GGZ Friesland

Anders in plaats van meer, verbinden in plaats van binden

Schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ, en dan?

Thesis MBA Health
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleider Dr. Ronald Batenburg

April 2014,
Douwina Zwart

SAMENVATTING

Is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen in de Specialistische Geestelijke Gezondheid Zorg? Welke impact hebben actuele ontwikkelingen daarop? En als er sprake is van schaarste, wat zijn dan de handelingsmogelijkheden voor instellingen? Dit zijn de vragen waar deze thesis aandacht aan besteedt.

Als eerste is door middel van documentanalyse en interviews onderzoek gedaan naar de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen in de Specialistische Geestelijke Gezondheid Zorg (SGGZ). De veronderstelling vooraf was dat er sprake is van krapte. En dat er duidelijke regionale verschillen zijn in de mate van krapte, , evenals dat binnen regio's ook op instellingsniveau verschillen in schaarste zijn. Dat er op dit moment sprake is van krapte wordt bevestigd uit het onderzoek. De krapte aan psychiaters wordt nadrukkelijker door het veld gevoeld dan de krapte aan klinisch psychologen. Recent blijkt meer evenwicht in vraag en aanbod te ontstaan, vooral als gevolg van bezuinigingen en krimp. Verschillen tussen regio's en binnen regio's kwamen uit het empirisch onderzoek niet significant naar voren.

Vervolgens is gekeken naar de verwachte impact van actuele ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen. Ook hiervoor is zowel literatuuronderzoek verricht als informatie uit interviews gehaald. Er zijn veel onzekerheden op dit moment in de GGZ, dus het doen van een voorspellende uitspraak is met het nodige voorbehoud. Maar er ontstaat wel een beeld uit de verschillende informatiebronnen. Dat beeld is dat uit de veranderingen als gevolg van de decentralisaties, de versterking van huisartsenzorg en splitsing in Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en SGGZ, geen grote impact op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen wordt verwacht. Dat is anders bij de actuele ontwikkelingen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap in de SGGZ. De impact daarvan is naar verwachting groot. Door de gedwongen inzet van meer tijd van psychiaters en klinisch psychologen is – naast het effect op de arbeidsmarkt (grotere behoefte) – ook sprake van beperking van mogelijkheden tot taakherschikking en (onnodige) verhoging van de kostprijs.

Tot slot is gekeken naar mogelijke handelingsopties op zowel instellingsniveau als instellingsoverstijgend niveau. Dit laat zien dat de meeste energie wordt gestoken in werven en opleiden en ontwikkelen. Dat is niet onlogisch als sprake is van schaarste. Een poging om een tekort aan te vullen is een natuurlijke reactie op een tekort.
Maar in de afgelopen 25 jaar is het aantal psychiaters in Nederland verdubbeld en dat roept ook de vraag op: wanneer zijn er dan genoeg?
Bij de conclusie en aanbevelingen komt naar voren dat het de moeite waard is ook energie te steken in alternatieve handelingsopties voor het streven naar het binden van meer psychiaters en klinisch psychologen aan instellingen.
Voor het vinden van een duurzaam antwoord op schaarste van klinisch psychologen en psychiaters in de SGGZ ligt de uitdaging in "Kan het ook anders in plaats van meer?" en "Biedt verbinden in plaats van binden nieuwe perspectieven?"
Zo is het resultaat van dit onderzoek een antwoord dat vooral leidt tot een nieuwe vraag en uitdaging.

VOORWOORD

Bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek ligt mijn hart. Sinds mijn 17e - inmiddels ruim 30 jaar - houd ik mij vanuit verschillende rollen bezig met 'de GGZ[1]'. En de GGZ boeit mij nog steeds dagelijks.
Vanwege de veel voorkomende en gevarieerde problematiek: iedereen krijgt met GGZ te maken; is het niet zelf dan wel als familielid, buur, vriend of collega. Vanwege de nog vele onbeantwoorde vragen en voordurend voortschrijdende inzichten over het ontstaan van psychiatrische problematiek en 'wat helpt' om deze te voorkomen, te genezen of met de kwetsbaarheid of beperking te leren leven. En vanwege de doorgaans inspirerende professionals die ervoor kiezen om zich in de GGZ te specialiseren.
Na zoveel jaar werken in de GGZ, waarvan de laatste jaren als algemeen directeur, is af en toe externe input en reflectie op eigen denken en handelen noodzaak. De keuze voor MBA-Health bleek een schot in de roos. Juni 2012 gestart, met een inspirerend lesprogramma en docenten. Nu twee jaar later de afronding met een thesis.

De trigger voor schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ als onderwerp voor mijn thesis, ligt bij de veldwerkopdracht in het kader van de module 'Financieel Management' van de MBA-Health. Deze veldwerkopdracht maakte ik met een groep medestudenten afkomstig uit de GGZ in het eerste half jaar van 2013 (MHBA10, 6 juni 2013).
Op dat moment speelde een discussie en liep er een consultatie onder veldpartijen over hoofdbehandelaarschap in de GGZ. In het kader van de veldwerkopdracht hebben we een vingeroefening gedaan wat de mogelijke (financiële) consequenties zouden zijn in geval er gekozen wordt voor de zogenoemde smalle variant, waarbij alleen psychiater en klinisch psycholoog zijn toegestaan als hoofdbehandelaar.
Na afronding van de opdracht bleef het onderwerp mij bezig houden. Vragen die om een antwoord vroegen, waren bijvoorbeeld:

- In welke mate is er een hieraan gerelateerd arbeidsmarktprobleem in Nederland, dan wel in bepaalde regio's van Nederland?
- Hoe komt men tot keuzes om hierop met opleidingscapaciteit te anticiperen?
- Welke mogelijke maatregelen kunnen zorgorganisaties nemen in geval van (dreigende) krapte?

Met deze onderwerpkeuze voor de thesis hoop ik hier een antwoord op te vinden. Daarbij meen ik een relevant onderwerp voor strategisch beleid in de (geestelijke) gezondheidszorg aan te roeren en hoop ik met mijn thesis een bescheiden bijdrage aan de toekomst van 'het veld' te kunnen leveren.

Tot slot een woord van dank:
Aan mijn werkgever, GGZ Friesland, voor de ruimte die ik heb gekregen om deze opleiding te doen. Ik ben mij zeer bewust van de investering en hoop dat die zich voor de organisatie terugbetaalt in mijn ontwikkeling als gevolg van deze studie.

[1] GGZ - Geestelijke Gezondheid Zorg

Aan de docenten van de MBA-Health, voor het inspirerende en gedegen lesprogramma.
En zeker ook aan mijn groepsgenoten van de MBA-Health 10. De samenstelling van de groep heeft niet alleen bijgedragen aan het plezier tijdens de opleiding, maar zeker ook aan mijn ontwikkeling. Ik verheug mij op de vervolg intervisiebijeenkomsten en reünies.
Aan de mensen die bereid waren mij voor deze thesis van informatie te voorzien of zich te laten interviewen. Ik ben mij bewust van het appèl op jullie schaarse tijd.
Aan Ronald en Elly, voor jullie constructieve en inspirerende begeleiding. Als we er ieder al een werkdag op hadden zitten, werd ik 's avonds gastvrij ontvangen bij jullie thuis, waar - onder het genot van een pizza, chinees of wrap – het nuttige met het aangename werd gecombineerd.
Aan Katja voor de tussentijdse feedback op de 'februari-versie'.
Aan Ester en Anneke, zonder jullie hulp bij de afronding, was het niet gelukt om de thesis zonder typefouten en fraai vormgegeven op tijd in te leveren.
Aan Skelte, Douwe, Eelke maar bovenal Johan: bedankt voor de ruimte die ik van jullie heb gekregen. De studie nam veel vrije tijd in beslag en ging dus vooral ten koste van mijn tijd met jullie. En was ik er fysiek wel, dan waren mijn gedachten nogal eens afwezig. Ik kijk uit naar deze zomer, waarin samenleven weer zijn betekenis kan krijgen.

Franeker, 10 april 2014

[1] GGZ - Geestelijke Gezondheid Zorg

INHOUD

1. Inleiding 7

1.1. Aanleiding 7

1.2. Wiens probleem is arbeidsmarktkrapte van psychiaters en klinisch psychologen? 8

1.3. Centrale onderzoeksvraag en onderzoeksdoelen 10

1.4. Onderzoeksopzet en methode 11

1.4.1. Onderzoeksopzet 11

1.4.2. Onderzoekslijn 1 12

1.4.3. Onderzoekslijn 2 14

1.4.4. Analyse 15

1.5. Opbouw / leeswijzer 15

2. De arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen 16

2.1. Inleiding 16

2.2. De arbeidsmarkt van klinisch psychologen 17

2.2.1. Inleiding 17

2.2.2. Ramingbehoefte aan opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen door het Capaciteitsorgaan 17

2.2.3. Toelichting op hoe het Capaciteitsorgaan tot zijn raming voor opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen komt: een interview 19

2.3. De arbeidsmarkt van psychiaters 21

2.3.1. Inleiding 21

2.3.2. Raming behoefte aan opleidingsplaatsen voor psychiater van het Capaciteitsorgaan 22

2.3.3. Toelichting op hoe het Capaciteitsorgaan tot zijn raming voor opleidingsplaatsen voor psychiaters komt: een interview 23

2.4. Actuele ontwikkelingen die het Capaciteitsorgaan niet meeneemt in zijn raming 25

2.4.1. Inleiding 25

2.4.2. Versterking nulde lijn, huisartsenzorg en generalistische basis GGZ 25

2.4.3. Decentralisaties 26

2.5. Visie van andere stakeholders op de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters 28

2.5.1. Inleiding 28

2.5.2. Verslag van een conferentie van de Kamer Psychiatrie 28

2.5.3. De visie van GGZ Nederland: een interview 29

2.6. Conclusie 30

3. Strategisch Human Resource Management 33

3.1. Inleiding 33

3.2. Handelingsopties 34

3.2.1. SHRM vertaald naar handelingsopties van GGZ-instellingen 36

3.2.2. SHRM vertaald naar handelingsopties op macroniveau 37

3.3. Samenvatting en conclusie 38

4. Van theorie naar paktijk, vergelijkend onderzoek onder GGZ-instellingen 39
4.1. Inleiding 39
4.2. Analyse van jaarverslagen 39
4.2.1. Midden/westen van het land 39
4.2.2. Zuiden van het land 40
4.2.3. Noorden van het land 42
4.2.4. Samenvattend 43
4.3. Interviews directies of managers HR van zorginstellingen 45
4.3.1. Hoe ervaren de directieleden of managers de huidige schaarste? 45
4.3.2. Hoe zien zij de ontwikkelingen en de toekomstige arbeidsmarkt? 46
4.3.3. Eerste deelconclusie 48
4.3.4. Welke handelingsopties voor HR-beleid hanteren de directieleden of managers? 48
4.3.5. Hoe zien zij hun handelingsopties voor strategisch HR-beleid en opties op macroniveau? 50
4.3.6. Tweede deelconclusie 51
4.3.7. Vervolganalyse: wat zien we op basis van een vergelijking tussen regio's en binnen regio's? 52
4.3.7.1. De schaarste en het HR-beleid tussen en in regio's vergeleken 52
4.3.7.2. Derde deelconclusie 54
4.3.8. Samenvattende conclusies 55

