

De invloed van omgevingsfactoren

De basis voor netwerkpsychiatrie?



Marlies Snelleman – van der Plas

Foto: oogst uit eigen tuin, 2021

“De wonderen van heel de wereld vind je terug in je eigen tuin”

Bron: Phil Bosmans, Belgische pater en schrijver 1922-2012.
Je leeft maar een dag vandaag (1990) 3 juni



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

Datum: Mei 2023

Door: Marlies Snelleman – van der Plas

Thesisbegeleider: Dr. M H M (Martijn) Jansen

Tweede beoordelaar: Dr. J.J.P.A. (Joyce) Bierbooms

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	3
Voorwoord	5
Managementsamenvatting	7
Management summary	9
1 Inleiding.....	11
1.1 Probleemstelling.....	13
1.2 Doelstelling.....	13
1.3 Vraagstelling.....	14
1.4 Relevantie.....	14
1.5 Afbakening	14
2 Theoretisch kader.....	16
2.1 Inleiding.....	16
2.2 Omgevingsfactoren	16
2.3 Zorgvormen	17
2.3.1 Het begrip ‘zorgvormen’ in de praktijk	17
2.3.2 Literatuur over zorgvormen.....	17
2.4 Omgevingsfactoren en psychiatrische stoornissen.....	18
2.5 Quadruple aim.....	19
2.6 Het domein van de managers en de professionals.....	20
2.7 Theoretisch kader	21
3 Methode.....	23
3.1 Inleiding.....	23
3.2 Onderzoeksstrategie.....	23
3.3 Onderzoeksmodel	23
3.4 Dataverzameling.....	24
3.5 Selectie respondenten.....	24
3.6 Ethiek.....	26
3.7 Data analyse	26
3.8 Betrouwbaarheid en validiteit	27
3.8.1 Betrouwbaarheid.....	27
3.8.2 Validiteit	28
4 Resultaten	30
4.1 Inleiding.....	30
4.2 Resultaten van interviews	30

4.2.1	Aardbevingsproblematiek.....	30
4.2.2	Intergenerationele problematiek	31
4.2.3	Homogene en heterogene factoren	31
4.2.4	Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg	32
4.2.5	Contextafhankelijkheid van zorg	32
4.2.6	Onderscheid landelijke en regionale invloed van omgevingsfactoren.....	33
4.2.7	Netwerkgerichte zorg en het Herstelgerichte paradigma.....	34
4.2.8	Discrepantie tussen visie en werkelijkheid	35
4.2.9	Probleemgericht denken	36
5	Conclusie, discussie en aanbevelingen	37
5.1	Inleiding.....	37
5.2	Conclusie	37
5.2.1	Conclusie deelvragen.....	37
5.2.2	Conclusie hoofdvraag	43
5.3	Discussie	45
5.3.1	Discussie over studie-opzet	45
5.3.2	Discussie over resultaten en conclusie	46
5.4	Aanbevelingen.....	48
5.4.1	Aanbevelingen voor GGZ-organisaties.....	48
5.4.2	Aanbevelingen voor onderzoek	48
	Literatuurlijst.....	50
	Bijlagen.....	55

Voorwoord

Wanneer ik op een mooie zonnige avond na een werkdag in mijn moestuin bezig ben, ben ik meestal vooral aan het onkruid wieden en watergeven. Op sommige dagen kan ik oogsten en het aller mooiste moment: het eten van de eigen gekweekte groentes en fruit. Hier gaat een hele planning aan vooraf, voor het zover is. Het begint eigenlijk met het kijken naar de grond. Is het zand of klei? Voedingsrijk of voedingsarm? Heeft het veel structuur en bodemleven? Moet ik er iets aan doen voor ik ga zaaien? Want uiteindelijk hebben planten de juiste voedingsstoffen nodig en wanneer die er niet zijn, zal er niks groeien. Zo doet lavendel het heel goed op droge zandgrond, terwijl aardappelen vaak houden van klei.

Dan kijk ik ook naar de ligging: waar staat de zon, waar komt de wind vandaan, zijn er hoogte verschillen, welke vaste planten staan er? Ook mijn ervaring doet mee. Vorig jaar had ik aardappels in de moestuin en had enorm veel last van de coloradokever. Ik merk dat dit me weerhoudt om dit jaar opnieuw aardappels te gaan poten, al waren de aardappels die ik had wel heel erg lekker. Met al deze dingen in mijn hoofd ga ik een zaaiplan maken. Wat zijn daarin voor mij de belangrijkste dingen? Nou in elk geval wat wij lekker vinden! En wij kan een ruim begrip zijn (twee en vier benig, voor hier thuis of voor naasten). Maar je wilt in elk geval niet iets zaaien en er veel energie in stoppen, wat je vervolgens nergens voor kan gebruiken. Ook schijnt het zo te zijn dat bepaalde planten het goed doen als ze naast elkaar staan en anderen juist weer niet.

Nu wonen wij nog niet zo lang hier en deze moestuin is duidelijk weer heel anders dan bij het vorige huis. Dat wat daar super goed groeide, komt hier nauwelijks op en andersom. Wat kan ik dit jaar nu anders doen, zodat ik juist wel weer die lekkere bietjes uit de eigen moestuin kan eten?

Oh en niet te vergeten: welke filosofie wil je volgen? Zoals ik het heb geleerd in het verleden? Moderner, zoals permacultuur? Er is heel veel te lezen over het verbouwen van voedsel. Een van de trends op dit moment is dat monocultuur een risico vormt op ziektes en plagen en dat je dan veel meer bestrijdingsmiddelen nodig hebt. De andere kant, de combinatieteelt, zou voor diversiteit zorgen in alles wat boven én onder de grond leeft. Risico: meer soorten beestjes die je lekkere groentes op kunnen eten, maar ook de kans dat je weer meer roofdieren aantrekt die juist die beestjes weer opeten. Er blijft uiteindelijk altijd wel genoeg over, al is het niet altijd helemaal volgens de planning. Het ene jaar heb je meer appels, het volgende jaar meer frambozen. Maar als je alleen maar appelbomen had, dan heb je het ene jaar veel appels en het andere jaar helemaal niks als de late vorst nog kwam.

Tijdens het snoeien van de bomen en het maaien van het gras heb je tijd om te denken. Gelden deze dingen niet ook voor mijn werk? Eerst zaaien dan oogsten is natuurlijk wel een bekend gezegde. Wat is de tegenhanger van de bodem in de GGZ? En wat voor de zon, wind en de andere vaste planten? Hoe kies je wat je wilt laten groeien? Wat wil je uiteindelijk oogsten? Hoe voorkom je ziektes en plagen? Maar er zullen altijd dingen mislukken; wat kan je daarvan leren? Zolang je maar ziet (en proeft!) wat er ook allemaal wél gelukt is.

Hier groeide voor mij het idee van het kijken naar de omgevingsfactoren in de GGZ. Voor mij zijn de omgevingsfactoren de grond, de zon, de windrichting en de vaste planten in de tuin. Er zijn vele uitdagingen in de GGZ momenteel en wat zouden we dan kunnen leren van het tuinieren? Zijn we lavendel op kleigrond aan het telen? Doen we aan monocultuur? Leveren we die zorg die ook gevraagd wordt? Wat doen anderen in de omgeving en passen we daar goed bij? En misschien nog wel het belangrijkste: zien we voldoende wat er wel lukt?

Vele vragen en zo weinig tijd. Dat was dan ook mijn grootste worsteling; welke van de honderd vragen die ik in mijn hoofd heb, ga ik uitwerken voor deze thesis? Maar het is gelukt. Hij is klaar. En dat was niet gelukt zonder de enorme steun van mijn man, die, wanneer ik weer naar mijn

studeerkamer vertrok, de paarden voerde, de bomen snoeide, het gras maaide en zo nog veel meer van die dingen die we normaal gesproken samen doen. Hij las met me mee, was mijn oefenrespondent, mijn sparringpartner en mijn coach. Kortom, onmisbaar!

Daarnaast heb ik ook veel steun gehad uit de opleiding. Joyce die verschillende keren met geduld weer met me in gesprek ging over het onderwerp. Studiegenoten die uitspraken "Ik heb een algemene thesis breakdown". Ik ben dus niet de enige die zo worstelt! En de ander die dan weer reageert met superfijne tips (en chocola en wijn...), geruststelt en aanmoedigt.

Uiteraard mijn thesisbegeleider Martijn, die mij als kwantitatief onderzoeker, voor zover ik überhaupt onderzoek heb gedaan, hier doorheen heeft geholpen met al mijn vragen en het indammen van de honderd ideeën.

Mijn collega's bij Lentis dank ik ook voor de kans die ik heb gekregen om deze opleiding te doen, maar ook voor alle hulp en medewerking.

En dan nog al mijn familie en vrienden, voor wie ik zeker de afgelopen maanden onder een steen heb gelegen en hen volledig heb verwaarloosd en toch van hen alle support heb gekregen die ik me kon wensen!

Wat een rijkdom om zoveel mensen te kunnen bedanken!

Managementsamenvatting

Wat is de invloed van de omgeving op een bedrijf? Dit is in de bedrijfskunde een normale vraag wanneer er gekeken wordt naar de aantrekkelijkheid van de markt en dus of een bedrijf of een onderdeel daarvan levensvatbaar is. In de medische wetenschappen kijkt men veelal vanuit het perspectief van de patiënt of een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld wat is de beste behandeling bij Schizofrenie of voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Omdat de zorg in Nederland te maken heeft met de marktwerking is een ziekenhuis of een GGZ-instelling een bedrijf dat ook financieel gezond moet blijven. Het kiezen voor een bepaalde zorgvorm is daarmee niet alleen een besluit van de behandelaren, maar ook van het management.

Het integraal zorgakkoord 2022 (Integraal zorg akkoord.2022) laat zien waar de knelpunten voor de toekomst liggen voor de zorg. De geschetste knelpunten zijn: toegankelijkheid, personeelsschaarste, kosten, duurzaamheid en kwaliteit. In het akkoord staat beschreven dat verbetering van zorg gezocht moet gaan worden in de richting van samenwerken, meer mensgericht en vanuit gezondheid in plaats van ziekte (Integraal zorg akkoord.2022). Het gedachtengoed Netwerkpsychiatrie past goed bij deze verbeterrichting en is daarom gebruikt voor dit onderzoek als omschreven veranderrichting.

In een provincie als Groningen zijn er grote verschillen tussen regio's. De stad Groningen is een hele andere omgeving dan de meer in het oosten van Groningen gelegen gebieden. Met deze drie gegevens in het achterhoofd ontstond de vraag: Op welke wijze beïnvloeden omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie en welke aanbevelingen kunnen er dan gedaan worden?

Dit is onderzocht met een casestudy, middels interviews bij de grootste GGZ-organisatie van de provincie Groningen: Lentis. Met de deelvragen welke omgevingsfactoren invloed hebben en hoe deze dan invloed hebben, is er een beeld geschetst van de hoofdvraag in de provincie Groningen. Door deze informatie te verbinden met literatuur uit zowel het domein van de professionals als die van de managers konden er aanbevelingen worden geformuleerd.

De basis van het theoretisch kader is gevormd uit de drie termen: omgevingsfactoren, zorgvormen en netwerkzorg. Omgevingsfactoren is gedefinieerd zoals die geformuleerd worden in de PESTEL-analyse. Voor het begrip zorgvormen is een definitie gevormd vanuit verschillende bronnen en voor netwerkzorg is een bestaand gedachtengoed gebruikt: Netwerkpsychiatrie. Om het vraagstuk van verschillende kanten te belichten is de Quadruple aim gebruikt.

De omgevingsfactoren die uit dit onderzoek het meest duidelijk naar voren komen voor de keuze van zorgvormen zijn:

- Sociale factoren, in Groningen in de vorm van Intergenerationele problematiek (met name armoede, laaggeletterdheid en verslaving) en de gevolgen van de aardbevingsproblematiek. Deze factoren hebben met name invloed op de populatie van een regio en daarmee op het microniveau van zorgvormen.
- Het trio Politiek, Economie en wet- en regelgeving (Legal); welke rechtstreeks invloed hebben op de zorgvormen op macroniveau, maar indirect ook op andere omgevingsfactoren.
- De beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg en welzijn in de omgeving is belangrijk voor netwerkpsychiatrie, omdat je daarmee in een regio kan bepalen wie je samenwerkingspartners zijn en wat er mogelijk in een bepaalde regio aan zorg nodig is.
- De homo- of heterogeniteit van de omgevingsfactoren kunnen een indruk geven van de dichtheid van de problematiek of kansen in een regio en samen met het wel of niet bestaan van intergenerationele problematiek een indruk van de chroniciteit van de problematiek.

- Opvallend is dat Techniek en milieu (Environmental) niet als belangrijke factor naar voren komen voor deze keuze. Waarbij techniek meer als een oplossing wordt gezien om zorg aan te kunnen bieden.

Doordat er zowel in de omgevingsfactoren, als in de zorgvormen een macro-, meso- en microniveau naar voren kwam én dit ook in het management bekend is, konden er aanbevelingen gedaan worden die goed op elkaar aansloten en gebruik maakten van de onderlinge invloed. Deze aanbevelingen zijn om op een gestructureerde wijze de omgevingsfactoren in kaart te brengen, waarbij middels een watervalmethode de analyse op macroniveau wordt aangevuld door het meso niveau en zo verder. Door hierbij zowel de managers als zorgprofessionals te betrekken geeft dit mogelijk een breder draagvlak bij een keuze voor een zorgvorm en kan dit ook het gat tussen de visie en de werkelijkheid dichtten; want alle respondenten waren het eens dat omgevingsfactoren wél belangrijk zijn voor de keuze van zorgvormen, maar nog onvoldoende worden gebruikt.

Een van de factoren die hier invloed op heeft is het gebruik van begrippen en de betekenis hiervan voor verschillende mensen die betrokken zijn bij de keuze voor zorgvormen. Ook in dit onderzoek komt naar voren dat de gebruikte termen door iedereen wel herkend worden en ze er positief tegenover staan, maar er toch verschillende betekenis aan geven. Daarmee is het advies om, bij gebruik van begrippen, heel helder met elkaar te bespreken wat de betekenis hiervan is voor alle medewerkers.

Voor de wetenschap zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de methode voor de veralgemeenbaarheid. Het feit dat het onderzoek in Groningen plaatsvindt, bij één organisatie en de onderzoeker ook binnen deze organisatie werkt kan invloed hebben op de resultaten. Zeker omdat er in Groningen een vrij extreme situatie is met betrekking tot bepaalde (sociale) omgevingsfactoren en het verschil in homo- en heterogeniteit van deze omgevingsfactoren. Toch kan gezegd worden dat de uitkomsten wel passen bij het theoretisch kader. Vervolgonderzoek zou kunnen uitwijzen of bij andere regio's dezelfde invloeden naar voren komen en of bij andere, vergelijkbare organisaties dezelfde discrepantie tussen visie en werkelijkheid ook speelt. Dan zou eventueel ook overwogen kunnen worden om het omgevingsonderzoek voor de keuze van zorgvormen te versmallen naar enkel deze factoren. En wie weet kunnen we vervolgens ook naar de factoren gaan kijken die de markt in de toekomst mogelijk gaan verstoren, zodat we tijdig daarop kunnen reageren!

Management summary

What is the influence of the environment on a company? This is a normal question in business administration when looking at the attractiveness of the market and therefore whether a company or a part of it is viable. In the medical sciences, people often look from the perspective of the patient or a certain disease. For example, what is the best treatment for schizophrenia or for people with serious psychiatric disorders.

Because healthcare in the Netherlands has to deal with market forces, a hospital or a mental health institution is a company that must also remain financially healthy. Choosing a particular form of care is therefore not only a decision of the practitioners, but also of the management.

The integrated care agreement 2022 (Integral care agreement.2022) shows where the bottlenecks for the future lie for healthcare. The bottlenecks outlined are: Accessibility, staff shortage, costs, sustainability and quality. It describes that improvement of care must be sought in the direction of collaboration, more people-oriented and from health instead of illness (Integral care agreement.2022). The philosophy of Network Psychiatry fits well with this direction of improvement and has therefore been used for this research as a described change direction.

In a province like Groningen, there are big differences between regions. The city of Groningen is a completely different environment than the areas more in the east of Groningen. With these three data in mind, the question arose: How do environmental factors influence the choice of forms of care in the implementation of Network Psychiatry and what recommendations can then be made?

This was investigated with a case study, through interviews with the largest mental health organization in the province of Groningen; Lentis. With the sub-questions which environmental factors have an influence and how they influence, a picture has been sketched of the main question in the province of Groningen.

By linking this information with literature from both the domain of the professionals and those of the managers, recommendations could be formulated.

The basis of the theoretical framework is formed from the three terms: environmental factors, forms of care and network care. Environmental factors are defined as formulated in the PESTEL analysis. For the concept of forms of care, a definition has been formed from various sources and an existing philosophy has been used for network care; Network psychiatry. To highlight the issue from different sides, the Quadruple aim was used.

The environmental factors that emerge most clearly from this study for the choice of forms of care are:

- Social factors, in Groningen in the form of intergenerational problems (especially poverty, low literacy and addiction) and the consequences of the earthquake problem. These factors mainly influence the population of a region and thus the micro level of forms of care.
- The trio Politics, Economics and Laws and Regulations; which directly influence the forms of care at the macro level, but indirectly also on other environmental factors.
- The availability and accessibility of care and well-being in the area is important for network psychiatry, because it allows you to determine in a region who your cooperation partners are and what may be needed in a certain region.
- The homogeneity or heterogeneity of the environmental factors can give an impression of the density of the problems or opportunities in a region and, together with the existence or non-existence of intergenerational problems, an impression of the chronicity of the problem.
- It is striking that Technology and Environment do not appear as an important factor for this choice. Where technology is seen more as a solution to be able to offer care.

Because a macro, meso and micro level emerged in the environmental factors, as well as in the forms of care and this is also known in management, recommendations could be made that fit well together and make use of the mutual influence. These recommendations are to map the environmental factors in a structured way, whereby the analysis at macro level is supplemented by the meso level and so on by means of a waterfall method. By involving both managers and healthcare professionals, this may give a broader basis for choosing a form of care and can also close the gap between the vision and reality; because all respondents agreed that environmental factors are important for the choice of forms of care, but are not yet sufficiently used.

One of the factors that influences this is the use of concepts and their meaning for different people involved in the choice of forms of care. This research also shows that the terms used are recognized and positive by everyone, but still give them different meanings. This makes it advisable, when using terms, to have a very clear understanding of the meaning of this for all employees.

For science, there are caveats to the method of generalizability. The fact that the research takes place in Groningen, at one organization and the researcher also works within this organization can influence the results. Especially because in Groningen there is a fairly extreme situation with regard to certain (social) environmental factors and the difference in homogeneity and heterogeneity of these environmental factors. Nevertheless, it can be said that the results do fit the theoretical framework. Follow-up research could show whether the same influences emerge in other regions and whether the same gap between vision and reality also plays a role in other, similar organizations. Then it could possibly also be considered to narrow the environmental research for the choice of forms of care to only these factors. And who knows, maybe we can also look at the factors that may disrupt the market in the future, so that we can respond in time!

1 Inleiding

In deze thesis wordt onderzocht op welke wijze omgevingsfactoren invloed hebben op zorgvormen. Zorgvormen is een niet gedefinieerde verzamelnaam voor bijvoorbeeld de setting waarin zorg plaatsvindt, teamsamenstelling of andere vorm waarmee je een bepaalde doelgroep behandelt of begeleidt (zie verder bij theorie). In de praktijk merk ik dat zorgvormen in uitvoering kunnen verschillen tussen locaties, ook wanneer ze in theorie dezelfde zijn. Dit kan allerlei oorzaken hebben, maar ik ben vooral nieuwsgierig naar wat de invloed van de omgevingsfactoren is.

Deze vraag zit echter in het midden tussen de domeinen van de professional¹ en de manager² (Vermaak, 2022, p34). Hoe omgevingsfactoren invloed hebben op bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie³ (Muijsenbergh M van den, 2018), is meer het domein van de professional. Maar bijvoorbeeld de invloed van omgevingsfactoren op medewerkers, is meer het domein van de managers. Zo zijn bijvoorbeeld vacatures in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in meer rurale gebieden nog moeilijker te vervullen dan in randstedelijke gebieden, zoals de NOS schrijft (Brink R van den, 2021) op basis van onderzoek van de Nederlandse GGZ. Nadrukkelijk staat bij deze twee voorbeelden 'meer', omdat het zeker niet altijd zo zwart-wit is. Dit zijn maar enkele voorbeelden van de invloed van omgevingsfactoren op de GGZ zorg. Er wordt vaak gekozen voor één bepaalde zorgvorm voor een bepaalde doelgroep over de hele instelling ongeacht de omgevingsfactoren. Hierbij doel ik op bijvoorbeeld de keuze voor Fact zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Ik vroeg mij af of omgevingsfactoren invloed hebben op deze keuze van zorgvormen en je dus misschien wel zou moeten kiezen voor verschillende of aangepaste zorgvormen bij verschillende omgevingsfactoren (en dus misschien zelfs wel binnen één bedrijf?). Literatuur over hoe omgevingsfactoren zorgvormen beïnvloeden ontbreekt echter. Misschien is dit wel omdat deze vraag in dat "niemandland" (Vermaak, 2022, p34) ligt tussen de manager en de professional (of juist op beide terreinen...)?

