ook op mijn lijf geschreven.

Tijdens het schrijven van de thesis werd de wereld, en daarmee ook Nederland getroffen door het coronavirus. Niet eerder werd de maatschappij en de economie zo in zijn kern geraakt door een ziekte. Het schrijven van de thesis heeft daarmee ook een andere dimensie gekregen, al was het maar omdat de context waarin ik de thesis begon een totaal andere was dan de context waarin ik mijn thesis afronden. Kinderen thuis lesgeven, zelf thuis werken en geen opa en oma's meer ter ondersteuning.

Graag maak ik van dit voorwoord gebruik om een aantal mensen te bedanken. Richard Janssen, dank voor je begeleiding tijdens het schrijven van deze thesis. Jouw fascinatie en bovenal ervaring in het bestuurlijke veld en je beschouwende blik waren zeer waardevol voor mij. Ook de gesprekken over de positionering en financieringsprikkel vanuit zorgverzekeraars heb ik als enerverend ervaren.

Dank aan mijn studiemaatje Michiel, voor de biertjes aan de bar, de evaluaties, intervisies en slappe teksten. Dank voor het nakijken en aanscherpen van mijn stukken.

Dank Zilveren kruis voor het mogelijk maken van mijn studie.

Mijn grootste dank gaat uit naar mijn gezin. Isabel en Bas dank voor jullie afleiding en lach. Bram dank voor je liefde, geduld en het draaien van het gezin. Zonder jouw support was dit alles niet gelukt. Nu ben jij weer aan de beurt om verder te studeren en draaien de rollen om. Als laatste, mam, dank voor al die vrijdagen oppassen zodat ik in Epe kon studeren. Het was een super ervaring!

# Managementsamenvatting

Het zorglandschap van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland is continu in beweging. Niet alleen stelselwijzigingen kleuren het speelveld, maar ook wetswijzigingen zoals de invoering van de Wet Verplichte GGZ (Wvvgz). De publieke opinie wordt bepaald door krantenkoppen over incidenten met verwarde personen in de hoofdrol. Besturen in de semi-publieke sector vraagt daarmee om meer dan alleen het runnen van een goede bedrijfsvoering.

Prof. dr. Kim Putters introduceert 'meervoudig besturen' als bestuurskundige term voor het besturen van een zorgorganisatie in het krachtenveld van soms conflicterende eisen en verwachtingen vanuit overheid, markt, cliënt en professionals. De kern van meervoudig besturen ligt besloten in het vermogen tegengestelde eisen te verbinden en met elkaar in lijn te brengen.

Doel van dit onderzoek is gericht inzicht te krijgen in hoe de invoering van de Wvvgz invloed heeft op de praktijk van meervoudig besturen. De Wvvgz beoogt een aantal fundamentele veranderingen binnen de gedwongen zorg, welke door het veld geabsorbeerd moeten worden. De Wvvgz geeft goed inzicht in de soms conflicterende eisen en wensen vanuit de maatschappij, de klant, maar ook vanuit de professionals die de wet moeten uitvoeren.

In dit onderzoek is gekozen voor een onderverdeling van het zorgveld in een operationele arena en een bestuurlijke arena. Beide arena's kennen een ander abstractieniveau, waardoor inzichtelijk wordt wat de impact van de invoering van de Wvvgz op het zorgveld is. Vanuit zowel de operationele arena als de bestuurlijke arena wordt meervoudig besturen onderzocht ten tijde van de invoering van de Wvvgz.

Dit onderzoek laat aan de hand van twee aan elkaar gelinkte theoretische concepten zien hoe meervoudig besturen daadwerkelijk vorm krijgt in de praktijk. Waardensystemen zijn als theorie de basis geweest voor het onderzoeken van de bestuurlijke arena, zorglogica's zijn dat voor de operationele arena. Binnen de operationele arena wordt de wereld beschouwd vanuit de logica die het dichtste bij ieders rol/taakopvatting past. De verschillende opvattingen uit de operationele arena worden samengebracht in de bestuurlijke arena. Dit onderzoek maakt inzichtelijk dat bestuurders in de GGZ zich in de praktijk bewegen op het grensvlak van de interne en de externe wereld, maar ook het grensvlak van overheid, markt en gemeenschapsdenken.

Door verschillende tactieken toe te passen houdt de bestuurder feeling met de operationele arena, met als doel het zicht krijgen op wat er speelt en het eventueel bijsturen daarvan. Een deel van deze tactieken is terug te voeren op de verschillende waardensystemen. Per waarde worden andere mensen belangrijk, andere facetten van de organisatie uitgelicht en worden andere vragen gesteld. Door de (bestuurlijke) boodschap vanuit de waardensystemen specifiek te maken wordt gericht informatie opgehaald en nemen de sturingsmogelijkheden binnen de organisatie toe. Uit het onderzoek komt naar voren dat alignment en balans belangrijke factoren zijn bij meervoudig besturen. Het gaat daarbij om het samenbrengen van soms conflicterende eisen.

Meervoudig besturen krijgt vorm door te sturen op en verbinding te maken tussen de verschillende waardensystemen. Zij bieden een besturingskader dat enerzijds helder is. Anderzijds zijn deze waarden zelden lang in evenwicht en zijn te vergelijken met een waterbed. Het waterbedeffect treedt op als er op een plek extra druk wordt uitgeoefend, met als gevolg dat op andere plaatsen de

druk ook verandert. Binnen de bestuurlijke arena wordt een inschatting gemaakt welk van de waarden hard drukken op het waterbed en daarmee meer aandacht behoeven.

Bestuurders richten zich niet alleen op de interne wereld, maar participeren ook in het maatschappelijk debat. Dit onderzoek laat zien dat meervoudig besturen ten tijde van de invoering van de wet verplichte GGZ leidt tot bestuurders die een duidelijke rol spelen in het publieke debat over verwarde mensen, veiligheidsdenken en de maakbaarheid van de maatschappij. Deze opstelling lijkt bestuurders meer ruimte geven om de zorg voor verwarde mensen in te richten (license to lead), aanvullend geeft het ook input aan het publieke debat dat veelal wordt gedomineerd door ophef over casuïstiek. Als je ervan uitgaat dat de GGZ zich afspeelt als spiegel van de maatschappij is inmenging door GGZ bestuurders in het maatschappelijk/politieke debat over veiligheid, zekerheid en gemeenschapszin belangrijker dan ooit tevoren.

Invoering van een nieuwe wet biedt mooie aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Naar aanleiding van dit onderzoek komt een aantal onderwerpen specifiek naar voren. Zo worden er vraagtekens gezet bij de doelmatigheid van de extra inzet van psychiaters. Vervolgonderzoek kan aantonen of deze inzet is gerechtvaardigd gegeven de uitkomsten die de Wvvgz genereert. Onderzocht kan worden of de extra inzet van psychiaters ook daadwerkelijk leidt tot de juiste zorg op de juiste plek, tot doelmatig inzetten van zorg en tot minder gedwongen opnames. De relevantie van dergelijk onderzoek schat ik groot in, dit gezien de discussie over de wachttijden, maar ook vanwege de stijging van de macro-zorgkosten.

Gegeven de sterk veranderende wereld binnen de GGZ en daarmee het belang van meervoudig besturen is het vanuit bestuurskundig perspectief de moeite waard om te onderzoeken of meervoudig besturen baat heeft bij een beter geïnformeerde operationele arena. Het is de vraag of het in de semi-publieke sector wenselijk is dat deze twee arena's een zo evident ander abstractieniveau hebben. Wellicht is de sector meer gebaat bij arena's die dicht tegen elkaar aan zouden moeten functioneren. Wat zou de invloed daarvan zijn op meervoudig besturen?

## Management summary

Our mental health care landscape in the Netherlands is constantly changing. The playing field is colored not just by system changes, but by legislative changes such as the implementation of the Compulsory Mental Healthcare Act (Wvggz) as well. Public opinion is determined by headlines about incidents featuring confused people, making governing in the semi-public sector require more than simply running business operations.

Prof. dr. Kim Putters introduces 'multiple governance' ('multiple control') as an administrative term for the multidisciplinary approach to healthcare management within the force field of at times conflicting requirements and expectations from government, market, clients and health care professionals. The core of multiple governance lies in the ability to connect and align opposing needs. The aim of this study is about gaining specific insight into how the implementation of the Wvggz influences multiple governance in practice. The Wvggz aims at effectuating a number of fundamental changes within compulsory medical health care, which must be absorbed by the sector. The Act provides clear insight into the, at times, conflicting needs and requirements from society, the client, but also from professionals who are legally bound by this Act.

This research approaches the health care field by distinguishing a subdivision into two domains: the Operational domain and the Administrative domain. Both domains have a different level of abstraction. They provide insight into the impact of the implementation of the Wvggz on the entire health care field. Multiple governance is examined with a view on both the operational and the administrative domain at the time of the implementation of the 'Wvggz.

Based on two inter-linked theoretical concepts, this study illustrates how multiple governance actually takes shape in practice. Value systems, as a theory, were the basis for the administrative domain, whereas care logistics are the basis for the operational domain. Within the operational domain, the world is viewed from the logic closest to everyone's view of their role or task. The different views from the operational domain are brought together in the administrative domain. This study shows that in practice, administrators in mental health care operate at the interface of their internal and external realm, but also at the interface of governmental, market and societal needs. By applying different tactics, the administrator keeps in touch with the operational domain, with the aim of collecting and adjusting to all goings-on within the organization. Some of these tactics can be traced back to the different value systems. With every value different people gain importance, other facets of the organization are highlighted and different questions are asked. By making the (administrative) message, coming forth from the value systems, more specific, more targeted information is retrieved and the opportunities to exert control within the organization increase. The focus is on bringing together possibly conflicting requirements. This study demonstrates that alignment and balance are crucial factors in multiple governance, as it pertains to bringing together of at times conflicting needs.

Multiple governance takes shape by steering towards creating connections between the various value systems. They provide a control framework which on the one hand, is clear.

On the other hand, however, these values are rarely in balance for extended periods of time and share characteristics with a waterbed: the 'waterbed effect' occurs when extra pressure is applied in one place, causing inadvertent changes in pressure in other places. Within the administrative

domain, an estimate is made, which of the values are pressing hard on the waterbed and thus require more attention.

Administrators not only focus on the internal realm, but also participate in the social debate. This study shows that multiple governance at the time of the introduction of the Compulsory Mental Health Care Act leads to administrators who play a decisive role in the public debate about confused people, the approach towards safety and the pliability of society. This approach seems to give administrators more space to organize the required care for confused people (license to lead) and additionally it provides input to the debate, which is often dominated by commotion about case histories. If one assumes that mental health care plays out as a mirror of society, then interference by mental health care administrators in the social / political debate about safety, security and community spirit has become more important than ever before.

The introduction of a new law often provides good starting points for research. As a result of this study, a number of topics are specifically highlighted. For example, there are doubts about the effectiveness of additional deployment of psychiatrists. Follow-up research can determine whether this deployment is justified based on the effects of the 'Wvvgz'.

Does the extra use of psychiatrists actually lead towards the right care in the right place, towards effective usage of care and to fewer forced admissions? The relevance of such research, to my mind, is considerable, given the discussions about wait times, but also given the increase in macro health care costs.

As the health care environment rapidly changes, and with that the growing importance of multiple governance, it is worthwhile from an administrative perspective to investigate whether multiple governance will benefit from a more informed operational domain. The question is whether it is desirable that these two domains have such an evidently different level of abstraction in the semi-public sector.. Perhaps the sector would benefit more from domains that work closely together. What would be the influence of that on multiple governance?

<b>Inhoudsopgave</b>	
Voorwoord	3
Management samenvatting	4
Management summary	6
Inhoudsopgave	8
<b>1. Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1 Achtergrond van het onderzoek	10
1.2 Context	12
1.3 Doelstelling	13
1.4 Relevantie	15
1.5 Vraagstelling	16
<b>2. Theoretische kader</b>	<b>17</b>
2.1 Waardensystemen in de zorg	17
2.2 Zorg logica's	17
2.2.1 Kernbegrippen waarden en logica's	18
2.2.2 Maatschappelijke waarden	19
2.2.3 Klant waarden	19
2.2.4 Economische waarden	20
2.2.5 Professionele waarden	20
2.3 Meervoudig besturen	20
2.4 Conceptueel model	22
<b>3. Methoden</b>	<b>23</b>
3.1 Onderzoeksmethode	23
3.2 Onderzoeksmodel	24
3.3 Respondenten en onderzoekssetting	24
3.4 Dataverzameling en analyse	25
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	26
<b>4. Resultaten</b>	<b>27</b>
4.1 waardensystemen in de Wet Verplichte GGZ	27
4.1.1 Maatschappelijke waarden	27
4.1.2 Klantwaarden	28
4.1.3 Economische waarden	28
4.1.4 Professionele waarden	28
4.2 Operationele arena	29
4.2.1 Logica's in de operationele arena	30
4.3 Bestuurlijke arena	33
4.3.1 Waardensystemen in de bestuurlijke arena	34



<b>5. Conclusie, discussie en aanbevelingen</b>	<b>37</b>
5.1 Conclusie	37
5.2 Concluderende beschouwing	40
5.3 Discussie	41
5.4 Beperkingen	43
5.5 Aanbevelingen	44
<b>Literatuurlijst</b>	<b>47</b>

# 1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het centrale onderwerp van de thesis worden toegelicht. In 1.1 zal gestart worden met de aanleiding, gevolgd door een beschrijving van de context in 1.2. De doelstelling komt in 1.3 aan de orde, gevolgd door de relevantie van het gekozen onderwerp in 1.4. De relevantie van dit onderwerp wordt vanuit zowel de maatschappelijke als wetenschappelijke invalshoek belicht. Dit hoofdstuk sluit af met de vraagstelling in 1.5, welke is onderverdeeld in een centrale vraag en deelvragen.

## 1.1 Aanleiding

Het zorgstelsel in Nederland is constant in beweging. Stelselherzieningen en wetgeving volgen elkaar in rap tempo op. Incidenten en berichtgeving over verwarde personen kleuren de publieke opinie en de zorgkosten blijven stijgen. Besturen in deze snel wisselende wereld vraagt om stuurmanskunsten. De vraag is echter hoe deze stuurmanskunsten vorm krijgen ten tijde van een van de vele veranderingen binnen het zorgstelsel. Aanleiding voor dit onderzoek is enerzijds meervoudig besturen als bestuurskundig concept voor het besturen in een breed krachtenveld van eisen en verwachtingen en anderzijds de invoering van de Wet Verplichte GGZ (Wvvggz) als externe ingegeven verandering van het GGZ-veld met ingangsdatum 1 januari 2020. Zorgbestuurders moeten tegelijkertijd reageren op de soms conflicterende eisen en wensen van de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid (Putters, 2009). De vele facetten waar een zorgbestuurder mee wordt geconfronteerd ten tijde van de invoering van de wet geven een uitgelezen kans om het concept meervoudig besturen te exploreren.

De totstandkoming van de Wvvggz geeft goed inzicht in de soms conflicterende eisen en wensen vanuit verschillende invalshoeken.

De Wvvggz staat een cultuuromslag voor: zorg en behandeling moeten centraal komen te staan, ook als dit ambulante dwangzorg inhoudt. Dwang wordt als ultimum remedium gezien door de wetgever, maar de maatschappelijke druk op verwarde personen blijft onverminderd hoog. Patiënten moeten op de juiste plek zorg krijgen, maar wat is die juiste plek en wie bepaalt dat als het gaat om gedwongen zorg? De Wvvggz staat meer participatie van de betrokkenen voor, maar hoe geef je dat vorm in een gedwongen kader.

Per 1 januari 2020 is de Wet Verplichte GGZ in werking getreden (WvGGZ, 2018). Deze wet vervangt de oude Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die op 17 januari 1994 de daarvoor geldende staatstoezicht op krankzinnigen verving. Deze wetgeving regelt gedwongen zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis als vrijwillige zorg niet meer voldoende is om ernstig nadeel af te wenden. Gedwongen zorg binnen de psychiatrie kent een lange historie, waarbij wetgeving het mogelijk maakt mensen tegen hun eigen wil in van zorg te voorzien. Vanaf 1994 kent Nederland de Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De BOPZ maakte het mogelijk om mensen tegen hun wil in op te nemen in psychiatrische klinieken. Toch ontstond er steeds meer kritiek op de BOPZ. De BOPZ regelt alleen vrijheidsbeperking in een instelling, terwijl tegenwoordig steeds meer zorg in de thuisomgeving wordt geregeld. Aanvullend is er steeds meer evidentie dat het separeren van mensen ernstige consequenties heeft.

Aanleiding om tot een nieuwe dwangwet te komen komt voort uit een evaluatierapport van de BOPZ. De gezondheidsraad bracht in 2004 een rapport uit, met daarin de aanbeveling om de wet op den duur aan te passen. De wet zou onvoldoende aansluiten op de vermaatschappelijking van de

geestelijke gezondheidszorg (Hoogervorst, 2004). De nieuwe wet zou als uitgangspunt moeten hebben het recht op zorg met daarin een centrale positie voor de cliënt.

Paul Blokhuis omschrijft de totstandkoming van de Wvvggz als een complex en langdurig proces (Blokhuis, 2019). Complexiteit lag in het feit dat gedurende de transformatie van de oude BOPZ als opnamewet naar de nieuwe Wvvggz als behandelwet gebeurtenissen in het veiligheidsdomein de wet mede zijn gaan kleuren. De moord op oud-minister Els Borst in 2014 heeft een belangrijke rol gespeeld in de huidige formulering van de Wvvggz. Dit blijkt uit de aanbevelingen van de onderzoekscommissie Hoekstra (Hoekstra, 2015) die werd aangesteld rondom de casus Bart van U, de moordenaar van Els Borst.