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen 56
5.1. Beantwoording deelvragen 57
5.2. Beantwoording centrale onderzoeksvragen 59
5.3. Beantwoording onderzoeksdoelen 61
5.4. Aanbevelingen 64

Bronnen 66

Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden
Bijlage 2 Vragenlijst interviews Capaciteitsorgaan
Bijlage 3 Vragenlijst interviews GGZ Nederland
Bijlage 4 Vragenlijst interviews directies of managers HR van zorginstellingen
Bijlage 5 Codeboek interviews directies of managers HR van zorginstellingen
Bijlage 6 Resultaten interviews directies of managers HR van zorginstellingen

1. INLEIDING

1.1. AANLEIDING

Naar aanleiding van 'de casus Europsyche' (Schippers, 20 maart 2013) is in Nederland een discussie ontstaan over wie hoofdbehandelaars mogen zijn in de GGZ en hoe controleerbaar is of bevoegde mensen hiervoor ingezet worden. In een brief van juli 2013 van de minister van VWS[2] (Schippers, 2013) biedt deze hierover helderheid voor 2014 en 2015. Ze wijst limitatief negen beroepen aan die als hoofdbehandelaar in de GGZ mogen fungeren. In deze twee jaar wil de minister onderzoek doen en monitoren op hoe dit in de praktijk invulling krijgt, terwijl in deze periode ook de splitsing van tweedelijns GGZ in basis GGZ en specialistische GGZ gestalte krijgt.
Verzekeraars kunnen echter in hun inkoopvoorwaarden smallere varianten kiezen dan de bandbreedte die de minister de komende twee jaar toestaat. Bij de inkoopvoorwaarden voor 2014, stellen vrijwel alle verzekeraars aanvullende eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. De meeste verzekeraars hanteren een bandbreedte van drie tot vier beroepen, met in ieder geval de psychiater, klinisch psycholoog[3] en psychotherapeut[4], voor hoofdbehandelaarschap binnen de specialistische GGZ. Veel zorgaanbieders werkten tot 2014 met een professioneel statuut waarin meer beroepen als hoofdbehandelaar mogen fungeren. Daarnaast is het zo dat verschillende tweedelijns GGZ-instellingen onvoldoende van genoemde beroepen in huis hebben en kunnen krijgen. In ieder geval waar het psychiaters betreft. De arbeidsmarktkrapte lijkt in deze vooral geografisch bepaald; in het midden van het land lijkt schaarste minder groot dan in het noorden en zuiden. Als er in 2013 al problemen zijn om voldoende psychiaters te werven, klopt dan de veronderstelling dat dit probleem groter wordt door de eis ten aanzien van hoofdbehandelaarschap. Tegelijkertijd zijn er signalen dat er minder psychiaters zullen worden opgeleid.
De betreffende beroepen maken zich zorgen dat ze straks met een grote caseload te maken krijgen als hoofdbehandelaar en vooral nog bezig zijn met de verplichte onderdelen die aan een hoofdbehandelaar verbonden zijn en weinig tijd overhouden voor het uitvoeren van behandelingen.

In deze thesis wordt onderzocht of de volgende veronderstellingen kloppen: zal er in toenemende mate sprake zijn van krapte op de arbeidsmarkt als het gaat om deze beroepen? En zo ja, is die stijging ook geografisch bepaald? Is de verwachting dat de krapte zal toenemen door huidige ontwikkelingen of verwachte ontwikkelingen op korte termijn?
En als er sprake is van krapte op de arbeidsmarkt voor bijvoorbeeld de psychiater en klinisch psycholoog in de specialistische GGZ, wat zijn dan mogelijke maatregelen die een instelling kan nemen?
Dat de effecten van HR-maatregelen ingrijpend kunnen zijn, blijkt bijvoorbeeld uit het bericht dat Verslavingszorg Noord Nederland zich begin 2014 gedwongen ziet 52 fulltime banen te schrappen en tegelijkertijd 12 nieuwe 'hoofdbehandelaren' te werven. Dit heeft te maken met ambulantisering en de nieuwe eisen van de zorgverzekeraars ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap (Leeuwarder Courant, 4 maart 2014).

[2] VWS = Volksgezondheid, Welzijn en Sport
[3] Klinisch psycholoog = deskundige op het gebied van diagnostiek en behandeling – waaronder psychotherapie – van complexe vormen van psychopathologie en op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing
[4] Psychotherapeut = deskundige op het gebied van onderzoek en indicatiestelling voor psychotherapie en van de toepassing van psychotherapeutische behandelmethoden

1.2. WIENS PROBLEEM IS ARBEIDSMARKTKRAPTE VAN PSYCHIATERS EN KLINISCH PSYCHOLOGEN?

Als er te weinig psychiaters en/of klinisch psychologen voor de specialistische GGZ zijn, dan:

- ervaart de patiënt een probleem, wanneer schaarste van benodigde disciplines voor het hoofdbehandelaarschap leidt tot beperkingen in de beschikbaarheid van zorg. Denk bijvoorbeeld aan langere wachttijden of een grotere reisafstand voor behandeling.

- kan de betreffende beroepsbeoefenaar er zowel voor- als nadeel van ondervinden. Voordeel omdat schaarste altijd een betere positie op de arbeidsmarkt met zich meebrengt. Nadeel in verband met de mogelijke beperking van autonomie en toename van werkdruk. Dit omdat ze veel taken moeten doen die samenhangen met de verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar, zoals opstellen behandelplannen, overeenkomsten sluiten over behandeling, DBC's typeren en verlengen. Dit moeten ze met minder collega's dan voorheen doen. De vraag is hoeveel tijd er voor deze disciplines, naast alle verplichte taken die aan hoofdbehandelaarschap zijn verbonden, nog overblijft om als behandelaar te fungeren. Weinig ruimte om zelf behandelingen te kunnen uitvoeren, ervaren psychiaters en klinisch psychologen doorgaans als een verarming, aangezien het behandelen van patiënten hetgeen is waarvoor zij voor 'hun beroep' hebben gekozen.

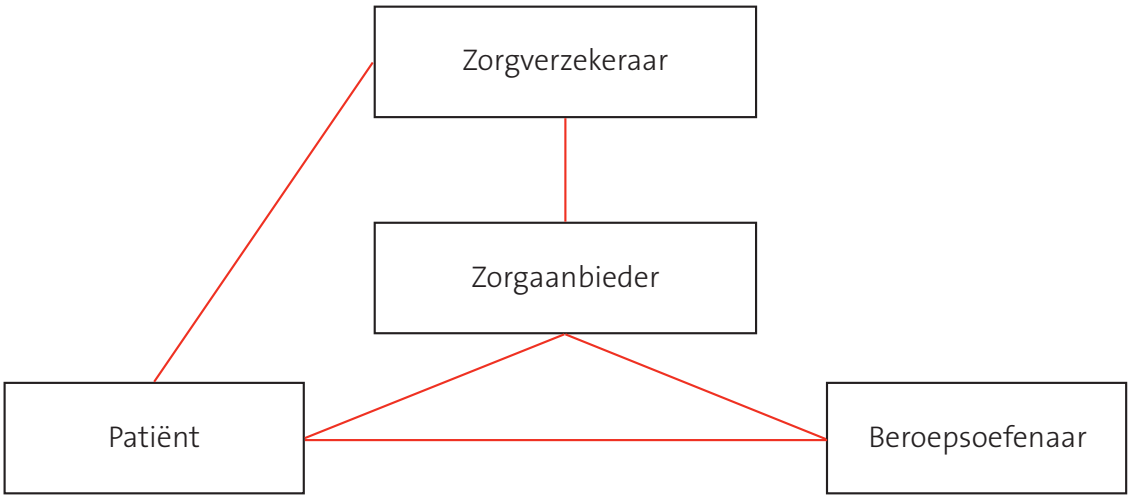
- kan het een probleem voor zorgverzekeraars zijn. Dit als er regio's zijn met onvoldoende disciplines die hoofdbehandelaar kunnen zijn. In dat geval kunnen verzekeraars niet genoeg zorg inkopen die voldoet aan hun eisen. Het vorm geven van inkoopbeleid kent wat dit betreft ook voor de verzekeraars nieuwe uitdagingen.

- is het naar verwachting een probleem van zorgaanbieders, dan wel brengt het nieuwe uitdagingen met zich mee. Want hoe moeten zorgaanbieders hierop anticiperen? In dit geval zijn die zorgaanbieders geïntegreerde GGZ-instellingen[5]. Het voordeel voor de zorgaanbieder is dat er richting gegeven wordt aan de inrichting van processen en taak- / verantwoordelijkheidsverdeling binnen de organisatie. Door de gestelde eisen, krijgen de verschillende zorginstellingen met een gelijke bandbreedte te maken. Tegelijkertijd is dit ook een nadeel. Het beperkt de vrijheidsgraden die de zorgaanbieder nu heeft om verantwoordelijkheden en bevoegdheden in relatie tot kwaliteit van zorg te beleggen op de best passende manier bij de doelgroep. In de praktijk is het veronderstelde voordeel, de gelijke bandbreedte, niet herkenbaar. Uit de brief van GGZ Nederland aan de vaste commissie van VWS met betrekking tot de monitor Zorginkoop 2014 van de NZA (3 april 2014): "We merken dat zorgverzekeraars zich nu vergaand bemoeien met de inhoud van de zorg en zelfs op de stoel van de behandelaar gaan zitten (bijvoorbeeld door voor te schrijven hoeveel tijd de hoofdbehandelaar aan een patiënt moet besteden). Daar bovenop stellen zij verschillende eisen aan de inhoud van de zorg (er zijn bijvoorbeeld inmiddels 120 verschillende varianten van het hoofdbehandelaarschap gecontracteerd)."