De provincie Groningen is een heel passende omgeving om deze vraag te onderzoeken. Daar zijn grote verschillen in omgevingsfactoren tussen de stad Groningen en de plattelandsgebieden in het oosten van de provincie. De grootste GGZ organisatie in de provincie Groningen is Lentis. Dit is ook de enige GGZ organisatie die in de hele provincie zorg aanbiedt. Dat maakt Lentis een zeer geschikte organisatie om dit verkennende onderzoek uit te voeren, waarbij het doel is om de uitkomsten niet alleen op Groningen van toepassing te laten zijn, maar ook bruikbaar te maken voor andere instellingen of voor vervolgonderzoek.

Het regiobeeld van de provincie Groningen wordt gekenmerkt door grote verschillen tussen de stad Groningen en het platteland van de provincie Groningen, ook wel de Ommelanden genoemd. Ten eerste is er een groot verschil in bevolkingsdichtheid, waarbij de stad Groningen met 1266 inwoners per km² dicht bevolkt is ten opzichte van de Ommelanden, met gemiddeld minder dan 250 inwoners per km². Dit bij een bevolkingsaantal van bijna 590 duizend inwoners. (Sociaal planbureau groningen.2020)

¹ Het woord professional wordt in deze thesis gebruikt voor de medewerkers die als professional in het primaire proces werken. Hiermee wordt niet gezegd dat andere medewerkers geen professionals zijn!

² Het woord manager wordt in deze thesis gebruikt voor alle leidinggevende van de organisatie, ongeacht welk echelon.

³ Het woord patiënt is te vervangen door cliënt, klant of andere benaming voor onze medemens die hulp krijgt van een GGZ-instelling. In deze thesis zal consequent het woord patiënt gebruikt worden, tenzij in een citaat of titel.

In de Ommelanden is er sprake van stapeling van problematiek. Er is sprake van vergrijzing, de gezondheid wordt als minder goed ervaren, er is sprake van een ongezondere leefstijl en is er een gemiddeld lager opleidingsniveau en lagere sociaal-economische status. (Menzis regiobeeld noord.2022). Maar ook zijn er bijvoorbeeld meer migranten in de stad Groningen dan in de Ommelanden. Dit dan wel met uitzondering van één gemeente, Westerwolde, waar Ter Apel ligt met het bekende aanmeldcentrum voor asielzoekers. (CBS bevolkingsgroei.2021) Daarnaast ligt het centrum van het aardbevingsgebied in de Ommelanden.

Het is bekend dat dit soort omgevingsfactoren invloed hebben op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen, zoals bijvoorbeeld meer mentale stoornissen bij een lage sociaal economische status (Melzer, 2003). Leeftijd, geslacht en etniciteit zijn bekende factoren bij bijvoorbeeld het ontstaan van psychose (Alphen A van et al., 2012). Met name de financiële situatie, opleidingsniveau en migratiestatus zijn bekende factoren die invloed hebben op de gezondheid van mensen (Muijsenbergh M van den, 2018).

Directe theorieën of modellen over de invloed van omgevingsfactoren op de hele breedte van zorgvormen (dus zowel van zorginhoudelijk als bedrijfsvoering) ontbreken. Wel zijn er diverse modellen en theorieën die een basis kunnen vormen of hier een verband mee hebben. Modellen voor het onderzoeken van omgevingsfactoren, onderzoeken naar het verband tussen psychiatrische stoornissen en omgevingsfactoren, onderzoeken naar de zorgvormen zelf en de resultaten op een betere uitkomst voor de patiënt, en modellen met doelen voor de ontwikkeling van gezondheidszorg. Maar de verbinding tussen de uitslagen van hiervoor genoemde onderzoeken en modellen en wat dat nu betekent voor de zorgvormen lijkt te ontbreken. In hoofdstuk 3 zullen de diversie modellen en theorieën nader worden toegelicht.

De toekomst van de (geestelijke gezondheids)zorg krijgt met problemen te kampen die nu ook al merkbaar zijn. Het Integraal zorg akkoord (IZA) beschrijft de knelpunten anno 2022 en de toekomst van de gezondheidszorg. De geschetste knelpunten zijn: toegankelijkheid, personeelsschaarste, kosten, duurzaamheid en kwaliteit. Hierin staat beschreven dat verbetering van zorg gezocht moet gaan worden in de richting van samenwerken, meer mensgericht en vanuit gezondheid in plaats van ziekte (Integraal zorg akkoord.2022). Daar komt uit voort dat de zorgbedrijven zich meer op het netwerk om zich heen moeten gaan richten. Hiermee lijkt het logisch dat omgevingsfactoren meer invloed gaan hebben op het zorgaanbod. Dat maakt dat dit een zeer actuele onderzoeksvraag is.

“Netwerkpsychiatrie is een visie en een werkwijze die behandeling en zorg voor mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen verbindt. Haar missie is om de kansen op herstel en gezondheid zo groot mogelijk te maken.” (Mulder, 2020, p35) Netwerkpsychiatrie is een gedachtengoed wat nog in ontwikkeling is, gericht op samenwerken. Zie bijlage 1 voor de uitgangspunten. Ondanks dat dit gedachtengoed van vóór het IZA is, geeft dit invulling aan het in het IZA beoogde samenwerken in het netwerk, mensgericht werken en richten op geestelijke gezondheid voor mensen met een (ernstige) psychiatrische aandoening. Dit gedachtengoed is zeker niet het eerste en zal ook niet het laatste zijn in alle vormen van netwerkgericht denken in de afgelopen jaren. Het gedachtengoed van Netwerkpsychiatrie (Mulder, 2020) is heel passend als model bij dit onderzoek, daar dit een kader geeft voor de zorgvormen en het past bij het IZA. Nadeel is dat Netwerkpsychiatrie voornamelijk gericht is op een specifieke doelgroep van de GGZ, namelijk de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Echter, de EPA doelgroep behoort tot de kern van de doelgroep van GGZ-organisaties en bij Lentis staat in de nieuwe visie dat ze zich willen richten op deze complexere doelgroep. Daarmee is dit gedachtengoed van toepassing en direct ook een afbakening voor dit onderzoek.

1.1 Probleemstelling

- Omgevingsfactoren spelen mee in portfoliokeuzes van bedrijven.
- Omgevingsfactoren hebben invloed op de samenstelling en gezondheid van de populatie.
- Voor bepaalde patiëntenpopulaties zijn zorgvormen ontwikkeld.

Zo zijn er verschillende verbanden te leggen, maar wat is de invloed van omgevingsfactoren op de keuze van zorgvormen voor de GGZ-patiënten in een bepaalde regio?

Dit wordt nu belangrijk omdat Nederland in transitie zit en als gevolg daarvan er zoveel aan het veranderen is! “Nieuwe verbanden, nieuwe waarden, nieuwe gemeenschappen, nieuwe bedrijvigheid, nieuwe technologieën, toenemende bewustwording” (Rotmans, 2021, p11). Ook de vergrijzing speelt een belangrijke rol in de veranderingen in de zorg en daarmee de samenstelling van de patiëntenpopulatie, maar ook van de bevolking in het algemeen, dus ook de medewerkers. Vooral de personeelsschaarste zal in de toekomst nog meer invloed gaan krijgen op de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

De knelpunten beschreven in het IZA zijn helder en de oplossingsrichting; naar meer mensgerichte, netwerkgerichte zorg, is een beweging die ook al wat langer bestaat. Denk maar aan werken als ‘Goede GGZ’ (Delepaul, 2018). En als je dan van aanbod gerichte zorg naar mensgerichte of vraaggerichte zorg (Verbeek, 2010) gaat, gaan omgevingsfactoren waarschijnlijk nog meer meespelen.

Concluderend is de vraag hóe omgevingsfactoren de keuze van zorgvormen beïnvloeden in het licht van de huidige ontwikkeling in de Nederland. Het antwoord op deze vraag kan managers mogelijk ondersteunen in hun keuze van zorgvormen, aangepast aan de omgevingsfactoren van een bepaalde regio. En dit is nog meer van belang wanneer het verzorgingsgebied van een instelling zo contrastrijk is, voor wat betreft de omgevingsfactoren, als bij Lentis in de provincie Groningen. Dit is een spannende vraag, omdat het een vraag betreft in het gebied tussen de professional en de manager (zie paragraaf 2.4).

1.2 Doelstelling

Met de conclusies van dit onderzoek kunnen GGZ-organisaties de omgevingsfactoren gebruiken bij het kiezen van zorgvormen bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie.

Dit is nodig omdat de verandering waar wij nu voor staan als sector zeer complex is en geduid zou kunnen worden als een transitie, waarbij je niet in 1 keer de verandering kan doen, maar je steeds kleine stapjes zal moeten nemen en ergens naartoe navigeren. (Rotmans, 2021) Het begrip van de invloed van omgevingsfactoren kan dan een stukje van de puzzel zijn die we met elkaar aan het leggen zijn. Dit is belangrijk omdat de meeste omgevingsfactoren in principe niet direct beïnvloedbaar zijn door de organisatie, maar je kan er wel op anticiperen of zelfs gebruik van maken (Whittington, 2020, H2.2) en hopelijk met de juiste zorgvormen in de toekomst dan wel weer beïnvloeden!

Voor dit onderzoek worden professionals geïnterviewd, mensen die expert zijn op één van de doelen van de quadruple aim (zie paragraaf 2.4) en managers waarbij de verschillende expertises samen komen. Door hen te vragen naar de invloed van omgevingsfactoren en deze uitkomsten te vergelijken, is er mogelijk een overzicht te maken van welke omgevingsfactoren nu bij deze situatie van belang zijn en hoe deze gebruikt kunnen worden voor het kiezen van passende zorgvormen. Hieruit kunnen dan aanbevelingen volgen hoe managers deze stap in de transitie naar meer samenwerken en meer mensgerichte zorg zouden kunnen starten.

1.3 Vraagstelling

Op welke wijze beïnvloeden omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie en welke aanbevelingen kunnen er dan gedaan worden?

Deelvragen

1. Welke omgevingsfactoren zijn relevant bij de implementatie van GGZ zorgvormen en Netwerkpsychiatrie in het bijzonder?
2. Hoe hebben deze omgevingsfactoren invloed op de keuze van zorgvormen?
3. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden naar de verschillende leiderschapslagen die betrokken zijn bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie?

1.4 Relevantie

In deze transitie waar de Nederlands gezondheidszorg in zit, naar meer mensgerichte, netwerkgerichte zorg is het belangrijk om handvatten te hebben om de juiste keuzes te kunnen maken als GGZ-organisatie. De keuze voor zorgvormen is een keuze op het gebied van zorg inhoud maar ook bedrijfsvoering. Door in dit onderzoek bedrijfskundige en zorginhoudelijke wetenschappelijke kennis aan elkaar te verbinden kan dit schijnbare gat tussen de professionals en de managers een stukje dichten. Dit wetenschappelijk onderbouwen is een toevoeging op de bestaande literatuur.

Bij zo'n grote verandering als de implementatie van nieuwe zorgvormen loop je het risico dat er onbegrip ontstaat tussen de professionals en de managers en alle gevolgen van dien. In de huidige arbeidsmarkt is dit een risico voor de instelling.

Omdat een dorp op het platteland nu eenmaal andere mogelijkheden heeft dan een grote stad zou het dus logisch kunnen zijn dat de kenmerken van een omgeving dus invloed heeft op zorgvormen. Aangezien in heel Nederland er stedelijke en meer rurale gebieden zijn, zijn de uitkomsten van dit onderzoek waarschijnlijk toe te passen voor meer gebieden dan alleen Groningen.

De maatschappelijke roep om meer samenwerken en meer menselijkheid in de zorg is zeer actueel.

Daarmee is dit onderzoek zowel praktisch voor een organisatie als maatschappelijk en wetenschappelijk relevant.

1.5 Afbakening

Wanneer nodig in dit onderzoek, zal het gedachtengoed van Netwerkpsychiatrie gebruikt worden om te kaderen. Er is gekozen voor het gedachtengoed van Netwerkpsychiatrie (Mulder, 2020), omdat dit gedachtengoed passend is bij de richting die het IZA van de GGZ vraagt; Gericht op gezondheid en samen met de patiënt. Het feit dat het meer op EPA-zorg gericht is, past bij het IZA uitgangspunt om specifieke aandacht te geven aan mensen met een gezondheidsachterstand. (Integraal zorg akkoord.2022). Het gedachtengoed is echter zelf nog niet geheel uitgekristalliseerd (Mulder, 2020, p29) en geeft daarmee ook de ruimte om Netwerkpsychiatrie nog op andere wijze in te vullen. Dit betekent dus ook niet dat de respondenten niet naar andere zorgvormen mogen refereren en wanneer ze dat doen, zal deze informatie wel meegenomen worden in de analyse. Deze afbakening is gekozen om op deze wijze de respondenten scherper te kunnen identificeren als 'expert', maar ook om te benadrukken dat dit onderzoek vooruitkijkt naar de GGZ van de toekomst.

Omdat dit onderzoek voornamelijk gericht is op de EPA- doelgroep en daarmee ook voornamelijk op de volwassenen psychiatrie. Kinderen of ouderen worden daarmee niet specifiek geïncludeerd, maar ook niet uitgesloten wanneer een respondent dit in de antwoorden benoemd.

Er is gekozen om het onderzoek vanuit één organisatie te doen, welke over de hele provincie Groningen zorg levert, zodat in elk geval verschillen van visie van de organisatie en verschillen in de management structuur geen bias zullen zijn voor het onderzoek.

De hoofdvraag is enkel gericht op de invloed van omgevingsfactoren op de keuze van zorgvormen. Omgevingsfactoren hebben uiteraard op veel meer zaken invloed, maar deze worden nu niet meegenomen als uitkomst.

Dit onderzoek is niet gericht op het onderzoeken van de geschiktheid van het gebruik van de modellen van het theoretisch kader. De modellen worden als handvat gebruikt bij het ontwikkelen van de eigen theorie en als handvat voor het kiezen van de respondenten (Quadruple Aim) en ordening van de interviewvragen (PESTEL).

2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de theoretische onderbouwing uiteengezet en wordt er dieper ingegaan op de verschillende termen die gebruikt zijn. Deze theorie wordt gebruikt om het theoretisch kader te beschrijven van dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met het conceptueel model, waar de interviews mee gestart worden.

2.2 Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren is een ruim begrip dat verschillende definities kent. Voor dit onderzoek is het interessant om het begrip zo dicht mogelijk te benaderen vanuit de onderzoeksvraag. Daarmee zou een definitie of tool die gebruikt wordt bij het onderzoeken van een markt passend zijn.

Vanuit de bedrijfskunde kunnen omgevingsfactoren in kaart gebracht worden middels een macro omgevingsanalyse tool. Het betreft hier factoren die niet in directe zin beïnvloedbaar zijn door de organisatie, maar waar je wel rekening mee kan of moet houden als organisatie. Deze modellen worden gebruikt in het strategisch onderzoek naar de aantrekkelijkheid van de markt.

De meest gebruikte modellen voor de omgevingsanalyse komen van oorsprong van de PEST analyse (oorspronkelijk in de vorm van ETPS) van Aquilar uit 1967. (Mkude & Wimmer, 2015) PEST is een acroniem van Politiek, Economisch, Sociaal en Technologisch. De varianten van de PEST analyse hebben omgevingsfactoren toegevoegd zoals 'environment', 'ecological', 'legal' en 'demographic'. De PEST analyse en zijn varianten worden in vele sectoren gebruikt. In bijvoorbeeld een onderzoek naar de locatie bepalende factoren van een Zonne energiepark werden vrijwel alle varianten meegenomen (Saracoglu, 2018), maar ook in de zorg en onderwijssector (Ralph, 2014) (Dudlei, 2019) (Thomas, 2007) (Thakur, 2021).

Ook in studieboeken, zoals bijvoorbeeld in Exploring Strategy (Whittington, 2020, H2.2), hét studieboek voor strategie van de MBA wordt bijvoorbeeld de PESTEL analyse gebruikt.

Vormen van de PEST analyse, zoals de PESTEL zijn dus zeer bruikbaar voor dit onderzoek, niet direct gebonden aan een sector, zowel profit als non-profit (Whittington, 2020, H2.2).

Bij de PESTEL zijn de factoren 'Legal' en 'Environmental' toegevoegd aan PEST. Wet- en regelgeving is een interessante omgevingsfactor, omdat we in Netwerkpsychiatrie ook veel te maken gaan krijgen met gemeentes, met elk hun verschillende regelgevingen en financieringsafspraken. Ook is in deze tijd het milieu een belangrijk onderwerp. Daarmee is de PESTEL een passende vorm van PEST om mee te werken voor dit onderzoek als eerste aanzet voor de respondenten om over de omgevingsfactoren na te denken.



PESTEL:
P: Politiek
E: Economie
S: Sociaal
T: Technologie
E: Environmental (milieu)
L: Legal (wet- en Regelgeving)

Figuur 1: PESTEL; Tool voor het analyseren van macro- omgevingsfactoren. Vertaald uit: (Whittington, 2020, P36)

Dat omgevingsfactoren vanuit bedrijfskundig perspectief invloed hebben op de keuze van zorgvormen is in deze paragraaf onderbouwd voor de bedrijfskundige kant van de keuze. Hiermee is nog niet het verband gelegd met de zorginhoud van de keuze.

2.3 Zorgvormen

Een ander belangrijk begrip in de hoofdvraag is de term zorgvormen. In deze paragraaf zal eerst de betekenis van de term zorgvormen besproken worden. Vervolgens zal er ingegaan worden op wat er op het gebied van zorgvormen in de literatuur te vinden is, in combinatie met omgevingsfactoren. Deze paragraaf concludeert met de definitie die voor dit onderzoek gebruikt wordt.

2.3.1 Het begrip ‘zorgvormen’ in de praktijk

De term ‘zorgvormen’ is een niet goed omschreven begrip. Het begrip wordt door verschillende instanties op verschillende manieren gebruikt, die heel uiteenlopend zijn. De term zorgvormen is op geen van de websites gedefinieerd. Enkel bij navraag komen er definities van het begrip terug, welke zeer verschillend zijn en daarmee bevestigt dit het vermoeden dat het een woord is dat afhankelijk is van de context hoe het uitgelegd moet worden.

- Zorginstituut Nederland gebruikt bijvoorbeeld de volgende definitie: “Een zorgvorm is een vorm van zorg die in het verzekerde pakket zit, die beschreven is onder artikel 3.1.1. eerste lid van de Wet langdurige zorg. Dit bevat bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Het verschilt per leveringsvorm welke zorgvormen ten laste van de Wlz komen.” Dit is de letterlijke reactie van het zorginstituut Nederland, wat verkregen is bij het navragen op de website van het Zorginstituut. (Zorginstituut nederland.2023)
- In de WVGZ⁴ wordt het begrip gebruikt bij de beschrijving van de 10 vormen van verplichte zorg.
- De overheid en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gebruiken het woord ‘zorgvormen’ terloops, zonder een definitie erbij te noemen.

Ook in de wetenschappelijke literatuur wordt de term gebruikt, zonder nadere uitleg en met verschillende bedoelingen. In het artikel van De Waard gaat het bijvoorbeeld over complementaire zorg in de palliatieve zorg (Waard H de, 2009).

Terwijl in het artikel van Van Saase de volgende zinsnede staat, die het begrip weer heel breed maakt. “Het gebruikelijkheids criterium gold alleen voor huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg, terwijl ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ voor alle zorgvormen geldt” (Saase L van, 2011).

Er is dus geen eenduidig bestaande definitie van het begrip ‘zorgvormen’. Dit is juist passend voor dit onderzoek, omdat het een verkennend onderzoek betreft. Daarmee hebben de respondenten veel ruimte om te reageren. Een alternatief, zoals behandelvormen, is smaller en zal bijvoorbeeld begeleiding of de setting waar de zorg plaatsvindt schijnbaar uitsluiten.

2.3.2 Literatuur over zorgvormen

Een veel gebruikte indeling van zorgvormen is bijvoorbeeld klinisch of ambulant en tegenwoordig ook digitaal. In deze literatuur zegt het begrip vooral iets over de plaats of setting waar de zorg

⁴ WVGZ= Wet Verplichte GGZ

gegeven wordt. Er zijn ook specifieke methodieken die zorgvormen worden genoemd, waarbij de zorgvorm meer of minder uitgebreid wordt beschreven. Fact is bijvoorbeeld een organisatiemodel voor ambulante zorg, met een beschrijving van de teamsamenstelling, doelgroepbeschrijving, werkmethodeken en behandelvormen. Terwijl bijvoorbeeld HIC (High & Intensive care) ook eisen stelt aan de inrichting van de afdeling. Vooral voor de meer complexe zorg zijn er verschillende, onderbouwde zorgvormen beschikbaar, zoals bijvoorbeeld van de zorgvormen ART (Mierlo T van, 2016), HIC (Mierlo T van, 2014) en Fact (Veldhuizen JR van, 2012). Anderzijds van de zeer veel gebruikte zorgvorm 'poliklinische zorg' is geen (certificeerbaar) model (in Nederland) en is gegroeid vanuit de historie. Deze zorg wordt in de wetenschappelijke literatuur vaak 'treatment as usual' genoemd, om met een te onderzoeken model te vergelijken. Echter al deze modellen hebben als uitgangspunt om goede of zelfs uitstekende zorg neer te zetten voor een bepaalde doelgroep. Als er al iets geschreven wordt over de omgevingsfactoren, dan is dat met een behandelinhoudelijke onderbouwing en niet de bedrijfskundige onderbouwing. Goed voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld Fact zorg. Hierin wordt goed onderbouwd waarom zorg leveren in de omgeving van de patiënt goed is voor het herstel van de patiënt. (Veldhuizen JR van, 2012). De bedrijfskundige consequenties hiervan in een stedelijke omgeving versus een rurale omgeving worden bijvoorbeeld buiten beschouwing gelaten. Zorgvormen kunnen ook uitgelegd worden als synoniem voor behandelvormen. Hierbij gaat het dan meer om methodes voor het behandelen van bepaalde aandoeningen.