Een van de drie thema's die uit het rapport naar voren kwam was de omgang van politie en OM met signalen dat Van U. een gevaar voor de samenleving vormde en meer algemeen de werking van het stelsel van gedwongen zorg. Het advies van de commissie luidt letterlijk: *“De Onderzoekscommissie kiest voor een essentiële rol voor het OM. Verplichte zorg ligt op de grens van het strafrecht en gedwongen opname en is – ook al is het omwille van de patiënt en anderen – een vorm van vrijheidsbeneming. Dat moet in handen worden gelegd van het OM.”* (Hoekstra, 2015)

Bovenstaande advies van de commissie Hoekstra wordt expliciet in de centrale rol van het Openbaar Ministerie (OM) in de Wvvggz. Het OM kent zijn oorsprong in het strafrecht, maar heeft een centrale rol gekregen in de civielrechtelijke procedure van de Wvvggz. Een voorbeeld hiervan is dat het OM is belast met het toevoegen van politie informatie en justitiële informatie aan het Wvvggz dossier.

Domeinen van zorg en veiligheid worden zo aan elkaar gekoppeld onder de nieuwe wet.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) uit hierover in 2017 al zijn zorgen. In een position paper naar de Tweede Kamer verwoordden ze treffend hun zorgen. Ik citeer *“Het voorliggende wetsvoorstel Wvvggz heeft gedurende het wetstraject het karakter van een beveiligingswet gekregen. Hierdoor worden de psychiater en geneesheer-directeur, en alle professionals die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van verplichte zorg, op onrechtmatige wijze ingezet om maatschappelijke problemen te bestrijden en op te lossen. Beveiliging is deel gaan uit maken van de definitie van zorg in de wet. Dit blijkt uit de terminologie in de restrictieve onderdelen van verplichte zorg ‘beperken van de bewegingsvrijheid’, ‘insluiten’, ‘onderzoeken aan kleding of lichaam’ en ‘controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen’* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. NVvP, 2017).

De Wvvggz is een zorgwet, geen opnamewet, of beveiligingswet zoals de NVvP het noemt. In de Wvvggz staat, ondanks de koppeling met het veiligheidsdomein, passende zorg centraal. De belangrijkste verschillen zijn door VWS duidelijk naar voren gebracht en laten zich als volgt omschrijven (VWS, Dwang in de zorg, Wet verplichte GGZ, over de WvGGZ, 2019). De BOPZ kende alleen de mogelijkheid om gedwongen zorg in een klinische setting te geven. Opname is onder de Wvvggz geen voorwaarde meer om verplichte zorg te verlenen.

De Wvvggz kent meer behandel mogelijkheden dan de BOPZ. De behandel mogelijkheden zijn onder de Wvvggz uitgebreid met onder andere verplicht medisch handelen ondergaan, maar ook controle op aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen, onderzoek naar gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen in de woning of een andere plaats waar de persoon is en onderzoek aan kleding of lichaam.

De rechtspositie van de patiënt is versterkt. De Wvvggz regelt inspraak van de patiënt tijdens het hele proces. Hij kan bijgestaan worden door een patiëntvertrouwenspersoon (PVP) en heeft het recht gehoord te worden door de Burgemeester voorafgaande aan een crisismaatregel. Ook heeft de patiënt het recht om een zorgkaart en een eigen plan van aanpak op te stellen.

Zorg onder de Wvvgz wordt wettelijk gezien als *Ultimum Remedium*.

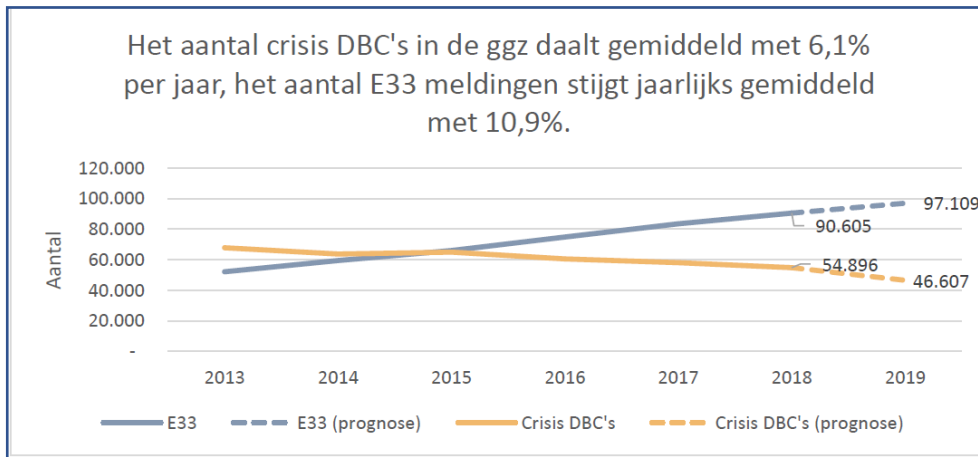
In de Wvvgz is vastgelegd dat bij het inzetten van verplichte zorg zal moeten worden voldoen aan proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Voor wat betreft de uitvoerbaarheid van de wet en specifiek de inzet van professionals zegt staatssecretaris Paul Blokhuis in een brief aan de Eerste Kamer dat de nieuwe wet een toename van de werkdruk tot gevolg kan hebben.

In een passage in zijn brief refereert hij aan de krapte op de arbeidsmarkt die de GGZ al jaren parten speelt. Wat dit verder voor mogelijke (nadelige) effecten zou kunnen hebben blijft echter onbesproken (Blokhuis, 2019). NVvP heeft berekend dat om tot een goede uitvoering te komen er nog 130 FTE psychiater bij moet in Nederland, dit terwijl er honderden vacatures openstaan. Samengevat kan gesteld worden dat de invoering van de Wvvgz het GGZ veld doet veranderen. Voor een bestuurder een onzekere tijd waarin het aankomt op stuurmanskunsten om balans in je organisatie te behouden of opnieuw te vinden.

## 1.2 Context Wvvgz

Het omschrijven van de maatschappelijke context waarin de Wvvgz wordt ingevoerd maakt dat de wet niet alleen kan worden beschouwd als een opzichzelfstaande entiteit, maar ook als onderdeel van de maatschappij waarin hij wordt ingevoerd. Zo ontstaat een beeld van hoe de wet ingezet kan worden. De maatschappelijke context is dermate van belang dat de NVvP gegeven die context de Tweede Kamer in 2017 al opriep van de wet af te zien, dit om oneigenlijk gebruik van de wet te voorkomen. In het publieke debat rondom 'verwarde personen' dat de laatste jaren wordt gevoerd en naar aanleiding van tragische incidenten waarbij (forensisch) psychiatrische patiënten zijn betrokken, is de roep van de burger om 'verwarde personen' op te sluiten groot, zo stelt de NVvP. De lokale overheid doet daarom een appèl op de GGZ om steeds meer en vaker medische informatie te delen, én om patiënten bij voorkeur gedwongen op te nemen (Nederlands Vereniging voor Psychiatrie. NVvP, 2017).

Het tijdsgewricht waarin deze nieuwe wet vorm krijgt in de praktijk laat zich enerzijds kenmerken door veiligheidsdenken, verwarde personen discussie en het idee van een maakbare (veilige) maatschappij. Anderzijds kenmerkt het huidige tijdsgewricht zich door een privacy discussie, wetgeving zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), meer emancipatie van cliënten, maar ook stijgende zorgkosten, arbeidsmarktproblematiek en vraagstukken rondom ambulantisering (Koekkoek, Verward in Nederland, 2016) (Tonkens, 2003) (Weegel, 2014). Zoals Bauke Koekkoek in een van zijn artikelen (Koekkoek, 2017) over verwarde personen terecht opmerkt is dat er de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht is voor verwarde personen. De oorzaak wordt gevonden in enerzijds een aantal ernstige incidenten met fatale afloop door mensen met een psychiatrische stoornis en een stijging van het aantal meldingen van verwarde personen bij de politie (E33 meldingen). In veel media-uitingen worden deze incidenten en de E33-meldingen aan elkaar gekoppeld, waardoor een beeld ontstaat van tienduizenden 'verwarde personen' die in Nederland rondlopen en in staat zouden zijn om een geweldsdaad te plegen (Koekkoek, 2017). Uit onderzoek van Zilveren Kruis, uitgevoerd door Vektis blijkt echter dat er geen sprake is van een stijging van het aantal crisisbehandelingen (crisis DBC's), oftewel er wordt geen toename gezien van het aantal mensen dat door de Crisisdienst van de GGZ wordt beoordeeld.



Figuur 1: Cijfers DBC crisis versus E33 melding (bron Vektis)

In de aanloop naar de invoering, maar ook vandaag de dag zien we in de media veel aandacht voor de wet. Veelal in negatieve zin laten verschillende kopstukken in de GGZ zich uit over de (on)mogelijkheden van de nieuwe wetgeving. Berichtgeving varieert: *'Wet verplichte ggz negeert mensenrechten'*, waarbij het artikel start met de zin: *"Er schuilt een groot gevaar in de nieuwe Wet verplichte ggz (Wvogg) volgens Philippe Delespaul (Delespaul, 2020)*. Of zoals het Parool kopte: *Psychiaters die patiënten fouilleren: nieuwe ggz-wet stuit op weerstand (Kempen, 2020)*. Dwang in de zorg is een contradictio in terminis of terwijl een tegenspraak in termen, zorg en dwang. Aartjan Beekman omschreef het tijdens het interview als een anomalie dat je in de gezondheidszorg iets tegen iemands wil in doet. Dit vraagt om een grote mate van zorgvuldigheid bij zowel de inzet als uitvoering van deze wet.

### 1.3 Doelstelling

Goede zorg bieden aan kwetsbare mensen met een psychiatrische stoornis als vrijwillige zorg niet meer voldoende is om ernstig nadeel af te wenden, zo luidt het schrijven van Paul Blokhuis (Blokhuis, 2019). In de praktijk is zorg voor iemand die zichzelf niet ziek vindt en zich daarbij soms heftig verzet voor alle betrokkenen een moeilijk, delicaat proces. Het is zorg welke wordt ingezet als ultimum remedium waarbij alle onderdelen binnen een organisatie goed samen moeten werken. Dit vraagt om alignement. Een nieuwe wet zet het zorgveld op dit vlak op scherp, het schudt de sector wakker. De GGZ-sector zal zich tot de nieuwe wet moeten gaan verhouden, zich anders moeten organiseren en moeten sturen op waarden zoals omschreven in de nieuwe wet.

Ik beschouw dit vanuit de beleidsstrategie als een 'externally imposed strategy', waarbij de strategie van buiten de organisatie komt (Johnson, 2017). Gegeven de externe, veranderende omgeving zal de zorgbestuurder in de GGZ balans moeten (her)vinden met als doel zijn organisatie stabiel te houden. Kim Putters (2009) gebruikt de term meervoudig besturen om aan te geven hoe bestuurders op basis van de vier waardensystemen in de zorg trachten balans te houden ten tijde van soms conflicterende eisen.

Doelstelling van dit onderzoek is om op basis van waardensystemen in de zorg inzicht te krijgen in meervoudig besturen tijdens de implementatie van de Wet verplichte GGZ.

Anders geformuleerd is mijn doelstelling om empirisch te laten zien hoe meervoudig besturen vorm krijgt bij een externally imposed strategy. Waardensystemen en zorglogica's dienen als conceptueel handvat om dit nader te onderzoeken.

Als scope van dit onderzoek is gekozen voor een onderverdeling in een operationele arena en een bestuurlijke arena. Wim van de Donk beschrijft in zijn proefschrift arena's als domeinen die lastig af te bakenen zijn en welke vormkrijgen in een ingewikkeld samenspel van verschillende actoren, doelstellingen en krachtenvelden (Donk, 1997). In deze thesis is de term arena neutraal bedoeld en niet als een strijdtoneel binnen de zorg.

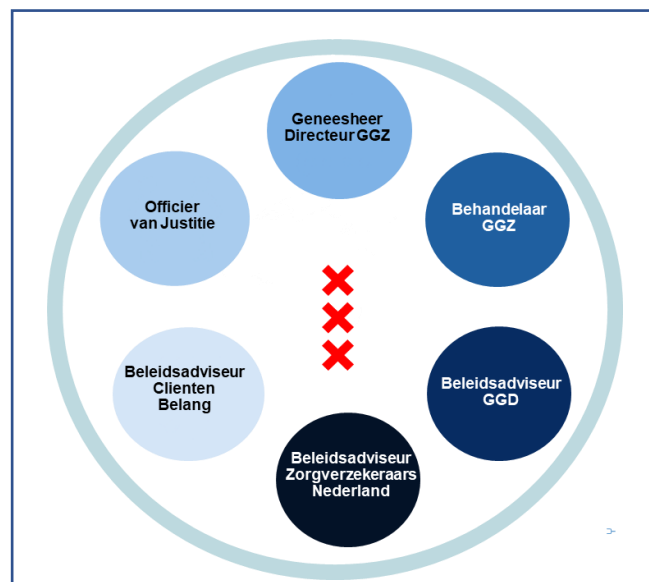
Vanuit zowel de operationele arena als de bestuurlijke arena onderzoek ik hoe de implementatie van de Wvggz meervoudig besturen in de GGZ beïnvloedt. Door een koppeling te maken tussen waardensystemen en zorglogica's onderzoek ik zowel het operationele niveau als het bestuurlijk-tactisch niveau. Door een koppeling te maken tussen waarden en logica's in de zorg construeer ik een conceptueel kader dat de implementatie van de Wet zowel op bestuurlijk als operationeel niveau blootlegt. Vanuit dit conceptueel kader maak ik inzichtelijk hoe de logica's vanuit de operationele arena zich al dan niet verhouden tot de bestuurlijke praktijk en handelingsruimte van een bestuurder aan de ene kant en de legitimiteit voor zijn handelen aan de andere kant.

De operationele arena beschouw ik als het gebied waar het spektakel van de daadwerkelijke uitvoering van de wet plaatsvindt. Hier worden verwarde mensen gezien, gehoord en beoordeeld. Hier krijgt de wet vorm in de dagelijkse praktijk van de zorg. De operationele arena krijgt binnen het Amsterdamse zorgveld vorm in het samenspel tussen de GGZ partijen, de GGD, Cliëntenbelang Amsterdam, het Openbaar Ministerie en Zorgverzekeraars Nederland (zie figuur 2). Elke stakeholder heeft zijn eigen verantwoordelijkheid binnen de uitvoering van de Wvggz. De GGZ partijen beoordelen de cliënten medisch, waarbij vooral de geneesheer-directeur een belangrijke coördinerende rol heeft en eindverantwoordelijkheid draagt voor het medische oordeel. De GGD is belast met het verkennend onderzoek en de hoorplicht. Cliëntenbelang Amsterdam vertegenwoordigt het belang van de cliënten aan alle tafels. Het Openbaar Ministerie heeft de regierol op het gehele proces. Zorgverzekeraars Nederland heeft als branche partij van alle verzekeraars een rol in de financiering van de Wvggz.

Voor het onderzoeken van de operationele arena maak ik gebruik van de vier logica's in de zorg. Logica's als ideaal type bieden een waardevol theoretisch kader waar vanuit de operationele arena onderzocht kan worden. Elk waardensysteem in de zorg kent zijn eigen zorglogica, welke de basis vormt waarop mensen denken, waarnemen en ordenen (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013). Foucault (1972) betoogt dat betekenis geven aan tekst is gebaseerd op aannames en statements, welke impliciet de basis vormen voor hoe er over een onderwerp wordt gesproken en gedacht. Dit uitgangspunt maakt zorglogica's een passend theoretisch kader voor het onderzoeken van de operationele arena.

Voor het onderzoeken en construeren van het bestuurlijke niveau gebruik ik eveneens de term arena als een plek waar het spektakel plaatsvindt. De bestuurlijke arena wordt gevormd door de bestuurslaag van de verschillende stakeholders in Amsterdam, te weten de GGZ bestuurders, de directeur van de GGD en van Cliëntenbelang Amsterdam. Voor het onderzoeken van de bestuurlijke arena maak ik gebruik van de vier waardensystemen in de zorg. Waarden zijn algemene principes die als richtinggevend voor een bepaalde praktijk worden gezien. Waarden kunnen gezien worden als belangrijke idealen en overtuigingen welke richting geven aan het handelen (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013).

Door de operationele arena vanuit de logica's te construeren en de bestuurlijke arena vanuit de waardensystemen ontstaat een beeld van het krachtenveld waarbinnen een bestuurder richting moet geven. Kim Putters (2009) noemt dit meervoudig besturen. Het gaat bij meervoudig besturen niet om het scheiden, maar om het verbinden van tegengestelde belangen, verlangens en ideeën. Dat moet leiden tot nieuwe routines, het inzetten van nog onbenutte kennisbronnen en relaties, en het communiceren van reële verwachtingen. (Putters, 2009) (WRR, 2004)



Figuur 3: Operationele arena Amsterdam Wvvgz

#### 1.4 Relevantie

Dit onderzoek naar de implementatie van de wet verplichte GGZ richt zich op meervoudig besturen. Vanuit de bestuurskunde is meervoudig besturen relevant voor bestuurders in de semi-publieke sector. Bestuurders binnen de GGZ begeven zich meer dan binnen andere sectoren op het snijvlak van de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid (Putters, 2009). De Wet Verplichte GGZ, welke de dwang in de zorg opnieuw vormgeeft raakt zowel de markt, de samenleving, de medische professie als de overheid. Onderzoek naar meervoudig besturen ten tijde van de invoering van de Wvvgz is om meerdere redenen relevant voor bestuurders in de GGZ. De stelselwijzigingen en wetwijzigingen kan je zien als 'externally imposed strategy', waar je als zorgbestuurder constant alert op moet zijn. Balans houden tijdens deze veranderingen is cruciaal. Aanvullend laat dit onderzoek zien wat de rol van de bestuurders is op het maatschappelijk debat rondom kwetsbare mensen, veiligheid en zorg.

Door dit onderzoek wordt de bestuurskundige term meervoudig besturen geladen vanuit de waardensystemen en zorglogica's. De koppeling van de operationele arena aan de bestuurlijke arena maakt inzichtelijk hoe meervoudig besturen daadwerkelijk in de praktijk vorm krijgt. De waarden van meervoudig besturen wordt zichtbaar. Hiermee wordt de wetenschappelijke relevantie van meervoudig besturen als term onderschreven.