[5] Geïntegreerde GGZ-instellingen: veel RIAGG's, APZ-en, RIBW-en, instellingen voor verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en forensische psychiatrie zijn gefuseerd. Hierdoor zijn geïntegreerde GGZ-instellingen ontstaan die verschillende vormen van psychische zorg bieden. In 2010 waren 32 geïntegreerde GGZ-instellingen lid van GGZ Nederland (www.ggznederland.nl). De geïntegreerde GGZ-instellingen bieden in ieder geval Specialistische GGZ (SGGZ) en meestal – soms onder een apart label - Generalistische Basis GGZ (GBGGZ).

Een tweede nadeel is dat, in het geval de schaarste voor beroepen als psychiater en klinisch psycholoog bij de specialistische GGZ toeneemt, dit de arbeidsmarktpositie van de betreffende beroepen verstevigt. Dat kan voor de zorgaanbieder een nadelig effect in de kosten en kwaliteit met zich meebrengen. In kwaliteit omdat een neveneffect kan zijn dat zorgaanbieders zich niet kunnen veroorloven om kwaliteitseisen en competentie-eisen aan de beroepen te stellen. In kosten omdat men een relatief hoge beloning voor de benodigde expertise moet betalen.

Onderstaand schema laat de hierboven genoemde invalshoeken zien in hun relatie tot elkaar. De zorgverzekeraar heeft een contractrelatie met de patiënt, waarin de patiënt van zorg wordt verzekerd. De zorgverzekeraar heeft een contractrelatie met de zorgaanbieder, waarin afspraken worden gemaakt over de zorg die de verzekeraar bij de zorgaanbieder inkoopt.
De verzekerde en ingekochte zorg, wordt praktijk in de driehoek patiënt, zorgaanbieder en beroepsbeoefenaar. Deze laatste twee vallen samen als de beroepsbeoefenaar een zelfstandige praktijk zonder personeel voert.



Vanuit de verschillende invalshoeken, richt deze thesis zich vooral op het perspectief van de zorgaanbieder. En dan met name op geïntegreerde GGZ-aanbieders. Dit omdat een groot deel van de zorg die zij bieden specialistische GGZ (SGGZ) betreft. Ten aanzien van de SGGZ speelt met name dat zorgverzekeraars aanvullende eisen stellen aan de inzet van psychiaters en klinisch psychologen als hoofdbehandelaar. De problemen die kunnen ontstaan of toenemen, vragen om keuzes van de zorgaanbieders. Hoe moeten zij hierop anticiperen? Hoe gaan instellingen om met hun HR-beleid, gegeven de omstandigheden en trends die op hen afkomen? Op basis hiervan geeft 1.3. de geformuleerde vraagstelling en onderzoeksdoelen voor deze thesis weer.

1.3. CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG EN ONDERZOEKSDOELEN

Als centrale onderzoeksvraag is geformuleerd:

Welke impact hebben ontwikkelingen in de specialistische GGZ op de schaarste van de beroepen psychiater en klinisch psycholoog en wat betekent dit voor het strategisch Human Resource-beleid van instellingen die specialistische GGZ bieden?

met als onderzoeksdoelen:

1. Zicht krijgen op hoe ontwikkelingen van invloed zijn op schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ, met name de arbeidsmarkt voor psychiaters en klinisch psychologen.
2. Het doen van aanbevelingen aan specialistische GGZ-aanbieders om als organisatie te anticiperen op de arbeidsmarktkrapte die zich zal voordoen.

Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden, zijn deelvragen opgesteld die te onderscheiden zijn naar twee onderzoekslijnen. Deze sluiten aan bij de twee onderzoeksdoelen.

De eerste onderzoekslijn is gericht op het macroniveau, de ontwikkelingen in de SGGZ op schaarste van psychiaters en klinisch psychologen:

- Wat is het beeld van de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters?
- Op welke wijze wordt de toekomstige behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters geraamd?
- Is er zicht op regionale verschillen in behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters?
- Hoe kijken GGZ-aanbieders naar (externe) ontwikkelingen, gerelateerd aan de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen?

De tweede onderzoekslijn is gericht op het organisatieniveau; wat dit betekent voor het strategisch Human Resource-beleid van instellingen die SGGZ bieden:

- Hoe anticiperen GGZ-aanbieders daarop en hoe vertaalt dat zich in hun (HR) beleid en praktijk (microniveau)?
- Welke handelingsopties zijn er om instellingoverstijgend (macroniveau) te anticiperen?

1.4. ONDERZOEKSOPZET EN METHODE

Het bepalen van de onderwerpkeuze en het opstellen van de onderzoeksopzet en de onderzoeksdoelen, is een proces geweest in dialoog met de thesisbegeleiders voor de eerste fase van de MBA-Health.

Er waren verschillende perspectieven mogelijk om de thesis op te zetten. Het accent zou kunnen liggen op (her)ontwerp van processen. Maar ook op welke handelingsmogelijkheden zorginstellingen hebben om te anticiperen op arbeidsmarktontwikkeling.

Een keuze maken was een dilemma, omdat tijdens de MBA meer aandacht aan theorie met betrekking tot (her)ontwerp is besteed, dan aan meer specifieke theorie met betrekking tot HRM. Wel kwam dit aan de orde in relatie tot analyse vanuit verschillende invalshoeken, strategische positionering en verandermanagement. Maar weinig in theoretisch kader voor analytische concepten. Uiteindelijk is de keuze gevallen op het in beeld krijgen van handelingsopties.

Dit, omdat de afgelopen jaren al uitgebreid aandacht is besteed aan herinrichting van zorg door middel van bijvoorbeeld zorgprogramma- en zorgpadontwikkeling, waar de onderzoeker nauw bij betrokken is geweest. In de GGZ heeft - naast het borgen van state of the art behandelingen - vooral een, op operational excellence gebaseerde, zorglogistieke invalshoek een rol gespeeld.

Ook bij de ontworpen zorgpaden komen zorgorganisaties voor een dilemma te staan, wanneer er onvoldoende bevoegde en bekwame professionals zijn om volgens het ontwerp uitvoering aan de zorg te geven. Moet het ontwerp dan worden aangepast, of kan middels bijvoorbeeld werven, opleiden en taakherschikking worden voorzien in de benodigde resources? Zo beschouwd zou herontwerp een van de handelingsopties kunnen zijn. De voorkeur om een richting te kiezen die uitmondt in (strategische) beleidsaanbevelingen had voor de onderzoeker een uitdagender karakter, dan de keuze voor een van de mogelijke handelingsopties (in dit geval herontwerp). Dit gaf uiteindelijk de doorslag voor de keuze van dit perspectief.

1.4.1. Onderzoeksopzet

Op basis van het gekozen perspectief is de onderzoeksopzet nader uitgewerkt.

In de vraagstelling worden twee parallelle lijnen onderscheiden. In navolging van de onderzoeksdoelen, zijn twee parallelle onderzoekslijnen uitgezet die een onderlinge samenhang kennen, op zowel micro- (instelling) als macroniveau (instellingoverstijgend).

Onderzoekslijn 1 richt zich op de arbeidsmarkt en onderzoekslijn 2 richt zich op strategisch HR-beleid. Er is sprake van verschillende typen kwalitatief onderzoek. Bij beide onderzoekslijnen zijn documentanalyse én interviews als methodes voor gegevensverzameling gebruikt.

De oorspronkelijke wens om als onderdeel van het onderzoek vervolgens naar aanleiding van de eerste resultaten ook een enquête onder of een paneldiscussie met betreffende beroepsbeoefenaren (klinisch psychologen en psychiaters) te houden, is geschrapt. Dit vanwege de afbakening van het onderzoek en wat haalbaar is binnen de beschikbare tijd.

1.4.2. Onderzoekslijn 1: documentanalyse en interviews voor gegevensverzameling op macroniveau

Met behulp van literatuurstudie is informatie verzameld om zicht te krijgen op de capaciteitsbehoefte en het aanbod betreffende de beroepen psychiater en klinisch psycholoog bij geïntegreerde GGZ-instellingen.
Hoe ziet de arbeidsmarkt eruit, is er sprake van krapte? En zo ja: doet deze krapte zich voor op landelijk, regionaal dan wel op instellingsniveau? En welke ontwikkelingen hebben mogelijk invloed op de capaciteitsbehoefte en het aanbod?
Het Capaciteitsorgaan maakt ramingen van de toekomstige behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters, om een advies voor benodigde instroom in opleidingen af te geven. Daarom zijn met name rapporten van het Nivel en het Capaciteitsorgaan geraadpleegd om een beeld te krijgen van de arbeidsmarkt en van de wijze waarop ramingen ten aanzien van toekomstige behoefte tot stand komen.
Bij 1.2. is beschreven dat het perspectief van geïntegreerde GGZ-instellingen is gekozen. In lijn daarmee zijn negen jaarverslagen 2012 van geïntegreerde GGZ-instellingen geraadpleegd op wat daarin staat over de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters.
Daarbij is gekozen voor een selectie van instellingen op basis van geografische spreiding over het land: drie instellingen uit respectievelijk het zuiden, het midden en het noorden van het land. De keuze voor deze selectie is gemaakt, omdat regionale verschillen in arbeidsmarktproblematiek een van de veronderstellingen betreft die getoetst moeten worden.

Interviews zijn gehouden om aanvullende informatie te verkrijgen en indrukken uit de documentenanalyse te bespreken.
Hiervoor zijn ten eerste de senior beleidsmedewerkers van het Capaciteitsorgaan geïnterviewd. Dit omdat zij kunnen toelichten op welke wijze de raming tot stand komt en waarom dat op deze wijze gebeurt. Daarnaast kunnen interpretaties op basis van de documenten aan hen ter toetsing worden voorgelegd.
Het beeld uit de geraadpleegde documenten is in een gesprek voorgelegd aan de senior beleidsmedewerkers van het Capaciteitsorgaan die zich met het opstellen van het Capaciteitsplan voor respectievelijk klinisch psycholoog en psychiater bezig houden.
Bij het eerste gesprek werden tijdens het gesprek aantekeningen gemaakt. Deze ervaring leerde, zowel tijdens het gesprek als bij het uitwerken van de aantekeningen, dat het meerwaarde heeft om geluidsopnames te maken tijdens de gegevensverzameling, zoals ook door Boeije wordt beschreven (2012). Aantekeningen maken tijdens het gesprek gaat ten koste van de aandacht bij het gesprek zelf. Daarbij geven aantekeningen niet volledig weer wat gezegd is in welke interactie. Dat kan een vertekening van de letterlijke conversatie geven. Bij de volgende gesprekken in het kader van deze thesis is dan ook gekozen voor het maken (met toestemming) van geluidopnames. Vanzelfsprekend wel met de afspraak dat deze alleen door de onderzoeker in het kader van deze thesis worden gebruikt.
Aan beide beleidsmedewerkers van het Capaciteitsorgaan is de concepttekst voorgelegd en met behulp van hun feedback aangepast zodat er een juiste weergave van documentanalyse en toelichting daarop is ontstaan.