Met het bovenstaande literatuuronderzoek kan worden gesteld dat er geen eenduidige definitie is van het begrip zorgvormen, ondanks dat het in de praktijk wel een gebruikelijk begrip is. Daarom is er voor dit onderzoek een definitie geformuleerd. De definitie is opgebouwd in drie niveaus:

- (macro) De **setting** waarin de zorg wordt geleverd. In het zorgprestatie-model (de bekostigingsstructuur voor de zorgverzekeringswet GGZ) staat het begrip setting goed beschreven en zijn de categorieën: Monodisciplinair, multidisciplinair, outreachend, klinisch, hoog specialistisch, forensisch klinisch en forensisch niet-klinisch.
- (meso) **Team organisatiemodellen**. Hiervan zijn certificeerbare vormen als Fact, IHT, HIC, etc. Maar ook de minder of (nog) niet omschreven modellen zoals 'poli', 'regioteam' of 'optimaal leven team'.
- (micro) **Behandelvormen**, methodes om bepaalde aandoeningen of klachten te behandelen. Voorbeelden: psychotherapie, farmacotherapie, EMDR (een manier om trauma te behandelen), etc. Maar ook benaderingswijze van de patiënt of andere minder goed omschreven vormen die de behandeling of begeleiding van een patiënt beïnvloeden.

Daarmee is de definitie die gebruikt wordt voor dit onderzoek:

'Zorgvormen' is de setting, het team organisatiemodel of de behandelvorm waarop zorg wordt aangeboden door een organisatie.

2.4 Omgevingsfactoren en psychiatrische stoornissen

De meest psychiatrische stoornissen hebben niet één aanwijsbare oorzaak. Deze psychiatrische stoornissen (waarvan er niet één aanwijsbare oorzaak bekend is) zijn symptoomclusters. Van veel van deze symptoomclusters zijn wel factoren bekend die de kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis vergroot. (Hengeveld, Van Balkom, Van Heeringen, & Sabbe, 2016, p75). Daar zijn factoren bij die bij veel stoornissen een rol spelen, zoals erfelijkheid. Er zijn ook psychiatrische stoornissen waarbij omgevingsfactoren een rol spelen. Zo is de incidentie van psychotische stoornissen hoger in stedelijke gebieden van geïndustrialiseerde landen. 40-50% gaat samen met een

verslaving (75% zelfs als je roken meerekent). (Hengeveld et al., 2016, p271) Bij bijvoorbeeld de unipolaire depressie is er een duidelijk verband met stressvolle gebeurtenissen of moeilijke sociale omstandigheden. (Hengeveld et al., 2016, p 293) Dit geldt ook voor de bipolaire stemmingsstoornissen. (Hengeveld et al., 2016) Uiteraard is bij de posttraumatische stress stoornis (PTSS) een traumatische gebeurtenis oorzakelijk, echter andersom: niet iedereen die een traumatische gebeurtenis beleefd ontwikkelt een PTSS. De aardbevingen in Groningen kunnen als een traumatische gebeurtenis beleefd worden, maar veroorzaken ook langdurige stress als gevolg van de financiële afwikkelingen. (Dückers et al., 2023) (Zijlstra et al., 2022) En dit geldt voor alle inwoners, dus ook de medewerkers.

Hiermee kan de conclusie getrokken worden dat in elk geval sociale factoren en de gevolgen van aardbevingen invloed hebben op de (patiënten) populatie en daarmee zou het logisch zijn dat deze omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze van zorgvormen.

2.5 Quadruple aim

Met deze definities van de termen omgevingsfactoren en zorgvormen, is er een duidelijk omschreven startpunt voor het onderzoek. Het doel van keuzes maken in zorgvormen in deze studie is om de zorg te ontwikkelen richting Netwerkpsychiatrie, wat weer passend is bij het IZA. Om nieuwe ideeën te toetsen, zijn er modellen ontwikkeld voor de doelen voor de ontwikkeling van de zorg.

Het quadruple aim model is een doorontwikkeling van het triple aim model wat Don Berwick en collega's in 2008 publiceerden om het zorgsysteem in de Verenigde Staten te verbeteren. Sindsdien is het heel populair geworden. De oorspronkelijke 3 doelen waren: "improving the experience of care, improving the health of populations, and reducing per capita costs of health care." (Berwick, 2008, p1).

In 2014 adviseerden Thomas Bodenheimer en collega's er een vierde doel aan toe te voegen; "improving the work life of health care providers, including clinicians and staff." (Bodenheimer, 2014, p1). Dit was naar aanleiding van het zeer veel voorkomen van burn-out en ontevredenheid onder de medewerkers. Burn-out wordt geassocieerd met een lagere patiënt tevredenheid, verminderde gezondheidsresultaten en het kan de kosten verhogen.

Recent zijn er verschillende artikelen verschenen met argumenten om er nog een vijfde doel aan toe te voegen; Health Equity, of gelijkheid; "De staat waarin iedereen de mogelijkheid heeft om zijn volledige gezondheids potentieel te bereiken en niemand wordt benadeeld om dit potentieel te bereiken vanwege sociale positie of andere sociaal bepaalde omstandigheden" (Shantanu, 2022, p1). Dit vijfde doel is vooral als gevolg van de COVID-crisis aan het licht gekomen (Itchhaporia, 2021).

Niet iedereen staat achter het toevoegen van doelen aan het oorspronkelijke triple aim. Derek Feeley president & CEO van het Institute for Healthcare Improvement (IHI), waar de founding fathers van de triple aim vandaan kwamen, verklaart in een video, dat het prima is om een extra doel toe te voegen, maar waarschuwt wel dat dit ook de aandacht kan verdunnen voor de oorspronkelijke drie doelen, welke vaak nog niet op orde zijn (*IHI's position on the quadruple aim*. 2017).

Voor dit onderzoek is het quadruple aim model gekozen, omdat dit enerzijds het meest geaccepteerde model is (Shantanu, 2022) en daarnaast omdat het doel 'verbeteren van de tevredenheid van het personeel' zeer passend is bij dit onderzoek, daar personeelsschaarste een belangrijk punt is in het IZA en daarmee prefereert boven de triple aim. De quintuple aim, met het doel gelijkheid erbij, is nog vrij nieuw en komt uit de Verenigde Staten. De zorg situatie in de Verenigde Staten is totaal anders dan het Nederlandse zorgstelsel. Daardoor lijkt de quintuple aim minder passend voor dit onderzoek.

In dit onderzoek worden de verkorte bewoordingen van het model van Valentijn (Valentijn, 2022) gebruikt voor het conceptueel model, om het leesbaar te houden. Valentijn is een autoriteit op het gebied van netwerkzorg en bedenker van het Regenboogmodel (Valentijn, 2019). Inhoudelijk worden echter wel de definities van de oorspronkelijke vier doelen van Bodenheimer en collega's gebruikt voor het onderzoek. Met daarbij de aanpassing van de doelen op de GGZ komen we dan op de volgende vier doelen:

Gezondheid	Het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de populatie
Kwaliteit	Het verbeteren van de ervaring van de geestelijke gezondheidszorg
Kosten	Het verlagen van de zorgkosten
Medewerker	Het verbeteren van de tevredenheid van het (zorg) personeel

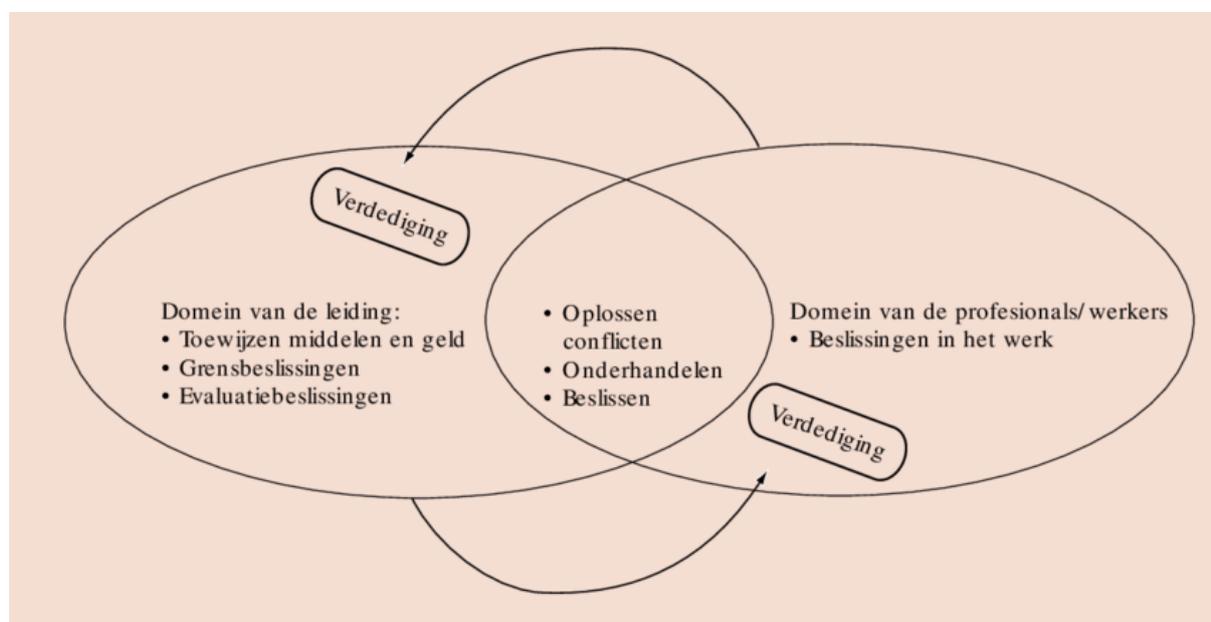
Tabel 1: Vertaling van de vier doelen van quadruple aim voor het verbeteren van zorg ten behoeve van de leesbaarheid van het conceptueel model in dit onderzoek.

2.6 Het domein van de managers en de professionals

Met voorgaande paragrafen is er een definiëring en onderbouwing van de gebruikte termen en is er een richting voor de verbetering van de zorg. Deze paragraaf geeft een verdieping van waarom dit soort veranderingen wrijving kan geven tussen de professionals en de managers.

Vermaak en de Caluwé beschrijven in hun boek het 'Interacting Spheres Model' van Hanson. Hanson stelt dat "managers en professionals elk een eigen domein hebben waarop ze beslissingen nemen". (Vermaak, 2022, p34).

In dit onderzoek komen deze twee domeinen samen: het domein van de professionals met betrekking tot de zorgvormen en het domein van de leiding in de vorm van omgevingsfactoren vertalen naar een strategische (portfolio) keuze. Dit onderzoek ligt dus in het niemandsland in het midden, of eigenlijk: ze hebben elkaar nodig! Besef van dit niemandsland en respect voor ieders domein helpt bij het zinvol onderhandelen over de uitkomst (Vermaak, 2022, p35). Dit is mede de reden waarom in dit onderzoek gekozen is om zowel professionals als managers te interviewen.



Figuur 2: Interacting spheres model van Hanson (Vermaak, 2002)

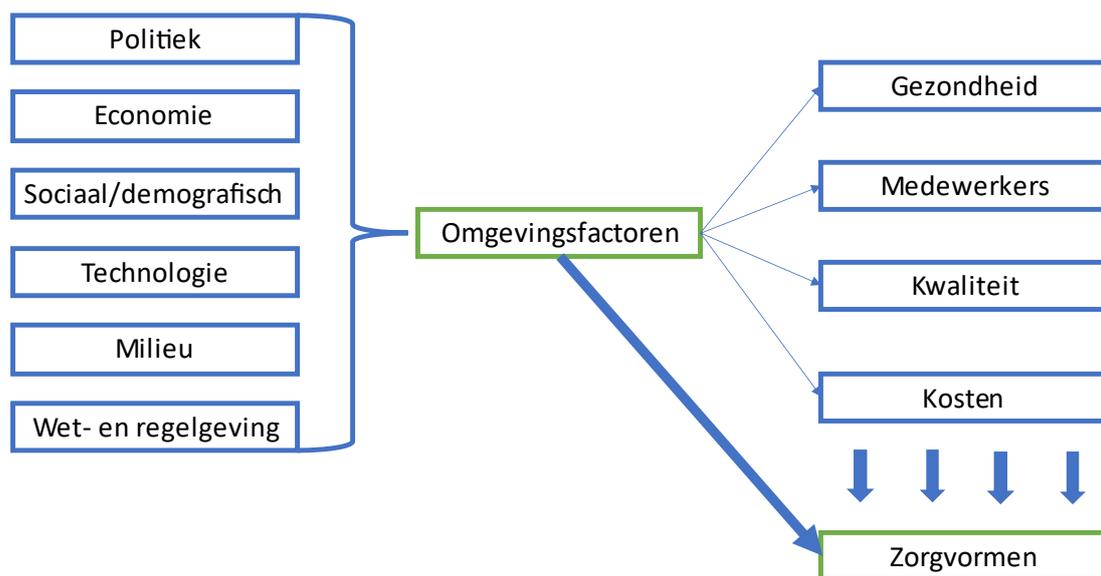
2.7 Theoretisch kader

De implementatie van nieuwe zorgvormen zijn processen die zowel de managers als de professionals raken. Door omgevingsfactoren hierin te betrekken, heb je factoren die zowel door de professionals als door de managers herkend en erkent worden als belangrijk voor hun werk, zoals blijkt uit de vakliteratuur van de beide groepen. Omdat de vraag is wélke omgevingsfactoren invloed hebben en hóe deze invloed hebben, is het conceptueel model van dit onderzoek nog globaal.

Op welke wijze omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen beïnvloeden kan onderzocht worden met de combinatie van hierboven beschreven modellen en theorieën. Door de omgevingsfactoren te vertalen naar de factoren van de PESTEL-analyse, hebben de respondenten een leidraad om de diverse omgevingsfactoren mee te nemen in hun antwoorden. Het uiteindelijke doel van het meenemen van omgevingsfactoren bij de keuze voor zorgvormen, dan wel eventuele aanpassingen hierin te doen, is om de zorg te verbeteren, in de richting wat het IZA beschreven heeft. Het quadruple aim model geeft kader om vanuit verschillende perspectieven naar dit vraagstuk te kijken.

Het besef dat dit onderzoek in het niemandsland ligt, maakt het noodzakelijk om beide partijen te interviewen (professionals en managers) en daarmee vanuit verschillende perspectieven naar deze vraag te kijken. Het feit dat het domein van de professionals vooral op werk/patiënt niveau ligt en het managers domein onder andere over het toewijzen van middelen en geld gaat, maakt het logisch dat ze ook door verschillende omgevingsfactoren worden beïnvloed.

Dit samen vormt het conceptueel model voor dit onderzoek:



Figuur 3: Dit is een grafische weergave van het conceptueel model van dit onderzoek waarbij onderzocht wordt hoe omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen beïnvloeden; direct en indirect via de vier doelen van de quadruple aim.

Omdat in Groningen de verschillende omgevingsfactoren zeer divers en soms ook heel uitgesproken aanwezig zijn, is het laden van dit conceptueel model middels interviews met respondenten van

Lentis interessant voor zowel Groningen als voor de wetenschap. Met een overzicht welke omgevingsfactoren invloed hebben en hóe, kunnen er aanbevelingen gedaan worden voor deze casus en voor wetenschappelijk vervolgonderzoek.

3 Methode

3.1 Inleiding

Dit onderzoek zal de methodologie van dit onderzoek beschrijven. Achtereenvolgens komen het onderzoeksstrategie en model, dataverzameling, selectie van de respondenten en ethiek aan de orde. Vervolgens wordt de data-analyse besproken en sluit dit hoofdstuk af met betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

3.2 Onderzoeksstrategie

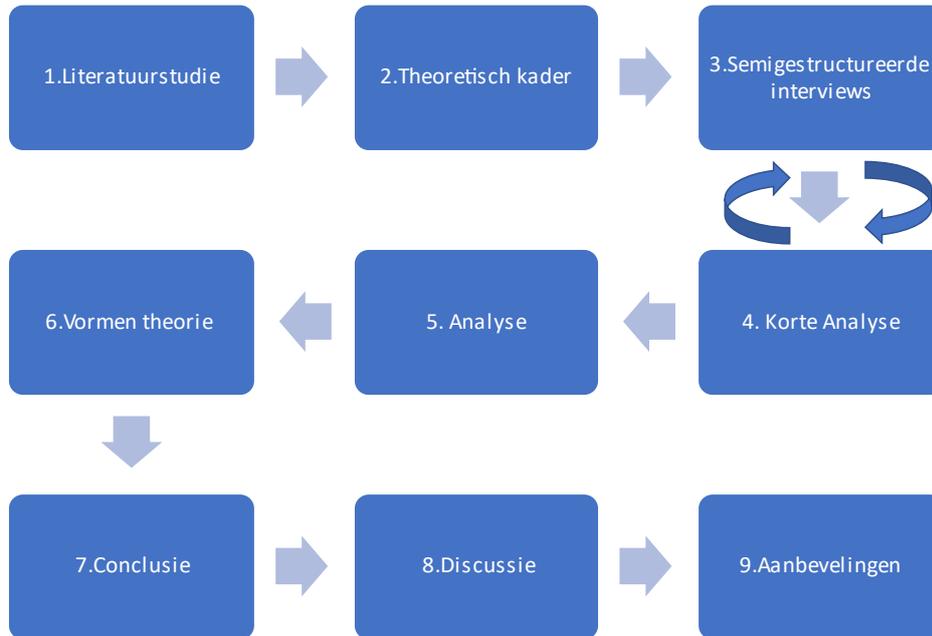
In dit onderzoek wordt er onderzocht of theorie uit de bedrijfskunde, namelijk de analyse van omgevingsfactoren, helpend kan zijn in de keuze voor zorgvormen. Dit exploratieve onderzoek is een op kwalitatieve wijze verkenning van op welke wijze omgevingsfactoren de keuze van zorgvormen in de GGZ beïnvloeden. Met dit onderzoek proberen we de bedrijfskundige theorie te verrijken voor deze zorginhoudelijke keuze, welke ook grote implicaties heeft voor de bedrijfsvoering. Het onderzoek start op een meer deductieve wijze, met het selecteren van passende theorie vanuit de bedrijfskunde en die te gebruiken als structuur voor de interviews. De kennis van omgevingsfactoren is namelijk al wel beschikbaar, echter de invloed op de keuze van zorgvormen nog niet. Daarom is vervolgens op inductieve wijze het onderzoek vervolgd, waarbij er middels een steekproef een basis wordt gezocht voor de vraag hoe deze invloed er dan uit zou kunnen zien. (Saunders, 2019, p51-54).

De PESTEL is voor dit onderzoek gebruikt als basis voor de interviews, dit onderzoek is geen toetsing van dit model.

Lentis is als organisatie een passende case, omdat in de provincie Groningen de verschillen zo duidelijk aanwezig zijn in de omgevingsfactoren én de GGZ-organisatie Lentis in de gehele provincie alle verschillende zorgvormen heeft die benoemd worden in Netwerkpsychiatrie. De organisatie Lentis heeft een extreme context op het gebied van omgevingsfactoren, wat de zichtbaarheid van de invloed hiervan makkelijker kan maken. Het betreft hiermee een casestudy. (Mortelmans, 2020, h 4.8.3). Lentis is als organisatie een passend vehikel om dit onderzoek bij te doen, omdat je zo een eenduidig kader hebt waarbinnen de respondenten gezocht kunnen worden. Enerzijds een kader voor de omgevingsfactoren, anderzijds een organisatorisch kader, waardoor je in principe professionals en managers hebt die te maken hebben met de zelfde organisatie en alle factoren die daarmee samenhangen, zoals bedrijfscultuur, bedrijfsvisie, etc.

3.3 Onderzoeksmodel

Zoals al aangeven is dit onderzoek gestart met het vinden van een theoretisch kader (2) op basis van literatuurstudie (1). Dit theoretisch kader heeft een basis gevormd voor de semigestructureerde interviews (3) die hebben plaatsgevonden. Na elk interview heeft er een korte analyse (4) plaatsgevonden op onderwerpen die aan het licht waren gekomen, die niet direct in de theorie stonden. Deze werden bij het volgende interview meegenomen om te toetsen, na het uitvragen van het vooraf gemaakte protocol. Na afloop van alle onderzoeken zijn de interviews getranscribeerd en gecodeerd. Bij dit coderen is gebruik gemaakt van kennis uit de Grounded theory. Deze analyse (5) heeft de vooraf gebruikte theorie verrijkt en nieuwe theorie gevormd (6). Hieruit volgden de conclusie (7), discussie (8) en de aanbevelingen (9)



Figuur 4: Onderzoeksmodel schematisch vormgegeven

3.4 Dataverzameling

De dataverzameling voor het onderzoek heeft plaatsgevonden in twee fases. In eerste instantie is er literatuuronderzoek gedaan voor het vormen van een conceptueel model. Vervolgens hebben er interviews plaatsgevonden.