## 1.5 Vraagstelling (hoofd- en deelvragen)

Hoofdvraag van deze thesis:

**Hoe beïnvloeden de waarden opgesloten in de Wvggz en de logica's in de operationele praktijk bij implementatie van de wet, de bestuurlijk arena van meervoudig besturen van de GGZ bestuurder.**

Deelvragen

- Welke waardensystemen zijn opgesloten in de Wvggz
- Welke logica's treffen we aan in de operationele praktijk
- Hoe zijn waardes en logica's met elkaar verweven
- Hoe geven de waardes vanuit bestuurskundig perspectief richting aan meervoudig besturen.

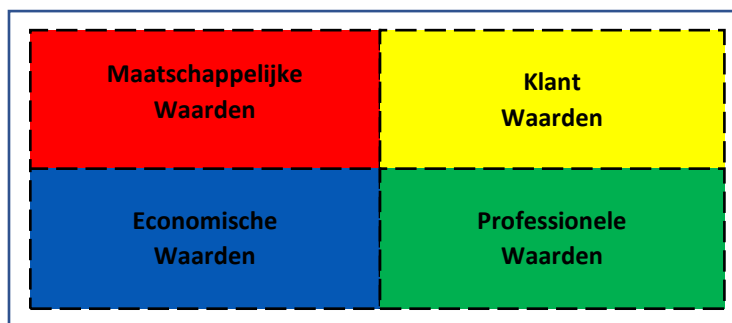


## 2. Theoretisch kader

Binnen dit onderzoek vormen de vier waardensystemen in de zorg en de bijbehorende zorglogica's het theoretisch kader. De vier waardensystemen vormen de theorie waarvan uit naar de bestuurlijk arena wordt gekeken (2.1). De theorie van de bijpassende logica's in de zorg lenen zich goed als theoretisch kader voor het onderzoeken van de operationele arena (2.2). Vanuit de literatuur zal meervoudig besturen nader worden beschreven (2.3). Het hoofdstuk sluit af met een toelichting op het conceptueel model (2.4).

### 2.1 Waardensystemen in de zorg

In de zorg zijn vier waardensystemen te onderscheiden. De vier waardensystemen in de zorg worden op verschillende manieren verwoord. Kim Putters kiest in zijn oratie voor de onderverdeling markt, gemeenschap, overheid/politiek en medisch (Putters, 2009). Waardensystemen in de zorg vormen een normerend kader, welke legitimiteit geven aan bestuurders (Janssen, 2017). Ik gebruik de termen maatschappelijke waarden, klantwaarden, economische waarden en professionele waarde. Reden voor deze andere woordkeuze is de aansluiting van de waarden en de logica's, wat de redenatie van het betoog ten goede komt (zie figuur conceptueel model).



Figuur 4: Vier waardensystemen in de zorg

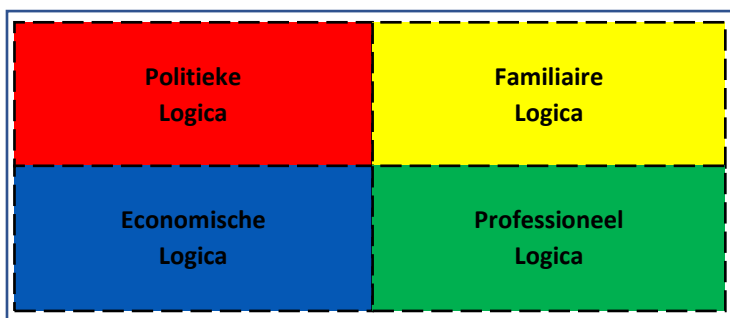
Elk van deze waarden kent zijn eigen algemene principes die richtinggevend zijn voor de praktijk. Waarden kunnen gezien worden als belangrijke idealen en overtuigingen welke richting geven aan het handelen. Waarden vormen de basis van waarop waarnemen, denken en ordenen berusten. Wilma van der Scheer beschrijft dat elk waardesysteem een eigen perspectief kent en een eigen logica van waarnemen, denken en ordenen (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013). Waarden bieden door hun abstractieniveau een relevant kader om zowel de Wvvgz als de bestuurlijke arena te onderzoeken.

### 2.2 Zorglogica's

Zorglogica's hebben een meer gedetailleerd niveau dan de vier waardensystemen. Ze vormen als het waren de daadwerkelijke invulling van de waardensystemen in de praktijk. Over de koppeling tussen waarden en logica's zijn in de literatuur een aantal studies te vinden. Het theoretisch model van Knijn (Knijn, 2000) over de vier logica's in de zorg, gaat uit van een koppeling tussen waarden als basis en logica's als ideaaltype van deze waarden. Logica's kunnen vertaald worden als handelingswijzen of coördinatiemechanismen, welke passen bij een specifieke bovenliggende waarden (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013). Logica's worden in het dagelijks leven expliciet in de manier waarop er over een onderwerp wordt gesproken (Verhagen, 2005)

Dit past ook binnen het betoog van Foucault (1972), waarin hij stelt dat de manier waarop woorden worden gekozen gebaseerd is op aannames en statements, welke impliciet de basis vormen voor hoe er over een onderwerp wordt gesproken en gedacht. Dit uitgangspunt maakt zorglogica's een passend theoretisch kader voor het onderzoeken van de operationele arena. Door te onderzoeken hoe er vanuit verschillende partijen over de implementatie van de Wvvgz wordt gesproken kan worden gedestilleerd welke zorglogica's domineren.

Zorglogica's worden in de literatuur verschillend gecategoriseerd en beschreven. Basis voor onderverdeling in zorglogica's in vier elementen wordt uitvoerig beschreven door Trudie Knijn (Knijn, 2000). De oorspronkelijke driedeling van staat, markt en familie vult zij aan met degene die binnen het domein van zorg en welzijn de uitvoering vormgeeft, de professional. Kim Putters (Putters, 2009) komt in zijn oratie tot nagenoeg dezelfde conclusie als het gaat om waardensystemen in de zorg. De waarden van de medische professie voegt hij toe aan de bestaande waarden van klant, markt en overheid. Er worden in de literatuur verschillende benamingen door elkaar gebruikt als het gaat om de vier logica's. De kernbegrippen waar de logica's op zijn gebaseerd blijven echter dezelfde. Wilma van der Scheer (2016) hanteert de onderverdeling familiale logica, professionele logica, private logica en publieke logica. Andere kiezen voor economische logica om de markt weer te geven en politieke logica om de overheid weer te geven (Verhagen, 2005). Ik kies binnen dit onderzoek voor een onderverdeling en bewoording van de zorglogica's welke goed aansluit op de waardensystemen in de zorg. Op deze manier ontstaat een praktisch framework van waardensystemen en zorglogica's.



Figuur 5: Vier zorglogica's

### 2.2.1 Kernbegrippen waardensystemen en logica's

Zoals eerder betoogd kent elk waardensysteem zijn eigen zorglogica, waarbij zorglogica's zelfstandig cluster zijn van sociaal-culturele opvattingen (Knijn, 2004). De onderlinge samenhang tussen waardensystemen en zorglogica's is visueel vormgegeven in figuur 5.

Onderstaand model geeft een kort inzicht in de samenhang van waardensystemen, logica's en de bijpassende criteria en kernbegrippen. De lijst met kernbegrippen is niet uitputtend, maar slechts een korte selectie van de voor dit onderzoek meest in het oog springende begrippen.

Waardesysteem	Maatschappelijke Waarden	Klant Waarden	Economische Waarden	Professioneel Waarden
Zorglogica	Politieke logica	Familiaire logica	Economische Logica	Professioneel Logica
Criteria	Rechtvaardigheid	Betrokkenheid	Doelmatigheid	Deskundigheid
Kernbegrippen	Wet & regelgeving Administratie Beheersing	Naasten/ Familie Inspraak Recht op informatie	Productie Budget Effectiviteit	Patiënt veiligheid Beroepsethiek Autonomie

Figuur 6: waardesystemen, zorglogica's en hun kernbegrippen (Verhagen, 2005)

### 2.2.2 Maatschappelijke waarden

De maatschappelijke waarden krijgen vorm binnen de politieke logica.

In de literatuur wordt de politieke logica op een aantal manieren belicht. Centraal staat de overheid die verantwoordelijkheid draagt voor een rechtsgelijke behandeling van al haar onderdanen, waarbij rechtvaardigheid afwisselend wordt geladen met termen als vrijheid, gelijkheid en solidariteit (Verhagen, 2005). Rechtvaardigheid binnen de politieke logica is ideaaltypisch dat de burgers ervanuit kunnen gaan dat zij rechtvaardig, zonder aanzien des persoons worden behandeld (Knijn, 2004). Structuur en duidelijkheid komt van bureaucratische administratie en gestandaardiseerde processen, welke houvast geven bij de uitvoering van wet & regelgeving. Belangrijke kernbegrippen zijn wet & regelgeving, administratie en beheersing. Deze kernbegrippen geven samen met de rol van de overheid op het gebied van veiligheid een complex systeem van regulering (Scheer, 2016).

### 2.2.3 Klantwaarden

In de literatuur is veel te vinden over klant waarden, ook buiten de zorg. De klantwaarden binnen de waardesystemen in de zorg zijn aan de familiale logica gelieerd. De familiale logica kent een brede invulling van betrokkenheid en zorgen voor elkaar. Deze betrokkenheid, maar ook zorgzaamheid in termen van "goed doen" zijn intrinsiek onderdeel van de familiale logica (Scheer, 2016).

In de literatuur wordt de familiale logica niet alleen vormgegeven vanuit de cliënt, maar wordt veel breder geredeneerd, ook vanuit de familie en naasten. Met 'naasten' wordt bedoeld de partner, ouder(s), broer(s), zus(sen), kind(eren) of andere voor de zorgvrager belangrijke personen (Simmes, 2015). Anders dan bij andere logica's is er binnen de familiale logica geen sprake van wetenschappelijke gefundeerde vakkennis, maar wordt op basis van subjectieve beoordelingen keuzes gemaakt en worden meningen gevormd (Knijn, 2004). De subjectieve beleving van de zorg en de waarden die de individuele cliënt en zijn naasten aan de zorg geven vormen daarmee de basis van de familiale logica. aan de zorg (Scheer, 2016). Belangrijke kernbegrippen zijn betrokkenheid, zorgzaamheid, maar ook inspraak en recht op informatie.

#### 2.2.4 Economische waarden

De economische waarden zijn gebaseerd op de economische logica, welke ook wel wordt vertaald in private logica. In de literatuur wordt de economische logica op verschillende manieren belicht. Buiten de zorg is deze logica die van winstoptimalisatie en doelmatigheid, terwijl het binnen de zorg het behalen van winst (nog) niet zozeer aan de orde is, maar het meer om maatschappelijk rendement gaat (Scheer, 2016). Doelmatigheid is een thema dat zowel binnen als buiten de zorg binnen de economische logica thuishoort. Doelmatigheid kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Doelmatigheid met betrekking tot het inzetten van mensen, maar ook van middelen, waarbij termen als productie en budget aanbod komen. De economische logica is die van de markt van vraag en aanbod, waarbij effectiviteit en doelmatigheid de grootste krachten vormen (Verhagen, 2005). Deze logica is anders dan de familiale logica onpersoonlijk van aard en gebaseerd op een verdeelmechanisme, welke niet meteen gelinkt is aan de behoefte van de cliënt (Knijn, 2004). De behoefte van de cliënt kan echter wel een rol van betekenis krijgen binnen de economische logica, als de cliënt instaat wordt gesteld wel geïnformeerde keuzes binnen de zorg te maken. Dit zou, zo stelt Wilma van der Scheer (2013), de doelmatigheid van zorg ten goede kunnen komen.

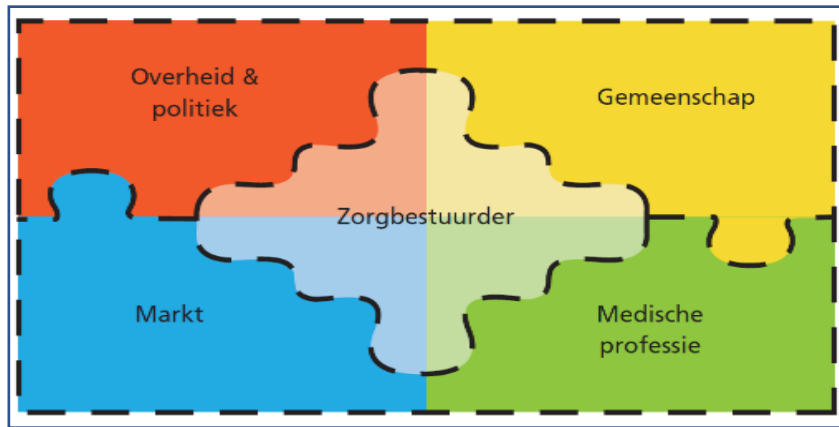
#### 2.2.5 Professionele waarden

De professionele waarden zijn gebaseerd op de professionele logica. In de literatuur is vanuit veel verschillende gremia geschreven over de professionele logica. Vanuit de medische professie is de term "Gij zult niet schade, *primum non nocere*" een bekend adagium wat de kern vormt van medisch handelen en afkomstig is van Hippocrates (Ebels, 1986). Medische professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording (KNMG, 2007). Het thema verantwoording afleggen komt ook terug in hoe Wilma van der Scheer (2016) deze logica beschrijft, waarbij thema's als (patiënt)veiligheid en kwaliteit domeinen zijn waar de professional verantwoording over aflegt. Op basis van opleiding, kennis en verdieping is de professional een expert op zijn terrein, wat hem superieur maakt aan zijn cliënt zo stelt Tonkens (2003). Aanvullend heeft de professional het recht om beslissingen voor de patiënt te nemen, indien noodzakelijk tegen hun wil in (Tonkens, 2003). Vanuit de beroepsethiek van de medische professional wordt dit onderschreven en wordt de toegankelijkheid van zorg gedefinieerd op basis van de door een medicus vastgestelde medische noodzakelijkheid (KNMG, 2007)

#### 2.3 Meervoudig besturen

De zorg is een semi-publieke setting, waarbij een publieke dienst wordt geleverd door een private dienstverlener, ook wel derde sector genoemd (Bijloos, 2019). De semi-publieke sector wordt gevormd door een mix van overheid, markt en gemeenschapsdenken. Bestuurders in de GGZ zijn meer dan in andere sectoren naast zorginhoudelijk ook maatschappelijk en politiek bewust. (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013). Wilma van der Scheer beschrijft dat in een gemengd governance regime verschillende waardeoriëntaties naast elkaar bestaan, zonder dat één domineert. Zorgbestuurders moeten tegelijkertijd reageren op de soms conflicterende eisen en wensen van de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid (Putters, 2009). Kim Putters introduceert het fenomeen dat een zorgbestuurder op strategisch/tactisch niveau zich tussen de vier beschreven waardensystemen bewegen de bestuurskundige term van meervoudig besturen (Putters, 2009)

Vanuit bestuurskundig perspectief zijn de waardensystemen in de zorg bruikbaar om zicht te krijgen op het krachtenveld waarbinnen de GGZ bestuurder tactisch moet handelen. Waarden zijn echter geen ideaaltype en moeilijk als zodanig te onderzoeken (Putters, 2009)



Figuur 7 Kim Putters 2009. Meervoudig besturen

Zoals Wilma van de Scheer betoogt ten aanzien van gemengde governance, staan ook de beschreven waarden/logica's niet op zichzelf. Ze beïnvloeden elkaar en komen zelden in één ideaaltype voor. Men spreekt daarom ook wel van gemengde logica's. Brandsen omschrijft dit als een hybride systeem *"Hybrid forms, that is, those that mix elements from these idealtypical domains, are increasingly prevalent throughout society."* ( )Hybriditeit refereert tot heterogene arrangementen, gekarakteriseerd door mixtures of pure and incongruous origins, (ideal)types, "cultures," "coordination mechanisms," "rationalities," or "action logics." (Brandsen, van de Donk, & Putters, Griffins or chameleons? Hybriditeit as a permanent and inevitable characteristic of the third sector, 2005).

Grote GGZ organisaties bewegen zich in de semi-publieke sector op het grensvlak van staat, markt en maatschappij. Dergelijke organisaties worden ook wel hybride organisaties genoemd (Brandsen, Donk, & Kenis, 2006). Kim Putters koppelt hybride organisaties direct aan meervoudig besturen. Het feit dat grote GGZ organisaties zich op verschillende grensvlakken van overheid, markt en maatschappij begeeft, vraagt van een bestuurder hierop te acteren. Het gaat hierbij volgens Putters (2009) niet alleen om de houding van bestuurders, maar ook over de legitimatie voor zijn bestuurlijk handelen. Richard Jansen beschrijft in zijn oratie aan de hand van de Creating Public Value theorie van Mark Moore hoe besturen in de zorg tweebenigheid vereist vanwege de dynamiek in de bestuurlijke arena (Janssen, 2017). Kern van meervoudig besturen is het verbinden van tegengestelde belangen, verlangens en ideeën (Putters, 2009). De mate waarin zorgbestuurders in staat zijn balans te vinden in dit krachtenveld bepaalt voor een groot deel hun Licence to lead. License to lead kan worden vertaald in de mate waarin een bestuurder zijn of haar organisatie kan laten meebewegen met de veranderende context en eisen van de omgeving (overheid, markt en gemeenschap) (Bijloos, 2019).