Ten tweede is een beleidsmedewerker van GGZ Nederland geinterviewd. GGZ Nederland is een belangrijke stakeholder, omdat zij als brancheorganisatie waar alle geïntegreerde GGZ-instellingen bij aangesloten zijn, goed zicht heeft op de arbeidsmarktontwikkelingen.

Daarbij is GGZ Nederland betrokken bij het proces waarin Capaciteitsplannen voor beroepen in de GGZ tot stand komen. Deze dubbele rol, zowel medeverantwoordelijk voor het uitgebrachte advies als belangenbehartiger van lidinstellingen uit 'het veld', maakt de visie van GGZ Nederland uitermate relevant. Zeker wanneer uit 'het veld' signalen komen dat men niet gelukkig is met een uitgebracht advies.
Om een beeld te krijgen van hoe belangrijke stakeholders aankijken tegen de werkwijze en (pas) gepresenteerde ramingen in de Capaciteitsplannen 2013 door het Capaciteitsorgaan, is ook een - op internet gepubliceerd - (concept) verslag bekeken van een bijeenkomst in november 2013. Bij deze bijeenkomst werd gereflecteerd door zowel bestuursleden van GGZ Nederland, als van de NVvP op het uitgebrachte advies (www.stichtingbols.nl).
Daarnaast is een (telefonisch) interview gehouden met de portefeuillehoudende beleidsmedewerker van GGZ Nederland. Ook deze beleidsmedewerker heeft de weergave van het gesprek van feedback voorzien, welke is verwerkt in de eindversie.

Tot slot zijn directeuren of managers HR van zes geïntegreerde GGZ- instellingen uit het midden en noorden van het land, bevraagd op hun beeld van de arbeidsmarkt en arbeidsmarktontwikkeling van klinisch psychologen en psychiaters.
De zes instellingen waar een directeur of manager HR is geïnterviewd, zijn geselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria:

1. Drie verschillende regio's: het noordwesten, noorden en midden van het land.
   Bij de keuze voor regio's is rekening gehouden met dat er een regio uit het midden van het land bij zou zitten en twee regio's buiten de Randstad. Dit omdat de indruk vooraf was dat de arbeidsmarkt er in de Randstad mogelijk anders uit zou zien dan buiten de Randstad. Uit het raadplegen van algemene brongegevens over spreiding over het land en uit de jaarverslagen 2012, kwam geen aanleiding naar voren om een bepaalde spreiding van de regio's buiten de Randstad aan te houden. Uit pragmatische overwegingen (contactpersonen, bereidheid mee te werken en reisafstand) is voor regio's in het noorden aan beide kanten van het IJsselmeer gekozen.
2. De (veronderstelde) arbeidsmarktpositie van de instelling. Hiervoor zijn steeds twee instellingen per regio geselecteerd.
   Dit om te voorkomen dat een toevallig beeld bij één instelling als representatief voor de regio wordt beschouwd. Daarnaast bestond vooraf de aanname dat binnen de regio's de ene instelling een groter probleem heeft om vacatures in te vullen dan de andere. Dit beeld was vooral op 'informele geluiden uit het veld' gebaseerd en moest derhalve worden getoetst tijdens de interviews. Maar als dat zou kloppen, dan zou het meerwaarde kunnen hebben om te zien of er in de verschillende interviews specifieke handelingsopties in beeld komen bij de instellingen waarbij het arbeidsmarktprobleem zich minder voordoet dan bij de buurinstellingen waar het probleem groter is. Er is dus in iedere regio ook gekozen voor een instelling waarbij - op basis van veronderstelling vooraf bij de onderzoeker - naar verwachting een groot dan wel minder groot arbeidsmarktprobleem speelt.

Selectie geïnterviewde instellingen schematisch weergegeven:

	Noordwest	Noord	Midden	Totaal
Aanname sterke arbeidsmarktpositie	1	1	1	3
Aanname zwakke arbeidsmarktpositie	1	1	1	3
Totaal	2	2	2	6

De vragenlijst voor de interviews (bijlage 4) is op basis van het eerste gehouden interview iets aangepast.

De documentanalyse heeft het opstellen van de vragenlijst voor de interviews medebepaald. Het empirisch onderzoek is vervolgens gericht op het checken van aannames en interpretaties bij capaciteitsontwikkelingen en beïnvloedende factoren.
Herkent het veld het beeld met betrekking tot de capaciteitsbehoefte en aanbod zoals dat uit de literatuurstudie naar voren komt en de aannames en interpretaties die daarbij een rol spelen? Daarnaast richt het empirisch onderzoek zich op het in beeld brengen van welke ontwikkelingen mogelijk invloed hebben op de toekomstige capaciteitsbehoefte. Hiermee ontstaat meteen een bruggetje naar onderzoekslijn 2.

1.4.3. Onderzoekslijn 2: documentanalyse en interviews voor gegevensverzameling op microniveau

Bij deze onderzoekslijn is de literatuurstudie gefocust op strategisch personeelsbeleid gericht op (omgaan met) de balans tussen vraag en aanbod. Gestart is met raadplegen van literatuur met betrekking tot (strategisch) HR-beleid. Na een bredere oriëntatie is vooral gebruik gemaakt van de literatuur van Bax (2003) en Steijn en Groeneveld (2013) vanwege hun oriëntatie op vraag en aanbod, dan wel allocatievraagstukken en de relatie met strategisch (HRM) beleid.
Om een eerste indruk te krijgen van hoe GGZ-instellingen in hun organisatiebeleid gericht aandacht besteden aan het anticiperen op de arbeidsmarkt en om een indruk te krijgen van eventuele regionale verschillen zijn van negen geïntegreerde GGZ-instellingen verspreid over het land jaarverslagen 2012 bekeken. Bij 1.4.2. is onderbouwd waarom voor deze selectie is gekozen. Zowel op basis van de jaarverslagen 2012, als de reeds geraadpleegde literatuur, is een eerste analysemodel opgesteld en is de vragenlijst voor de interviews bij zorginstellingen opgesteld.

Het empirisch onderzoek richt zich vervolgens op de maatregelen die zorginstellingen treffen om in huidige en toekomstige capaciteitsbehoefte te kunnen voorzien, in geval er sprake is van (mogelijke) krapte. Daarvoor zijn bij zes geïntegreerde GGZ-instellingen de directeuren of managers HR geïnterviewd. De keuze voor deze zes instellingen is bij 1.4.2. onderbouwd. Als bijlage 4 is de gebruikte vragenlijst opgenomen.

1.4.4. Analyse

Zoals Boeije (2012) weergeeft, is analyseren denken en doen. Dit met het idee dat tijdens het doen inzichten ontstaan die beslissingen tijdens het onderzoek sturen. Een voorbeeld hiervan is dat door de analyse van de jaarverslagen besloten is om ook gegevens als bijvangst mee te nemen over instellingoverstijgende handelingsopties. Of dat na het uitwerken van het eerste interview, de vragenlijst voor de volgende interviews iets is aangepast, zodat over een interessant inzicht uit het eerste interview ook structureel navraag wordt gedaan bij de andere instellingen.

De resultaten uit de interviews bij de zorginstellingen zijn met behulp van een codeboek geordend. Er is geen specifieke software gebruikt voor de ordening.
Na het handmatig structureren in een matrix van het ruwe interviewmateriaal (zie resultaten zoals opgenomen in bijlage 6), is een aantal gecodeerde gegevens samengevoegd in een overkoepelend begrip of categorie bij de analyse van de resultaten.
Bij de analyse is op drie manieren gekeken naar de resultaten uit de interviews van de zes zorginstellingen. Hoe is de schaarste op de arbeidsmarkt en wat is de verwachte invloed van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen?
Vanuit het perspectief van beïnvloeden van de vraag en van het aanbod is in beeld gebracht wat de handelingsopties op microniveau en macroniveau zijn.
Vervolgens is een analyse gemaakt vanuit vergelijking tussen de regio's en vergelijking tussen de instellingen binnen de regio's.

Op basis van analyse van de onderzoeksresultaten uit zowel literatuur als empirisch onderzoek, volgen conclusies en aanbevelingen met als doel een antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

1.5. Opbouw / leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk is weergegeven wat het onderwerp van deze thesis is, wat hiervoor de aanleiding is, wat de geformuleerde onderzoeksvraag is en onderzoeksdoelen zijn, en op welke wijze onderzoek is verricht om tot beantwoording van de vraag en de doelen te komen.

Hoofdstuk 2 geeft een beeld van de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters. Een beeld van hoe die nu is en hoe ontwikkelingen en toekomstige behoefte in ramingen voor benodigde instroom in opleidingen worden verwerkt. Daarnaast hoe een aantal stakeholders kijkt naar die methode en het daaruit voortvloeiende advies.

Hoofdstuk 3 richt zich op theorie over (strategisch) HR-beleid en handelingsopties om te anticiperen in geval van arbeidsmarktkrapte voor cruciale functies.

In hoofdstuk 4 wordt gekeken welk beeld het veld heeft van de arbeidsmarkt, hoe men tegen de invloed van ontwikkelingen daarop aankijkt en hoe men daarop anticipeert, dan wel welke ideeën er zijn over hoe je zou kunnen of moeten anticiperen.

Tot slot worden in hoofdstuk 5 conclusies weergegeven en volgen, na een beschouwende discussie, aanbevelingen.

2. DE ARBEIDSMARKT VAN PSYCHIATERS EN KLINISCH PSYCHOLOGEN

2.1. INLEIDING

De verwachting is dat er in 2020 een tekort is van circa 10% hoogopgeleiden. Het gaat hier niet specifiek om de zorg, maar om de arbeidsmarkt in zijn geheel. Dat blijkt uit onderzoek van McKinsey (Dobbs, 2012; Bakas, 2013). Hoe wordt dit voor de hoogopgeleide psychiaters en klinisch psychologen ingeschat? Dit hoofdstuk geeft een beeld van de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen. Hierbij wordt met name gebruik gemaakt van documentonderzoek (rapporten van het Capaciteitsorgaan en het Nivel[6]) en gesprekken met medewerkers van het Capaciteitsorgaan.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt de gewenste instroom tot een opleiding voor psychiater of klinisch psycholoog. Het ministerie wordt hierbij geadviseerd door het Capaciteitsorgaan (Batenburg, 2011). Voor medisch specialisten, waaronder psychiaters, gebeurt dit al jaren. Tot een jaar of zeven geleden werden deze ramingen nog opgesteld voor de medisch specialisten in het algemeen. Sinds een aantal jaren wordt dit opgesplitst naar type medisch specialist, zoals psychiater. Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de andere BIG[7] - geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (Capaciteitsorgaan, 2013).