Voor het literatuuronderzoek is er gezocht in de databases van de Erasmus universiteit. Voor het maken van het conceptueel model zijn de volgende zoektermen gebruikt: “omgevingsfactoren”, omgevingsfactoren los en in combinatie met “Fact”, “HIC”, “IHT”, “ART”, “Zorgvormen”, “GGZ”, “gezondheidszorg”. Ook in het Engels is gezocht; “environment psychiatric care”, “environment case management psychiatry” en “Environment methods psychiatry”. Hieruit kwam geen literatuur met een direct antwoord om de hoofdvraag te beantwoorden.

Door de vraag in losse termen te splitsen en daarop literatuur te zoeken, kwamen er op deze afzonderlijke onderwerpen modellen, artikelen en boeken die bruikbaar waren om het conceptueel model mee te vormen.

Het onderzoek werd vervolgens uitgevoerd middels semigestructureerde interviews. (Saunders, 2019, p172) Elk interview had een vaste topiclijst, welke bij elke respondent op dezelfde wijze werd afgenomen. Zie bijlage 2 voor de topiclijst. Bij het doorvragen werd de informatie van eerdere respondenten ingezet om deze te toetsen bij de nieuwe respondent.

De volgorde van de interviews was op basis van de agendamogelijkheden van de respondenten. De interviews werden online afgenomen en opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd.

3.5 Selectie respondenten

Om de onderzoeksvraag zo divers mogelijk belicht te krijgen, zijn er respondenten gezocht op basis van alle onderwerpen van het conceptueel model. Vervolgens zijn deze respondenten op basis van extra criteria geselecteerd en daarna gevraagd. Op basis van onderstaande criteria is er geselecteerd.

De selectiecriteria waren in de eerste plaats op basis van beroep of expertise (de onderwerpen van het conceptueel model), vervolgens op hun ervaring in de GGZ, bij Lentis en op de locatie waar ze werken en gewerkt hebben. Wanneer er mogelijk meerdere personen in aanmerking kwamen is er gekozen op basis van de volgende criteria;

- Zowel in het stadse gedeelte als in het rurale gedeelte van de organisatie te hebben gewerkt of voor beide delen verantwoordelijk als manager
- Hoogste in rang wanneer het leidinggevende betreft
- Het langst werkzaam de GGZ
- Het langst werkzaam bij Lentis
- Voorkeur voor extra opleiding op het betreffende onderwerp of wetenschappelijke ervaring op het betreffende onderwerp

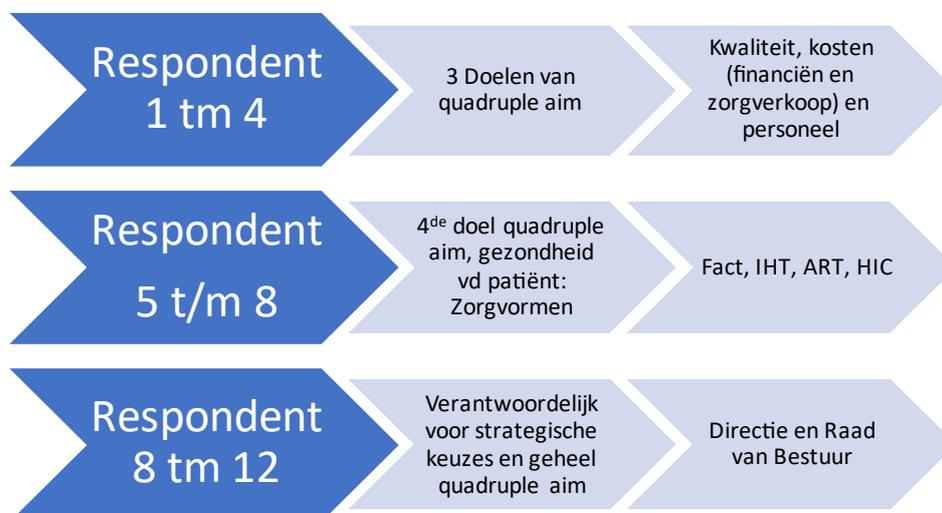
Door respondenten te kiezen die corresponderen met de vier doelen van de quadruple aim, werd een zo breed mogelijke respondenten groep gekozen die een rol hebben bij het verbeteren van zorg, wat het uiteindelijke doel is bij het kiezen van zorgvormen.

Het quadruple aim doel 'gezondheid' wordt vertegenwoordigd door professionals op het gebied van zorgvormen, wat passend is, omdat de zorgvormen Fact, IHT, HIC en ART van netwerkpsychiatrie een bewezen toegevoegde waarde hebben voor de gezondheid (zie paragraaf 3.2). Daar dit meerdere personen hadden kunnen zijn, zijn de bovengenoemde selectiecriteria toegepast.

De andere drie doelen: kwaliteit, kosten en personeel, werden vertegenwoordigd door experts op deze gebieden, aan de hand van de bovengenoemde selectiecriteria.

Het hogere management vormt de verbinding en samenhang tussen de omgevingsfactoren, zorgvormen en de vier doelen van de quadruple aim. Daar de directeuren bij Lentis integraal verantwoordelijk zijn voor hun onderdeel is dit passend. De raad van bestuur is wel dual⁵ ingericht. Daarbij is er op deze wijze een combinatie van de respondenten van de groep professionals en de groep management.

Het betreft dus een doelgerichte selectie steekproef. (Saunders, 2019, p113) Hiermee zal er mogelijk geen verzadiging van nieuwe informatie ontstaan, maar wordt er wel vanuit een diversiteit aan perspectieven gekeken, waardoor dit wel richting kan geven aan uitgebreider vervolgonderzoek, wanneer dit nodig en wenselijk blijkt te zijn.



Figuur 5: Overzicht respondenten selectie

⁵ Een in de GGZ gebruikelijke managementvorm waarbij er een duo samen verantwoordelijk is voor een bepaald geheel, waarbij de ene een bedrijfsvoerende achtergrond en aandachtsgebied heeft en de ander zorginhoudelijk.

3.6 Ethiek

In beginsel is dit onderzoek anoniem verwerkt. Echter door de gericht gekozen respondenten en hun functies, zou te achterhalen kunnen zijn wie er mee hebben gedaan aan dit onderzoek. Daarom is de tabel met referenten van zo min mogelijk informatie voorzien die direct naar één persoon leiden. Dit is ook besproken met de respondenten.

Respondenten zijn in eerste instantie per mail gevraagd of ze mee wilden doen en wanneer hier positief op gereageerd werd is er meer informatie gegeven over de studie en de procedure. Hierbij is benadrukt dat de interviews opgenomen zullen worden en dat de respondenten het nog steeds vrij staat om af te zien van het interview. Het betreft allen mensen die ook instaat zijn om toestemming te geven, wat gezien hun functie ook zeer aannemelijk is. Bij de interviews zelf werd vervolgens deze informatie herhaald en wederom de toestemming gevraagd, welke is vastgelegd en bewaard als video opname.

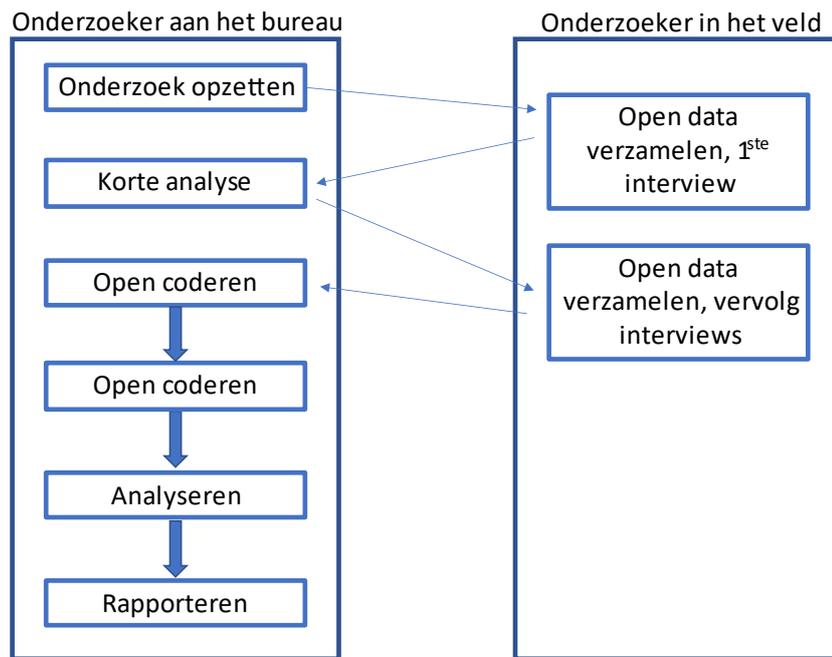
Een ander ethisch vraagstuk in deze studie is de relatie van de onderzoeker met de respondenten. Naast de mogelijke bias die dit op kan leveren, zit hier ook een ethische kant aan. De onderzoeker is namelijk zelf werkzaam bij Lentis als directeur en heeft derhalve verschillende relaties met de respondenten. Van sommige van de respondenten is zij leidinggevende of leidinggevende geweest en andersom. Hierdoor zou het mogelijk kunnen zijn dat respondenten zich minder vrij voelen om te weigeren. Daarom is er voor gekozen om de eerste vraag per mail te stellen. Dit is weinig persoonlijk en waarschijnlijk makkelijker te weigeren dan wanneer het persoonlijk werd gevraagd. Anderzijds betreft het een onderzoeksvraag die (momenteel) weinig gevoelig ligt in de organisatie, al is er wel nieuwsgierigheid naar het onderwerp (en speelt er daarmee mogelijk ook belang mee). Toch is er in de informatie benadrukt dat dit onderzoek niet in opdracht van Lentis is gedaan en ook niet bedoeld is om een beleidswijziging in te zetten. Het onderzoek zal wel beschikbaar gesteld kunnen worden aan de organisatie of individuen die hier om vragen.

Het onderzoek is niet medisch wetenschappelijk van aard en daarmee ook niet WMO plichtig (Ccmo.2022).

3.7 Data analyse

De data van de interviews is conform een kwalitatief onderzoek geanalyseerd. Voor de analyse van de data is er een aangepast praktijk model van de Grounded theory gebruikt. (Mortelmans, 2020, h13.3). De interviews zijn opgenomen via MS-teams en vervolgens getranscribeerd. De transcripten zijn in AtlasTI (23) ingevoerd en gecodeerd. Deze codes vormde de basis voor de analyse, welke gebruikt konden worden voor het rapporteren in de resultaten.

Het coderen is in twee fases gedaan, eerst open codering en vervolgens axiale codering. (Mortelmans, 2020, h13.3) Na het axiale coderen waren er bruikbare eenheden om te analyseren en te rapporteren.



Figuur 6: Dit is een aangepast “aangepast praktijkmodel” van de data-analyse (Mortelmans, 2020, p388)

3.8 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit zeggen samen iets over de kwaliteit van de onderzoeksdata. Om tot bruikbare aanbevelingen te komen, is de kwaliteit van het onderzoek bepalend. De kwaliteit van het onderzoeksontwerp is bepalend voor de kwaliteit van de resultaten en conclusies. Zonder kwalitatief goede conclusies zullen er geen bruikbare aanbevelingen gedaan kunnen worden.

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke kwaliteitsaspecten van een onderzoek. De betrouwbaarheid zegt iets over de herhaalbaarheid van het onderzoek, of je steeds hetzelfde zal vinden als je het onderzoek opnieuw zou doen. Of je onderzocht hebt wat je wilde onderzoeken is de validiteit van het onderzoek. (Saunders, 2019, p67-68)

3.8.1 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te beoordelen, zijn er vier verschillende factoren die hiervoor doorlopen kunnen worden. (Saunders, 2019, p68)

De subject- of deelnemersfout. In dit onderzoek zijn er medewerkers geïnterviewd die al voorkeur hebben voor het meer netwerkgericht werken. Dit zijn de zorginhoudelijke medewerkers, die al betrokken zijn bij zorgvormen die passen binnen het gedachtegoed van Netwerkpsychiatrie.

Ondanks dat het begrip netwerkgericht werken en alle varianten hiervan nog geen uitgekristalliseerde begrippen zijn, lijkt het in elk geval aannemelijk dat de blik naar de omgeving van de patiënt of het bedrijf gericht zal zijn. Ook de managers die deelnemen zijn betrokken geweest bij de visievorming van de organisatie en ook hierin is de blik al op de omgeving gericht. Dit zou als een fout gezien kunnen worden bij de selectie van deelnemers. Echter, de hoofdvraag is vooral gericht op de vraag h^oe omgevingsfactoren invloed hebben en niet *o*f ze invloed hebben. Toch zouden

medewerkers die veel minder betrokken zijn bij netwerkgerichte zorg de gevonden resultaten kunnen verrijken.

De subject- of deelnemersvertekening. Onderzoeker is zelf werkzaam in de organisatie en heeft een hogere managementpositie. Dit kan invloed hebben op de ruimte die de deelnemers voelen om antwoord te geven. Ook is de anonimiteit van de deelnemers niet waterdicht. Door de zeer selecte steekproef kan het te achterhalen zijn wie er hebben deelgenomen en daarmee mogelijk ook wie er wat heeft gezegd. Daarom zijn in het overzicht van de respondenten zeer globale termen gebruikt. Dit is voor de start van het interview duidelijk besproken, alvorens ze toestemming gaven om mee te doen en de interviews op te nemen en data te verwerken.

De waarnemersfout. Doordat er sprake was van semigestructureerde interviews, kan het zijn dat bij het doorvragen op bepaalde antwoorden, de vragen verschillend zijn beantwoord en ook kan de diepte van het doorvragen mogelijk verschillen als gevolg van de ervaring die de onderzoeker gedurende het onderzoek heeft opgedaan. De onderzoeker heeft wel ervaring met gespreksvoering zowel als psychiater en als manager, maar had voor dit onderzoek geen ervaring met het doen van interviews voor kwalitatief onderzoek.

De waarnemerbias. Omdat er maar één waarnemer is geweest, zal er geen onderlinge variatie zijn tussen de waarnemers. Wel is het zo dat de onderzoeker zelf een duidelijke mening heeft over het belang van het netwerk en dus de omgeving van de patiënt of het bedrijf. Zij ziet het belang van de omgevingsfactoren voor het organiseren van passende zorg. Hoe deze omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen beïnvloeden was echter een veel minder ver ontwikkelde theorie en daarmee dus ook nog niet een duidelijk beeld van wat de aanbevelingen zouden moeten worden. De onderzoeker is van oorsprong zelf een zorgprofessional en pas in een later stadium zich gaan bekwamen in het management. Dit zou een mogelijke bias kunnen zijn bij de interpretatie resultaten.

3.8.2 Validiteit

De validiteit van dit onderzoek zou kunnen zijn aangetast door de verandering waar het bedrijf momenteel al in zit. Door de nieuwe visie die netwerkgericht is, kan de focus daarmee al verlegd zijn naar de omgevingsfactoren. Maar wederom is het argument hier tegen dat het hier niet gaat om de vraag óf omgevingsfactoren invloed hebben, maar hóe.

Ook hier zou de vorm van het afnemen van de interviews de validiteit kunnen hebben beïnvloed, doordat het semigestructureerd interviews betreft en de interviews daarmee mogelijk evolueren in de loop van de tijd. Echter werd wel het basis protocol steeds gehandhaafd. Dit evolueren van de interviews kan juist ook een positief effect hebben op de toename van de diepgang en daarmee het steeds meer informatie verkrijgen van de respondenten. Doordat de interviews niet op een specifieke volgorde zijn gepland (maar op basis van de beschikbaarheid in de agenda's) is daarmee de kans op meer of minder diepgang bij een bepaalde groep kleiner.

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek heeft wel zijn beperkingen. Dit komt doordat er bij deze omgeving sprake is van vrij extreme omgevingsfactoren. (As S van, 2023) Ook is dit onderzoek bij één instelling gedaan, welke weliswaar een grote instelling is, met een groot verzorgingsgebied (de hele provincie Groningen, maar ook vestigingen daarbuiten) en veel medewerkers (ongeveer 3000 FTE). De combinatie van een brede variëteit van achtergronden van de respondenten, met grotendeels een heterogene visie op netwerkzorg, maakt wel dat er een uitspraak gedaan kan worden over de resultaten van het onderzoek. Dit maakte dat de steekproef kleiner kon uitvallen. Hiermee zijn veel verschillende perspectieven meegenomen, met wel de zelfde visie. Er is niet gekozen voor focusgroepen, omdat het doel was om zo diep mogelijk door te kunnen vragen, anders was het alternatief geweest om voor elk onderwerp een focusgroep te vormen of in bepaalde samenstellingen. Door echter aparte interviews te doen is er ook geen sprake van beïnvloeding op de eerste, open vraag van het onderzoek en de daarop volgende gestructureerde vragen.

Een laatste beperking van dit onderzoek is de drie gebruikte, zeer brede termen, welke daardoor mogelijk toch verschillend geïnterpreteerd konden worden. Dit waren de termen 'omgevingsfactoren', 'zorgvormen' en 'Netwerkpsychiatrie'. Een voordeel om deze brede termen te gebruiken voor dit onderzoek is dat er voor de respondenten een maximale vrijheid was om te reageren.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven naar aanleiding van de interviews en de literatuur die is geraadpleegd. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn twaalf medewerkers van Lentis geïnterviewd. In **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** bijlage 3 staat de beschrijvende matrix van de respondenten. Alle aangeschreven respondenten, zoals beschreven in de methode, hebben meegedaan aan het onderzoek.

De structuur van het interview was opbouwend van eerst de zeer open vragen welke omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze voor zorgvormen en hoe deze invloed er dan uitziet. Vervolgens werd elk onderdeel van de PESTEL apart uitgevraagd. Na het eerste interview werden de eerdergenoemde omgevingsfactoren die niet genoemd werden door de volgende, geverifieerd. Als laatste werd gevraagd wat hun belangrijkste boodschap was.

4.2 Resultaten van interviews

In de volgende paragrafen worden de resultaten vanuit het perspectief van de respondenten beschreven aan de hand van de codes. Zie bijlage 4 voor het overzicht van de codes. Er leek in de loop van de interviews wel een saturatie te zijn bereikt in omgevingsfactoren die werden aangesneden. De perspectieven op deze factoren bleven nog wel steeds toenemen.

4.2.1 Aardbevingsproblematiek

Een heel specifieke omgevingsfactor voor de provincie Groningen, die door bijna alle respondenten wordt genoemd, is de aardbevingsproblematiek. Sommige respondenten noemen hier vooral de gevolgen op de psychische gezondheid van de populatie; angst, spanning en traumaklachten. Met name worden ook de gevolgen voor de kinderen hierin genoemd. Ook worden de indirecte gevolgen van de aardbevingen genoemd, zoals de financiële schade en de stress die dit vervolgens veroorzaakt.

“Eigenlijk het belangrijkste traumacentrum van Nederland in Oldambt moeten zetten” (R11)

De andere kant die hier ook benadrukt wordt is de culturele achtergrond die hierin meespeelt. Oost-Groningen heeft lange tijd een communistische politieke grondslag gekend. Dit zou een reactie zijn geweest op de grote hereboeren die in die omgeving jaren lang de scepter hebben gezwaaid, met daarbij de onderdrukking van de loonwerkers die het zware werk deden. Hierop volgde een omslag, waarbij met name het communisme in deze streek bloeide. Deze communistische inslag is nog altijd voelbaar, voornamelijk in de vorm van het wantrouwen naar alles wat met de overheid en grote bedrijven te maken heeft. Hoe de schade afwikkeling van de aardbevingen nu plaatsvindt, versterkt deze achterdocht alleen nog maar meer. Met als gevolg dat dus ook hulp, aangeboden door gemeentes of instellingen met argusogen wordt bekeken.

“Zeker als je merkt dat ook in die aardbevingsproblematiek dat wantrouwen ten opzichte van de overheid natuurlijk ook weer een hele belangrijke rol speelt.”(R9)

Hiermee is de code Aardbevingsproblematiek een voor Groningen zeer specifieke factor, welke waarschijnlijk niet bij andere organisaties (behoudens waarschijnlijk Drenthe) ook speelt. Wel is het goed mogelijk dat er in andere gebieden ook zo'n zeer specifieke omgevingsfactor is. De betekenis hiervan voor de keuze van een zorgvorm is dan wel belangrijk om te doorgronden.

4.2.2 Intergenerationele problematiek

Als je als een dubbeltje wordt geboren, wordt je nooit een kwartje. Deze uitspraak is door meerdere van de respondenten gebruikt bij de beschrijving van de cultuur van de Ommelanden.

Het is een diepgewortelde overtuiging in deze omgeving, waarbij ook kinderen die toch meer in hun mars hebben niet de kans van hun ouders krijgen om dit te overstijgen. Intergenerationele problematiek wordt gezien op meerdere vlakken: armoede, laag geletterdheid, leefstijl, verslaving, normen en waarden.

“Ik hoop dat mijn kleindochter ook carrière gaat maken bij de Wedeka⁶”(R5)

Intergenerationele armoede wordt meermaals genoemd als een omgevingsfactor die veel invloed heeft op de geestelijke gezondheid van de populatie van de Ommelanden. Hierin speelt mee de bovengenoemde cultuur mee waarin de kinderen opgroeien en de beperkte mogelijkheden in de omgeving om boven het niveau van de ouders uit te stijgen. Dit maakt dat dit als een hardnekkig probleem wordt benoemd. De boven het Nederlandsgemiddelde voorkomen van laaggeletterdheid in de Ommelanden draagt bij aan een cultuur van een ongezonde leefstijl. Hiermee ontstaat er hardnekkige sociale problematiek, welke elk afzonderlijk van elkaar al een hoger risico geven op bepaalde psychische problemen, zoals depressie, angst en verslavingsproblematiek.