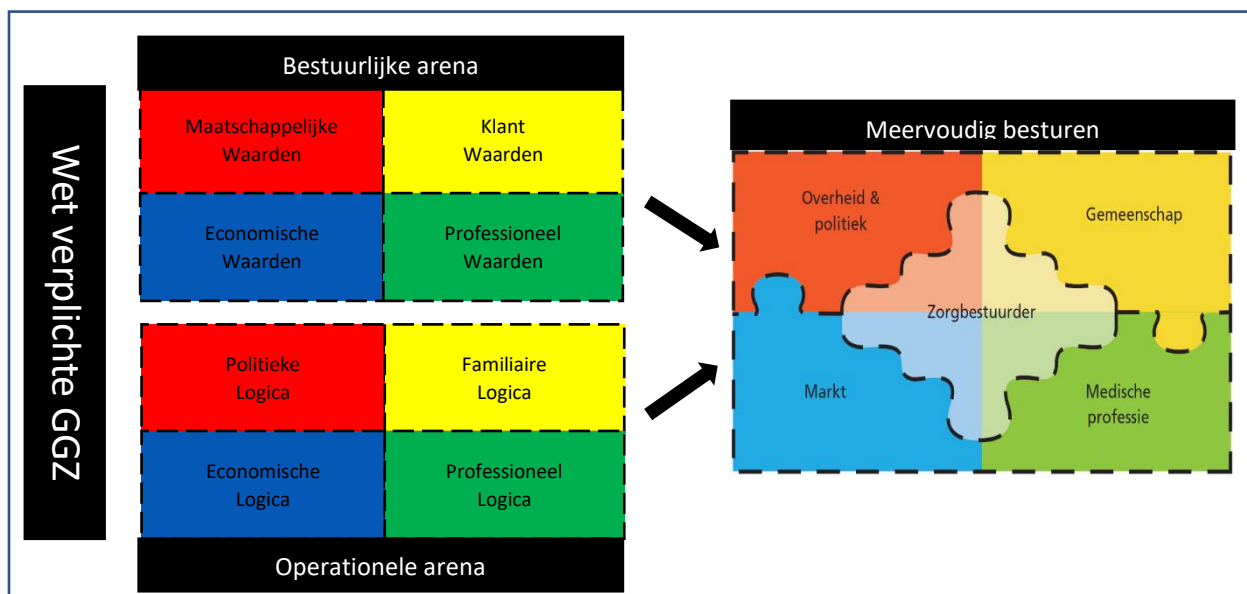
## 2.4 Conceptueel model

Het conceptueel model is opgebouwd uit twee arena's, de bestuurlijke arena en de operationele arena. De bestuurlijke arena wordt gevormd door de vier waardensystemen in de zorg, de operationele arena wordt gevormd door de vier eerdergenoemde zorglogica's

Door een koppeling te maken tussen waardensystemen en logica's in de zorg ontstaat een conceptueel kader dat de implementatie van de Wvggz zowel op bestuurlijk als operationeel niveau blootlegt. Dit maakt inzichtelijk hoe de logica's vanuit de operationele arena zich verhoudt tot de verschillende waardensystemen van de bestuurlijke praktijk.

Deze uitkomst leg ik tegen het concept van meervoudig besturen met als doel de bestuurlijke praktijk en handelingsruimte van een bestuurder aan de ene kant en de legitimiteit voor zijn handelen aan de andere kant te expliciteren.

De Wet Verplichte GGZ is object van analyse en daarmee geen onderdeel van het conceptueel model.



Figuur 8: Conceptueel Model

## 3. Onderzoekopzet

Dit hoofdstuk start met het uiteenzetten van de onderzoeksmethode in 3.1. Gevolgd door het onderzoeksmodel in 3.2, wat een schematische weergave van de te nemen stappen is. In 3.3 wordt uiteengezet welke respondenten aan het onderzoek hebben meegewerkt en wordt de setting van het onderzoek beschreven. De dataverzameling en analyse volgen in 3.4. Het hoofdstuk sluit af met een passage over betrouwbaarheid en validiteit.

### 3.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek laat zich omschrijven als een casestudy met daarin een exploratieve, kwalitatieve insteek naar waardensystemen en logica's in de zorg. Dit onderzoek richt zich specifiek op meervoudig besturen ten tijde van de implementatie van de Wvggz. De reden om voor een casestudy te kiezen ligt in het feit dat voor het gewenste resultaat voldoende diepgang noodzakelijk is om het fenomeen van meervoudig besturen nader te onderzoeken. Aanvullend is gekozen om dit fenomeen te onderzoeken naar aanleiding van een specifiek event, de invoering van de Wvggz. De invoering van de Wvggz geeft de sector als het waren een duw, waardoor bestuurders (opnieuw) een balans moeten vinden in hun organisatie. Door dit momentum te benutten kan meervoudig besturen empirisch worden onderzocht. De gewenste diepgang wordt bewerkstelligd door gebruik te maken van methodentriangulatie (Verschuren & Doorewaard, 2016), oftewel het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews, observatie en inhoudsanalyse. Gekozen onderzoeksmethoden passen bij het onderzoeken van verschillende arena's, zoals in dit onderzoek tot uiting komt. Semi-gestructureerde interviews zijn toegepast bij het onderzoeken van de bestuurlijke arena. Voor het onderzoeken van de operationele arena is daar nog een onderzoeksmethode aan toegevoegd, de observatie. Door als onderzoeker in de operationele arena te observeren ontstaat een beeld van hoe de nieuwe wet wordt beleefd op de werkvloer. Het gaat hierbij om observatie van gedrag en van conversatie. Bij de onderzoeksmethodiek van observeren is vastlegging erg belangrijk (Verschuren & Doorewaard, 2016). Observaties zijn aan de hand van een codeboek vastgelegd.

Een andere manier om diepgang in dit onderzoek te borgen is door het werken met meerdere bronnen, ook wel bronnentriangulatie genoemd. Interviews zijn afgenomen binnen verschillende sociale contexten en bij verschillende stakeholders.

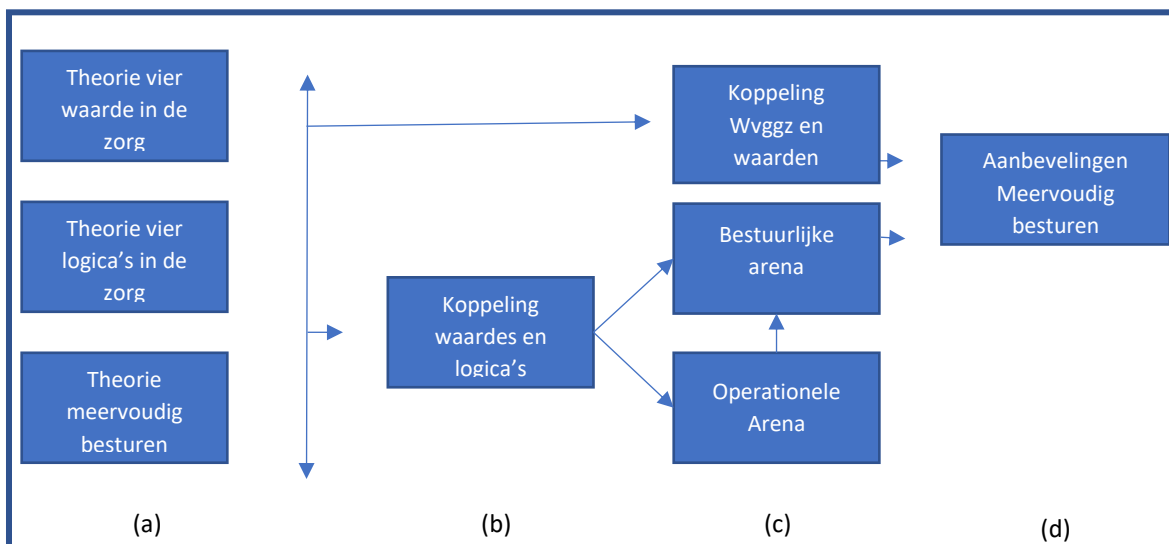
Er is gekozen voor een afgebakende regio, met specifiek benoemde partijen en actoren. De actoren zijn op basis van het conceptueel model strategisch gekozen. Men spreekt van een strategische steekproef (Verschuren & Doorewaard, 2016). De respondenten zijn select gekozen binnen een vooraf afgebakende onderzoekssetting, te weten Amsterdam. De keuze voor Amsterdam als afgebakende regio ligt in het gegeven dat Amsterdam de meeste crisissen op jaarbasis heeft en dat er meeste dwangmaatregelen worden uitgeschreven. Aanvullend is Amsterdam het werkgebied van de onderzoeker, waardoor een breed netwerk ingezet kan worden om respondenten te benaderen. Respondenten zijn op basis van hun kennis en expertise geselecteerd. Hierbij is rekening gehouden met een gelijke verdeling over de verschillende stakeholders. Van 5 stakeholders is zowel een bestuurder als iemand vanuit de uitvoerende laag gesproken.

### 3.2 Onderzoeksmodel

Het onderzoeksmodel geeft een schematische weergave van de te nemen stappen om het uiteindelijke doel te bereiken. In het literatuuronderzoek worden zowel de logica's in de zorg als de waardensystemen aan de hand van wetenschappelijke literatuur onderzocht. Aanvullend wordt de term meervoudig besturen aan de hand van de literatuur toegelicht. (onderdeel a).

Vervolgens zal er op basis van literatuur een koppeling worden gemaakt tussen waardensystemen en logica's in de zorg.

Het derde deel van het onderzoek zal bestaan uit dataverzameling te weten interviews en observatie. Vanuit de data worden de verschillende logica's expliciet. De dataverzameling vult de logica's vanuit de beleefde praktijk en maakt daarmee de operationele arena inzichtelijk. Vanuit de operationele arena wordt de terugvertaling gemaakt naar de waardensystemen, welke op hun beurt de bestuurlijke arena vormgeven. De bestuurlijke arena kan gezien worden als een krachtenveld van waardensystemen. Vanuit meervoudig besturen gaat het om het verbinden en samenspel van de waardensystemen (onderdeel c). De aanbevelingen zullen op basis van het bestuurlijke arena en de waarden zoals vastgelegd in de Wvvgz tot stand komen. (onderdeel d)



Figuur 9: Onderzoeksmodel

### 3.3 Respondenten en onderzoekssetting

Het onderzoek vindt plaats in de stad Amsterdam. Voor deze afbakening is gekozen om de gewenste diepgang in het onderwerp te borgen, mede gezien de beperkte tijd die er voor dit onderzoek beschikbaar is. Keuze voor Amsterdam was naast dat het werkgebied van de onderzoeker is, ook op basis van het aantal crisissen en dwangmaatregelen. De kans dat de Wvvgz in Amsterdam snel na invoering vorm zou krijgen was daarmee groter dan binnen andere steden.

Voor het uitvoeren van deze casestudy is onder andere gekozen voor de onderzoeksmethodiek van observatie. Door gedetailleerde waarneming op locatie, het voeren van gesprekken wordt inzicht verworven in hoe de praktijk zich vormt. (Verschuren & Doorewaard, 2016). Doel van de observatie richt zich op hoe er over de wet wordt gesproken, het vertoog. Als locatie is gekozen voor de meldkamer van de spoedeisende psychiatrie, ook wel het kloppende hart van de acute psychiatrie in Amsterdam, waar de Wvvgz dagelijks wordt toegepast.



Voor het onderzoeken van de operationele arena zijn personen geïnterviewd die ook daadwerkelijk dagelijks met de Wvggz werken en nauw betrokken zijn bij de implementatie uitvoering en evaluatie van de Wvggz. Tevens representeren zij diverse actoren, die mogelijk vanuit een eigen invalshoek/waardesysteem naar de wet en haar uitvoeren kijken.

De volgende 7 personen zijn geïnterviewd:

1. Psychiater Spoedeisende psychiatrie
2. Geneesheer-directeur Arkin
3. Geneesheer-directeur GGZ inGeest
4. Sr Beleidsmedewerker GGD
5. Sr Beleidsmedewerker Cliëntenbelang Amsterdam
6. Sr beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland
7. Officier van Justitie Amsterdam

Voor het onderzoeken van de bestuurlijke arena is gekozen voor het interviewen van bestuurders van verschillende stakeholders in Amsterdam, die de bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen voor de invoering en uitvoering van de Wvggz:

1. Voorzitter Raad van Bestuur Arkin
2. Lid raad van bestuur Arkin
3. Lid raad van bestuur GGZ inGeest
4. Directeur Cliëntenbelang Amsterdam
5. Directeur GGD Amsterdam

De selectie van de respondenten is gekozen op basis van een eerder beschreven strategische steekproef. Door respondenten te selecteren op basis van kennis, expertise en positie ontstaat een onderzoekspopulatie welke representatief is voor zowel de operationele arena in Amsterdam als de bestuurlijke arena in Amsterdam. De geselecteerde respondenten zijn allemaal geïnterviewd middels een techniek van semi-gestructureerde interviews.

### 3.4 Dataverzameling en analyse

Vanuit de literatuur is onderzocht hoe meervoudig besturen vorm krijgt en hoe zich dit verhoudt tot waardensystemen en logica's in de zorg. Op basis van wetenschappelijke literatuur wordt een koppeling gemaakt tussen waardensystemen en logica's in de zorg. Dit vormt de basis van het conceptueel kader. Aanvullend is gebruikt gemaakt van wetenschappelijke literatuur om waardensystemen en zorglogica's te operationaliseren. Waardensystemen in de zorg zijn geoperationaliseerd door gebruik te maken van zorglogica's, welke als waarneembare ideaaltypes worden gezien. Voor de dataverzameling van de operationele arena is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden. Middels semi-gestructureerde interviews is data verzameld bij respondenten die zich in het dagelijkse werk bezighouden met de uitvoering van de Wvggz. Deze semi-gestructureerde e interviews zijn face-to-face afgenomen en zijn tot stand gekomen op basis van het conceptueel model van waardensystemen en logica's in de zorg.

De andere toegepaste methodiek is observatie op locatie. Hier is gebruik gemaakt van de Communication Observation Method van Spencer (Spencer, 2002). Deze methode beschrijft hoe observatieonderzoek kan plaatsvinden en hoe data wordt vastgelegd en geanalyseerd. Het werken met een codeboek voor gedetailleerde vastlegging is hierbij van belang, evenals bekend zijn met de onderzoekssetting. De onderzoekssetting waar observatie heeft plaatsgevonden is de meldkamer van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). Observatie vond plaats aan de hand van een vooraf

opgesteld codeboek op basis van het conceptuele model. Mijn achtergrond als psychiatrisch verpleegkundige in de acute psychiatrie maakte mij bekend met deze onderzoekssetting.

Voor de dataverzameling van de bestuurlijke arena zijn ook twee onderzoeksmethoden gebruikt. Enerzijds is gekeken naar hoe de waardensystemen zijn vertegenwoordigd in de wet. Anderzijds zijn 5 bestuurders van verschillende stakeholders in Amsterdam geïnterviewd middels een semi-gestructureerde interview.

Van elk afgenomen interview is in afstemming met de geïnterviewde een audio opname gemaakt. Deze opnames zijn per interview uitgewerkt. Door middel van open codering zijn stukken/fragmenten uit interviews gekarakteriseerd. Er is een code aan gekoppeld welke correspondeert met het codeboek. Het codeboek is gebaseerd op de vier logica's in de zorg. De verschillende fragmenten zijn gegroepeerd en met elkaar in verband gebracht. Zo ontstaat een beeld van de handelingsstrategieën van actoren per arena. In de literatuur wordt dit aangeduid met axiaal coderen (Verschuren & Doorewaard, 2016). De data verkregen uit de observaties is in aantekeningen verwerkt en op eenzelfde wijze geanalyseerd als de interviews. De verkregen informatie uit de literatuur, observaties en interviews is geanalyseerd en verwerkt in de resultaten.

### 3.5 Betrouwbaarheid en Validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit van een kwalitatief onderzoek worden anders gewogen dan bij een kwantitatief onderzoek. Er wordt een uitsplitsing gemaakt naar interne validiteit, ook wel vertaald als geloofwaardigheid van het onderzoek. Externe validiteit refereert aan de overdraagbaarheid van het onderzoek. Hierbij staat de vraag centraal of de bevindingen uit het onderzoek ook in een andere context geldig zijn.

Betrouwbaarheid gaat over een gedegen omschrijving van de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden en een goede uitvoering van het onderzoek en de gekozen methodieken. Dit wordt ook wel 'thick description' genoemd (Geertz, 1973).

De interne validiteit wordt gevormd door methoden te kiezen welke ook daadwerkelijk het fenomeen onderzoeken. Door een conceptueel model op basis van wetenschappelijke literatuur op te stellen en een combinatie van onderzoeksmethodieken te gebruiken wordt de validiteit vergroot. De validiteit van dit onderzoek wordt vergroot door methodentriangulatie toe te passen. Zeker bij het gebruik van observatie als onderzoeksmethodiek bestaat het gevaar van observer-bias (Hardon, 2001). Met observer-bias wordt bedoeld dat hetgeen wordt opgetekend naar aanleiding van een observatie wordt beïnvloed door de interesse van de onderzoeker. Door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethodieken zoals naast observatie ook interviews af te nemen kan de observer-bias worden beperkt.

De externe validiteit betreft de overdraagbaarheid van het onderzoek. Deze wordt vergroot door een duidelijk stappenplan, beschreven en visueel vormgegeven in het onderzoeksmodel. Dit samen met werken met een codeboek bevordert de herhaalbaarheid in een andere context.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is grotendeels gelegen in het gedegen uitvoeren van de onderzoeksmethodieken. Alle interviews zijn afgenomen aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, zijn opgenomen en uitgewerkt. Observaties zijn gedaan aan de hand van een waarnemingsschema op basis van het codeboek en op basis van aantekeningen uitgewerkt. Aanvullend is veel aandacht besteed aan de beschrijving van de context waarin het onderzoek plaatsvond.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk komen de resultaten uit de interviews en de observatie aan bod. Zoals in het theoretisch kader uiteen gezet vormen de waardensystemen in de zorg en de bijbehorende zorglogica's de basis waarvan uit naar zowel de operationele als de bestuurlijke arena is gekeken. In de uitwerking van de resultaten wordt ingegaan op hoe de waardensystemen terug te vinden zijn in de Wvvgz (4.1). Aanvullend zullen de resultaten beschreven worden zowel aan de hand van de operationele arena (4.2) als de bestuurlijke arena (4.3).