In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgend het aanbod en de capaciteitsbehoefte van klinisch psychologen (2.2.) en van psychiaters (2.3.) in beeld gebracht. Eerst wordt een beeld geschetst van de arbeidsmarkt op basis van rapporten van het Nivel en het Capaciteitsorgaan . Daarna volgt een beeld van de gemaakte raming en wat daar wel en niet in meegenomen wordt. Ook wordt geprobeerd zicht te krijgen op regionale spreiding. Vektis brengt met de zorgthermometer (2013) het zorggebruik in regio's in beeld en geeft aan dat bij het gebruik van geestelijke gezondheidszorg verschillen zitten tussen regio's. Venturaplus en ZorgpleinNoord (2014) geven in hun onderzoek weer dat vacatures voor psychiaters in de noordelijke provincies moeilijk te vervullen zijn. Het is moeilijker hoger opgeleiden naar het noorden te trekken en plattelandsgebieden zijn het minst in trek.
Ten slotte volgt, op basis van informatie verkregen uit interviews, een nadere toelichting op de werkwijze en de overwegingen daarbij van het Capaciteitsorgaan. Vragen die daarbij beantwoord moeten worden zijn: Op grond waarvan komt het Capaciteitsorgaan tot zijn ramingen? En welke invloed hebben belangrijke ontwikkelingen binnen de GGZ op de ramingen van het Capaciteitsorgaan?
Paragraaf 2.4. beschouwt een aantal actuele stelselwijzigingen die door het Capaciteitsorgaan (nog) niet zijn meegenomen in de ramingen. Welk effect valt mogelijk te verwachten op de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters als gevolg van deze veranderingen?
In paragraaf 2.5. wordt vervolgens in beeld gebracht hoe een aantal stakeholders tegen de ramingen van het Capaciteitsorgaan aan kijken.
In 2.6. wordt samengevat welk beeld, uit het raadplegen van documenten en het bevragen van medewerkers van het Capaciteitsorgaan en GGZ Nederland, ontstaat.

[6] Nivel = Nederlands Instituut Voor Onderzoek van de Gezondheidszorg; Nivel is oorspronkelijk de afkorting van Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg
[7] BIG = Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

2.2. DE ARBEIDSMARKT VAN KLINISCH PSYCHOLOGEN

2.2.1. Inleiding

Over 2012 is onderzoek gedaan door het Nivel naar het arbeidsaanbod van diverse beroepen, waaronder klinisch psychologen. Uit het rapport dat daarover is opgesteld blijkt dat op 1 januari 2012 in de zorg 1900 klinisch psychologen werkzaam zijn (inclusief klinisch psychologen die ook als psychotherapeut werkzaam zijn). Zij werken gemiddeld 33 uur per week. De verwachte uitstroom voor de komende vijf jaar vanaf 2012 is 16%. Voor de 20- jaars uitstroom wordt 73% verwacht. Bijna de helft van de formatie klinisch psychologen is werkzaam in een GGZ-instelling, ongeveer een kwart in een psychotherapiepraktijk en ongeveer een achtste in een ziekenhuis. Aanleiding voor uitstroom van klinisch psychologen is voornamelijk stoppen met werken. In het onderzoek geven ongeveer 700 personen in 2012 aan dat zij nog de opleiding tot klinisch psycholoog willen volgen. De mogelijkheid hiertoe is afhankelijk van of men daadwerkelijk een opleidingsplaats weet te verkrijgen. De gemiddelde leeftijd van klinisch psychologen is 53 jaar (Batenburg en Van der Velden, 2012).
Nieuwe instroom ontstaat uit de opleiding tot klinisch psycholoog. Deze kan in Nederland worden gevolgd na de tweejarige postmaster opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ psycholoog). De opleiding tot klinisch psycholoog duurt vervolgens vier jaar. De opleiding heeft twee differentiaties: kinderen en jeugdigen (K&J) en volwassenen & ouderen. Er zijn zes erkende opleidingsinstellingen in Nederland, de K&J differentiatie is een landelijke opleiding (www.psynip.nl; www.fgzp.nl).
In de periode 2009 – 2012 zijn gemiddeld 12% minder opleidingsplaatsen voor klinisch psycholoog gebruikt dan door VWS beschikbaar werd gesteld.
Vacaturestream (www.vacaturestream.nl) geeft momentopname 2 februari 2014 in totaal 50 openstaande vacatures voor klinisch psychologen weer in Nederland. Dat is op basis van gepubliceerde vacatures. Aangezien niet alle vacatures worden gepubliceerd mag verondersteld worden dat het werkelijke aantal wat hoger is.
Er lijkt dus sprake van een capaciteitstekort wat betreft klinisch psychologen. Opmerkelijk is dat de beschikbare opleidingscapaciteit niet wordt benut. Dit lijkt te duiden op een instroomprobleem voor de KP-opleiding.
In de rapporten van het Capaciteitsorgaan is geen informatie te vinden over regionale spreiding van klinisch psychologen. Uit het rapport van het Nivel blijkt in 2012 de volgende relatieve spreiding van klinisch psychologen over landsdelen:
7% in het noorden, 27% in het oosten, 51% in het westen en 15% in het zuiden van Nederland. Per miljoen inwoners is dat respectievelijk 80, 150, 130 en 70 (Batenburg en Van der Velden, 2012).
Het is niet helemaal duidelijk waar de scheidslijn tussen Oost en West loopt,maar dit laat wel zien dat verhoudingsgewijs het midden van het land beduidend meer capaciteit klinisch psychologen heeft dan het noorden en het zuiden van het land

2.2.2. Ramingbehoefte aan opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen door het Capaciteitsorgaan

In 2011 is een eerste advies over de gewenste instroom in de opleidingen voor gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ uitgebracht door het Capaciteitsorgaan. Vanaf 2012 is deze activiteit structureel onderdeel van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan, 2013).
De verwachte uitstroom uit de opleiding voor klinisch psychologen (en dus instroom op de arbeidsmarkt) wordt in 2013 door het Capaciteitsorgaan geschat op jaarlijks 77.
Bij de meeste opleidingsinstellingen werd per twee jaar een opleidingsgroep gestart.

Vanaf 2014 starten de meeste opleidingsinstituten jaarlijks een opleidingsgroep voor klinisch psychologen, waardoor het aantal inschrijvingen naar verwachting zal toenemen.
De opleidingsinstituten verwachten in 2013 en 2014 substantieel meer inschrijvingen.
Wanneer de discussie over het hoofdbehandelaarschap resulteert in een beperking tot de psychiater en de klinisch psycholoog, zal de groeiende belangstelling voor de opleiding tot klinisch psycholoog daar goed bij aansluiten, zo staat aangegeven in het Capaciteitsplan (Capaciteitsorgaan, 2013).

Doordat klinisch psychologen verhoudingsgewijs in de oudste leeftijdsgroep oververtegenwoordigd zijn, wordt de uitstroom uit deze beroepen de komende jaren (aanzienlijk) hoger dan waar in vorige ramingen vanuit werd gegaan (Capaciteitsorgaan, 2013).

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn Capaciteitsplan 2013 met betrekking tot de klinisch psycholoog op dit moment rekening met 2,9% onvervulde vraag. Dat is in lijn met de veronderstelling van de onderzoeker dat werkelijke openstaande vacatureruimte voor klinisch psychologen wat hoger zal liggen dan de 50 gepubliceerde vacatures.
Het Capaciteitsorgaan komt in het Capaciteitsplan 2013 tot een hoger advies voor jaarlijkse instroom (245 plaatsen) dan in zijn advies van 2011 (230 plaatsen) voor de opleiding tot klinisch psycholoog.
Dit is met inachtneming van:

- onvervulde vraag
- vervanging uitstroom
- enige invloed van veranderingen in werkproces door inhoudelijke ontwikkelingen (nieuwe behandelmethoden)
- gevolg van substitutie door verticale taakverschuiving.

Ontwikkelingen als splitsing in specialistische GGZ en basis GGZ, decentralisaties naar de gemeenten en hoofdbehandelaarschap, zijn niet meegenomen in de ramingen. In het Capaciteitsplan 2013 wordt genoemd dat het overheidsbeleid, gericht op beperking (van de groei) van de vraag en ombuiging naar huisartsenzorg en generalistische basiszorg, een significante rol kan spelen in de ontwikkelingen van het zorggebruik. Of dit doorzet en welke effecten dat dan heeft op de beroepen geestelijke gezondheid, waaronder de klinisch psycholoog, wordt nog niet in de ramingen meegenomen. Voor de in het werkproces gehanteerde waarden in het advies is gebruik gemaakt van een mix van onderzoek en expertopinies (Capaciteitsorgaan, 2013).

De zorgvraag en benodigde skillmix die daar op ingezet moet worden, kan niet simpel op basis van kwantitatieve DBC data worden bepaald. Dat illustreert Kiwa Carity in de zorgspecial GGZ van augustus 2013: “Over het zorggebruik weten we dankzij de Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s) iets meer. Maar dan blijft het lastig om prognoses van de zorgvraag te maken. Bij psychische aandoeningen zijn veel factoren van invloed op de vraag of een psychische aandoening wordt omgezet in een manifeste zorgvraag.” Genoemd wordt als voorbeeld zorgmijders, het taboe op psychische hulpverleningen en invloed van overheidsbeleid op toegang tot psychische hulpverlening.
“Uit analyse van DBC-GGZ-gegevens blijkt dat het aandeel van de GZ-psycholoog en de klinisch psycholoog tussen 2008 en 2011 geleidelijk toeneemt en dat van de psychotherapeut geleidelijk afneemt. Maar hierbij moet worden opgemerkt dat de afname van de inzet van psychotherapeuten een gevolg kan zijn van het feit dat gedurende een aantal jaren geen psychotherapeuten zijn opgeleid. Er kan dus sprake zijn van een relatief mindere beschikbaarheid aan psychotherapeuten, terwijl de

zorgvraag zelf wel toeneemt (KIWA, 2013)."