Op de vraag hoe je dan de zorg zou moeten aanpassen, wordt er vooral ingestoken op het contact maken en daar energie en tijd insteken. Het kost tijd om het vertrouwen te winnen, dat je binnen mag komen, dat er gepraat wordt. Dit vraagt dus om vaste gezichten, laag drempelig werken en zo min mogelijk verwijzen. Ook zal de rol van psycho-educatie, stimuleren van een gezonde leefstijl en vooral ook hiermee aansluiten bij de jeugd belangrijk zijn. Een respondent noemt dat je mogelijkheden voor de toekomst zou moeten creëren, al is het niet meer voor de huidige mensen, dan wel voor de kinderen van hun kinderen.

“kinderen van 12 lopen rond met bierblikje Dat is cultuur” (R2)

Intergenerationele problematiek is hiermee dus vooral een onderdeel van sociale factoren en beschrijven de taaiheid van de problematiek in sommige delen van Groningen.

4.2.3 Homogene en heterogene factoren

Door het probleem van de intergenerationele problematiek én de ontgroening, ontstaat er in bepaalde gebieden een meer homogene populatie. In de Ommelanden zijn dat de hierboven genoemde problemen als armoede, laag geletterdheid, verslavingsproblematiek en gezondheidsproblemen. Bij doorvragen naar de stad Groningen, wordt aangegeven dat deze problematiek daar ook speelt, maar de problematiek is meer heterogeen. In de stad Groningen leven meerdere culturen door elkaar, wat mensen de mogelijkheid geeft om ook andere voorbeelden te zien en bij aan te sluiten. Ook is de vergrijzing en ontgroening minder duidelijk aanwezig door ook een grote populatie aan studenten. Daarbij zijn de voorzieningen meer gevarieerd in de stad dan in de Ommelanden en dat biedt veel meer kansen.

Deze code geeft een dimensie van dichtheid van omgevingsfactoren, met een bepaalde samenhang; dichtheid van de sociale factoren en van voorzieningen in een omgeving.

⁶ Wedeka is een sociale werkplaats in Stadskanaal, Veendam en Westerwolde

4.2.4 Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg

De beschikbaarheid van zorg en sociale voorzieningen worden als een belangrijke factor aangegeven, voor hoe je de GGZ zorg zou moeten inrichten. Hier wordt een duidelijk verschil aangegeven tussen de stad Groningen en de Ommelanden. Een van de voorbeelden die genoemd wordt is het onderwijs. Het onderwijs in een dorp in de Ommelanden bestaat vaak uit maar één basisschool, als een dorp al een basisschool heeft. Mocht er dan een kind zijn dat extra aandacht nodig heeft, dan zal die school dat zelf moeten organiseren in die eigen klas. In de stad Groningen is er meer keuze in verschillende scholen en kan er ook gekozen worden voor speciaal onderwijs. Dit geldt zowel voor kinderen die moeite hebben om het lesprogramma te volgen als voor kinderen met overcapaciteit. Dit zelfde geldt voor heel veel ander soortige voorzieningen, inclusief GGZ en andere gezondheidszorg.

“Dat is de beschikbaarheid van de kennis die de zorgvorm uitvoert en dat is ook de bereikbaarheid voor patiënten die, dan bedoel ik de bereikbaarheid in brede zin voor patiënten die een zorgvorm nodig hebben.” (R2)

Beschikbaarheid en bereikbaarheid zijn nauw aan elkaar verbonden. Als iets op een grotere afstand beschikbaar is, kan het voor een deel van de populatie onbereikbaar worden. De meningen van de respondenten verschillen hier wel wat over. Sommige respondenten noemen afstand een zeer belangrijke factor, andere respondenten zien oplossingen in technologie of financiële ondersteuning middels bijvoorbeeld een openbaarvervoerpas.

Ook de infrastructuur wordt door verschillende respondenten als een belangrijke factor genoemd. Zowel de infrastructuur van vervoer als de digitale infrastructuur. Met een betere infrastructuur kan zorg beter bereikbaar en daarmee meer beschikbaar worden.

De beschikbaarheid van kennis kan ook nog vanuit de kant van de organisatie bekeken worden. In sommige gebieden is er een beperkte beschikbaarheid van medewerkers met bepaalde opleidingen. Zeker de hoogopgeleiden zijn schaars in de Ommelanden. Tevens is ook de kennis in de omgeving, bij andere bedrijven en gemeenten beperkter, dan in een grote stad als Groningen. Groningen heeft bijvoorbeeld een universitair ziekenhuis met, zeker op technologisch gebied, meer mogelijkheden dan de Ommelanden. Deze technologie is wel beschikbaar voor de hele provincie, maar de bereikbaarheid is duidelijk minder. De meeste respondenten geven daarmee aan dat technologie meer een oplossing zou kunnen zijn dan een omgevingsfactor op zichzelf en dat je de bereikbaarheid zou kunnen oplossen, maar dat dit keuzes zijn die gemaakt worden.

De beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg en welzijn in een omgeving worden beïnvloed door diverse factoren; infrastructuur, technologie, politieke en economische keuzes. De respondenten noemen deze code echter wel beïnvloedbaar en geven ook voorbeelden van mogelijke oplossingen.

4.2.5 Contextafhankelijkheid van zorg

Alle respondenten onderschrijven dat de zorg context afhankelijk is. De beschikbaarheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen werd als factor genoemd voor de keuze van zorgvormen door een organisatie. Daar waar meer andere voorzieningen zijn, heb je de mogelijkheid om als organisatie meer te specialiseren dan wanneer dit beperkter is. Daar werd wel direct bij genoemd dat dit wederom een neerwaartse (of juist opwaartse) spiraal kon geven in een gebied. Want daar waar al meer zorgvoorzieningen zijn, zoals in de stad Groningen, daar zijn ook de meer specialistische zorgvormen beschikbaar en vice versa.

De ongelijkheid die hier vervolgens in benoemd wordt is dat juist die omgevingen met een lage sociaal economische status, ook vaak de regio's zijn waar al minder andere zorg beschikbaar is. Er

wordt een verband gelegd tussen een lage sociaal economische status en meer psychische problematiek. Een respondent noemt hierbij dat de neerwaartse spiraal van een gebied vaak moeilijk te stoppen is met het vertrek van bijvoorbeeld scholen, winkels of werkgelegenheid. Hierdoor trekken dan vervolgens ook de jongeren en hoger opgeleiden weg en blijven juist de sociaal zwakkeren achter. Daarmee zou je dus op basis van behoefte aan zorg in deze gebieden meer zorg willen (kunnen) leveren. Echter op basis van het grote probleem om voldoende hoog opgeleid personeel te werven in deze gebieden, en daarmee hoge kosten van extra toeslagen en personeel niet in loondienst, is het bedrijfskundig weer niet aantrekkelijk. Hier zit volgens deze respondent dan ook de grote uitdaging voor een GGZ instelling als Lentis.

“Als wij keuzes alleen financieel maken dan hadden we Winschoten allang dicht gedaan.”(R11)

4.2.6 Onderscheid landelijke en regionale invloed van omgevingsfactoren

De omgevingsfactoren van een bepaalde regio hebben een belangrijke rol, maar ook landelijke factoren hebben invloed op de keuze voor zorgvormen. Hierin werd door respondenten sociaal, cultureel, en demografische vaker in verband gelegd met behandelvormen (zoals trauma behandeling in het aardbevingsgebied) en benaderwijze (zoals het wel of niet met dialect kunnen spreken om contact te krijgen met de patiënten).

Wet- en regelgeving werden door enkele respondenten als landelijke omgevingsfactor genoemd, waarbij ze geen verschillen zagen tussen de verschillende regio's in Groningen, maar dat het wel invloed heeft op de keuze voor zorgvormen. Zo is wel de context van de zorg veranderd met de invoering van het schakel artikel 2.3 Wfz ⁷, waarmee een nieuwe doelgroep de GGZ in is gestroomd.

“Als het gaat om een verschuiving tussen wat naar forensische zorg en wat gaat nu naar GGZ zorg dan is eigenlijk de introductie van zo'n wet (2.3 Wfz) toch ook een reden geweest waardoor een doelgroep minder in een bepaalde voorziening terecht kan.”(R11)

En ook met de invoering van het zorgprestatie⁸, waarbij er een positieve financiële prikkel is voor het klinisch behandelen van patiënten, is er een landelijke omgevingsfactor die invloed heeft op de keuze van zorgvormen. Naast de positieve financiële prikkel voor klinische opname, werd ook benoemd dat gemeentes wel de visie hebben om voor autonomie van de inwoners te gaan en willen er voor gaan dat inwoners in hun eigen omgeving kunnen blijven, echter is de andere kant, de sociale onrust die ontstaat bij onbegrepen gedag of zoals in de media ook wel 'verward gedrag' wordt genoemd. Hier ontstaat in sommige regio's dan toch de neiging om bepaalde burgers uit de buurt verwijderd te krijgen, hetzij middels opname in een kliniek danwel middels een bepaalde vorm van woonbegeleiding of begeleid wonen. Daarmee zijn er twee sterke prikkels (financieel en van belangrijke netwerkpartners) om juist de beweging naar klinische opname te maken, waarbij de eerste een duidelijke landelijke omgevingsfactor gericht op de keuze voor een bepaalde setting, terwijl de tweede een regionale factor is, meer op een individu gericht. Maar beiden hebben het effect dat er, tegen de visie van autonomie in, toch meer opgenomen wordt.

De invloed van de politiek op de keuze van zorgvormen werd wisselend meer regionaal gezien als ook juist een landelijke factor. Zowel op regionaal als op landelijk niveau wordt de kleur van de politiek benoemd als beïnvloedende factor.

⁷ Dit is een artikel in de wet forensische zorg die het een strafrechter mogelijk maakt om een civielrechtelijke machtiging voor verplichte zorg op te leggen.

⁸ Dit is het financieringsmodel voor de zorgverzekeringswet voor de GGZ.

“Ik denk dat het politieke kleur heel erg bepaalt in hoeverre burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheidszorg en hoeveel geld overheidswege gesubsidieerd of vergoed wordt voor te maken zorgkosten.”(R4)

Ook de schaarste op de arbeidsmarkt is een landelijk probleem, maar toch duidelijk meer in de Ommelanden dan in de stad Groningen. Dit wordt door de meeste respondenten als de grootste uitdaging van de toekomst voor de GGZ gezien. De oplossing van de arbeidsmarkt problematiek op de zorgvormen zou volgens de respondenten het meer toepassen van Netwerkpsychiatrie zijn, met daarbij een veel grotere inzet van naasten dan er nu al gebeurt. Ook meer inzetten van technologie zou een optie zijn, maar dit wordt niet heel concreet gemaakt. Ook wordt er meerdere malen gezegd dat we dan vooral ook keuzes moeten gaan maken; wat gaan we niet meer doen? Daarnaast heeft de politiek ook invloed op de instroom in opleidingen van de schaarse beroepen.

Op meer landelijk niveau (of **Macro**) niveau waren vooral de politieke, economische en wet- en regelgeving, waar de meeste associatie mee werd gelegd. Deze waren vooral bepalend voor het bedrijf in de vorm van financiële mogelijkheden en de invloed op de portfolio keuzes van het totale bedrijf. Deze portfolio keuzes betroffen dan vooral vragen als wat voor setting en op welke locatie er kansen dan welk risico's lagen. Deze drie factoren werden ook direct met elkaar in verband gebracht en op sommige momenten ook door elkaar gebruikt.

Meer op stads- of regioniveau (**Meso**) was de aanwezigheid van andere zorg- en welzijnspartijen belangrijk, ook wel sociale kaart genoemd. Indirect hadden de landelijke factoren hier wel invloed op. Ook de aanwezigheid van grote groepen van een bepaalde sociale factor, zoals armoede werden hier genoemd. De arbeidsmarkt was ook een veel genoemde factor in bepaalde regio's.

Meest opvallend was de rijkheid van de antwoorden bij de sociale factoren. Enerzijds rijk in voorbeelden en het detailniveau, maar ook (of daardoor) de gevoelde passie van de respondenten bij deze factoren. Deze factoren werden over het algemeen vaak in verband gebracht met het directe patiënt contact of behandelvorm (**Micro** niveau). Vervolgens werd hier wel weer het verband gelegd met de Macro- en Mesofactoren, voornamelijk in de manier waarop deze dan invloed hebben op de sociale factoren. De lokale politiek en economie werden als context hierbij genoemd.

Niveau	Omgevingsfactoren
Macro	Politiek, Economisch, Wet- en regelgeving
Meso	Sociale kaart, regionale sociale factoren en arbeidsmarkt
Micro	Lokale sociale factoren: armoede, cultuur, vergrijzing/ontgroening, laag geletterdheid. Lokale politiek en economie.

Tabel 2: Resultaten omgevingsfactoren op de verschillende niveaus

4.2.7 Netwerkgerichte zorg en het Herstelgerichte paradigma

Er is veel overlap tussen de codes van netwerkgerichte zorg en het herstelgerichte paradigma. Alle respondenten onderschrijven het belang van het netwerk van de patiënt. De benadering van het begrip 'netwerk' is twee ledig; het persoonlijk netwerk van de patiënt en het professionele netwerk (van de patiënt, maar daarmee ook van de organisatie).

Vanuit het paradigma vanuit herstel is de patiënt en zijn netwerk het centrale uitgangspunt. Je kijkt dan vanuit dat perspectief naar wat er nodig is om de patiënt zo zelfstandig mogelijk zijn leven te laten leiden. Respondenten benadrukken hierbij vooral de individuele patiënt; het betrekken van zijn naasten, de behandelvormen, de benaderwijze, eigen regie en woonplek. Hieruit volgt volgens deze respondenten ook de logica van het hulpverleners nabij de omgeving van de patiënt, en ook de bereikbaarheid van zorg voor de patiënt en hun naasten komen hierin terug.

“Ik denk dat dat het mooie is van netwerk psychiatrie dat je niet alleen focust op de cliënt maar ook kijkt in wat voor soort omgeving die cliënt zich te verhouden heeft en functioneert.” (R9)

Het andere perspectief (wat overigens ook meestal door andere respondenten wordt benoemd) is het professionele netwerk. Hierbij wordt meer gerefereerd aan het netwerk van zorg- en welzijnsorganisaties en het samen organiseren van passende zorg. Hierbij wordt dan het verdelen van taken en het duidelijk krijgen van elkaar ‘waar zijn wij van’ genoemd. Een knelpunt wat hierbij benoemd wordt zijn de perspectief verschillen tussen deze organisaties. Daar waar de gemeente en de politie meer gericht zijn op een wijk of de samenleving, is een zorginstelling gericht op een bepaald individu en hun naasten. Specifieke omgevingsfactoren die genoemd worden die het herstelgericht werken in de weg staan, zijn: gasprijzen die omhoog gaan, het wel of niet aanwezig zijn van mantelzorgers of vrijwilligers (studenten in de stad, niet in de Ommelanden), verouderen van de EPA doelgroep en niet gewenst in een verpleeghuis door hun bijzondere gedrag.

“Ik ben eigenlijk al heel lang ervan overtuigd dat de context van cruciaal belang is bij het organiseren van zorg.” (R5)

Er is een verschil van mening over of netwerkgerichte zorg nu de oplossing gaat worden voor de problemen die beschreven staan in het IZA. Hier wordt over gezegd dat netwerkzorg al langere tijd wordt toegepast, maar ook dat de context toch nog onvoldoende wordt meegenomen. Het gedachtengoed van Netwerkpsychiatrie is geschreven vanuit het perspectief van de zorgprofessional en daarin wordt het gebruik maken van kennis van aanpalende vakgebieden als management gemist.

Dat er iets moet gebeuren met netwerk en een andere manier van kijken van ziekte naar gezondheid komt bij alle respondenten wel naar boven, maar de terminologie is nog difuus en er is behoefte aan gezamenlijk betekenis van een term.

4.2.8 Discrepantie tussen visie en werkelijkheid

Er worden veel voorbeelden gegeven, voorbeelden van de “eigen” patiënten of veralgemeniseerde voorbeelden. Daarbij zijn de respondenten ook kritisch over hoe het ze denken dat het zou moeten zijn en hoe het daadwerkelijk in de praktijk gaat, met redenering vanuit het staande aanbod en visie. Er lijkt echter geen eenduidig model te zijn voor het gebruik van de omgevingsfactoren, al zijn er wel overlappende elementen. Daarbij worden er ook begrippen op verschillende manieren gebruikt. Dit geldt zowel voor het gebruik van omgevingsfactoren als voor netwerkzorg of aanverwante termen (netwerkpsychiatrie, herstelgerichte zorg, mensgerichte zorg, etc.).

Wel geven respondenten geven aan dat ze de omgevingsfactoren zeer belangrijk vinden voor de keuze van zorgvormen. En allemaal geven ze aan dat de zorgvormen binnen een organisatie mogen of moeten variëren, met wel als kanttekening; wanneer je kiest voor een bepaald model, dan dit wel modelgetrouw toe te passen.

Ze geven echter ook allemaal aan dat dit nu nog niet of onvoldoende zo wordt toegepast. Zowel niet de variatie op basis van de omgevingsfactoren als het modelgetrouw werken. De meest genoemde oorzaak hiervan is de krapte op de arbeidsmarkt; door een gebrek aan gepast geschoold personeel, lukt het niet goed om voldoende en passende zorg te leveren, zeker niet in bepaalde delen van de provincie. Als oplossingen wordt digitalisering van de zorg genoemd, daar dit in de stad Groningen makkelijker gaat. Ook worden wetten en (financiële) regels als belemmerend aangegeven. Niet alleen Lentis, maar ook bedrijven en gemeentes in de omgeving laten dit gat tussen de visie en de werkelijkheid zien.

“De gemeente zegt ook wel van, wij gaan voor autonomie, eigen regie en burgerschap. Maar aan de andere kant, op het moment dat er een cliënt in het sociaal domein onbegrepen gedrag vertoont en mensen overlast veroorzaken of veel reuring dan bellen ze Lentis en dan zeggen ze ‘kan hij alsjeblieft niet in de BW geparkeerd worden’.”(R9)

Qua oplossingsrichtingen hiervoor, wordt vooral gesproken van het maken van kleine stapjes. Het gesprek aangaan met je netwerkpartners wordt wel gebruikt om de verschillende drempels weg te nemen. Dit blijft echter op een incident niveau hangen en veralgemeniseert nog onvoldoende. Ook wordt er verwezen naar de landelijke politiek, daar zou het in de bron moeten worden opgepakt. Er is nu onvoldoende afstemming tussen alle regels, wetten en akkoorden. Behoudens bij de afdeling Zorgverkoop, wordt er geen structureel onderzoek gedaan naar omgevingsfactoren.

Samenvattend is er wel sprake van een wens om de omgeving meer te betrekken bij de keuzes voor zorgvormen. In de antwoorden is weinig structuur en methodiek merkbaar, wat zou kunnen duiden op onvoldoende vaardigheden en kennis in hoe dit te doen.

4.2.9 Probleemgericht denken

Vrijwel alle respondenten benaderen de omgevingsfactoren vanuit het perspectief van problemen die ergens zijn en hoe die behandeld of opgelost (zouden moeten) worden. Hiermee is bij alle interviews ook veel meer gesproken over de problemen in de Ommelanden; armoede, laaggeletterdheid, aardbevingsproblematiek, generationele problematiek, minder geld bij gemeentes en arbeidsmarktproblematiek. Alleen bij navraag wordt dan uitgesproken waarom dat in de stad minder, makkelijker of anders is. Dit terwijl deze problematiek ook in de stad aanwezig is, wordt dan beaamd. Waarom dit probleem dan in de stad toch anders is, wordt toegeschreven aan enerzijds dat er meer voorzieningen zijn, betere bereikbaarheid en anders aan de meer heterogeniteit van de inwoners en voorzieningen. Hierdoor heb je toch meer kans dat je als kind de kans krijgt om toch dat kwartje te worden, doordat er andere voorbeelden zijn, meer mogelijkheden van hulp en om je krachten te laten zien.

Bij die respondenten waarbij de omgevingsfactoren in de stad worden genoemd, betreft dit opnieuw de problematiek aldaar: meer drugs, criminaliteit en dakloosheid. Dit wordt dan vooral geweten aan de bevolkingsdichtheid.

“Ik denk dat in zo'n stadsomgeving ja ja toch meer stad gerelateerde ook acute zorg hebt hè dat kan zijn drugsgelateerd of Mensen die toch met dakloosheid worden geconfronteerd en op die manier ja overlast gaan geven of al langere tijd hebben gegeven.”(R3)

Het is niet zo dat de respondenten daarmee alleen maar naar de problemen kijken, maar juist ook heel hard bezig zijn met oplossingen bedenken. Ook weet ik dat er heel creatief oplossingen gevonden worden in de 'positieve' omgevingsfactoren, maar die kwamen in dit onderzoek veel minder naar voren, helaas.

Deze code kan dus duiden op zowel een bepaalde houding of cultuur in de organisatie, maar zou ook kunnen passen bij de manier van vraagstelling in het onderzoek.