### 4.1 Waardensystemen in de Wet Verplichte GGZ

Per 1 januari 2020 is de Wet Verplichte GGZ in werking getreden (WvGGZ, 2018). Deze wet vervangt de oude Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die op 29 oktober 1992 de daarvoor geldende staatstoezicht op krankzinnigen verving. Al deze wetten hebben als gemene deler het regelen van gedwongen zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg. Toch is er veel veranderd door de jaren heen. Was de BOPZ een opnamewet, de Wvvgz is bedoeld als een behandelwet, waarin de rechtspositie van de cliënt een nieuwe status krijgt.

De belangrijkste uitgangspunten zijn door VWS duidelijk naar voren gebracht en laten zich als volgt omschrijven (VWS, Dwang in de zorg, Wet verplichte GGZ, over de WvGGZ, 2019):



#### 4.1.1 Maatschappelijke waarden

De Wvvgz is een wet die uitgaat van het voorkomen van ernstig nadeel welke voortkomt uit een psychiatrische stoornis. Veiligheid van de persoon in kwestie, maar ook veiligheid vanuit maatschappelijk oogpunt is daarmee de basis voor deze wet. Letterlijke wettekst (WvGGZ, 2018) op dit onderdeel is:

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder «ernstig nadeel» verstaan, het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- Levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander;
- Bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- De situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- De situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Aanvullend komt de veiligheid naar voren in het feit dat er controle is op aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen, onderzoek naar gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen in de woning of een andere plaats waar de persoon is en onderzoek aan kleding of lichaam.

Ondanks dat het doel van de wet is om ernstig nadeel te voorkomen wordt veel nadruk gelegd op het feit dat de Wvvgz een zorgwet is. In de Wvvgz staat zorg centraal. Iedereen moet de kans kunnen krijgen mee te doen in de maatschappij en passende zorg te krijgen ook vanuit het gedwongen kader. De Wvvgz gaat uit van het creëren van randvoorwaarden om betrokkene naar vermogen te laten participeren in de maatschappij (wonen, werk, inkomen) (VWS, 2018). Opname is onder de Wvvgz geen voorwaarde meer om verplichte zorg te verlenen, er dient breder naar zorg en wonen keken te worden.

Een ander opvallend onderdeel van deze wet is dat burgers de mogelijkheid hebben gekregen hun zorgen te melden en een aanvraag te doen voor een verkennend onderzoek naar een (mogelijke) verwarde medeburger. Ten slotte wordt de Wvggz gekenmerkt door procedures, formulieren en overdrachtmomenten tussen stakeholders. Dit kent een hoge mate van administratieve lasten.



#### 4.1.2 Klantwaarden

De Wvggz is een wet, zo betoogd VWS (VWS, 2018) die de rechtspositie van de patiënt beoogt te versterken. Zo wordt de zorgmachtiging op maat gemaakt en is persoonsvolgend. Dat wil zeggen dat de verplichte zorg kan variëren in de tijd, afhankelijk van de zorgbehoefte.

Beslissingen worden zorgvuldig voorbereid, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de cliënt, de familie en naasten. Zij worden betrokken en gezamenlijk wordt gekeken naar het maatschappelijk perspectief van de cliënt. Aanvullend is er de mogelijkheid voor de cliënt om zijn eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg alsnog te voorkomen.

De cliënt kan eerder in het proces bijgestaan worden door een patientvertrouwenspersoon en advocaat. Alle vormen van dwangzorg worden vooraf gelegitimeerd door de rechter. Zorg onder de Wvggz wordt wettelijk gezien als Ultimum Remedium. Deze term krijgt vorm door middel van eerst te onderzoeken of er mogelijkheden zijn voor het inzetten van vrijwillige zorg. Als gekozen wordt voor dwangzorg, dan in de minst ingrijpende vorm. Ten slotte voorziet de wet in verplichte evaluatiemomenten. VWS (VWS, 2018) wil met deze wet randvoorwaarden creëren om betrokkene naar vermogen te laten participeren aan de maatschappij (wonen, werk, inkomen) door een inventarisatie van randvoorwaarden op te nemen in het zorgplan en dit vorm te geven in overleg met de gemeente. Ook de zorgmachtiging is vanuit die gedachten geformuleerd, waarbij de zorgmachtiging op maat gemaakt wordt en persoon volgend is. Dat wil zeggen dat de verplichte zorg kan variëren in de tijd, afhankelijk van de zorgbehoefte.



#### 4.2.3. Economische .

In de Wvggz is vastgelegd dat de ingezette verplichte zorg doelmatig is. Hierbij is doelmatig uitgewerkt in kwalitatief doelmatig en doelmatig in termen van de juiste plek. De Wvggz an sich zegt niets over wat de kosten zijn van het invoeren van de wet en elk effect dit sorteert op de macro zorgkosten, of extra kosten voor bijvoorbeeld het OM. Voor wat betreft de uitvoerbaarheid van de wet en specifiek de inzet van professionals zegt staatssecretaris Paul Blokhuis in een brief aan de Eerste Kamer dat de nieuwe wet een toename van de werkdruk tot gevolg kan hebben.

In een passage in zijn brief refereert hij aan de krapte op de arbeidsmarkt die de GGZ al jaren parten speelt (Blokhuis, 2019). Wat dit verder voor mogelijke (nadelige) effecten zou kunnen hebben blijft echter onbesproken. De NVvP heeft berekend dat om tot een goede uitvoering te komen er nog 130 FTE psychiater bij moet in Nederland, dit terwijl er honderden vacatures openstaan.

De mogelijke effecten van de invoering van de wet op het macro-zorgkader komen later in dit hoofdstuk aan de orde.



#### 4.1.4. Professionele waarden

De professionele waarden zijn in de Wvggz op een aantal punten terug te vinden. Enerzijds zijn de behandel mogelijkheden onder de Wvggz uitgebreid met het toepassen van dwangbehandeling in de thuissituatie van de cliënt. Anderzijds wordt de professional geconfronteerd met procedurele eisen welke de wet aan de zorg stelt. Aanvullend moet de zorg ook voldoen aan de professionele standaarden. Een ander item dat in de wet terugkomt en onder de professionele waarden valt is de

medische noodzakelijkheid van de zorg. Er is een medische verklaring nodig om de Wvvgz in werking te laten gaan en een maatregel op te leggen. Dit is voor de wet een voorwaarde voor het opleggen van verplichte zorg.

Samenvattend gaat de Wvvgz over verplichte zorg, tegen de wil van de cliënt in. Dit betekent een inperking van de fundamentele grondrechten van het individu. Verplichte zorg wordt omringd door zware waarborgen die een balans zoeken tussen bescherming van de cliënt, de maatschappij en de uitvoerbaarheid van de wet door zorgaanbieders (VWS, 2018).

#### 4.2 Operationele arena

Uit de interviews gehouden onder alle stakeholders die in Amsterdam de operationele arena vormen ontstaat het volgende beeld. Dit beeld zet ik uiteen in een algemeen deel en een specifiek deel, waarbij de indeling van de zorglogica's zal worden aangehouden om inzichtelijk te maken hoe de Wvvgz wordt gepercipieerd in de operationele arena.

In alle interviews kwam naar voren dat de bedoeling van de wet wordt onderschreven. De bedoeling werd echter wel op verschillende manieren uitgelegd. Het zou gaan om verantwoorde inzet van dwang en drang, maar ook om meer mensen sneller van passende zorg te voorzien. Een andere respondent omschreef de bedoeling als de rechtspositie van de cliënt en naasten te verbeteren. Naast een positief geluid over de bedoeling werden er ook kritische kanttekeningen bij de wet geplaatst. Door meerdere respondenten wordt aangegeven dat de wet een compromiswet is die op twee benen hinkt. Cliënt meer ruimte versus meer zorg in het kader van veiligheid.

Aanvullend zijn veel respondenten sceptisch over uitvoerbaarheid van de wet in de praktijk. Alle geïnterviewden uitten hun zorgen over de hoeveelheid werk en procedures waarmee de Wvvgz gepaard gaat. Een van de respondenten verwoordde het als volgt: *“door de veelheid aan procedures wordt de bedoeling van de wet om zeep geholpen.”* De gedachte achter de wet wordt onderschreven, maar hoe de wet in de praktijk vorm moet krijgen is nog niet helder, zo wordt aangegeven. Veel zal moeten blijken uit evaluatiemomenten en jurisprudentie die gedurende de looptijd van de wet zal ontstaan, zo wordt aangenomen.

Een ander item waar alle respondenten het unaniem over eens zijn is dat de wet echt als Ultimum Remedium ingezet moet worden. Het kan niet zo zijn dat met de komst van een nieuwe wet de mogelijkheden tot gedwongen zorg worden versoepeld en het een speelbal wordt van de openbare orde, zo vindt men.

De totstandkoming van de wet is als thema veelvuldig aanbod gekomen tijdens de interviews. Zo wordt aangegeven dat de nieuwe wet een logische stap is, gegeven de verouderde BOPZ en de wens om de wet meer aan te laten sluiten op de zorgpraktijk, waar ambulantisering van de zorg centraal staat. Respondenten plaatsen wel kritische kanttekeningen bij hoe de wet er uiteindelijk uit is komen te zien en waar dit het gevolg van was. Zo wordt geschreven dat bij de herziening van de BOPZ, incidenten zoals bijvoorbeeld de moord op oud-minister Els Borst, de nieuwe wet hebben gekleurd. Voor dit incident was de koers van de nieuwe wet om deze volledig civielrechtelijk te laten zijn, zo blijkt uit een interview. Na de casus Bart van U. en commissie Hoekstra is het Openbaar Ministerie weer (het OM had al een bescheiden rol onder de BOPZ) volledig in de wet geschreven en heeft het OM zelfs de regierol gekregen. De maatschappelijke context heeft tijdens het maken van de wet de wet gekleurd voordat deze werd ingevoerd, zo komt terug uit de interviews. Door incidenten is het veiligheidsdenken in de wet geschreven, zo wordt letterlijk gezegd.



#### 4.2.1 Logica's in de operationele arena

Uit veel interviews komt naar voren dat de wet vooral gezien wordt als een politiek gedreven wet, welke vorm heeft gekregen vanuit politieke drijfveren meer dan vanuit de zorg en de zorginfrastructuur. De respondenten lijken hierdoor een wat afstandelijke houding ten aanzien van de wet aan te nemen. Dit kwam duidelijk naar voren, tijdens de observatie op de werkvloer, in hoe over de wet wordt gesproken. *'Het is daar in Den Haag bedacht en wij zitten hier met de administratieve lasten'*. Het idee bestaat dat de wet meer gaat over de openbare orde dan over een verbetering van de zorg.

Een veel gehoord thema is de beheersing die uit de wet spreekt. De wet gaat over verwarde personen met een psychiatrische stoornis, waarbij met name de geneesheren-directeur in de interviews benoemen dat er straks een situatie kan ontstaan, waar de openbare orde wordt afgewenteld op de zorg. Dit terwijl de wet bedoeld is als een medische wet. Deze situatie zou versterkt kunnen worden als de politie meer druk op de triage van de GGZ legt door meer verwarde mensen bij de GGZ aan te melden, zo stelt men. De nadruk op beheersing wordt ook gevonden in de hoerplicht welke belegd is bij de Burgemeester. Er worden vraagtekens gesteld bij de bedoeling van de wetgever op dit vlak.

De constatering van een van de respondenten is dat deze keuze vanuit de justitiële keten is ingegeven. Vanuit deze keten heeft de Burgemeester een duidelijke taak als het gaat om de openbare orde en veiligheid. Mensen met een psychisch probleem bestempel je zo vanuit veiligheid en gevaarlijk denken in plaats van vanuit zorg en herstel.

Een aantal uitspraken van respondenten illustreren de politieke logica vanuit de operationele arena

*"De maatschappelijke context heeft de wet tijdens het maken al gekleurd. Door incidenten is het veiligheidsdenken in de wet geschreven."*

*"Dit is precies waar we vanaf willen. We zijn druk om dit te beïnvloeden en om een verwarde cliënt niet meteen als gevaar te zien. Deze wet is juist op het punt van openbare orde nog enger dan de BOPZ"*

Een ander thema dat veelvuldig aan de orde is gekomen zijn de administratieve lasten die voortvloeien uit de Wvggz. Niet alleen kwam dit thema in elk interview naar voren, er werden ook veel woorden aan gegeven. Administratieve lasten werden door alle stakeholders als last beschreven. Opvallend was dat niet alleen de cliënten zelf aangaven dat de hoeveelheid administratie vanuit de wet voor hun als grote belasting betekend, dit kwam ook terug bij de geneesheren-directeur die zich zorgen maken over de administratie waar cliënten zich mee weten geconfronteerd. Doordat de cliënten beter worden meegenomen bij alle beslismomenten die de wet kent kan het zo zijn dat een cliënt wel 5 brieven vanuit de Wvggz op zijn deurmat ziet vallen. Ook het aantal formulieren dat professionals als de geneesheren-directeur, maar ook de officieren van Justitie in moeten vullen vormt een bron van ergernis en zorgen. Er wordt door meer dan de helft van de respondenten aangegeven dat een aantal administratieve stappen onzinnig zijn en snel zullen verdwijnen bij de eerste evaluatie. Een voorbeeld hiervan is het zorgplan, waarvan alle stappen zorgvuldig beschreven moeten worden, ook als zij niet worden ingezet. Dit heeft volgens de respondenten tot gevolg dat de bedoeling van meer invloed voor de cliënt uitmondt in een administratieve jungle waarbij de proportionaliteit ver te zoeken is en de uitvoerbaarheid van de wet in het geding komt. Een van de respondenten vroeg zich hardop het volgende af.

*“Waar is de realiteitszin geweest toen dit is uitgewerkt?”*

De rol van de cliënt is een veel besproken thema binnen de operationele arena. Alle respondenten zijn het erover eens dat het goed is dat deze wet de rechtspositie van de cliënt versterkt. Ook hier vertalen de respondenten dit op verschillende manieren. Uit een enquête van Cliëntbelang Amsterdam bij hun achterban kwam vooral het beeld naar voren dat men eerst de kat uit de boom zegt te kijken. Conclusie uit de enquête was: *“het eerste jaar van de wet moet je niet ziek worden.”*, zo gaf Cliëntenbelang aan.

Er worden vooral kanttekeningen geplaatst bij de manier waarop de wet nu de rechtspositie van de cliënt operationaliseert. Het centraal stellen van de betrokkene krijgt nu vorm zo wordt gesteld door alle stapjes van de wet met de betrokkene te communiceren, waardoor een ingewikkeld geheel aan plannen en documenten ontstaat. Zo heeft een cliënt een zorgplan, signaleringsplan, behandelplan en crisiskaart. Alle respondenten stellen unaniem dat dit niet goed is voor de cliënt. Het kan leiden tot achterdocht en paniek als alle brieven ongefilterd op de deurmat vallen.

Aanvullend kan de aanwezigheid van het OM bij elke zitting ook achterdocht en verwarring bij de cliënt oproepen. Het OM wordt immers geassocieerd met het strafrecht, terwijl er geen sprake is van een strafbaar feit.

Zes van de zeven respondenten benoemden de hoorplicht als een belangrijk thema. De wet schrijft voor dat een cliënt direct na binnenkomst het recht heeft gehoord te worden door de Burgemeester. In Amsterdam wordt dit gemandateerd uitgevoerd door de GGD. Cliëntenbelang gaf aan dat eind januari er 39 mensen waren gehoord en bij 6 cliënten dit door het psychische toestandsbeeld niet mogelijk was. Bij de hoorplicht wordt door de cliënten zelf vooral aangegeven dat de bejegening en de manier waarop de hoorplicht wordt uitgevoerd belangrijk is. Veel andere respondenten waren wat sceptisch over de meerwaarde van de hoorplicht. Het genereert veel werk en voor de medische inhoud draagt de hoorplicht niets bij, zo vindt men. Vooralsnog zijn de meningen over nut en noodzaak verdeeld: *“het is altijd goed om de cliënt te horen”* tot *“het wordt ook wel gezien als de uitkomst van een politiek poldermodel.”*

Alle respondenten zijn het erover eens dat de tijd moet uitwijzen of de hoorplicht meerwaarde heeft voor de cliënt en/of de uitvoering van de wet.

De operationele arena wordt voor een groot deel vormgegeven door zorgprofessionals. Uit alle interviews komt naar voren dat professionals moeite hebben met de wet. Dit beeld komt overeen met de observaties op de werkvloer. Op papier zo wordt aangegeven, geeft de wet meer mogelijkheden om te behandelen, terwijl er ook wordt aangegeven dat de wet onwerkbaar is. Er wordt gesproken over discomfort, men geeft aan dat ze de impact van de nieuwe behandelmogelijkheden op hun werk niet goed kunnen inschatten, waardoor er een diffuus beeld ontstaat van het behandelkader. Een van de respondenten omschreef dit treffend met de zin: *“Niemand weet hoe je de mogelijkheden van de wet moet zien, laat staan uitvoeren.”*

Observaties van de werkvloer laten zien dat bovenstaande tot uiting komt in cynische grappen en een werkwijze die veelal gebaseerd is op wat nog bekend is vanuit de BOPZ.

Naast een onduidelijkheid over de voorgestelde kaders rondom behandelmogelijkheden wordt de Wvvgz ook als knellend omschreven. Ten aanzien van het professioneel handelen geven de geneesheren-directeuren aan dat het een zeer zorgvuldig opgebouwde wet is, die vervolgens zo zorgvuldig is dichtgeregeld dat je je werk als professional nauwelijks meer kunt uitvoeren. Hetgeen je voor opgeleid bent, beoordelen vanuit kennis en ervaring, maakt plaats voor beslissingen nemen over formulieren en deze naar anderen te sturen. Het effect is, zo wordt aangegeven, dat een geneesheer-directeur vooral papier ziet en geen cliënten.