Het is opmerkelijk dat de genoemde actuele ontwikkelingen nog geen invloed op de ramingen hebben. In de praktijk worstelen aanbieders met splitsing in specialistische GGZ en basis generalistische GGZ. Verzekeraars kunnen in hun inkoopvoorwaarden smallere varianten kiezen dan de bandbreedte van negen beroepen die de minister van VWS voor 2014 en 2015 toestaat. Bij de inkoopvoorwaarden voor 2014, hanteren veel verzekeraars slechts een bandbreedte van drie beroepen voor hoofdbehandelaarschap binnen de specialistische GGZ, te weten de psychiater, klinisch psycholoog en psychotherapeut.
De logische verwachting is dat dit een groter beslag doet op de klinisch psycholoog dan wanneer uit de lijst van negen beroepen het hoofdbehandelaarschap kan worden ingevuld en dat de raming daarop bijgesteld wordt.

2.2.3. Toelichting op hoe het Capaciteitsorgaan tot zijn raming voor opleidingsplaatsen van klinisch psychologen komt: een interview

Vertooren is werkzaam als senior beleidsmedewerker bij het Capaciteitsorgaan en betrokken bij het opstellen van het Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid. Hij licht over het tot stand komen van de capaciteitsplannen 2011 en 2013 toe: "Aan het rapport in 2011 ligt nog betrekkelijk weinig onderzoek ten grondslag. Vanaf 2011 zijn we aan de slag gegaan met veel kwantitatief onderzoek om te komen tot een goed ramingsadvies. Dit advies komt tot stand op geleide van een ramingsmodel, dat is uitgewerkt in drie hoofddomeinen: zorgvraag patiënt, aanbod beroepsbeoefenaren en verandering in werkprocessen. Van deze drie hoofddomeinen is het werkproces lastig. Door substitutie tussen beroepsgroepen is hier veel in beweging."
In opdracht van het Capaciteitsorgaan wordt, ter voorbereiding op het ramingsadvies 2015 een groot aantal onderzoeken uitgevoerd. Vertooren: "KPMG Plexus doet momenteel onderzoek naar skillmix veranderingen als gevolg van onder meer de invoering van de prestatiebekostiging en de in het Bestuurlijk Akkoord overeengekomen ambulantisering. Ook wordt er door het Nivel onderzoek gedaan (meerjarige monitor psychische problematiek) naar zorgvraagverschuiving van de specialistische GGZ naar de generalistische basis GGZ. In dat verband wordt bij het ROS[8] periodiek navraag gedaan naar de ontwikkeling van het aantal personen dat actief is als POH[9]-GGZ."
Een eerste nul-meting is over de periode 2009-20011 gedaan. Het Nivel werkt momenteel aan het beeld over 2012. IPSE studies, TU Delft[10], doet kwantitatief onderzoek. "Zij hebben voor de periode 2009 – 2011 op basis van DBC-data een analyse gemaakt die zicht moet geven op substitutieprocessen tussen de beroepsgroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan het ramingsadvies opstelt. Dit onderzoek wordt, nu voor de periode 2011-2012, herhaald. KPMG Plexus onderzoekt evenals IPSE de substitutie-effecten tussen de verschillende beroepen, maar dan bij een klein – maar representatief – aantal instellingen. We gaan dan kijken of de uitkomsten elkaar bevestigen. Onderzoek naar onvervulde vraag is uitgezet bij KIWA."
Over de omvang van onvervulde vraag, geeft Vertooren aan dat dat lastig in beeld te krijgen is: "Als er veel vacatures zijn, zullen instellingen dat niet graag naar buiten brengen. Dat kan voor negatieve beeldvorming zorgen, in de zin van "Is daar iets aan de hand?" of "Hoe is het met de kwaliteit van de zorg?".

[8] ROS = Regionale Ondersteunings Structuren, aangesloten bij de brancheorganisatie Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
[9] POH = Praktijk Ondersteuner Huisarts
[10] IPSE Studies verricht onderzoek naar de doelmatigheid en effectiviteit van de publieke sector voor een grote verscheidenheid aan opdrachtgevers

Voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor wat betreft psychologen en verpleegkundig specialisten in de GGZ, gaan onderzoekers op pad naar instellingen en beloven anonimiteit. Instellingen hebben belang bij betrouwbare ramingen, dus zijn dan wel bereid de stand van zaken te presenteren."
Schaarste in bepaalde delen van het land speelt geen rol voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Vertooren: "We weten dat er in de perifere gebieden een ander beeld bestaat dan in de Randstad. Het Capaciteitsorgaan houdt zich echter alleen bezig met landelijke ramingen en doet dus geen gericht onderzoek naar eventuele regionale verschillen."
Klinisch psychologen die als ZZP werken worden meegenomen in beschikbare capaciteit. Vertooren: "In het onderzoek naar beschikbare capaciteit wordt aan BIG-geregistreerde klinisch psychologen gevraagd hoeveel uur men patiëntgebonden werkt. Dat wordt meegenomen."
Het Capaciteitsorgaan maakt - van oudsher – gebruik van registratiegegevens (CONO[11], BIG, FGzP[12]) en relevante publicaties van bijvoorbeeld het CPB[13], de NZa[14] en de RVZ[15]. Aanvullend worden in zogenaamde expertbijeenkomsten vertegenwoordigers van brancheorganisaties en beroepsverenigingen, mensen afkomstig uit het veld, geconsulteerd. Vertooren: "Het is een buitengewoon complex samenspel van factoren, die we in de vorm van parameters kwantificeren. Alle parameters (circa 35) vormen samen het ramingsmodel en berekenen het benodigd aantal opleidingsplaatsen per beroepsgroep."
Zoals eerder aangegeven, is het opmerkelijk dat de actuele ontwikkeling met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap op dit moment nog geen invloed heeft op de raming van het Capaciteitsorgaan. Desgevraagd geeft Vertooren aan: "Het is een bewuste keuze van het Capaciteitsorgaan om alleen uit te gaan van feiten, vanwege de grilligheid van politieke besluitvorming. Denk bijvoorbeeld maar aan de invoering van de eigen bijdrage voor psychiatrische behandeling, welke een jaar later weer werd afgeschaft. Of het invoeren van vrije tarieven voor tandartszorg, welke na de maatschappelijke ophef meteen weer aan banden werd gelegd. Wij kijken dus alleen naar feiten. Wel is bij de publicatie van het Capaciteitsplan 2013 bij VWS al aangegeven dat er zoveel ontwikkelingen in de GGZ zijn, dat het Capaciteitsorgaan mogelijk, gegeven deze dynamiek, met een tussentijds advies zal komen."

[11] Cono = Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ
[12] FGzP = Federatie Gezondheidszorg Psychologen
[13] CPB = Centraal Plan Bureau
[14] NZa = Nederlandse Zorgautoriteit
[15] RVZ = Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

2.3. DE ARBEIDSMARKT VAN PSYCHIATERS

2.3.1. Inleiding

Onder de medisch specialisten kent psychiatrie de meeste actieve beroepsbeoefenaren.
Per 1 januari 2013 waren er 3300 geregistreerde psychiaters in Nederland. Het aantal werkzame psychiaters is ruim 3000, in fte is dit ongeveer 2700 (Capaciteitsorgaan 2013, deelrapport 1, bijlage 7). Dat zijn in 2012 in Nederland 19 psychiaters per 100.000 inwoners. In 2000 was dit iets meer dan 14, er is dus afgelopen jaren sprake van een duidelijke toename. In de rapporten van het Capaciteitsorgaan is geen informatie te vinden over regionale spreiding van psychiaters.
Van de psychiaters werkt ongeveer 55% alleen in loondienst, ongeveer 30% combineert werken in loondienst met eigen praktijk en ongeveer 15% werkt als zelfstandige. Opmerkelijk is de hoge instroom uit het buitenland onder psychiaters in het specialistenregister, ongeveer 250 over de periode 2003 t/m 2012. Alleen de anesthesiologie kent een hogere instroom uit het buitenland (Capaciteitsorgaan 2013, deelrapport 1).
Behalve enige instroom uit het buitenland, ontstaat nieuwe instroom uit de opleiding tot psychiater. Na het artsenexamen kunnen geneeskunde studenten een opleiding tot medisch specialist volgen. De medische vervolgopleidingen in Nederland variëren in duur van drie tot zes jaar. Als gevolg van deze opleidingsstructuur hebben medisch specialisten minimaal negen tot twaalf jaar opleiding genoten tegen de tijd dat zij dit punt bereiken (Westerman, 2012). Om psychiater te worden, moet een arts toegelaten worden tot de A-opleiding. De opleiding tot psychiater is recent gewijzigd, waardoor arts assistenten (individuele) trajecten volgen bij meerdere instellingen. Regionaal beleid maken op doorstroom is hierdoor lastiger, omdat aios[16] nu dus keuzevrijheid en mobiliteit over organisatie en regiogrenzen heen hebben. Dat maakt zicht en invloed op doorstroom lastig (www.stichtingbols.nl). De A-opleiding kent 2,5 jaar algemene basisopleiding, waarna 2 jaar specialisatie volgt op een aandachtsgebied of uitstroomprofiel. In de praktijk doet men hier gemiddeld 4,8 jaar over. Op 1 januari 2013 is ongeveer 30% van de psychiaters in opleiding man. De man/vrouw verdeling onder afgestudeerde psychiaters was in 2000 71,3% man. Dit is in 2013 afgenomen tot 55,2% man. Gezien het percentage vrouwelijke aios wordt verwacht dat binnen vijf jaar de meerderheid van de psychiaters vrouw is. Het effect op capaciteitsbehoefte is minimaal, de omvang van de arbeidsweek van mannen en vrouwen wijkt amper meer af. Bijna 10% van de aios psychiatrie stopt tussentijds met de opleiding tot psychiater. In 2013 zijn er in totaal 731 bezette opleidingsplaatsen voor de A-opleiding (Capaciteitsorgaan, 2013).
Het aantal vacatures voor psychiaters dat met een vacature in vakbladen of op internet wordt gepubliceerd, is sinds 2006 als onderdeel van een arbeidsmarktmonitor door het vakblad Medisch Contact bijgehouden voor artsen. Daarbij staan de psychiaters steeds op de derde of de vierde plek qua aantal vacatures. In de periode 2012 – 2013 wordt in de kwartaalcijfers een bandbreedte van 167 tot 357 vacatures voor psychiater vermeld (www.medischcontact.nl). Op de site van BKV[17] (www.werkvoorartsen.nl) staan meer dan veertig vacatures voor psychiaters in Nederland op basis van gepubliceerde vacatures. Inzoomend hierop blijkt al snel dat dit maar een fractie is van de daadwerkelijk bestaande vacatures in de GGZ. Vacatures worden niet altijd gepubliceerd.