5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit onderzoek is gekeken naar de invloed van omgevingsfactoren op de keuze voor zorgvormen in de GGZ. De resultaten van dit onderzoek kan mogelijk GGZ-instellingen ondersteunen in het maken van keuzes op basis van de context in hun verzorgingsgebied. Dit sluit aan op de ontwikkelingen binnen Nederland zoals het integraal zorgakkoord (IZA), maar ook bij de beweging van de zorgprofessionals en cliëntenvertegenwoordigers om meer vanuit gezondheid, patiëntperspectief en hun naasten te gaan werken.

In dit hoofdstuk zullen in de conclusie de deelvragen beantwoord worden en vervolgens de hoofdvraag. In de discussie zal het onderzoek verbreed worden naar de waarde voor de wetenschap en andere instellingen. Ook zullen hier de kanttekeningen besproken worden van het onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen.

5.2 Conclusie

In deze paragraaf volgen de antwoorden op de deelvragen gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek. Hierbij worden zowel de theoretische resultaten gebruikt als de resultaten van de interviews.

5.2.1 Conclusie deelvragen

Welke omgevingsfactoren zijn relevant bij de implementatie van GGZ-zorgvormen en Netwerkpsychiatrie in het bijzonder?

Zoals in het theoretisch kader beschreven, is de PESTEL analyse gekozen als passend model voor dit onderzoek. Dit is omdat de PEST analyse, het oorspronkelijke model, niet voor een specifieke sector is. (Whittington, 2020, P36) De aanvulling van Environmental (milieu) en Legal (Wet- en regelgeving) op het PEST-model, vormt het PESTEL-model. Het feit dat de PESTEL geschreven is voor marktanalyse van een bedrijf of product, benadert zeer dicht het doel van dit onderzoek; namelijk de toepassing voor de keuze van zorgvormen. Omdat de keuze voor zorgvormen zowel een keuze is op het gebied van de bedrijfskunde (waar de tool voor is bedoeld) (Whittington, 2020, H2.2) én een keuze is op het gebied van de zorginhoudelijke wetenschappen (waar de tool niet voor is gemaakt), maakt dat het relevant is om deze deelvraag te beantwoorden. Omdat Netwerkpsychiatrie weer een verbijzondering is van algemene zorgvormen, is dit meegenomen in deze vraag.

Ondanks dat in de interviews door de respondenten wordt aangegeven dat alle omgevingsfactoren relevant zijn, blijkt toch dat op bepaalde factoren meer de nadruk wordt gelegd. Ondanks dat vooraf juist voor de PESTEL is gekozen in plaats van de PEST, mede om de toevoeging van de milieu factoren, lijken deze voor de respondenten weinig relevant voor de keuze voor zorgvormen.

Het probleemgericht denken is een constatering op basis van de interviews. Wat hier de betekenis van is, is niet onderzocht in dit onderzoek en hier kan dus ook geen conclusie aan worden verbonden. Wel zou het invloed kunnen hebben gehad op welke omgevingsfactoren relevant worden geacht. Bij eventueel vervolgonderzoek zou middels aanpassing van de vraagstelling ook de kansen meer belicht kunnen worden die omgevingsfactoren bieden.

Vanuit de interviews was het meest opvallend de rijkheid van de antwoorden bij de **sociale factoren**. Enerzijds rijk in voorbeelden en het detailniveau, maar ook de door de onderzoeker gevoelde passie van de respondenten bij deze factoren. Voornamelijk de **intergenerationele problematiek** van onder andere armoede en laag geletterdheid werd zeer relevant gevonden. Met de drie factoren **Politiek, Economisch en Legal**, werden ook veel associaties gelegd, meestal ook in direct verband met elkaar en ook werden deze door elkaar gebruikt. Deze factoren werden eerder als sturende factoren benoemd, zowel in negatieve zin en als belemmerende regels of financiële prikkels die niet passen bij de zorgvisie, maar ook in positieve zin als kansen om de sociale factoren te beïnvloeden.

De beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg en welzijn in de omgeving past uiteraard bij een bedrijfskundige factor in de vorm van concurrentie. (Whittington, 2020, H2.2) In de GGZ is het momenteel echter vooral de concurrentie op het gebied van de arbeidsmarkt (personeelstekort) en niet zo zeer de klanten. Er zijn juist forse wachtlijsten in het Noorden (Arbeidsmarkt.2021) (Integraal zorg akkoord.2022). In de GGZ zorg wordt dan ook veel meer vanuit het perspectief gekeken wat je als netwerkpartners voor elkaar kan betekenen.

De voor Groningen zeer specifieke factor, de **aardbevingsproblematiek**, werd ook veelvuldig genoemd. De aardbevingsproblematiek kan je als factor op zichzelf zien, maar bleek uit de gesprekken ook een katalysator van al bestaande sociale factoren.

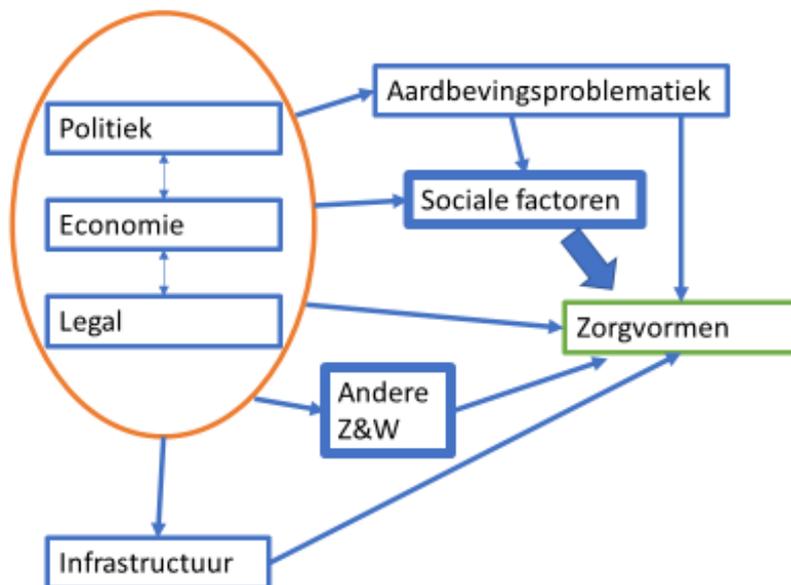
Technische omgevingsfactoren hebben maar een zeer beperkte invloed op de keuze van zorgvormen blijkt uit dit onderzoek. Techniek wordt wel gezien als mogelijke oplossing van afstand en beschikbaarheidsproblematiek. De techniek is er wel, maar de beschikbaarheid ervan is meer beperkt door politieke of economisch besluiten, dan dat het een op zichzelf staande factor is. Daarmee is vooral de **infrastructuur** de belangrijke factor, zowel in de vorm van wegen en bijvoorbeeld openbaar vervoer als digitaal.

Het gedachtengoed van **netwerkpsychiatrie** richt zich op het netwerk van patiënt, zowel het persoonlijke als het professionele netwerk. Van daaruit komen de vragen voor op meso en macro niveau aanpassingen van de huidige zorg. Dit komt voort uit de visie van het herstelgerichte werken en positieve gezondheid (Mulder, 2020, p43-45). Het vraagt om een sector overstijgende samenwerking op zowel macro-, meso-, als microniveau. Alle bovengenoemde omgevingsfactoren blijven hierbij dus van belang, maar uiteraard is dan de aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties én de sociale factoren het meest belangrijk. Het gedachtengoed van netwerkpsychiatrie is echter wel vanuit de zorgprofessionals geschreven en daarmee ligt er nog wel een opgave in het bij elkaar brengen van het domein van de zorgprofessional en de manager. Ook is het een begrip in dit onderzoek, waarvan de betekenis bij de respondenten nog niet scherp genoeg is en in verband wordt gebracht met andere, ook nog beperkt scherp omschreven termen. Hier is wel behoefte aan.

Als laatste werd er ook in de interviews benadrukt dat de **homo- of heterogeniteit van omgevingsfactoren**, met name sociale factoren veel invloed heeft op de stabiliteit van een bepaalde factor en dus mogelijk de taaiheid van het probleem. Zeker wanneer dit culturele factoren betreft, zoals ook genoemd in de interviews, zoals de intergenerationele problematiek. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van diverse vormen van zorg- en welzijnsorganisaties hebben ook invloed op kansen die mensen hebben om aan intergenerationele problematiek te ontsnappen.

Daarmee is het antwoord op deze deelvraag dat de sociale factoren de meest relevante factoren zijn voor de keuze van zorgvormen. En hebben het trio Politiek, Economie en Legal invloed op zowel de sociale factoren als ook rechtstreeks op de keuze van zorgvormen. De aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties en infrastructuur in een bepaalde regio zijn dan weer het meest relevant op meso niveau in hoe je de sociale problematiek met elkaar kan oplossen. Omdat de kern van

Netwerkpsychiatrie ligt in het samen oplossen én gericht is op de meest kwetsbare doelgroep, zijn voor dit gedachtengoed de sociale factoren en de aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties het meest relevant. Heel specifiek voor Groningen is de aardbevingsproblematiek. Deze zal dan ook bij een herhaling van dit onderzoek in een andere regio wegvallen, al is in die regio mogelijk ook zo'n specifieke factor aanwezig. Door met intergenerationele problematiek de factor 'tijd' toe te voegen en 'dichtheid' met homo- of heterogeniteit van omgevingsfactoren, worden er twee dimensies toegevoegd die een indruk kunnen geven van de mate van beïnvloedbaarheid van de omgevingsfactoren, door wie dan ook.



Figuur 7: Belangrijkste omgevingsfactoren bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie. Andere Z & W= Andere zorg- en welzijnsorganisaties.

Hoe hebben deze omgevingsfactoren invloed op de keuze van zorgvormen?

Het onderzoek heeft zich in opzet gericht op de verschillen tussen de stedelijke en rurale gebieden. Gaande het onderzoek wordt echter duidelijk dat elke regio zijn eigen kenmerken heeft en dus ook tussen de rurale gebieden verschillen zijn die invloed hebben op de keuze van zorgvormen. Toch zijn er ook omgevingsfactoren die voor het hele land gelden én invloed hebben op de keuze van zorgvormen.

Het is waarschijnlijk dat in dit onderzoek niet alle invloeden zijn geraakt van omgevingsfactoren op de keuze van zorgvormen. Die conclusie is te trekken uit het feit dat er in elk interview toch weer nieuwe invloeden werden genoemd en daarmee er geen verzadiging is opgetreden. Dit in tegenstelling tot de vorige deelvraag, waarbij er op de helft van de interviews al geen nieuwe omgevingsfactoren meer genoemd werden. Toch zijn er wel verschillende invloeden geweest die bij herhaling genoemd zijn en daarmee is er toch een antwoord te formuleren op deze deelvraag.

Op macroniveau hebben landelijke politiek, economie en wet- en regelgeving invloed op de keuze voor een setting en de keuze voor de locatie. De krappe arbeidsmarkt is daar een belangrijke factor in. Zorgvormen die veel hoog opgeleide medewerkers vraagt en een relatief kleinere doelgroep bedienen, worden daardoor vaker centraal in een stad gepositioneerd en werken soms zelfs regio-

overstijgend. Dit zijn bijvoorbeeld de klinische en/of hoog specialistische settings. Ambulante zorgvormen zijn een grotere doelgroep en in het huidige politieke klimaat, zouden deze dicht bij de patiënt georganiseerd moeten worden. (Kader passende zorg.2022)

De omgevingsfactoren infrastructuur en de aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties hebben voornamelijk invloed op de keuze van teammodellen en overstijgend behandelaanbod. Op dit mesoniveau gaat het ook in het gedachtegoed van de Netwerkpsychiatrie vooral over hoe met de omgeving samen de zorg te verdelen; wie doet wat en hoe doen we dat samen? Hierbij is het wel oppassen met het formeel verdelen van de taart, omdat daarmee je op de grens komt van kartelvorming.

De sociale problematiek heeft het meest direct invloed op de (patiënten)populatie. Vooral in het oostelijke deel van Groningen is door de stapeling van verschillende factoren het risico op psychiatrische problemen vergroot en daarmee invloed op wat deze doelgroep nodig heeft aan behandeling. (Hengeveld et al., 2016) De politieke geschiedenis van de gebieden hebben invloed op de benaderingswijze en het gemak waarmee contact gelegd kan worden met de patiënten in de regio. De aardbevingsproblematiek heeft in directe zin invloed op specifieke psychiatrische problemen op basis van eventueel trauma en een daarop aangepaste traumabehandeling⁹, maar ook als gevolg van de stress en kans op psychiatrische stoornissen van dien. In indirecte zin, als gevolg van alle problemen er omheen, wordt de stress nog verder vergroot. (Dückers et al., 2023)

Er is een verband tussen de niveaus van omgevingsfactoren en zorgvormen, maar ook is er invloed tussen de niveaus. Landelijke politiek heeft invloed op de regionale politiek, de landelijke economische status heeft invloed op het bedrijf, maar ook op de medewerkers en op de inwoners van een regio. Dit geldt ook voor de zorgvormen; de setting bepaalt de mogelijkheden aan teamvormen en met het team kan je het behandelaanbod vormen, de passende medewerkers aantrekken, etc. Deze invloed zal niet altijd direct en exclusief zijn, maar er lijkt wel een grote lijn in te zitten. Deze invloed is bijvoorbeeld zichtbaar in de keuze om wel of niet door te gaan met het leveren van zorg op een verlieslijdende plek, met grote problemen van de arbeidsmarkt en ook een negatief perspectief op zowel de financiële kant als de arbeidsmarkt. De huidige politieke kleur van Nederland is dat de zorg meer mensgericht moet worden, we dichtbij de patiënt moeten zijn en daarmee ook als instelling een sociale verantwoordelijkheid nemen. Hoe de organisatie dan vervolgens het hoofd financieel bovenwater kan houden en volgens de inspectie kwalitatief voldoende zorg kan blijven leveren is dan weer een heel nieuw vraagstuk, wat interessant vervolgonderzoek zou kunnen zijn.

Ondanks dat er geen verzaaiing is opgetreden bij de interviews op deze deelvraag, kunnen de volgende conclusies wel getrokken worden, omdat deze door meerdere respondenten zijn benoemd en ook logisch zijn in combinatie met de literatuur. Bovendien zijn ze voor de onderzoeker herkenbaar en passend bij deze deelvraag; hoe de omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze van zorgvormen.

De sociale omgevingsfactoren hebben invloed op de populatie en daarmee op welke vragen er aan de GGZ gesteld zouden kunnen worden (Hengeveld et al., 2016). Het trio van politiek, economie en wet- en regelgeving hebben invloed op respectievelijk de verdeling, financierbaarheid en legitimiteit van zorgvormen. Dit past bij de bedrijfskundige theorie achter de rede om een omgevingsonderzoek te doen (Whittington, 2020, H2.2) Door bij dit trio het woord 'landelijk', 'regionaal' of 'lokaal' ervoor te zetten, is de invloed respectievelijk op macro-, meso- of microniveau. Deze factoren bepalen daarmee of een bepaalde zorgvorm ook realistisch of mogelijk is om als bedrijf te exploiteren.

⁹ Het betreft namelijk voortgaande traumatisering, wat iets anders vraagt dan trauma's die in het verleden zijn gebeurd en nu niet meer plaatsvinden.

De infrastructuur en de aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties kunnen mede bepalend zijn voor de plaats van een bepaalde zorgvorm in het professionele netwerk. Daarmee kan bepaald worden door welke organisatie welke zorg geleverd kan worden en hoe de patiënten deze kunnen bereiken.

Daarbij hebben de factoren op macroniveau invloed op de factoren op mesoniveau en die weer op de factoren op microniveau. Waarbij het macro niveau invloed heeft op de setting, het mesoniveau op teamniveau en het microniveau op het patiënt niveau, al is dit niet exclusief.

Omgevingsfactor	Invloed op	Hoe
Sociaal	(patiënten) populatie	De mate van het aanwezig zijn van bepaalde stoornissen
Politiek, Economie en Legal	Verdeling, financierbaarheid en legitimiteit	De mogelijkheid om een bepaalde zorgvorm te kiezen
Infrastructuur en aanwezigheid van andere zorg- en welzijnsorganisaties	De beschikbaarheid van zorg in een bepaalde omgeving voor de populatie	De plaats in het netwerk van een bepaalde zorgvorm

Tabel 3: Overzicht van hoe de relevante omgevingsfactoren voor de keuze van zorgvormen invloed hebben op de keuze van zorgvormen.

Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden naar de verschillende leiderschapslagen die betrokken zijn bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie?

Alle respondenten geven aan dat omgevingsfactoren van belang zijn voor de keuze van zorgvormen, maar ook alle respondenten geven aan dat omgevingsfactoren nog onvoldoende worden gebruikt om deze keuze te maken. Deze **discrepantie tussen visie en werkelijkheid** is een code in het onderzoek geworden omdat het opviel, maar is niet gericht onderzocht in dit onderzoek. Onderzoek bij andere instellingen zou kunnen aantonen dan wel uitsluiten of dit een Lentis fenomeen is of dat dit breder herkend wordt in de GGZ. Ondanks dat het niet gericht is onderzocht zijn er wel enkele observaties die aanwijzingen geven waarom deze discrepantie tussen visie en werkelijkheid bestaat bij Lentis.

Begrippen zoals zorgvormen, netwerkzorg of netwerkgerichte zorg, samenwerken, passende zorg en herstel gerichte zorg worden gebruikt, maar met verschillende betekenis. Dit bleek ook voor de begrippen politiek, economie en wet- en regelgeving. Hier was ook verschillende keren hulp nodig van de onderzoeker alvorens de vragen beantwoord konden worden. De Witte legt in zijn boek nadruk op hoe belangrijk de betekenis is, bij een verandering. (Witte M de, 2019, p45) Hierdoor is het ook te begrijpen dat een deel van de GGZ medewerkers zegt “dit doen wij al” en anderen weer aangeven dat dit nog veel te weinig wordt gedaan, als we het hebben over netwerkpsychiatrie óf het gebruik van omgevingsfactoren voor het kiezen van zorgvormen.

Dit is ook de rede dat er in dit onderzoek gekozen is voor het begrip Netwerkpsychiatrie, omdat dit een beschreven gedachtengoed is. Het is echter een boek van 400+ pagina’s en dat betekent dat er nog steeds veel ruimte is voor interpretatie. Van de respondenten waren er vijf die het boek gelezen hadden, de anderen hadden er wel van gehoord, maar niet gelezen. Daarmee zou de eerste aanbeveling zijn om bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie heel scherp te zijn op de taal die wordt gebruikt en betekenis van de begrippen. Anderzijds zou voor vervolgonderzoek mogelijk een andere term gekozen kunnen worden óf een compactere betekenis geven aan dit begrip.

Het feit dat dit onderzoek is opgebouwd rondom drie brede begrippen (omgevingsfactoren, Netwerkpsychiatrie en zorgvormen), maakt wel dat de antwoorden van de respondenten heel gevarieerd waren en weinig gestructureerd. Hieruit kan je concluderen dat er dus geen

eenduidigheid is in deze begrippen. Ook is er geen implementatie van een methode om omgevingsfactoren gestructureerd te onderzoeken op de plekken waar de keuze voor zorgvormen wordt gemaakt. En wanneer de omgevingsfactoren niet gestructureerd onderzocht worden, is het ook begrijpelijk dat deze niet bewust meegenomen worden in de keuze voor zorgvormen.

Gezien de uitkomsten van deelvraag 2, zou de informatie van een omgevingsanalyse op elke management laag een toegevoegde waarde kunnen zijn. Waarbij er bij de verschillende lagen wel andere behoeften liggen. Dit maakt dat een mogelijke vorm zou kunnen zijn om een omgevingsanalyse als een waterval door de organisatie heen te laten lopen, waarbij elke laag deze verrijkt met de voor hun belangrijke delen, om zo uiteindelijk door de hele organisatie heen een bij elkaar aansluitende analyse te hebben van de omgeving en daarmee een basis voor het gesprek over de keuze van zorgvormen met de bovenliggende managementlaag en tussen de professionals en de managers.

Vanuit de theorie wordt aanbevolen om vooral in gesprek te blijven over wat het domein is van het management en wat van de professional. (Vermaak, 2022, p34) Zoals gezegd in paragraaf 2.4 ligt het onderzoek naar de omgevingsfactoren en de invloed hiervan op de keuze voor zorgvormen tussen de domeinen in; beide hebben een groot belang, maar ieder heeft zijn specifieke kennis, die samen het geheel vormen. In het onderzoek komt dit ook wel naar voren, bijvoorbeeld in de vorm dat de financieel expert bij een uitspraak over zorg duidelijk aangeeft dat het niet zijn domein is en de zorginhoudelijke experts die zich vooral uitspreken over de patiënt gerichte zaken. Hier ligt dan ook de uitdaging om hierover in gesprek te blijven en elkaar te blijven aanvullen. Een duidelijke structuur bijvoorbeeld middels het structureel gebruik maken van de PESTEL-analyse, kan hierbij helpen, omdat beide domeinen waarde hechten aan deze omgevingsfactoren, zij het wel vanuit verschillende perspectieven. Wat niet uit de PESTEL automatisch naar voren hoeft te komen, maar wel van belang zou kunnen zijn, zijn de dimensies tijd en dichtheid van omgevingsfactoren: hoe lang is een bepaalde factor al ergens aanwezig en hoe dominant is deze factor?

Omdat dit een verkennend onderzoek is, waarbij er ook nog geen verzadiging is opgetreden bij deelvraag 2, is het passend om wel aan te bevelen een volledige PESTEL te doen, in plaats van alleen die factoren die bij deelvraag 1 naar voren zijn gekomen.