Andere respondenten geven ook aan dat de wet hun handelen beïnvloed. Zo geven naast de geneesheren-directeur ook het OM en de GGD aan dat de wet hun professioneel handelen beïnvloedt. De wet zet professionals die het verkennend onderzoek uit moeten voeren in een negatief daglicht, zo wordt aangegeven. De rol die zij normaal gesproken hebben in een wijk is gebaseerd op het opbouwen van een vertrouwensband met cliënten. Nu worden zij geacht informatie in te winnen over een cliënt waar een melding van is gedaan en een verkennend onderzoek voor is gestart. Het OM worstelt vanuit haar strafrechtelijke kaders eveneens met een regierol in een civiele wet. Het vergt niet alleen meer tijd en capaciteit, maar ook meer specifieke kennis.

Vanuit meer dan de helft van de interviews komt het thema veiligheid naar voren. Veiligheid wordt hierbij niet gepercipieerd als maatschappelijke veiligheid, maar vanuit patiëntveiligheid en persoonlijke veiligheid. Veiligheid van de zorg komt in het geding, doordat de nieuwe wet veel beslismomenten en overdrachten kent, waardoor procedures lang duren, waar juist snelheid geboden is. Tot deze conclusie komen niet alleen de geneesheren-directeur, maar ook andere respondenten. Het is daarmee een breed gedragen knelpunt.

De persoonlijke veiligheid komt met name terug uit het interview met de zorgprofessionals. De vraag die wordt gesteld is: "Is de omgeving waarin ik zorg moet verlenen nog wel veilig?" Het uitvoeren van dwang in de thuissituatie wordt als onveilig beschouwd, evenals het doorzoeken van de woning en cliënt op drugs. Er wordt dan ook gesteld dat dit onderdeel van de wet niet uitgevoerd zal worden als de veiligheid van de professional daarmee in het geding komt.

Samenvattend, zo stelt een van de respondenten: *"een aantal onderdelen van de wet doen wij niet, zeker als er sprake is van fysiek geweld. Daar ben ik niet voor opgeleid en past niet binnen mijn professionele waarde."*

Het thema betaalbaarheid werd nauwelijks onderwerp van gesprek binnen de operationele arena, op Zorgverzekeraars Nederland (ZN) na. Een veel gehoord antwoord op een vraag over betaalbaarheid was: *"Oh daar gaan wij niet over."* Zorgpunt zo geeft ZN aan is de betaalbaarheid van de wet. De Wvvgz wordt op productbasis gefinancierd. De extra indirecte tijd van de psychiater wordt hierdoor gecompenseerd, waardoor financieel risico van de wet niet bij de aanbieder ligt. Het is echter vooraf slecht in te schatten zo wordt aangegeven wat de daadwerkelijk kosten van de wet zijn, waardoor de impact op de bedrijfsvoering van de afzonderlijke instelling moeilijk in te schatten is. De totale extra kosten van de wet worden geschat op 35 à 40 mln.

De term doelmatigheid kwam echter wel terug in meerdere interviews in termen van doelmatige inzet van zorg.

In de gesprekken werd een onderscheid gemaakt in de doelmatige inzet van mensen (Fte) en de doelmatige inzet van zorg. Over de doelmatige inzet van personeel zijn veel respondenten zeer kritisch. Zo wordt aangegeven dat er vooraf geen rendementsanalyse is gedaan op de inzet van professionals. Dit valt samen met de gedeelde constatering dat er veel extra capaciteit wordt



gevraagd om de wet naar behoren uit te voeren. De extra inzet die de wet vraagt geldt voor alle stakeholders, zo blijkt uit de interviews.

Deze extra inzet zou alleen doelmatig zijn als dit de kwaliteit van de zorg ten goede komt, zo wordt geredeneerd. Dit zou kunnen als zou blijken dat door eerder starten met dwangbehandeling de incidenten afnemen en mensen korter opgenomen zouden worden.

Het doelmatig inzetten van zorg in termen van passende zorg legt een verantwoordelijkheid bij de geneesheren-directeur om hier kritisch naar te kijken en alleen een medische verklaring af te geven als er sprake is van een passend zorgaanbod.

De operationele arena laat zich mooi samenvatten door een aantal statements van de respondenten. Het wordt zo duidelijk hoe de Wvvgz in het dagelijks werk wordt beleefd bij de mensen die de wet moeten uitvoeren en bij de cliënten die het ondergaan.

***Samenvattende statements uit de operationele arena***

*De wet is een typisch geval van de uitkomst van een poldermodel.*

*De maatschappelijke context heeft de wet tijdens het maken al gekleurd. Door incidenten is het veiligheidsdenken in de wet geschreven.*

*Niemand weet hoe je de mogelijkheden van de wet moet zien, laat staan uitvoeren. Professionals (NVVP) zijn het er ook over eens dat het onwerkbaar is. Het goede doen voor de cliënt, daar staan we voor opgesteld.*

*Het wordt ook wel als beangstigend gezien die nieuwe wet, onder dwang een spuit krijgen op je eigen keukentafel terwijl je kinderen toekijken, je kan het beste het eerste jaar van de wet niet ziek worden.*

*Niemand weet of de inzet van zoveel extra fte wel lonend is, rendementsanalyse vooraf op professionals en middelen ontbreekt. Samenvattend kan gesteld worden dat er veel rafelrandjes aan de wet zitten. Jurisprudentie en evaluatie zullen hier helderheid over moeten gaan verschaffen.*

#### 4.3 Bestuurlijke arena

Uit de interviews gehouden onder de bestuurders van de verschillende stakeholders in Amsterdam ontstaat het volgende beeld.

Zonder enige uitzondering onderschrijven alle respondenten de bedoeling van de wet. Iedere respondent geeft er op zijn eigen manier woorden aan. De bedoeling van humane zorg leveren, waarbij cliënt, familie en naasten worden betrokken bij het gehele proces, wordt gezien als een groot goed. Ook wordt de koppeling gemaakt met 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek (Rapport Taskforce de juiste zorg op de juiste plek, 2018) en de ambulantisering van de zorg. De wet zou hier een bijdrage aan kunnen leveren, zo wordt gesteld.

De wet geeft weliswaar meer mogelijkheden tot behandelen, wat past bij de huidige eisen van de maatschappij, dwangzorg blijft echter een lastig thema binnen de GGZ. Een van de bestuurders gaf dit mooi weer: "Het is een anomalie dat je in de gezondheidszorg iets tegen iemands wil in doet. Het is contrair: zorg en dwang."

De wet wordt gezien als een maatschappelijke wet/politieke wet in plaats van een behandelwet. De maatschappelijke context verandert en een wet die leunt op waarden in onze samenleving verandert mee. Uitgangspunten bij de evaluatie van de BOPZ waren niet ingewikkeld, zo wordt gesteld. De

nieuwe dwangwet moest beter aansluiten op de wens van ambulantisering en meer behandel mogelijkheden kunnen bieden dan enkel het opnemen van cliënten. Men wilde een wet die beter aansloot op de ontwikkelingen in de samenleving. Door 3 van de 5 respondenten wordt echter kritisch opgemerkt dat gaandeweg het proces de wet is geladen door kort cyclische events zoals de moord op Els Borst. Het kort cyclische en eventgerichte worden gezien als een gegeven van deze tijd.

Alle respondenten zijn van mening dat de maatschappelijke context waarin de wet wordt ingevoerd, een belangrijke factor is, waar rekening mee moet worden gehouden bij de invoering. Het publieke discours is niet positief ten aanzien van burgers met verward gedrag, zo wordt geconcludeerd. Er is weinig tolerantie ten aanzien van ander gedrag, volgens de respondenten. Vanuit deze constatering wordt met extra zorgvuldigheid gekeken naar bijvoorbeeld zoiets als het verkennend onderzoek, waar burgers anoniem iemand kunnen aanmelden voor een onderzoek naar mogelijke dwangzorg. Proportionaliteit is hierin erg belangrijk, zo wordt aangegeven.

Aanvullend op het ontbreken van tolerantie ten aanzien van ander gedrag is de maakbaarheid van de maatschappij. Zorgelijk, zo wordt gesteld, dat er in de maatschappij niets meer fout mag gaan. Dit vanuit een idee dat alles controleerbaar en afdwingbaar is. Verdraagzaamheid moet hand in hand gaan met de wens om mensen meer autonomie en regie te geven.

Een andere invalshoek ten aanzien van de maatschappelijke context kwam ook ter sprake. Paul Schnabel wordt aangehaald, met zijn uitspraak over het recht van eenieder om niet gestoord te worden. Dit recht moeten we niet bagatelliseren, dan verdwijnt het draagvlak in de maatschappij. De stelling was dat als er teveel mensen evident verwaarloosd rondlopen dit de solidariteit ondermijnt. De stelling van een van de respondenten was:

*“Er moet sprake zijn van een balans tussen mee doen in de samenleving en het recht op niet gestoord te worden.”*

Dit, in het licht van de wet, betekent dat je heel goed na moet denken over thuis behandelen. Je zal de omgeving goed mee moeten nemen. Door naasten en de omgeving mee te nemen zou het ook kunnen dat er juist eerder over wordt gegaan tot opname, zo is de stelling van een van de respondenten



#### 4.3.1 Waardensystemen binnen de bestuurlijke arena

In alle 5 bestuurlijke interviews kwamen de verschillende waardensystemen in de zorg naar voren in het gesprek. De wet wordt veelal gezien als een politieke wet, waarbij de politiek in de totstandkoming van de wet een grote rol heeft gehad. De politieke waarden werden door de respondenten vertaald naar twee thema's. Als eerste naar de administratieve lasten. *'We zijn de bedoeling van de wet aan het kwijtraken door de hoeveelheid formulieren en de focus die daarop in de uitvoering van de wet wordt gelegd'*, zo luidt het commentaar. Juist in een tijd waarin er bestuurlijk veel aandacht is voor het thema administratieve lastendruk is een verzwaring vanuit nieuwe wetgeving niet wenselijk.

De politieke waarden worden bestuurlijk ook vertaald naar de politiek in de stedelijke context. Bestuurders zien het als hun maatschappelijke rol om iets te vinden van het publieke discours over verwarde personen en veiligheid. Een van de bestuurders verwoordt dit treffend: *“We hebben hier iets van te vinden, wij zitten op het scharnierpunt van zorg en veiligheid”*. Dit gesprek, zo wordt aangegeven, vindt plaats tussen bestuurders en wethouders. Strekking van de besprekingen is

vertrouwen hebben in de ingezette koers en sturen op grote lijnen. Casuïstiek wel bespreken, maar op basis van een casus niet het gehele beleid ter discussie stellen. Vooral vanuit de zorgbestuurders klinkt dit geluid. Het devies luidt: Politieke en bestuurlijke rust bewaren en op grote lijnen sturen.

Respondenten zijn het er unaniem over eens dat het positief is dat de rechten van de cliënt in deze wet beter zijn verankerd. De geest van de wet is daarmee positief zo wordt gesteld. Tegelijk blijkt bij 4 van de 5 respondenten een terughoudendheid als het gaat om de manier waarop de positie van de cliënt in de wet tot uitvoering is gebracht. De wederkerigheid die in de wet benoemd staat is nog onvoldoende uitgewerkt evenals de haalbaarheid van de hoorplicht en de veelheid aan correspondentie, zo stelt het merendeel van de respondenten. Alle respondenten zijn het erover eens dat uit de evaluatie zal moeten blijken wat de meerwaarde van de ingezette items zoals hoorplicht voor de cliënt is.

De professional en het ingrijpen van de wet op hun werk is zonder enige uitzondering bij alle bestuurlijke interviews uitgebreid aan bod gekomen. Onder dit thema kwamen een aantal items meerdere keren naar voren. Veiligheid van de medewerkers, het uitvoeren van ambulante dwang en de hoeveelheid aan procedures domineerde nagenoeg alle gesprekken. Een van de bestuurders omschrijft de wet als een lastige wet vanuit medewerkersperspectief. Veiligheid van het personeel is een belangrijk item, zo vindt men. Het geven van ambulante dwangbehandeling is voor professionals geen gemakkelijke opgave. Hoe ambulante dwang vorm moet krijgen is nog niet bekend en er zal een nieuw arsenaal aan interventies ontwikkeld moeten worden door de beroepsgroep, zo wordt gesteld. Voor het ontwikkelen van nieuwe interventies en normen geven 4 van de 5 respondenten aan dat dit niet iets is wat bestuurders willen opleggen, ze willen ruimte laten aan hun medische staf om normen te ontwikkelen ten einde dit deel van de wet op den duur veilig uit te voeren. Een andere respondent vult hierop aan dat deze ontwikkeling in samenspraak met ervaringsdeskundigen vormgegeven zal moeten worden. Zij zijn bij uitstek degenen die naast de professionals aan kunnen geven wat mogelijkheden zijn voor ambulante dwangbehandeling en wat niet, zo stelt een van de respondenten.

Aanvullend wordt op dit thema ook de professionele ruimte genoemd die nodig wordt geacht om professionals datgeen te laten doen waar zij voor zijn opgeleid.

De manier waarop tegenspraak bij wet is georganiseerd getuigt volgens een van de respondenten dat de Wvvgz uitgaat van het slecht handelende professionals, die als je ze de ruimte geeft niet in het belang van de cliënt zouden handelen. 'Dit is een kwalijke zaak, waar wij professionals tegen moeten beschermen', zo wordt gesteld. Deze beschermende taak wordt breed genoemd als rol van een bestuurder.

Als onderdeel van de bestuurlijke arena worden ook de zorgkosten en doelmatigheid benoemd. Wel blijkt uit de interviews dat dit onderwerp niet de meeste urgentie kent.

Oorzaak van de relatief lage urgentie op kosten komt doordat de kosten op nacalculatie zijn gezet, zo wordt toegelicht. Dit maakt dat er geen direct bedrijfsrisico voort komt uit de invoering van de wet, zo wordt gesteld. In feite zijn de grote risico's afgedekt door verzekeraars, dat geeft bestuurlijk rust zo luidt de mening van 3 van de 5 respondenten.

Wat de macro-impact op de zorgkosten is valt nu moeilijk in te schatten, maar het zou best nog wel eens fors uit kunnen pakken is de voorspelling van een van de respondenten. De wet zou een positief effect op de doelmatigheid op macro niveau moeten hebben, omdat de wet als interventie effectief is en

andere zorgkosten beoogd te vermijden. Bijvoorbeeld door sneller te behandelen kunnen opnames voorkomen worden. Dit moet echter blijken uit de praktijk, zo wordt gesteld. Het moet gaan blijken of de uitvoering van de wet en de daarbij behorende extra inzet van psychiaters ook doelmatig is. Het is nu nog te vroeg om daar een conclusie aan te verbinden is de algemene stelling. Toch is er ook kritiek op de wet. Het zou wel eens onbetaalbaar kunnen zijn, zo stellen twee respondenten. De wet vraagt zoveel extra fte psychiater, die niet elders ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld voor het oplossen van de wachttijden. Ook bij het OM vraagt de wet om extra inzet. Onduidelijk is of dit op de lange termijn ook lonend is in termen van betere kwaliteit van zorg en voornamelijk minder opnames op de klinieken. Dit gaat ergens knellen is de voorspelling van meer dan de helft van de respondenten.

De bestuurlijke arena laat zich mooi samenvatten door een aantal sprekende citaten van de respondenten. Dit laat zien hoe de bestuurlijke wereld vorm krijgt in een samenspel van waarden.

***Sprekende citaten uit de bestuurlijke arena***

*De aanleiding tot de wet is prima. Je wilt een behandelwet die zoveel mogelijk burgerrechten bij de mensen probeert te krijgen. Dat is moeilijk, maar wel logisch. Je wilt dit vanuit samenspraak met ook de omgeving. De wet heeft vanuit het patiëntperspectief, maar ook kostenperspectief als het goed is een positieve bijdrage.*

*Dit biedt de mogelijkheid om niet alleen in abstracte taal over herstel te spreken, maar dit ook echt concreet te maken vanuit de leefwereld van de cliënt. De vraag is vooral HOE we het gaan doen, los van de opstart perikelen. Als je kijkt naar de wet vanuit medewerkersperspectief is het best een lastige wet, vooral de ambulante dwang is lastig. We hebben nu de financiële rust om het gesprek te voeren over waar het echt toe doet.*

*Topprioriteit was goed scholen en voorbereiden van de interne organisatie om vervolgens indicatoren op te stellen om te kijken wat we met de wet allemaal kunnen bereiken.*

*Als bestuurder zie ik het als mijn taak om binnen de politiek, maatschappelijke arena te opereren, door zowel het benoemen van de kwetsbaarheid van de patiënt, als wel de moeilijke dilemma's van de stad in termen van veiligheid en openbare orde aan de orde te stellen. Het discours is niet positief ten aanzien van mensen met verward gedrag, het neigt naar repressie, en stigmatisering. Wij hebben een maatschappelijke rol om iets te vinden van dit discours. Dit gebeurt niet publiekelijk, we spreken met wethouders hoe we dit gezamenlijk hanteerbaar maken.*

*Overstijgend hebben we de bestuurlijke taak om de rust bewaren ook bij een invoering van een wet. Je moet het even de tijd geven. Als je je mouwen opstroopt dan komt het wel goed.*

## 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal in de conclusie in 5.1 antwoord worden gegeven op de hoofd en deelvragen van dit onderzoek. In 5.2 zal in de discussie worden een aantal vraagtekens gesteld bij de onderzoeksuitkomst en komen de beperkingen van het onderzoek aan de orde in 5.3. Het hoofdstuk sluit af met een aantal aanbevelingen voor de praktijk, maar ook voor eventueel vervolgonderzoek in 5.4.

### 5.1 Conclusie

Hoofdvraag van deze thesis:

**Hoe beïnvloeden de waarden opgesloten in de Wvvggz en de logica's in de operationele praktijk bij implementatie van de wet, de bestuurlijk arena van meervoudig besturen van de GGZ bestuurder**

Deelvragen

- Welke waardensystemen zijn opgesloten in de Wvvggz
- Welke logica's treffen we aan in de operationele praktijk
- Hoe zijn waardensystemen en logica's met elkaar verweven
- Hoe geven de waardes vanuit bestuurskundig perspectief richting aan meervoudig besturen.