[16] Aios: arts in opleiding tot specialist
[17] BKV is een intermediair in tijdelijk en vaste banen, waarnemingen en interim-opdrachten voor basisartsen, medisch specialisten en medisch managers

Er lijkt dus sprake van een huidig capaciteitstekort wat betreft psychiaters. Opmerkelijk is dat het Capaciteitsorgaan in 2013 heeft geadviseerd om het aantal opleidingsplaatsen voor psychiaters te verlagen. Dit roept de vraag op hoe de raming voor benodigde opleidingsplaatsen tot stand komt.

2.3.2. Raming behoefte aan opleidingsplaatsen voor psychiater van het Capaciteitsorgaan

Voor het specialisme psychiatrie rekent het Capaciteitsorgaan (2013, deelrapport 1) met de volgende verwachte ontwikkeling (met een horizon voor verwachte ontwikkelingen van 10 á 15 jaar) op jaarbasis:

Onvervulde vraag 2013 (huidige verschil in vraag en aanbod)	1%
Demografische ontwikkeling	0,3%
Epidemiologische ontwikkeling	0,3%
Sociaal cultureel	1,3%
Werkproces	-0,4%
Arbeidstijdverkorting (ATV)	0,1%
Taakherschikking	-0,4%

In de toelichting geeft het Capaciteitsorgaan met betrekking tot afname capaciteitsbehoefte als gevolg van werkproces en taakherschikking (pagina 153) aan: “Daarbij wordt ingespeeld op een voortschrijdende ontwikkeling van kwaliteit en doelmatigheid, inclusief superspecialisatie, met per saldo meer efficiëntie en een minder grote vraag. In het licht van de recente ophef over al dan niet erkennen van de verpleegkundig specialist als behandelaar door de zorgverzekeraars, speelt wellicht de kwestie in hoeverre dit nu en de komende planperiode van invloed is op de taakherschikking. Vooralsnog is de impact hiervan echter op generiek niveau ingeschat.” Voorgaande resulteert voor het Capaciteitsorgaan in de volgende benodigde en beschikbare capaciteit voor 2031 wat psychiaters betreft:

Varianten	Verwachte fte 2031 (Deelrapport 1, bijlage 11)	Benodigde instroom in de opleiding tot psychiater	Toelichting varianten
Basisvariant	2840 fte	78	Deze variant houdt op peildatum rekening met onvervulde vraag, invloed demografische ontwikkelingen en alle verwachte veranderingen in de samenstelling van de beroepsgroep. De factoren kunnen als vrij hard worden bestempeld.
Combinatie variant	3455 fte	148	Houdt bovenop de basisvariant rekening met verwachte ontwikkeling in epidemiologie/ vakontwikkeling, op het sociaal culturele vlak en met betrekking tot het werkproces. Dit zijn wat zachtere factoren om te kunnen voorspellen, maar er is weinig reden deze inschattingen in trendmatige zin in twijfel te trekken.
Arbeidstijd	3520 fte	155	Houdt naast de factoren in de combinatievariant rekening met de verwachte impact door verandering in de arbeidstijd.
Taakherschikking	3260 fte	126	Houdt naast de factoren in de arbeidstijdvariant rekening met mogelijk gevolgen van inschakeling aanverwante disciplines (verticale substitutie).
Beschikbare capaciteit	3670 fte		

Op basis van bovenstaande is het advies van het Capaciteitsorgaan om, voor benodigde instroom op de arbeidsmarkt na 2013, uit te gaan van minimaal 126 en maximaal 155 plaatsen voor instroom in de opleiding tot psychiater. Wanneer dat in de praktijk wordt opgevolgd en je daarnaast rekening houdt met de uitstroom, dan gaat het aantal aios-plekken voor psychiater van 731 aios-plekken in 2013, stapsgewijs de komende jaren terug naar 644 in 2017 (Deelrapport 1, bijlage 16).

2.3.3. Toelichting op hoe het Capaciteitsorgaan tot zijn raming voor opleidingsplaatsen van psychiaters komt: een interview

Meegdes is als adviseur werkzaam bij het Capaciteitsorgaan en met name gericht op de ramingen met betrekking tot medisch specialisten, waaronder psychiaters. Hij licht toe dat voor medisch specialisten het proces wat anders verloopt dan bij de andere beroepen in de GGZ om tot behoefteinschatting te komen: "Het Capaciteitsorgaan nodigt de wetenschappelijke vereniging van de beroepsgroep uit om er iets over te zeggen. We verzamelen harde gegevens over het aanbod. We hebben op onderdelen ook vrij harde gegevens van de vraag. Zo weten we hoeveel patiënten op spreekuren komen. Dat wordt geëxtrapoleerd op basis van gegevens van het CBS. Voor inschatting van de onvervulde vraag houden we vacatures bij, via Medisch Contact, als een van de signalen. Ander signaal is of er sprake is van wachtlijsten."
Conform de treeknormen, beschouwt het Capaciteitsorgaan over het algemeen dat wachttijd ambulant onder de vier weken en voor opname onder de zeven weken, binnen de door het veld opgestelde normen valt. Meegdes: "Als het langer is, dan is dat een signaal dat er mogelijk iets aan de hand is. Dat beschouwen we als redelijk objectief, maar is wel gebaseerd op basis van opgave van instellingen. Wel komen er af en toe signalen van beroepen dat er werkeloosheid dreigt of omgekeerd dat er zoveel vacatures zijn. Dan vragen we naar feiten. Waar is dat dan? Wat psychiaters betreft heeft de NVvP[18] niet aangegeven dat er onvoldoende psychiaters zouden zijn."
Er zijn geluiden uit brancheorganisatie GGZ Nederland dat er onvoldoende psychiaters zijn. Maar er zijn ook geluiden dat er instellingen zijn die teveel psychiaters hebben. Het tekort zit naar verluid vooral bij de kinder en jeugd psychiaters. Het Capaciteitsorgaan raamt alleen voor de totale beroepsgroep van psychiaters, conform de opdracht, en niet voor verdere specialisaties.
In bijlage 8 van deelplan 1 (2013) is te zien dat iets meer dan de helft van de psychiaters boven de 50 jaar is. Er blijven echter ook veel psychiaters langer dan de pensioenleeftijd werken. Het Capaciteitsorgaan volgt dat op basis van gegevens van het pensioenfonds en het CBS.

Als verklaring voor de lagere raming van capaciteitsbehoefte geeft Meegdes aan: "De raming is ten opzichte van vorige keer naar beneden gegaan, omdat we bij de vorige raming geen rekening hadden gehouden met buitenlandse instroom. Instroom uit het buitenland wordt maar voor een deel meegenomen, daar zit al een correctiefactor op. We moeten ons niet door eenmalige invloeden laten bepalen. Wij moeten met langere termijntrends rekening houden. Je hebt daarin ook een verantwoordelijkheid om goed te wegen hoeveel er nodig zijn, het zijn dure beroepen en de opleidingen zijn ook duur. Wij gaan niet over beleid, we wegen zoveel mogelijk objectiveerbare zaken."

[18] NVvP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Opvallend is dat het Capaciteitsorgaan niets meeneemt aan mogelijke impact als gevolg van de ontwikkeling met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Ook aan de vorming van generalistische basis GGZ en specialistische GGZ met ingang van 2014 koppelt het Capaciteitsorgaan geen impact. Maar ondertussen wordt wel geadviseerd om het aantal opleidingsplekken voor psychiaters te verminderen. Wat nu als blijkt dat dit tot een groot tekort zal leiden?
Meegdes geeft aan: "Er waren, toen we de raming vorig jaar opstelden, geen signalen dat het uit de hand zou lopen. Toen het rapport opgesteld werd, was net de brief van Schippers uit, waarin stond dat er eerst twee jaar uitstel zou komen. Het rumoer dat ontstond toen de verzekeraars verschillende aanvullende eisen gingen stellen, kwam toen het rapport al klaar was. In de aanbiedingsbrief bij het rapport is toen nog opgenomen dat we daar aandacht voor hebben. We volgen de ontwikkelingen wel."

Het Capaciteitsorgaan heeft geen rol in regionale verschillen. Er is op verzoek van NVvP en GGZ Nederland nader onderzoek gedaan, dit met name op basis van signalen met betrekking tot kinder en jeugdpsychiaters. Meegdes: "De verschillen waren niet zo groot dat er reden was om daar iets mee te doen. Dat is ook met NVvP en GGZ Nederland besproken. Er zijn plekken waar men tekort heeft, maar er zijn ook geluiden dat er op plekken in de Randstad psychiaters uit moeten. Regionaal zien we wel dat er in de Randstad veel meer psychiaters zijn dan in andere delen van het land."

Op de vraag hoe de NVvP en GGZ Nederland betrokken zijn bij het ramingsproces, vertelt Meegdes: "In de Kamer heb je vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaren, instellingen en financiers (zorgverzekeraars). Er zit ook een psychiater in vanuit de Orde van Medisch Specialisten (OMS). GGZ Nederland zit daar niet in, die zit wel in het hoogste orgaan waar uiteindelijk het besluit formeel wordt genomen. Dat is vanuit de historie zo en vastgelegd in statuten." Meegdes geeft aan het strategisch van belang te vinden dat het advies van het Capaciteitsorgaan door alle veldpartijen unaniem gezamenlijk gedragen wordt. Dat is tot nu toe altijd ook zo geweest.

2.4. ACTUELE ONTWIKKELINGEN DIE HET CAPACITEITSORGAAN (NOG) NIET MEENEEMT IN HUN RAMING

2.4.1. Inleiding

Helder wordt dat de ramingen niet pro-actief op actuele ontwikkelingen inspelen. Enerzijds lijken vooral feitelijkheden een rol te spelen bij ramingen, maar ook zitten er subjectieve componenten in op basis waarvan ramingen tot stand komen.
Onvervulde vraag van klinisch psychologen wordt met 2,9% relatief gezien hoger ingeschat dan die van psychiaters (1%), waarbij het effect van vergrijzing een extra rol speelt in de verwachte capaciteitsbehoefte. Er lijkt voor klinisch psychologen voldoende opleidingscapaciteit te zijn, zeker gezien het feit dat de capaciteit tot nu toe niet volledig wordt benut. Die capaciteit wordt ook nog iets verhoogd. Dat geeft geen aanleiding tot onrust in het veld.
Bij psychiaters is het beeld anders. Daar wordt uitgegaan van enige onvervulde vraag (1%). De globale indruk in het veld is dat de onvervulde vraag groter is dan de 1% die door het Capaciteitsorgaan wordt meegenomen in 2013. In hoofdstuk 4 wordt daar een aantal instellingen op bevraagd. Voor de wat langere termijn wordt door het Capaciteitsorgaan uitgegaan van geen onvervulde vraag. Daardoor kan de instroom in de opleiding tot psychiater naar beneden worden bijgesteld, volgens het Capaciteitsorgaan. In paragraaf 2.5. worden reacties hierop weergegeven tijdens een conferentie over toewijzing van opleidingsplaatsen psychiatrie, na het uitkomen van het Capaciteitsplan 2013 en de visie van de brancheorganisatie GGZ Nederland.