Daarmee zijn de aanbevelingen die volgen uit de resultaten van dit onderzoek:

1. Gestructureerd gebruik maken van een **omgevingsanalyse** (bijvoorbeeld de PESTEL) en deze als een waterval door de verschillende lagen van een organisatie heen te laten lopen. Let bij de omgevingsanalyse ook op de dimensies tijd en dichtheid van de omgevingsfactoren, deze kunnen een indruk geven van de stabiliteit van de factor.
2. Vorm met de organisatie een gezamenlijk gedragen **betekenis** van de begrippen en van de verandering zelf.
3. Blijf alert op het verschil in de **domeinen** van de manager en die van de professional bij de keuze voor zorgvormen. De vorige twee aanbevelingen kunnen mogelijk bijdragen aan dit vraagstuk dat tussen deze twee domeinen ligt.

In het voorgaande is de vraag beantwoord welke omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze van zorg vormen en vervolgens ook hoe. Om meer gebruik te gaan maken van de omgevingsfactoren, zijn er aanbevelingen opgenomen aan de diverse managementlagen. Tezamen lijkt dit tot de beantwoording van de hoofdvraag.

5.2.2 Conclusie hoofdvraag

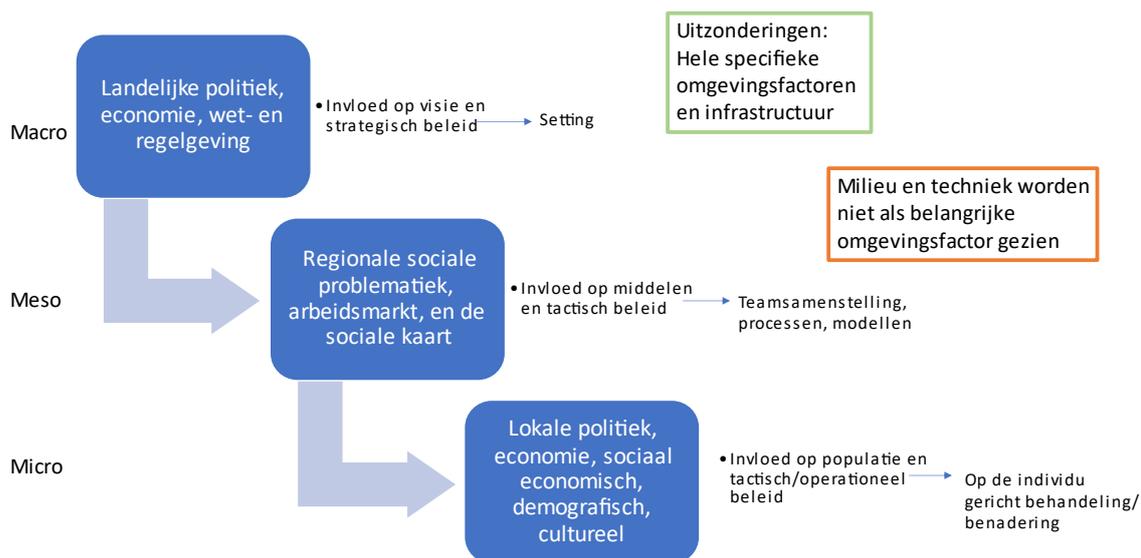
Op welke wijze beïnvloeden omgevingsfactoren de keuze voor zorgvormen bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie en welke aanbevelingen kunnen er dan gedaan worden?

Met de beantwoording van de deelvragen kan het antwoord van de hoofdvraag worden opgebouwd binnen dit onderzoek. Er werd wel een resultaat saturatie bereikt van de antwoorden op de vraag welke omgevingsfactoren van invloed zijn, maar niet op de vraag hoe deze van invloed zijn. Tevens gaven de respondenten aan dat alle factoren invloed hebben, maar dit kwam in de vervolg antwoorden niet zo naar voren.

Op **visie en strategisch (macro) niveau** komen vooral de invloed van de landelijke politiek, economie en wet- en regelgeving invloed uit het onderzoek naar voren. Ze hebben hiermee invloed op de portfolio van het bedrijf en op financiële status van het bedrijf. De visie is hiermee ook bepalend welke set aan behandelmodellen hier dan bij passen. Op dit domein van het hogere management zullen inzicht in deze macro-omgevingsfactoren helpend zijn om een bij de tijd en volledige verzorgingsgebied een passende visie en sterk strategisch beleid te kiezen, welke uit het integraal zorgakkoord en andere politieke stukken naar voren komt (Programma de juiste zorg op de juiste plek.2022) (Kader passende zorg.2022) (Integraal zorg akkoord.2022) en minder in dit onderzoek als macro-omgevingsfactor is de sociale demografie (met name de vergrijzing en de gevolgen daarvan). Deze werden in dit onderzoek meer geassocieerd met de regionale populatie.

Met een goed bij de macro-omgevingsfactoren aangesloten visie en strategisch beleid kan het middenmanagement op **mesoniveau** in hun deelregio's het tactisch beleid vormgeven. In dit onderzoek zijn dit de meer regionale situaties van de sociale factoren (bijvoorbeeld een gebied met veel armoede), de arbeidsmarkt, de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg in die omgeving (ook wel de sociale kaart genoemd). Daarmee krijg je zicht op de kansen en de uitdagingen van die specifieke regio. In de huidige praktijk bij Lentis is de invloed van de arbeidsmarkt op de mogelijke teamsamenstelling, processen en modellen zeer groot blijkt uit dit onderzoek. Volgens de huidige visie van de politiek zou middels het werken in het netwerk de passende zorg van een regio neer kunnen zetten, al worden daar wel de vraagtekens bij gezet door de respondenten, omdat de hele regio deze tekorten heeft. Anderzijds wordt ook gezegd dat er zeker nog wel winst te boeken is op dit gebied.

Met de basale teamindeling en processen kan je op **microniveau** vervolgens de keuze voor specifieke behandelvormen, benaderwijze en sfeer neerzetten, passend bij de lokale cultuur en samenstelling van de patiënten populatie. Uit de interviews blijkt dat het contact met de regionale en lokale organisaties kan helpen in het wendbaar blijven op bijzondere casussen of veranderingen in wijken. Dit operationele beleid kan zo helpen bij het leveren van passende zorg. De politieke kleur en het economisch beleid van zo'n regio is bepalend voor hoeveel er mogelijk is in een bepaalde wijk.



Figuur 8: Schematische uitwerking van de invloed van omgevingsfactoren op de keuze van zorgvormen.

Netwerkpsychiatrie is een gedachtegoed in ontwikkeling (Mulder, 2020, p29), welke passend is bij het integraal zorgakkoord. Bij netwerkpsychiatrie, zoals de naam al suggereert, is het samenwerken met het netwerk de kern. Kennis van de omgeving is hierbij dus onontbeerlijk. Het gedachtegoed is geschreven vanuit de zorgprofessional (in samenwerking met cliënten- en naasten organisaties) en mist daarmee de connectie met de bedrijfskundige kant. Al wordt wel het belang van het op alle niveaus invoeren van het gedachtegoed wel benadrukt. (Mulder, 2020, P45) Het bij elkaar brengen van het domein van de manager en de zorgprofessionals is hierbij op elk niveau van de organisatie belangrijk. Dit kan door samen te kijken naar de omgevingsanalyse en de betekenis van de begrippen. Netwerkpsychiatrie is hiermee wel een al zo goed beschreven inhoudelijke methode en brengt de moderne visie op geestelijke gezondheid van herstel en positieve gezondheid bij elkaar (Mulder, 2020, p44), dat het daarmee voor de professionals een goede basis zou kunnen zijn voor de visie van een organisatie.

Ondanks dat uit dit onderzoek wel bepaalde factoren naar voren komen die de meeste invloed hebben, is dit onderzoek nog te beperkt om daar de conclusie uit te trekken dat andere factoren niet belangrijk zijn en dus niet onderzocht zouden hoeven worden bij een keuze voor zorgvormen. Daarom is het passend om een volledige omgevingsfactoren analyse te doen.

Door de omgevingsfactoren op alle managementniveaus in kaart te brengen, de dimensies tijd en dichtheid hieraan toe te voegen, de betekenis hiervan samen met de zorgprofessionals vorm te geven en daaruit een passende visie, strategisch, tactisch en operationeel beleid te vormen, zou je de samenhang tussen de omgeving en het bedrijfsbeleid kunnen optimaliseren én de connectie tussen zorginhoud en bedrijfsvoering kunnen versterken. Dit is in zijn geheel passend bij het gedachtegoed van Netwerkpsychiatrie, maar zou hier ook geheel los van kunnen staan!

5.3 Discussie

Dat omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze van zorgvormen in de psychiatrie staat als een paal boven water. Hiervoor werden in de theorie al duidelijke aanwijzingen gevonden via de bedrijfskundige en psychiatrische vakliteratuur (Hengeveld et al., 2016) (Whittington, 2020). Er was echter geen overzicht over welke dat dan zouden zijn en hoe die dan invloed hebben op de keuze van zorgvormen. Dit onderzoek heeft een begin gemaakt met de beantwoording van deze vraag en komt met deze casestudy tot de conclusie dat omgevingsfactoren invloed zouden moeten hebben op de keuze van zorgvormen. Hier wordt met nadruk gesproken van ‘zouden moeten’ omdat alle respondenten kritisch waren op hoeveel invloed omgevingsfactoren nu al hebben. Met de aanbevelingen uit deze studie zou een GGZ-instelling aan de slag kunnen om dit te verbeteren en zou vervolgonderzoek een aantal zaken kunnen aanscherpen of verduidelijken. Deze aanbevelingen zullen in de volgende paragraaf bij elkaar gebracht worden.

5.3.1 Discussie over studie-opzet

De uitkomsten van de respondenten zijn niet getoetst aan de literatuur. Daarmee zijn uitspraken als dat er in oost Groningen veel sprake is van armoede een aanname. Verschillende uitspraken over de sociale factoren zijn echter wel zeer aannemelijk en was ook één van de aanleidingen voor dit onderzoek. In maart 2023 (na de interviews) is het rapport **“Elke regio telt!”** verschenen (As S van, 2023). Dit is een rapport van de drie adviesraden: Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur, Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Hierin staat een bevestiging van het bij dit onderzoek aangenomen verschil tussen regio’s en het effect van stapeling van achterstanden. Wanneer je in dit rapport kijkt naar de achterstandsfactoren en waar dit het meeste stapelt, dan zie je hoe zorgelijk de situatie in de oost Groningse gebieden is. Deze uitzonderlijke situatie verklaart mogelijk voor een deel waarom de focus bij de respondenten zo op de problemen in deze regio’s zijn gericht en de onderzoeker de omgevingsfactoren zo van belang vind bij de keuze van zorgvormen.

Het feit dat de onderzoeker zelf zoveel waarde hecht aan dit onderwerp en ook zelf werkzaam is bij de organisatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, heeft mogelijk invloed gehad op de resultaten. Dit zou bijvoorbeeld in de codering effect kunnen hebben, omdat het moeilijk is om nieuwe dingen te horen als je antwoorden herkent. Door echter de verschillende stappen; eerst het interview zelf, dan transcriberen en vervolgens twee keer coderen, hoor en lees je de antwoorden 4 keer en ga je meer details horen dan bij de eerste keer heeft de onderzoeker ervaren. Dat de onderzoeker in de organisatie werkt is ook een voordeel, omdat deze dan ook de organisatie kent en daarmee de kans op antwoorden die ook de minder mooie kant van een organisatie tonen vergroot.

Het onderzoek betrof een relatief kleine groep (N=12). Ook is er de limitatie dat dit onderzoek is gebaseerd op antwoorden van respondenten en daarmee geen waarheid hoeven te zijn. Daarom is het van belang om meerdere mensen te interviewen. Het feit dat alle respondenten aangaven dat omgevingsfactoren belangrijk zijn voor de keuze van zorgvormen én dat halverwege het onderzoek er geen nieuwe omgevingsfactoren meer bijkwamen, kan aangenomen worden dat er wel verzadiging is opgetreden voor deelvraag 1. Doordat er gebruik is gemaakt van de quadruple aim als basis voor het kiezen van de respondenten, zijn de perspectieven van de respondenten zeer verschillend. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor dat de resultaten van deelvraag 2 niet verzadigd is (Hoe omgevingsfactoren invloed hebben). Bij vervolgonderzoek is het dan ook aan te bevelen om óf meer respondenten óf interviews middels focusgroepen te doen.

In de opzet van dit onderzoek is de **quadruple aim** meegenomen. Dit was voornamelijk als tool om respondenten te kiezen, om zo de verschillende perspectieven van een organisatie in beeld te krijgen. In het theoretisch model werd echter ook gedacht dat omgevingsfactoren ook rechtstreeks

invloed hadden op de vier doelen van de quadruple aim. Dit bleek niet in het onderzoek naar voren te komen. Achteraf geredeneerd is de plaats van de quadruple aim in het theoretisch model ook niet logisch. De quadruple aim is een toetsingsinstrument. Wanneer je een keuze maakt voor bijvoorbeeld een zorgvorm, kan je de keuze toetsen aan de vier doelen om te weten of die zorgvorm gaat bijdragen aan verbetering van de zorg. (Bodenheimer, 2014)

Wel is het theoretisch aannemelijk dat de kans op een positieve uitslag van de quadruple aim groter wordt, wanneer je de keuze voor een zorgvorm baseert op een onderzoek naar omgevingsfactoren, omdat de 4 doelen van de quadruple aim raken aan verschillende onderdelen van omgevingsfactoren. Het zou echter vervolgonderzoek vragen om dit aan te tonen.

5.3.2 Discussie over resultaten en conclusie

De vooraf veronderstelde discrepantie tussen de managers en de professionals werd herkend door de respondenten. Omgevingsfactoren werden echter door alle respondenten belangrijk gevonden. Dit is een sterke aanwijzing dat het onderbouwen met omgevingsfactoren bij deze keuze, tussen de domeinen van de manager en de professional, helpend kan zijn. Daarbij moet wel gelet worden op de betekenis van de begrippen. De begrippen zorgvormen en omgevingsfactoren zijn beide brede begrippen. Dit zou een verklaring kunnen zijn dat er verschil was tussen de verschillende interviews in wat de respondenten belichtte. Er ontstond een indruk dat de meer behandelinhoudelijke respondenten meer de kant van de patiënt en zijn netwerk belichtten in hoe omgevingsfactoren invloed hadden op de keuze van zorgvormen. En dat respondenten met een bedrijfsvoering achtergrond ook meer die kant van de invloed van de omgevingsfactoren belichtten en minder de invloed op het microniveau van zorgvormen. De samenstelling van de respondenten was echter te gevarieerd om hier een uitspraak over te kunnen doen. Deze variatie kwam ten goede aan de beoogde verschillende perspectieven, maar de groepen (alleen professional en alleen manager) waren te klein om een conclusie te kunnen trekken over de verschillen tussen die groepen. Het zou wel passen bij de theorie van Vermaak en de Caluwé (Vermaak, 2022, p34) dat deze groepen verschillende domeinen hebben. Dit zou echter vervolgonderzoek vragen.

Wat niet helemaal goed te verklaren is in dit onderzoek, is de maar beperkte invloed van de omgevingsfactoren milieu en techniek. Mogelijk heeft de beperkte invloed van milieu te maken met de politieke kleur van de omgeving, de BBB is niet voor niets de grootste geworden bij de provinciale staten verkiezingen van 2023 in alle gemeentes, behalve van de stad Groningen. Ook lijkt het onderwerp milieu nog niet zo heel erg te leven in de GGZ. Mogelijk is dit omdat de GGZ ook niet als een grote vervuiler wordt aangemerkt. Het zijn in feite voor het grootste gedeelte gewoon kantoorpanden en ook in de klinieken zijn er toch minder grote belastingen van het milieu ten opzichte van somatische ziekenhuizen; geen operatiekamers, minder medisch afval, minder bedden. Dat de keuze voor zorgvormen in de GGZ mogelijk minder door milieuvraagstukken wordt beïnvloed zegt niet dat de GGZ geen milieuvraagstukken heeft. Vooral voor de vastgoed afdelingen leeft dit weldegelijk, met de prachtige, zeer oude gebouwen, met vaak een laag milieu label.

Waarom techniek niet als een belangrijke omgevingsfactor wordt gezien, werd in de resultaten al besproken; de techniek is er wel en wordt ook als een belangrijke factor gezien voor de toekomst van de GGZ, de vraag is meer of je techniek classificeert als een omgevingsfactor. Een verklaring zou kunnen zijn dat techniek als omgevingsfactor niet de belemmerende factor is, maar dat de belemmerende factor is: het toepassen van techniek in GGZ zorg, oftewel: hoe dit in de toekomst de markt zal veranderen. Zit hier mogelijk nóg een discrepantie tussen de zorgprofessionals en in dit geval dan de techniek?

Ook past dit bij wat Diaz Ruiz schrijft over de zwakte van de PESTEL. Want er zijn twee nadelen aan de PESTEL volgens Diaz Ruiz. De eerste is dat deze te generalistisch is. Door dat het zo generalistisch is, heeft het maar een klein voordeel om op alles te scannen, boven op niks te scannen. De wetenschappelijke waarde van dit onderzoek is dan ook dat er aanwijzingen zijn dat niet de gehele

PESTEL door alle lagen van de organisatie gedaan hoeven te worden om een keuze te maken voor zorgvormen. De tweede zwakte is dat de PESTEL niet analyseert op mogelijke verstoring van de markt. Diaz Ruiz pleit dan ook voor manier om de markt te scannen op hoe je deze zou kunnen vormen in plaats van scannen en reactief te werken. (Diaz Ruiz, 2020) Het feit dat in dit onderzoek milieu en techniek als omgevingsfactor wordt aangemerkt voor de keuze van zorgvormen, zou dus ook kunnen passen bij de vraagstelling. Het zou interessant zijn hoe de respondenten zouden antwoorden als je vraagt naar de invloed in de toekomst. Zouden dan de technische en milieufactoren mogelijk meer plaats krijgen?

Dat pleit dus voor herhaling van het onderzoek om de omgevingsscan inderdaad te kunnen versmallen, als replicatie-onderzoek hetzelfde resultaat oplevert bij andere organisaties en regio's, maar ook voor het ontwikkelen van een manier om de markt te analyseren op mogelijke toekomstige verstoringen.

Wij werken al netwerkgericht! Dit wordt vooral door behandelaren genoemd in de organisatie herkennen de respondenten. In dit onderzoek komt echter het geluid naar voren dat we meer in het netwerk moeten gaan doen. Daarmee ontstaat opnieuw de vraag of we wel hetzelfde verstaan onder dit begrip. Netwerkgerichte zorg is nog een niet goed omschreven begrip en wordt door verschillende mensen ook verschillend opgevat. Dit is ook de reden dat er voor dit onderzoek het gedachtengoed Netwerkpsychiatrie is gebruikt. Echter, zoals te lezen in de respondenten tabel, is niet iedereen bekend met dit boek van meer dan 400 pagina's en daarmee nog steeds geen goed gekaderd begrip voor het interview. Dit is echter wel waar organisaties momenteel mee moeten werken. Niet goed gekaderde begrippen of te complexe begrippen die nog onvoldoende uitgewerkt zijn. Dat maakt dan ook dat de aanbeveling om met de organisatie betekenis te gaan geven aan de begrippen zo belangrijk, anders zullen binnen zo'n grote organisatie er allerlei eigen uitleggen gegeven worden, met alle gevolgen van dien.

In organisaties blijft veranderen een complexe opgave (Vermaak, 2022, p24). Dit komt onder andere door de verschillende domeinen van de manager en de professional (Vermaak, 2022, p34) en hun verschillende kennisgebieden. Een voorbeeld van zo'n verandervraag in de GGZ is de keuze voor een nieuwe zorgvorm, wat nu met de komst van het IZA en de bijbehorende trend van de zorg zeer actueel wordt. In deze nieuwe trend en het IZA ligt de nadruk op samenwerken met de omgeving (Integraal zorg akkoord.2022). Daarmee is het logisch dat een goede kennis van de omgeving zou kunnen helpen in de keuze van welke zorgvormen er in een bepaalde regio aangeboden zouden moeten worden.

Dit onderzoek toont aan dat omgevingsfactoren inderdaad invloed hebben op de keuze van zorgvormen. In dit onderzoek kwam naar voren dat op macro niveau het trio landelijke politiek, economie en wet-, en regelgeving de meeste invloed heeft en dan wel op de keuze voor de setting van de zorgvormen. Op mesoniveau was dit vooral de sociale kaart van een regio, de regionale sociale factoren en de arbeidsmarkt. Op microniveau voornamelijk de sociale factoren. Groningen had ook heel specifieke factoren, zoals ernstige intergenerationele problematiek en de aardbevingsproblematiek. Door de omgevingsanalyse als een waterval structuur door de organisatie te laten gaan, kan dit helpen om in elk geval samen dezelfde kansen en uitdagingen te zien. Dit is helpend, omdat op de verschillende lagen van de organisatie verschillende factoren invloed blijken te hebben. Daarmee zou de door de respondenten aangegeven discrepantie tussen de visie en werkelijkheid, in het gebruiken van omgevingsfactoren voor de keuze van zorgvormen, mogelijk verbeterd kunnen worden. Daarbij is het wel zeer van belang om de betekenis van begrippen te blijven toetsen, anders heb je kans dat het antwoord "Dat doen we toch al?" gehoord blijft worden!