#### **Deelvraag 1: Welke waardensystemen zijn opgesloten in de Wvvggz?**

De Wvvggz is een wet die een lange ontstaansgeschiedenis kent. Deze ontstaansgeschiedenis van de Wvvggz start bij de evaluatie van de BOPZ. Onder invloed van een aantal incidenten zijn thema's als veiligheid en openbare orde duidelijk verankert in de wet. De politieke waarden hebben daarmee deze wet kleur gegeven. Voorop staat dat de wet de klantwaarden specifiek benoemt, door de rol van de cliënt en zijn rechten expliciet te verankeren. Door de wet van een opnamewet te transformeren naar een behandelwet zijn de mogelijkheden voor de cliënt om humaan behandeld te worden en mee te doen in de maatschappij vergroot. Ook de expliciete rol van naasten laat mooi zien dat deze wet de klantwaarden expliciet een plek geeft.

De economische waarden komen in de wet niet expliciet naar voren. Er wordt op twee manieren aandacht besteed aan het thema doelmatigheid, te weten; Het doelmatig uitvoeren van de wet en het effect van de wet op de macro zorgkosten als effectieve interventie. Echter de aanzienlijke extra inzet van professionals om deze wet uit te voeren, zoals beschreven, getuigt niet van een sterke focus op economische waarden. Dit, tenzij die aanzienlijke extra inzet leidt tot grote besparingen op opnames en ziektekosten door eerder in te grijpen. Dit laatste zal moeten blijken.

De professionele waarden zijn terug te vinden in de wet. Dit zou je op meerdere manieren uit kunnen leggen. Enerzijds wordt veel aandacht besteed aan wat de professional op welk moment moet doen, tot aan het knellende toe, zo blijkt uit de interviews. Hiermee kan je betogen dat de professionele waarden in de wet verankerd zijn. Anderzijds zou je ook kunnen betogen dat deze wet volstrekt voorbijgaat aan de professionele waarden van professioneel handelen, kennis en kunde van de professional en zijn autonomie sterk wordt beperkt, juist door procedurele kant van de wet.

Uitbreiding van de behandelmogelijkheden worden door het ontbreken van een behandelkader als lastig ervaren door professionals, waardoor een terughoudendheid ontstaat deze mogelijkheden snel toe te passen. Ik hoor in de manier waarop er door professionals wordt gesproken over de wet dat zij zich beperkt voelen in het uitvoeren van hun vak. De mate waarin zeker in het begin de wet een toename van administratieve lasten met zich meebrengt, werkt mijns inziens buiten proportioneel

belastend voor professionals. Wellicht zal een deel van de formulieren uiteindelijk geschrapt en geautomatiseerd kunnen worden, maar daar is op dit moment nog geen sprake van. Bij de invoering lijkt de wet niet zozeer een behandelwet maar een administratiewet te zijn geworden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de klantwaarden de dominante waarden zijn binnen Wvvgz en daarmee een belangrijke basis vormen voor de Wvvgz. De Wvvgz lijkt klantwaarden te ademen. Hierin onderscheidt de Wvvgz zich ook expliciet van zijn voorganger de BOPZ. De politieke waarden zijn terug te vinden in de Wvvgz, maar hebben zeker ook een belangrijke rol gehad in de totstandkoming van de Wvvgz, ze hebben de wet mede gevormd. Het wordt daardoor ook wel een politieke wet genoemd. De economische waarden zijn minder expliciet beschreven, wat overigens niet inhoudt dat de wet geen effect sorteert op de macro-zorgkosten. De professionele waarden kan je op verschillende manieren interpreteren binnen de wet. De wet geeft meer behandel mogelijkheden, maar knelt ook. Het geeft vrijheid om ambulante dwang als veld zelf in te vullen, maar op veel onderdelen weinig ruimte door overdaad aan procedures.

### **Deelvraag 2: Welke logica's treffen we aan in de operationele praktijk**

De theorie van de logica's geeft een mooi inzicht in wat er speelt in de operationele arena. Door de theorie van de zorglogica's te volgen ontstaat een beeld van een operationele arena waar partijen samenwerken, maar waar men vanuit ieder zijn eigen overtuigingen en redeneringen de arena betreedt. Dit geeft een mooi samenspel tussen de verschillende zorglogica's welke veelal in mengvormen voorkomen.

Ik zie dat terugkomen in de interviews, doordat iedereen de bedoeling van de wet uitlegt op zijn of haar eigen manier. De dominante logica in de operationele arena is die van de professionele logica. Goede voorbeelden van professionele logica die expliciet leiden tot praktische keuzes, zijn bijvoorbeeld: "er wordt geen ambulante dwang uitgeoefend, terwijl de wet hierin wel voorziet". Wat uit dit onderzoek naar voren komt is dat de operationele arena wordt vormgegeven door losse actoren, die elk primair gefocust zijn op datgene waar ze voor staan opgesteld. Dit komt mooi terug in de manier waarop er over de wet wordt gesproken in de verschillende interviews. De wet wordt binnen de operationele arena beschouwd vanuit hooguit twee logica's per respondent. Opvallend was dat vooral de economische logica veelal niet werd benoemd. Doelmatigheid in termen van kosteneffectiviteit kwam enkel bij de verzekeraar aan de orde. Doelmatigheid in termen van het doelmatig inzetten van zorg kwam vaker terug, zeker bij de geneesheren-directeur. Samenvattend kan gesteld worden dat de wereld binnen de operationele arena wordt beschouwd vanuit de logica die het dichtste bij de rol/taakopvatting past.

### **Deelvraag 3: Hoe zijn waardensystemen en zorglogica's met elkaar verweven**

De verwevenheid tussen zorglogica's en waardensystemen in de zorg leek in eerste instantie wellicht een wat gekunstelde. Echter door de operationele arena en de bestuurlijke arena van elkaar te scheiden werd in het onderzoek goed duidelijk dat zorglogica's en waardensystemen wel degelijk met elkaar verweven zijn maar ieder een ander abstractieniveau kennen. De waardensystemen kennen een hoger abstractieniveau, wat goed past bij de manier waarop bestuurders over de materie spreken. De zorglogica's kennen dezelfde thema's, maar meer uitgewerkt en toegespitst op de manier van denken en spreken van mensen. Zorglogica's zijn meer verweven met de rol die mensen hebben binnen de arena waar ze werkzaam zijn. Een mooi voorbeeld is dat het gesprek met de ene respondent als dominant thema kosten, doelmatigheid en transparantie had. Termen als

cliënt of naasten kwamen niet of nauwelijks voor. Andersom bleek hetzelfde, waar thema's als cliënten, familie en naasten veelvuldig aan bod kwamen, werd het thema kosten of doelmatigheid niet of nauwelijks benoemd.

Zorglogica's passen door hun meer toegepaste karakter goed bij het in beeld krijgen van de operatie. Wat gebeurt er nu daadwerkelijk op de werkvloer, hoe worden zaken beleefd en geïnterpreteerd. De verwevenheid zit in de thematiek die gelijksoortig is in beide theorieën. Het verschil zit in het abstractieniveau tussen beide. Door beide theorieën in te zetten en hun verwevenheid te gebruiken ontstaat een helder inzicht in wat meervoudig besturen daadwerkelijk de invoering van de Wvvgz inhoudt. Concluderend kan gesteld worden dat de beide theorieën voldoende overlap vertonen om in elkaars verlengde de beide arena's te onderzoeken.

#### **Deelvraag 4: Hoe geven de waardensystemen vanuit bestuurskundig perspectief richting aan meervoudig besturen.**

De waardensystemen vormen een conceptueel kader om naar de bestuurlijke arena te kijken. Door de waardensystemen als conceptueel kader te gebruiken ontstaan een helder beeld van de arena waarbinnen een zorgbestuurder tot zijn besluiten komt, waarbinnen hij stuurt. Uit de interviews wordt duidelijk dat bestuurders heel bewust vanuit de vier waardensystemen werken, om zo tijdig te kunnen (bij)sturen.

Wat de bestuurlijke arena tekent is dat geen van de waarden op voorhand dominanter lijkt dan de ander. Wel wordt er een volgordelijkheid aangebracht op basis van urgentie. Door de opstelling van de zorgverzekeraars was de urgentie van de economische waarden minder prominent. Dit gaf ruimte voor focus op de andere waarden. De klantwaarden waren onderwerp van gesprek, maar werden verder in de tijd geplaatst. Als reden hiervoor werd aangegeven dat het nog te vroeg was om iets te zeggen over de uitwerking van de wet op de cliënt. Dit zou moeten blijken uit de eerste evaluaties. Deze evaluaties werden veelal wel in beleidslijnen uitgezet.

De voornaamste focus op het moment van onderzoeken bleken de professionele en maatschappelijke waarden. Voornamelijk de professionele waarden kreeg veel aandacht. Dit is te verklaren uit het feit dat de daadwerkelijke uitvoering van de wet door professionals wordt gedaan. Hun kennis, inzet en veiligheid hebben bij de invoering prioriteit, zo bleek.

Bestuurlijke vragen bij het implementeren van een nieuwe wet zijn: Hoe gaan we het vormgeven? Wat moet het opleveren? Proportionaliteit van hetgeen je inzet is van belang. Dit geldt zowel in termen van inzet van dwangmiddelen wat proportioneel moet zijn, maar ook de inzet van psychiaters.

Bestuurders zien het als hun taak om overstijgend te denken en verschillende waardensystemen te overzien. De vraag is echter hoe zij zicht houden op de operationele arena. Het gaat daarbij niet enkel om tactieken met als doel het ophalen van hetgeen er speelt, maar ook om hoe (bij) te sturen.

Bestuurders zetten verschillende tactieken in om overzicht te bewaren over hun instelling. Grofweg zou je twee verschillende tactieken kunnen ontwaren. Deze tactieken zou je als volgt in kunnen delen.

De eerste tactiek die wordt toegepast is vrij algemeen van aard. Het gaat hierbij om het inzetten van de lijnorganisatie, boegbeelden en een goede online infrastructuur om de koers van de organisatie te sturen en kennis vanuit de operatie op te halen.

Naast gebruik te maken van de lijnorganisatie van directeuren, managers en teamleiders worden door bestuurders andere lijnen uitgezet om enerzijds te sturen, maar ook om feeling te houden met hetgeen speelt op de werkvloer, teneinde tijdig, waar nodig, bij te kunnen sturen. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van boegbeelden. Boegbeelden zijn kennisdragers, die de visie en missie van de instelling op een bepaald onderwerp kunnen implementeren en kunnen uitdragen. Een ander voorbeeld is zelf contact houden met de werkvloer, door managing by walking around, of het feit dat de bestuurder zelf een medische achtergrond heeft en regelmatig op de (poli)klinieken te vinden is.

De tweede tactiek die wordt toegepast zou ik omschrijven als een meer specifieke tactiek, waarbij gericht per thema wordt gekozen voor een tactiek. Voorbeelden daarvan zijn het inzetten van de cliëntenraad en familieraad bij het opstellen van beleidsplan met betrekking tot de implementatie van de Wvvgz. De cliëntenraad wordt door bestuurders gezien als een belangrijke schakel als het gaat om klantwaarden. Samen met de cliëntenraad wordt beleid gemaakt hoe invulling gegeven kan worden aan de aspecten van de wet waar cliënten het meeste waarde aan hecht, denk hierbij aan het inzetten van ervaringsdeskundigheid. De cliëntenraad wordt bijvoorbeeld ook ingezet bij de evaluatie van de invoering van de wet en de inzet van ervaringsdeskundige in de toekomst. Hierdoor wordt gepoogd de klantwaarden zoals in de wet naar voren komt goed te verankeren in de instelling. Een ander voorbeeld is het in het leven roepen van een moreel beraad, waarbinnen professionals zelf kunnen komen tot gedragen normen voor bijvoorbeeld het leveren van ambulante dwangbehandeling. Veel blijft hangen op directie- en managementniveau zo wordt gesteld. Door je bestuurlijke boodschap specifiek te maken bereik je de organisatie beter en zet je de juiste mensen in om je doel te bereiken.

De politieke waarden worden beïnvloed door gericht in de politieke en maatschappelijke arena te acteren. Bestuurders geven aan dat zij daar een rol hebben. Bestuurders gebruiken deze rol om de kwetsbaarheid van verwarde mensen onder de aandacht te brengen en roepen op niet te snel te oordelen als stad, ook niet met een nieuwe wet. Door gebruik te maken van het politieke speelveld proberen bestuurders invloed uit te oefenen op het maatschappelijke debat, wat van invloed kan zijn op de druk op de crisiszorg van hun instelling.

De economische waarden kennen hun eigen strategische lijnen binnen de stafafdelingen en dan vooral de controle afdeling. Naast het doelmatig inzetten van middelen wordt ook gekeken naar het doelmatig inzetten van zorg. Deze opdracht wordt door vertaald naar de professionals in de instellingen. Ambulant als het kan, klinisch als het moet, zo werd mooi verwoord door een van de respondenten. Zeker bij het implementeren van een nieuwe (behandel) wet is dit laatste van belang.

## 5.2 Concluderende beschouwing

Dit onderzoek laat zien hoe meervoudig besturen daadwerkelijk vorm krijgt in de praktijk. De verschillende opvattingen uit de operationele arena worden samengebracht in de bestuurlijke arena. De theoretische concepten van waardensystemen en zorglogica's leken in eerste instantie een wat gekunsteld concept. Ze hangen weliswaar met elkaar samen maar vertegenwoordigen een ander abstractieniveau als het ware. Door het veld onder te verdelen in twee arena's, met ieder zijn eigen abstractieniveau vielen de concepten voor mij op hun plek. De logica's vormen het vertoog, de manier waarop er binnen de operationele arena over de wet wordt gesproken. De gesprekken leken veelal recht uit het hart te komen, met passie en vol overtuiging.

De bestuurlijke arena is abstracter, waarbij het meer abstracte concept van waardensystemen meer passend was. Antwoorden worden overdacht, gewogen en zaken worden met elkaar in verband



gebracht. Het gaat hier niet alleen om het samenbrengen van verschillende waardensystemen, maar ook over balans en alignment. Missie en visie moeten oplijnen met de dagelijkse gang van zaken. Dit komt onder spanning te staan bij het invoeren van een nieuwe dwangwet. De bedoeling van de wet, de daadwerkelijke uitvoering daarvan en de missie en visie van de instelling moeten met elkaar verenigd worden, met elkaar worden opgelijnd. De bestuurders zetten bewust lijnen uit om informatie uit de organisatie op te halen. Aanvullend zorgen ze voor goede communicatielijnen de organisatie in, zodat ze tijdig, waar nodig bij kunnen sturen via boegbeelden, de lijn organisatie of de geneesheren-directeur.

Op de vraag hoe de waarden opgesloten in de Wvvgz en de logica's van de operationele praktijk bij implementatie van de wet, de bestuurlijk arena van meervoudig besturen van de GGZ bestuurder beïnvloeden kan op basis van dit onderzoek het volgende antwoord worden geformuleerd. Bestuurders in de GGZ zijn meer dan in andere sectoren naast zorginhoudelijk ook maatschappelijk en politiek bewust. (Scheer, Onder zorgbestuurders, 2013). Wilma van der Scheer beschrijft dat in een gemengd governance regime verschillende waardeoriëntaties naast elkaar bestaan, zonder dat één domineert. Zorgbestuurders moeten tegelijkertijd reageren op de soms conflicterende eisen en wensen van de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid. Waardensystemen vormen daarbij een normerend kader, welke legitimiteit geeft aan bestuurders (Janssen, 2017). Dit onderzoek laat zien dat bestuurders in de GGZ zich in de praktijk bewegen op het grensvlak tussen overheid, markt en gemeenschapsdenken. De waardensystemen geven een goed beeld van het krachtenveld waarbinnen de bestuurder zijn keuzes maakt met als doel balans te bewaren en license to lead. Door verschillende tactieken toe te passen houdt de bestuurder feeling met de operationele arena, met als doel het ophalen van hetgeen speelt en het eventueel bijsturen daarvan. Een deel van deze tactieken zijn terug te voeren op de verschillende waardensystemen. Per waarde worden andere mensen belangrijk, andere facetten van de organisatie uitgelicht en worden andere vragen gesteld. Door de (bestuurlijke) boodschap vanuit de waardensystemen specifiek te maken wordt gericht informatie opgehaald en nemen de sturingsmogelijkheden binnen de organisatie toe.

Meervoudig besturen krijgt vorm door te sturen op basis van de verschillende waardensystemen. Zij bieden een besturingskader wat enerzijds helder is. Anderzijds zijn deze waarden zelden lang in evenwicht en zijn te vergelijken met een waterbed. Het waterbedeffect treedt op als er op een plek extra druk wordt uitgeoefend. Dit leidt niet alleen tot een effect op de plek zelf, maar ook op andere plekken, terwijl het totaalvolume gelijk blijft. Besturen in de semi-publieke sector heeft in zich dat je als bestuurder steeds alert moet zijn welk krachtenveld zowel vanuit intern als extern invloed uitoefent op de balans binnen jouw instelling/ jouw waterbed.

### 5.3 Discussie

De invoering van de Wvvgz heeft het zorglandschap een duw gegeven. Veel is in beweging gekomen en moet al dan niet weer een andere plek vinden. De gedetailleerde omschrijving van alle te volgen procedures lijkt in eerste instantie een grotere uitwerking op de zorg te hebben dan de verandering die de wet in zich heeft. Bij het uitvoeren van de Wvvgz lijkt de operationele arena zich voornamelijk te focussen op het correct afhandelen van de procedures. Je zou dit af kunnen doen met de opstartfase, maar gegeven het aantal procedures en formulieren is het de vraag of het correct

afhandelen hiervan niet een blijvend punt van focus is. Het is de vraag of dit de bedoeling is geweest van de wetgever.

Het overstijgende perspectief komt duidelijk van de bestuurlijke arena. Hier komen waardensystemen bij elkaar, worden gewogen en in balans gebracht. De vraag die dit oproept is of dit wenselijk is. Is het samenkomen van waardensystemen voorbehouden aan de bestuurlijke arena, of houden we de werkvloer dom? Werkt het ook niet andersom? Kan de werkvloer ook de abstracte waarden van de bestuurder beter begrijpen als die wordt uitgedrukt in zorglogica's? Betrekken we de werkvloer nu niet te weinig bij het grotere krachtenveld van de zorg? Of willen we ze er niet mee belasten, zodat ze gewoon hun werk kunnen doen? Misschien is het ook wel comfortabel om niet alles te hoeven overzien en dit aan de bestuurders over te laten. Tijdens mijn werk als verpleegkundige op de acute psychiatrie heb ik mij altijd geërgerd aan het feit dat we weinig inzicht kregen in het grotere geheel. Ik ben van mening dat mij dat geholpen had in het begrijpen waarom. Waarom DBC's, waarom tijdschrijven, waarom productieplanfond. Het had mij geholpen om vanuit de operationele arena een concept te ontwikkelen van het grotere krachtenveld van de zorg. Dit had mijn werk meer inhoud en perspectief gegeven, anders dan goed doen voor de cliënt. Interessant zou zijn of dit ook ander gedrag in de operationele arena ten gevolge zou hebben en wellicht de zorg doelmatiger zou maken. Eerlijkheid gebiedt te zeggen dat dit niet breed door mijn collega's werd gedeeld.

Wat opvalt in dit onderzoek is de rol die maatschappelijke waarden/politieke logica's spelen bij zowel de totstandkoming van de wet als de daadwerkelijke implementatie en uitvoering ervan. De vraag die het oproept is in hoeverre door de politiek wordt overzien welke invloed deze maatschappelijke waarden hebben op besturen in de semi-publieke sector. De sterke focus op het debat over verwarde personen beïnvloedt de ruimte van bestuurders. Misschien is VWS dit vragen hetzelfde als de kalkoen vragen hoe het kerstdiner smaakte, maar toch.

De maatschappelijke waarden zijn zeer belangrijke waarden waar een zorgbestuurder rekening mee houdt. Maatschappelijke tendensen kunnen erg bepalend zijn voor de koers van de GGZ instelling. Anders dan de andere waarden liggen deze niet in de directe beïnvloedingssfeer van de bestuurder en toch wil je de omstandigheden mede maken. Recent stond in de Volkskrant een mooi artikel van een medewerker van Clingendael. Strekking van het artikel was:

*De westerse waardenagenda die in de jaren zeventig werd ingezet en in de jaren negentig op een hoogtepunt kwam, is die van zelfbeschikking en steeds grotere individuele vrijheden. Dit vertaalde zich zowel economisch (marktliberalisering) als cultureel (individualisering, zelfredzaamheid). In de 21ste eeuw wordt deze lange termijn trend steeds meer vervangen, zo toont internationaal onderzoek aan, door een nieuwe oriëntatie gericht op veiligheid, zekerheid en gemeenschapszin (A. Blanksma, R. Cuperus, 2020).*

In deze thesis komt bovenstaande op twee fronten aan bod. Niet alleen de totstandkoming van de wet was onderhevig aan deze ontwikkeling, maar ook de invoering zelf. Bauke Koekkoek beschreef deze nieuwe oriëntatie gericht op veiligheid, zekerheid en gemeenschapszin mooi in een recente presentatie (Koekkoek, 2020). Hij sprak er over dat Nederland verstrikt is geraakt in het sociale wurgcontract, waarbij altijd precies duidelijk is wat er moet gebeuren, iedereen vlekkeloos samenwerkt, niemand fouten maakt en er geen geld verspild wordt. Dit samen met de politieke

neiging die er bestaat om op basis van casuïstiek beleid door te voeren maakt de speelruimte van de bestuurders in de GGZ erg klein. Kim Putters stelt zich de vraag of meervoudig besturen leidt tot acceptabele uitkomsten.

Op basis van dit onderzoek durf ik te stellen dat meervoudig besturen ten tijde van de invoering van de wet verplichte GGZ in ieder geval leidt tot bestuurders die een duidelijke rol spelen in het publieke debat over verwarde mensen, veiligheidsdenken en maakbaarheid van de maatschappij. Dat leidt tot acceptabele uitkomsten. Deze opstelling lijkt bestuurders meer ruimte te geven om de zorg voor verwarde mensen in te richten (license to lead), aanvullend geeft het ook input aan het publieke debat dat veelal wordt gedomineerd door ophef over casuïstiek. Als je ervan uitgaat dat de GGZ zich afspeelt als spiegel van de maatschappij is inmenging door GGZ bestuurders in het maatschappelijk/politieke debat over veiligheid, zekerheid en gemeenschapszin belangrijker dan ooit tevoren.

#### 5.4 Beperkingen

Het onderzoek heeft plaats gevonden in een zeer beperkt tijdsbestek. De data is verzameld in de twee maanden na de invoering van de Wvvgz. Ondanks de beperkte onderzoeksperiode waren dit de weken waarin de wet ingevoerd werd in de dagelijkse praktijk. Het is de periode geweest waar meningen en ervaring over elkaar heen buitelden en met vlagen ongefilterd langs kwamen. Voor het onderzoek onderdeel naar de logica's binnen de operationele arena maakt dat het onderwerp mensen bezig hield en er veel over wilden delen. Het was top of mind bij iedereen die ook maar iets met de Wvvgz te maken had.

Diepgang in het onderzoek is ondanks de beperkte tijdsinvestering verkregen door een afgebakende onderzoekssetting te kiezen, te weten Amsterdam. Amsterdam was een voor de hand liggende keuze gegeven mijn eigen werkgebied en netwerk. Aanvullend heeft Amsterdam de meeste crisissen op jaarbasis en worden de meeste dwangmaatregelen uitgeschreven.

Door te kiezen voor een beperkte onderzoekssetting kunnen vraagtekens gesteld worden bij de opschaalbaarheid van de onderzoeksresultaten. Voor wat betreft de lokale context is opschaalbaarheid lastig. De context is om die reden veelal op landelijke thematiek gespitst en minder op de specifiek Amsterdamse setting. De opschaalbaarheid zit voornamelijk in het gegeven dat dit onderzoek laat zien hoe meervoudig besturen vorm krijgt bij een externally imposed strategy. Gegeven het feit dat het zorgstelsel in Nederland steeds in beweging is, waarbij stelselherzieningen en verandering in wetgeving gezien kunnen worden als externally imposed strategy zijn de uitkomsten van dit onderzoek breed van belang voor de zorgsector. Waardensystemen en zorglogica's dienen als conceptueel handvat om dit nader te onderzoeken.

Door in dit onderzoek te kiezen voor de onderverdeling naar een operationele en bestuurlijke arena is het onderzoek minder plaats afhankelijk. Deze arena's komen immers overal voor. Het gaat daarbij niet zozeer om de geografische plek, maar juist om welke stakeholders in welke arena zitten en de interactie tussen de arena's op basis van het conceptuele model van waardensystemen en zorglogica's. Het grote voordeel van de keuze voor Amsterdam is dat er gekozen is voor een bestaand netwerk, waardoor er een compleet beeld van de arena's naar voren is gekomen. Als er bijvoorbeeld gekozen was voor een bestuurder in Den Haag, een crisisdienst in Amsterdam en een geneesheer-directeur in Utrecht, was er een groot risico ontstaan dat de opgehaalde informatie niet op elkaar aan zou sluiten. Er worden op verschillende plekken namelijk verschillende keuzes gemaakt ten aanzien van de implementatie van de wet.

## 5.5 Aanbevelingen

Vanuit de conclusie en discussie komen een aantal aanbevelingen naar voren, welke betrekking hebben op de huidige praktijk, gevolgd door aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen aan de praktijk hebben betrekking op zowel de operationele arena als de bestuurlijke arena. De operationele arena, zo blijkt uit dit onderzoek heeft veelal een scope, die zich beperkt tot de rol waar iemand voor staat opgesteld. De uitzondering hierop zijn de geneesheren-directeur, die een duidelijk bredere oriëntatie hebben, wat overigens ook samenhangt met hun rol. Aanbeveling aan de operationele arena zou zijn om zich niet alleen te focussen op goede samenwerking, maar ook zelf een bredere oriëntatie na te streven. Met bredere oriëntatie doel ik op de verschillende logica's in de zorg, of zo je wilt de waardensystemen in de zorg. Dit heeft deels te maken met scholing, maar ook met het conceptualiseren waarvoor je op aarde bent. Interessant zou zijn of verandering binnen de operationele arena ook doelmatiger werken tot gevolg zou hebben en wellicht ook meer werksatisfactie.

Een aanbeveling die zich richt op de bestuurlijke arena ligt in het verlengde hiervan. Uit het onderzoek komt naar voren dat alignment en balans belangrijke factoren zijn bij meervoudig besturen. Focus op deze onderliggende principes is wellicht net zo belangrijk als het meervoudig besturen aan zich.

Aanbeveling zou zijn om juist vanwege deze alignment de meervoudigheid der dingen breder in je organisatie weg te zetten. Het gaat bij meervoudig besturen immers niet om het scheiden, maar om het verbinden van tegengestelde belangen, verlangens en ideeën (Putters, 2009). Meervoudig besturen moet juist leiden tot nieuwe routines, het inzetten van nog onbenutte kennisbronnen en relaties, en het communiceren van reële verwachtingen (WRR, 2004). De vraag die dan gesteld kan worden is hoe dit te bewerkstelligen.

De waardensystemen lijken daar een goede kapstok voor te zijn. Ze geven op een relatief eenvoudige manier weer welke krachten op de organisatie afkomen. Alleen al het bewustzijn zou meer waarde hebben en het vraagstuk van alignment vergemakkelijken.

Een laatste, wellicht voor de hand liggende aanbeveling zou zijn de Wvvgz op korte termijn te evalueren. Evaluatie zou naast een landelijke evaluatie en op regionaal niveau (met alle stakeholders) ook op instellingsniveau plaats moeten vinden. De vier waardensystemen in de zorg bieden daarvoor een goed uitgangspunt. Een evaluatie van de wet aan de hand van de waardensystemen voorkomt een eenzijdige focus. Het dwingt de wet vanuit meerdere invalshoeken te evalueren en wellicht aan te passen.

Vanuit dit onderzoek zijn op twee verschillende vlakken aanbevelingen te geven voor vervolgonderzoek. Ten eerste geeft de invoering van de Wvvgz tal van aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Ten tweede geeft dit onderzoek aanleiding om vervolgonderzoek te doen naar het samenspel tussen de operationele arena en bestuurlijke arena.

Een aantal aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek liggen besloten in de doorontwikkeling van de Wvvgz. In dit onderzoek komt naar voren dat de bedoeling van de Wvvgz breed wordt gedragen. De daadwerkelijke uitvoering van die bedoeling blijkt echter weerbarstig. Een optie voor vervolgonderzoek ligt in de kant van de klantwaarden die spreken uit de wet. Vervolgonderzoek kan aantonen of de bedoeling van de wet in termen van klantwaarden ook daadwerkelijk tot uiting komt en wat er operationeel en bestuurlijk voor nodig om dit te bewerkstelligen.

Aanvullend komt uit het onderzoek naar voren dat er grote vraagtekens worden gesteld bij de doelmatigheid van de extra inzet van psychiaters. Vervolgonderzoek kan aantonen of deze inzet is gerechtvaardigd gegeven de uitkomsten die de Wvvgz genereert. Onderzocht kan worden of de extra inzet van psychiaters ook daadwerkelijk leidt tot juiste zorg op juiste plek, tot doelmatig inzetten van zorg en tot minder gedwongen opnames. Hierbij zou het interessant zijn om de extra inzet van psychiaters ten behoeve van de Wvvgz ten opzichte van inzet van psychiaters bij het wegwerken van de wachtlijsten te plotten. De relevantie van dergelijk onderzoek schat ik groot in gegeven de discussie over de wachttijden, maar ook gegeven de stijging van de macro-zorgkosten. Door het inzetten van de psychiaters voor de Wvvgz kunnen wachttijden oplopen, wat tot gevolg kan hebben dat er meer mensen in crisis komen. Lange wachttijden kunnen ook leiden tot huisartsen die reguliere aanmelding opschalen naar crisis, om patiënten versneld de GGZ in te krijgen. Enige urgentie op dergelijk onderzoek lijkt geboden.

Vanuit bestuurskundig perspectief is het de moeite waard om te onderzoeken of meervoudig besturen baat heeft bij een beter geïnformeerde operationele arena. De vraag is dan of het wenselijk is dat deze twee arena's een zo evident ander abstractieniveau hebben? Is de semi-publieke sector niet juist een sector waar deze arena's dicht tegen elkaar aan zouden moeten functioneren. Wat zou de invloed daarvan zijn op meervoudig besturen?

## Literatuurlijst

- A. Blanksma, R. Cuperus. (2020, maart 30). Coronacrisis is stresstest voor het brede politieke midden. *De Volkskrant*.
- Arts, N. (2018). Van ambachtsman tot systeembeheerder. Wat is er met de psychiater gebeurd? . In B. v. van Engelen, *Wat is er met de dokter gebeurd?* (p. 51). Houten: Bohn Stafleu Lochum.
- Bal, R. H. (2019). Regels en veiligheid in de zorg Reactie op het rapport 'Veilige zorg, goede zorg?'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163.
- Bijloos, J. S. (2019). *Building a License to Lead, Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen*. Rotterdam.
- Blokhuis, P. (2019, december 20). Brief aan Eerste kamer. *Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)*. Den Haag.
- Brandsen, T., Donk, v. d., & Kenis, P. (2006). *Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties*. Den Haag: Boom.
- Brandsen, T., van de Donk, W., & Putters, K. (2005). Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. (9-10), 749-765.
- Delespaul, P. (2020, februari 13). De wet verplichte GGZ negeert mensenrechten. *Zorg + welzijn*.
- Donk, W. v. (1997). *De arena in schema : een verkenning van de betekenis van informatisering voor beleid en politiek inzake de verdeling van middelen onder verzorgingshuizen*. Tilburg: Koninklijke Vermande.
- Ebels, E. J. (1986, mei 6). Primum non nocere? *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*.
- Geertz, C. (1973). *Thick description: Toward an interpretive theory of culture. The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Hardon, A. e. (2001). *manual applied health research*. Amsterdam: Spinhuis.
- Hoekstra, R. J. (2015). *het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen van eht openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U*. Steenwijk: Bariet.
- Hoogervorst, J. F. (2004, augustus 11). kamerbrief Evaluatie Wet Bopz . Den Haag.
- Janssen, R. T. (2017). *Het onzekere voor het zekere. Tweebenig besturen in de zorg*. Rotterdam: Marketing & Communicatie ESHPM.
- Johnson, G. (2017). *Exploring Strategy*. Harlow: Pearson.
- Kempen, J. v. (2020, januari 2). Psychiaters die patiënten fouilleren: nieuwe ggz-wet stuit op weerstand. *Het Parool*.
- Knijn, T. (2000). Marketization and the struggling logics of (Home) Care in the Netherlands. In M. H. (ed.), *Care work* (pp. 232-248). New York: Routledge Press.
- Knijn, T. (2004). *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

- KNMG, K. N. (2007). *Medische professionaliteit*. Utrecht: federatie KNMG.
- Koekkoek, B. (2016). *Verward in Nederland*. Tiel: Lannoo Campus.
- Koekkoek, B. (2017). De toename van ‘verwarde personen’-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (2017)*, volume 95, pages 264–272.
- Koekkoek, B. (2017). De toename van ‘verwarde personen’-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95, 264–272.
- Koekkoek, B. (2020, maart). Dichter bij de burger? Het ‘gewone leven’ vraagt om een rechte rug. HAN hogeschool.
- Nederlands Vereniging voor Psychiatrie. NVvP. (2017, december). Inbreng NVvP op de wetsvoorstellen Wet verplichte ggz, Wet forensische. Utrecht.
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivselastiek*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rapport Taskforce de juiste zorg op de juiste plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek, wie durft*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Scheer, W. v. (2013). *Onder zorgbestuurders*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Scheer, W. v. (2016). Governace: maatschappelijke context. In W. S. Rob Dillmann. Cordula Wagner, *Patientveiligheid. Handboek voor medisch specialistische zorg* (pp. 111- 118). Utrecht: de Tijdstroom.
- Simmes, F. G. (2015). *Familiegerichte zelfmanagementondersteuning*. . Nijmegen: Kenniscentrum Duurzame Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Spencer, R. L. (2002). *The communication observation method*. New South Wales: University of New South Wales: Centre for Health Informatics.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht : NIZW.
- Verhagen, S. (2005). *Zorglogica's uit balans*. Utrecht: de Graaff.
- Verschuren, P., & Doorewaard, J. (2016). *Het ontwerp van een onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- VWS. (2018). presentatie van VWS: Bijeenkomst ZN over de invoering van de WvGGZ. Zeist.
- VWS. (2019). *Dwang in de zorg, Wet verplichte GGZ, over de WvGGZ*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <https://www.dwanginezorg.nl/wvggz/over-de-wvggz/verschil-met-bopz>
- Weegel, P. v. (2014). *Over de Brug*. Utrecht: Phrenos.
- WRR, W. R. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WvGGZ, M. v. (2018, januari 24). Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. *Wet van 24 januari 2018, houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)*. Wassenaar, Nederland: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.

Figuur 1: Cijfers DBC crisis versus E33 melding (bron Vektis)	13
Figuur 1: Cijfers DBC crisis versus E33 melding (bron Vektis)	13
Figuur 2: Operationele arena Amsterdam Wvggz	15
Figuur 3: Vier waardensystemen in de zorg	16
Figuur 4: Vier zorglogica's	16
Figuur 5: waardensystemen, zorglogica's en hun kernbegrippen (Verhagen, 2005)	16
Figuur 6 Kim Putters 2009. Meervoudig besturen	16
Figuur 7: Conceptueel Model	16
Figuur 8: Onderzoeksmodel	16