5.4 Aanbevelingen

In deze laatste paragraaf zullen de aanbevelingen beschreven worden. De aanbevelingen zijn in twee delen beschreven; aanbevelingen voor GGZ organisaties die bezig zijn met de transitie naar meer netwerkgerichte zorg en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.4.1 Aanbevelingen voor GGZ-organisaties

Op basis van dit onderzoek zou het onderzoeken en gebruiken van omgevingsfactoren bij de keuze van de zorgvormen en goede stap kunnen zijn in de richting van het gedachtengoed van Netwerkpsychiatrie. Daarvoor is het advies om:

- Een omgevingsanalyse (bijvoorbeeld de PESTEL) te doen, door de hele organisatie heen, rekening houdend met elke laag.
- In de organisatie eenzelfde taal te spreken en samen betekenis te geven aan de begrippen.
- Alert te blijven op de domeinen van de manager en de professional en wanneer het vraagstukken betreft die beide raken, hier ook over in gesprek te blijven.

5.4.2 Aanbevelingen voor onderzoek

Aanbevelingen voor herhaling van dit onderzoek

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten zou dit onderzoek herhaald kunnen worden door een onderzoeker die bij voorkeur geen belang heeft bij het resultaat, geen hiërarchische relatie heeft tot de respondenten en geen duidelijke mening over het onderwerp.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten zou dit onderzoek herhaald kunnen worden bij andere organisaties en/of in andere regio's. Hiermee zou je de invloed van de zeer zorgelijke sociaal-economische situatie van dit gebied kunnen verminderen. Het zou ook voor de validiteit van het onderzoek goed zijn om de gebruikte begrippen óf te versmallen óf nog scherper te omschrijven. Ook toetsen bij de respondenten wat ze verstaan onder een bepaald begrip zou helpend kunnen zijn.

Om tot verzadiging van de resultaten van het onderzoek te komen, met name op de deelvraag hóe omgevingsfactoren invloed hebben op de keuze van zorgvormen, zou een grotere steekproef of focusgroepen nodig zijn. De positieve resultaten van dit onderzoek zijn wel aannemelijk, daar dit overeenkomt met de theorie in de bedrijfskunde. Maar de ontbrekende resultaten, die ook aannemelijk zouden zijn vanuit de bedrijfskunde zouden dan mogelijk toch naar boven komen, zoals milieu.

Dan zou je mogelijk ook uitspraken kunnen doen over verschillen tussen groepen, bijvoorbeeld tussen managers en professionals.

Daarbij zou je met een andere formulering van de vragen mogelijk ook meer de kansen die omgevingsfactoren bieden bij de keuze van zorgvormen naar boven kunnen halen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Er zijn verschillende richtingen interessant voor vervolgonderzoek.

Het aantonen dan wel uitsluiten van de discrepantie tussen visie en werkelijkheid van het belang van de omgevingsfactoren zou een eerste stap kunnen zijn met weer als vervolgvragen of dit ook zo is bij andere GGZ-instellingen. Waarbij het vooral ook interessant is om te vergelijken bij de meer of minder commercieel opgerichte instellingen. En wanneer wordt aangetoond dat het bij meer instellingen voorkomt, dan zou het interessant zijn om het effect te onderzoeken van de interventie van het doen van een omgevingsanalyse en op basis daarvan te kiezen voor een zorgvorm. Daarbij zal

vooral de vraag of het draagvlak in de organisatie voor het kiezen van een bepaalde zorgvorm daarmee vergroot, maar ook of het een verbetering geeft op de uitkomsten van de quadruple aim.

Een andere interessante richting zou zijn in de context afhankelijkheid, hoe je als GGZ organisatie in de huidige politieke situatie je hoofd financieel en kwalitatief boven water kan houden, wanneer je te maken hebt met zo'n uitdagend gebied als de Ommelanden in de provincie Groningen, waarbij de stapeling van de achterstanden zeer groot is en je daarmee een complexe patiënten populatie hebt, maar ook een zeer krappe arbeidsmarkt. Met een omgevingsanalyse kan je dan namelijk vinden dat daar een grote markt is, maar dat in combinatie met een zeer krappe arbeidsmarkt, is het maar de vraag of het een voldoende aantrekkelijke markt is voor een instelling die met de marktwerking te maken heeft. Mogelijk dat het rapport "Elke regio telt" (As S van, 2023) daar bij kan gaan helpen.

Het staat echter als een paal boven water dat in de huidige tijd en ontwikkelingen in Nederland de omgevingsfactoren belangrijk zijn voor de verbetering van de GGZ zorg richting Netwerkpsychiatrie. Maar is analyse van de huidige omgevingsfactoren dan voldoende? Of zal je je ook moeten gaan richten op een scan van de markt versturende factoren? Ik denk dat het een combinatie zal moeten worden, want in de GGZ geldt; de winkel blijft open tijdens de verbouwing, dus heb je ook zicht nodig op de huidige situatie. Maar misschien zijn die dan meer voor de operationele kant van de organisatie en de scan voor de versturende factoren meer voor de strategische vraagstukken? Nog zoveel vragen...!

Literatuurlijst

Alphen A van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., . . . Ewijk W van.

(2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Retrieved from

<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schizofrenie/schizofrenie - startpagina.html>

Arbeidsmarkt. (2021). Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard->

[arbeidsmarkt/werkenden/arbeidsparticipatie-naar-regio](https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/arbeidsparticipatie-naar-regio)

As S van. (2023). *Elke regio telt! : Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's*. Retrieved from

<https://www.rli.nl/publicaties/2023/advies/elke-regio-telt>

Berwick, D. M. (2008). *The triple aim: Care, health, and cost*. *Health Affairs.*, 27(3)

Bodenheimer, T. (2014). *From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider*. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.

Brink R van den. (2021, 3 augustus). *Tekort aan behandelaren veroorzaakt naast wachtlijsten ook*

patiëntenstop in ggz. *NOS.NI* Retrieved from <https://nos.nl/l/2392381>

CBS bevolkingsgroei. (2021). Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard->

[bevolking/regionaal/groei-en-krimp](https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/groei-en-krimp)

Ccmo. (2022). Retrieved from <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor->

[medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet](https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet)

Delespaul, P. (2018). *Goede GGZ! : Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Houten

(Netherlands): Bohn Stafleu van Loghum.

- Diaz Ruiz, C. A. (2020). *Market-scanning and market-shaping: Why are firms blindsided by market-shaping acts?* *Journal of Business Industrial Marketing*, 35(9), 1389-1401.
- Dückers, M., Kanis, B., Molen, J., Gerbecks, J., Boendermaker, M., Berends, S., & Stroebe, K. (2023). *De psychosociale impact van de gaswinningsproblematiek op bewoners in 2021 en 2022: Eindrapport gronings perspectief fase 3.*
- Dudlej, M. (2019). *PNS255 using pest analysis to create an HTA-informed health care decision-making ecosystem in ukraine.* *Value in Health*, 22(3)
- Hengeveld, M. W., Van Balkom, A., Van Heeringen, C., & Sabbe, B. (2016). *Leerboek psychiatrie.: 3e, geheel herziene druk de Tijdstroom.*
- IHI's position on the quadruple aim.* . (2017).[Video/DVD] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=d1uXNOWFcAY>
- Integraal zorg akkoord. (2022). Retrieved from <https://open.overheid.nl/repository/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/1/pdf/Integraal%20Zorg%20Akkoord.pdf>
- Itchhaporia, D. (2021). *The evolution of the quintuple aim.* *Journal of the American College of Cardiology*, 78(22), 2262-2264.
- Kader passende zorg. (2022). Retrieved from <https://open.overheid.nl/repository/ronl-fd05c13ac5ac4177f0ba7c67746e5d1a32c164ca/1/pdf/kader-passende-zorg.pdf>
- Melzer, D. (2003). *Social position and the common mental disorders with disability.* *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.*, 38(5)

- Menzis regiobeeld noord. (2022). Retrieved from <https://www.menzis.nl/over-menzis/publicaties/zorg-zorgverzekering/2020/09/11/verandering-is-nodig-voor-behoud-goede-zorg-in-groningen-en-noord-drenthe>
- Mierlo T van. (2014). *Werkboek HIC high en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mierlo T van. (2016). *De kunst van ART : Werkboek active recovery triad : Wanneer het herstel in de langdurige psychiatrische zorg stagneert*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mkude, C. G., & Wimmer, M. A. (2015). Studying interdependencies of e-government challenges in tanzania along a PESTEL analysis.
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Muijsenbergh M van den. (2018). *De huisarts kan het verschil maken : Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte, integrale zorg door de huisarts*. *Bijblijven*, 34(3-4), 190-198.
- Mulder, N. (2020). *Netwerkpsychiatrie : Samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom.
- Programma de juiste zorg op de juiste plek. (2022). Retrieved from <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons/>
- Ralph, N. (2014). *Future-proofing nursing education : An australian perspective*. *Sage Open*, 4(4)
- Rotmans, J. (2021). *Omarm de chaos*. [Amsterdam]: De Geus.
- Saase L van. (2011). *617 zorgverzekeringswet: Plegen te bieden en stand van de wetenschap en praktijk*. *Zorg En Financiering*, 10(5), 10-23.

- Saracoglu, B. O. (2018). *A framework for selecting the location of very large photovoltaic solar power plants on a global/supergrid*. *Energy Reports*, 4, 586-602.
- Saunders, M. (2019). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson.
- Shantanu, N. (2022). *The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity.(opinion / viewpoint)*. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 327(6)
- Sociaal planbureau groningen. (2020). Retrieved from <https://sociaalplanbureaugroningen.nl/brede-welvaart/bevolking/>
- Thakur, V. (2021). *Framework for PESTEL dimensions of sustainable healthcare waste management: Learnings from COVID-19 outbreak.(report)*. *Journal of Cleaner Production*, 287
- Thomas, H. (2007). *An analysis of the environment and competitive dynamics of management education*. *Journal of Management Development*, 26(1), 9-21.
- Valentijn, P. (2019). *De kloof tussen strategie en executie van geïntegreerde zorg*. *Skipr*, 12(1), 50-52.
- Valentijn, P. (2022). *Wat is het quadruple aim model?* Retrieved from <https://www.essenburgh.com/wat-is-het-quadruple-aim-model/>
- Veldhuizen JR van. (2012). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verbeek, G. (2010). *De cliënt centraal, wat nu? : Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Vermaak, H. (2002). *Veranderkunde in zeven vragen*. *Holland Management Review*,

Vermaak, H. (2022). *Leren veranderen : Kennis voor veranderaars in opleiding en praktijk*.

Amsterdam: Boom.

Waard H de. (2009). *Stelling: Complementaire zorgvormen leiden tot aanzienlijke*

kwaliteitsverbetering in palliatieve zorgverlening. Pallium, 11(5), 18-19.

Whittington, R. (2020). *Exploring strategy : Text and cases*. Harlow, United Kingdom: Pearson

Education Limited.

Witte M de. (2019). *De kunst van veranderen : Bewegen naar de kern*. Deventer: Kluwer.

Zijlstra, E. A., Brummelaar MDC ten, Cuijpers, M. S., Post, W. J., Balkom, I. v., & Seddighi, H. (2022). *A*

safe home? A qualitative study into the experiences of adolescents growing up in the dutch area

impacted by earthquakes induced by gas extraction. International Journal of Environmental

Research and Public Health, 19(8), 4716.

Zorginstituut nederland. (2023). Retrieved from www.zorginstituutnederland.nl

Bijlagen

Bijlage 1 Zes bouwstenen van Netwerkpsychiatrie. (Mulder, 2020, P45)

Samengevat stellen we de volgende zes bouwstenen van netwerkpsychiatrie voor:

1. Werken vanuit één visie op herstel en positieve gezondheid door het hele netwerk van voorzieningen heen.
2. Regie bij de cliënt, gezamenlijke besluitvorming: 'Niet over ons, zonder ons.'
3. Langdurige en directe samenwerking met naasten.
4. Rekeninghouden met kwetsbaarheid en stimuleren van veerkracht van cliënten en zijn naasten.
5. Sectoroverstijgende samenwerking tussen het medisch (somaatich, psychiatrisch) en sociaal domein:
 - a. Op het niveau van de burger met de kwetsbaarheid en zijn naasten (microniveau)
 - b. Op het niveau van teams (mesoniveau)
 - c. Op het niveau van instellingen en voorzieningen (macroniveau)
 - d. Met daarbij het bevorderen van de dialoog en ruimte voor de verschillende perspectieven van de deelnemers in het netwerk.
6. Bieden van continuïteit van zorg, informatie en ondersteuning door het netwerk heen:
 - a. In een toegankelijk netwerk aan formele voorzieningen;
 - b. Door het organiseren van flexibel, stevig (in)formeel direct netwerk om de cliënt heen, bijvoorbeeld in de vorm van resourcegroepen: het microsysteem;
 - c. Cliënten, naasten, ggz en sociaal domein trekken samen op, waardoor uitwisseling van informatie en ervaringen eenvoudiger wordt.

Bijlage 2 Interview tekst en Topiclijst

Interview

Informed consent:

Voor we het interview beginnen wil ik je nogmaals de vraag stellen of je akkoord bent met dat dit interview wordt opgenomen. Daarvoor zal ik dan zo meteen de opname starten en je deze vraag opnieuw stellen. Op die wijze leg ik de informed consent vast. Is dat goed? Ik ga het eerste gedeelte voorlezen, zodat alle mensen die ik spreek de zelfde informatie krijgen.

Start opname.

Dank dat je mee wilt doen aan dit onderzoek. Ik zou je graag een paar vragen willen stellen voor we beginnen.

De gegevens van dit interview worden anoniem verwerkt, maar door de beschrijving van de keuze van respondenten is niet uit te sluiten dat het te achterhalen is dat je hebt meegedaan aan het onderzoek. Ook kan het zijn dat ik letterlijke citaten meeneem uit jouw interview. De opnames of de totale tekst van dit onderzoek worden niet gedeeld.

Doe je vrijwillig mee aan dit interview?

Ben je akkoord met dat ik dit interview opneem om zo de data te kunnen analyseren?

Ik doe dit onderzoek in het kader van mijn afstudeer onderzoek van mijn opleiding, de MBA. Dit onderzoek is niet in opdracht van Lentis en heeft daarmee ook geen directe invloed op besluitvorming binnen Lentis. Ze mogen het uiteraard wel gebruiken, mocht dat gewenst zijn, maar dit is niet het doel van dit onderzoek.

Ik verwacht dat dit onderzoek ongeveer 50 minuten duurt.

Ik heb gericht mensen gevraagd om mee te doen aan dit onderzoek op basis van hun expertise of hun functie. In jouw geval

Heb je vooraf de mail ontvangen ter inleiding in dit onderzoek? En is het je gelukt om deze te lezen? Heb je nog vragen vooraf over dit onderzoek?

(Zo niet) dan neem ik je eerst graag mee in een inleiding, alvorens ik de vragen ga starten.

Groningen heeft als provincie bijzondere kenmerken op het gebied van omgevingsfactoren. Ik doel hiermee op de grote verschillen tussen de stad Groningen en de met name oostelijke kant van de provincie. Met het integraal zorgakkoord, maar ook al eerder wordt duidelijk dat de beweging van de zorg steeds meer richting de netwerk gericht zorg gaat. In dit kader wil ik met dit onderzoek een steentje bijdragen aan de wetenschappelijke kennis van deze transitie in de GGZ. Mijn onderzoek gaat over de vraag op welke wijze beïnvloeden omgevingsfactoren zorgvormen bij de implementatie van Netwerkpsychiatrie. In de mail heb ik de termen omgevingsfactoren en zorgvormen toegelicht. Ik zal de termen nogmaals toelichten:

De omgevingsfactoren komen uit de PESTEL analyse, een tool voor een macro-analyse van de omgeving die veel gebruikt wordt. PESTEL is een acroniem voor:

PESTEL:
P: Politiek
E: Economie
S: Sociaal cultureel / demografisch
T: Technologie
E: Environmental (milieu)
L: Legal (wet- en Regelgeving)

Zorgvormen:

Voor dit onderzoek wordt het begrip zorgvormen gedefinieerd aan de hand van 3 niveaus:

- (macro) De **setting** waarin de zorg wordt geleverd. In het zorgprestatie model (de bekostigingsstructuur voor de zorgverzekeringswet GGZ) staat het begrip setting goed beschreven en zijn de categorieën: Monodisciplinair, multidisciplinair, outreachend, klinisch, hoog specialistisch, Forensisch klinisch en forensisch niet klinisch.
- (meso) **Team organisatie modellen**. Hiervan zijn certificeerbare vormen als Fact, IHT, HIC, etc. Maar ook de minder of (nog) niet omschreven modellen zoals 'poli', 'regioteam' of 'optimaal leven team'.
- (micro) **Behandelvormen**, methodes om bepaalde aandoeningen of klachten te behandelen. Voorbeelden: psychotherapie, farmacotherapie, EMDR (een manier om trauma te behandelen), etc. Maar ook benaderingswijze van de patiënt of andere minder goed omschreven vormen die de behandeling of begeleiding van een patiënt beïnvloeden.

Daarmee is de definitie die gebruikt wordt voor dit onderzoek:

Zorgvormen is de setting, het team organisatiemodel of de behandelvorm waarop zorg wordt aangeboden door een organisatie.

Het eerste deel van het interview zijn de vragen over de persoonlijke, werk gerelateerde vragen, welke ik gebruik voor de analyse. Het tweede deel zijn de vragen voor het onderzoek zelf. Met deze informatie vooraf, zou ik nu graag het interview starten.

Topiclijst:

- Hoe lang werk jij al in de psychiatrie?
- En hoe lang al bij Lentis?
- In welke delen van Groningen heb jij voor Lentis gewerkt?
- Wat is jouw functie bij Lentis?
- Wat is jouw expertise?
- Op welke wijze kan jij betrokken zijn bij de implementatie van nieuwe zorgvormen in de organisatie?
- Ben jij bekend met Netwerkpsychiatrie? Het boek van Niels Mulder, Philip Delespaul, et al?
- Ben je bekend met de inhoud van het integraal zorgakkoord?

Sleutelvragen

- Welke omgevingsfactoren hebben volgens jou invloed op de keuze voor een zorgvorm?
- Hoe ziet de invloed van deze omgevingsfactoren er dan uit?

Met deze sleutelvragen alle onderdelen van de PESTEL en de quadruple aim doorlopen.

	Gezondheid	Medewerkers	Kwaliteit	Kosten
Politiek				
Economisch				
Sociaal demografisch				
Technologisch				
Milieu				
Wet- en regelgeving				

Gezondheid	Het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de populatie
Kwaliteit	Het verbeteren van de ervaring van de geestelijke gezondheidszorg
Kosten	Het verlagen van de zorgkosten
Medewerker	Het verbeteren van de tevredenheid van het (zorg) personeel

Samenvattende vraag:

- Als je nu alle onderwerpen die we net besproken hebben nog eens overdenkt; wat is dan volgens jou de belangrijkste boodschap aan mij ten aanzien van de wijze waarop omgevingsfactoren de zorgvormen beïnvloeden?

En als laatste:

- Zijn we nog iets vergeten te bespreken?

Dan wil ik je bij deze hartelijk bedanken voor je tijd en energie die je hier in gestoken hebt!

Bijlage 3 Beschrijvende matrix respondenten

Nr	Jaren in de psychiatrie	Jaren bij Lentis	Management functie	Bekend met Netwerk psychiatrie	Bekend met IZA	Werkzaam (geweest) in/voor stad en ruraal	Expertise
1	17	3	ja	ja	ja	ja	Volwassenen psychiatrie, zorginhoud
2	1,5	1,5	ja	nee	ja	ja	Bedrijfsvoering, veranderkunde
3	15	9	ja	nee	nee	ja	Klinische acute psychiatrie HIC, zorg inhoud
4	3,5	3,5	ja	nee	ja	ja	Financiën, bedrijfsvoering
5	39	39	ja	ja	ja	ja	Langdurende zorg, zorginhoud en bedrijfsvoering
6	17	1,5	ja	nee	ja	ja	Zorgverkoop, HR en ICT, organisatie inrichting
7	41	41	nee	ja	ja	ja	Kwaliteitssystemen, veranderkundige
8	25	23	ja	nee	ja	ja	Acute zorg (o.a. IHT), zorginhoud
9	3	3	ja	ja	ja	ja	Herstelgericht werken (o.a. ART), zorginhoud
10	17	17	nee	Nee	nee	ja	Psychosezorg en FACT
11	25	6	ja	ja	ja	ja	Zorginhoud
12	1	1	ja	nee	ja	ja	Bedrijfsvoering, HR

Bijlage 4 Codes

Open codes	Axiale codes
Laaggeletterdheid	Intergenerationele problematiek
Armoede	
Intergenerationele problematiek	
Aardbevingsproblematiek	Aardbevingsproblematiek
Landelijk	Onderscheid landelijke en regionale factoren
Regionaal	
Stedelijk	

Ruraal	
Beschikbaarheid kennis/zorg	Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg
Bereikbaarheid zorg	
Context afhankelijkheid van zorg	Context afhankelijkheid van zorg
Netwerkgerichte zorg	Netwerk- en herstelgerichte zorg
Herstelgerichte zorg	
Gap visie en werkelijkheid	Discrepantie visie en werkelijkheid
Probleemgericht denken	Probleemgericht denken
Homogene en heterogene sociale factoren	Homogene en heterogene sociale factoren
Vergrijzing/ontgroenen	