Wat opvalt is dat een aantal actuele ontwikkelingen die in het stelsel ingrijpen, nog niet wordt meegenomen in de raming van het Capaciteitsorgaan. Dit enerzijds vanwege de visie van het Capaciteitsorgaan dat politieke besluitvorming grillig is en men niet kortdurende effecten van invloed wil laten zijn op de ramingen. Anderzijds ook omdat het nog onduidelijk is welk effect toekomstige veranderingen uiteindelijk met zich mee zullen brengen voor de behoefte aan opleidingsplaatsen.
In de volgende paragraaf wordt in beeld gebracht wat de belangrijkste veranderingen voor mogelijke impact op de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters zullen hebben.
Deze veranderingen betreffen:

a. Substitutie in de GGZ: versterking van nulde lijn, huisartsenzorg en generalistische basis GGZ
b. Decentralisaties naar de gemeenten

2.4.2. Versterking nulde lijn, huisartsenzorg en generalistische basis GGZ

KPMG Plexus (2014) heeft in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan om een inschatting te maken van effecten van invoering van de GBGGZ[19] en versterking van de huisartsenzorg voor de GGZ in Nederland. Het invoeren van deze maatregelen is bedoeld om een verschuiving van patiënten binnen de GGZ-keten te realiseren, om matched care te bevorderen waardoor er minder gebruik wordt gemaakt van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis (www.invoeringbasisggz.nl).
Hierbij is ook de versterking van nulde lijn (e-Mental Health, zelfhulp etcetera) meegenomen, evenals de ambulantisering in de AWBZ als effecten op behandeling door reduceren van medicatie. Voor de substitutie-effecten kunnen op basis van diverse aannames en inschattingen verschillende scenario's worden opgesteld.

[19] GBGGZ = generalistische basis GGZ

KPMG Plexus stelt twee scenario's op, die uitgaan van respectievelijk 25% en 27% van de 1,1 miljoen patiënten in de SGGZ[20] die overgaan naar de GBGGZ. Daarnaast neemt de POH GGZ meer taken van de huisarts over.
Er zal dus een minder grote groep bij de specialistische zorg terecht komen. Daarentegen kan de POH consultatie van een specialist vragen. Dit betekent dat bij een deel van de populatie waar klinisch psychologen en psychiaters nu als (hoofd)behandelaar bij betrokken zijn, dit zal worden vervangen door een consultatieve rol. Met name door psychiaters. Voldoende financiële ruimte voor consultatie van een psychiater in de POH GGZ wordt door KMPG Plexus als een kritische succesfactor benoemd. De vroege consultatie van een hoog opgeleide professional resulteert in betere triage en uiteindelijk minder instroom in de tweede lijn. Om te voorkomen dat mensen uit de EPA[21] doelgroep te snel worden terugverwezen naar de SGGZ wanneer er meerdere consulten per jaar nodig zijn, adviseren experts dat het (financieel) mogelijk moet zijn de expertise naar de patiënt toe te halen. Als voorbeeld wordt ook hier de psychiater (uit het FACT[22] team) naar de POH GGZ genoemd (KPMG Plexus, 2014).

Conclusie
Veronderstel dat tot 2014 de tijdsinvestering van psychiaters en klinisch psychologen beperkt is tot de grofweg 25% van de patiëntenpopulatie die uit de tweede lijn over gaat naar GBGGZ of huisartsenzorg. Dit aangezien psychiaters en klinisch psychologen vooral voor de meer complexe problematiek worden ingezet. De vraag is dan of deze substitutie effect zal hebben op de benodigde capaciteit van psychiaters en klinisch psychologen. De (vaak consultatieve) rol en tijdsinvestering zal naar verwachting verschuiven: van de patiënt binnen de geïntegreerde GGZ-instellingen naar consultatie aan de huisarts en of POH GGZ .
Het lijkt vooralsnog dus terecht dat het Capaciteitsorgaan geen netto effect als gevolg van de substitutie meeneemt in de ramingen voor opleidingsplaatsen van klinisch psychologen en psychiaters.
Anderzijds, KPMG Plexus geeft als kritische succesfactor aan dat er voldoende financiële ruimte voor consultatie van een psychiater in de POH GGZ moet zijn. Hoeveel is voldoende om het effect van verbeterde triage te realiseren? Dat is vooralsnog niet gekwantificeerd.
De vraag naar de toekomst is hoe dit zich zal ontwikkelen.

2.4.3. Decentralisaties naar de gemeenten

Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen, en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Een deel van deze taken nemen zij over van de Rijksoverheid. Dit heet ook wel decentralisatie (www.rijksoverheid.nl). Decentralisatie van jeugdzorg betekent dat gemeenten per 2015 ook voor de jeugd-GGZ verantwoordelijk worden. De AWBZ-begeleiding, inclusief begeleiding en ondersteuning voor mensen met een psychiatrische ziekte, wordt onderdeel van de nieuwe Wmo en daarmee verantwoordelijkheid van de gemeenten. Hiermee krijgt de gemeente zeggenschap over praktisch het hele sociale domein, maar dus ook voor een deel van de zorg die nu door GGZ-instellingen wordt uitgevoerd vanuit de AWBZ of ZVW.
De veranderingen gaan gepaard met forse bezuinigingen. Gemeenten moeten dus meer doen met minder geld en de eigen kracht van burgers aanspreken. Het idee is dat gemeenten dwarsverbanden kunnen leggen tussen de Wmo, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen, waardoor men meer kan inzetten op preventie en ondersteuning kan bundelen en dit efficiënter kan aanbieden. De beweging die aan de decentralisaties ten grondslag ligt, is de overgang van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Dat betekent ook dat de kosten van specialistische zorg en begeleiding flink

[20] SGGZ = Specialistische GGZ
[21] EPA = mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen
[22] FACT = Flexibele Assertive Community Treatment

naar beneden moeten (www.vng.nl).
GGZ Nederland vraagt in een brief (Geel, 20 november 2013) aan de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken aandacht voor zaken rond decentralisaties in november 2013. GGZ Nederland geeft in de brief aan dat door de decentralisaties, prestatiebekostiging en niet afgesproken bezuinigingen de afspraken uit het Sociaal Akkoord en het Zorgakkoord ten aanzien van infrastructuur en werkgelegenheid onder druk komen in de uitvoering door gemeenten en zorgverzekeraars. Geel geeft in de brief blijk van zorg voor behoud van kwaliteit van zorg en van werkgelegenheid bij het niet naleven van de afspraken bij de transities en de overheveling van taken naar gemeenten. Ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) spreken hun zorg uit over de effecten van decentralisatie. Samen met het landelijk platform GGZ en GGZ Nederland sturen zij op 3 februari 2014 een brief aan de leden van de Eerste Kamer voor de behandeling van de Jeugdwet. Met name spreken zij hun zorg uit over onvoldoende verankering van jeugd-GGZ in de gezondheidszorg en onvoldoende realisatie van benodigde randvoorwaarden voor overheveling naar gemeenten (LPGGZ, NVvP, NIP en GGZ Nederland, 2014). Als voorbeeld geven zij onder andere dat het recht van de patiënt op een second opinion een gunst van gemeente wordt en dat het recht op zorg voor jeugdigen in de nieuwe Jeugdwet beperkt is tot een zorgplicht voor gemeenten.
Vooralsnog is slecht in te schatten welk effect decentralisaties zullen hebben voor de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters. Voor de jeugd-GGZ bestaat zorg of er voldoende aandacht zal zijn voor (inkoop van) benodigde specialistische zorg en voor evidence based behandelen. Oosterhoff geeft in zijn blog van 8 november 2013 aan grote zorg te hebben over het effect van de overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten op de toekomstige capaciteit van kinder- en jeugdpsychiaters (www.artsennet.nl). Inmiddels is wel zeker dat de jeugd-GGZ overgaat naar de gemeenten, maar welk effect dit voor de capaciteitsbehoefte aan klinisch psychologen en psychiaters met zich mee zal brengen, is nog niet te zeggen. Evenals welk effect het zal hebben op de aantrekkelijkheid voor deze beroepen om in de jeugd-GGZ werkzaam en nader gespecialiseerd te zijn.

Conclusie
Over het geheel genomen ontstaat de indruk dat de decentralisaties niet direct van invloed zullen zijn op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen. Hierbij er vanuit gaande dat deze professionals zich binnen de GGZ vooral met de complexe behandelingen bezig houden. Voor die complexe behandelingen zullen zowel gemeenten als huisartsen naar verwachting een beroep blijven doen op specialistische GGZ. De vraag is of dat daadwerkelijk zo zal zijn. En – zoals door KPMG Plexus weergegeven – of de vroegtijdige consultatie door een hoog opgeleide specialist voldoende ingekocht en aangewend wordt om tot een verbeterde triage te komen. Die verbeterde triage is nodig om te onderscheiden wat zodanig complex is dat SGGZ nodig is, versus wat in de huisartsenpraktijk of bij de GBGGZ kan worden behandeld dan wel door het wijk- of gebiedsteam kan worden begeleid. Dat zal voor wijk- en gebiedteams van gemeenten niet anders zijn als het bijvoorbeeld om kinderen en jeugdigen gaat.
Wel kan de beperking van de beschikbare financiële middelen een rol spelen in een algeheel krimpscenario voor (S)GGZ. Bij algehele krimp van de sector is het de vraag welk effect dit heeft op de benodigde formatie van klinisch psychologen en psychiaters.
Het lijkt dus vooralsnog terecht dat het Capaciteitsorgaan nog geen effect als gevolg van de decentralisaties meeneemt in de ramingen voor opleidingsplaatsen van klinisch psychologen en psychiaters.

2.5. VISIE VAN ANDERE STAKEHOLDERS OP DE ARBEIDSMARKT VAN KLINISCH PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS

2.5.1. Inleiding

Wat vinden nu belangrijke stakeholders? Hiervoor is gekeken naar de reacties op het Capaciteitsplan 2013 tijdens een conferentie van de Kamer Psychiatrie in november 2013. Deze conferentie vond plaats na het uitgebrachte advies van het Capaciteitsorgaan dat adviseerde tot verlaging van instroom voor de opleiding tot psychiater. Hierbij waren zowel bestuursleden van GGZ Nederland als van de NVvP aanwezig. Daarnaast is brancheorganisatie GGZ Nederland benaderd om haar visie te geven.

2.5.2. Verslag van een conferentie van de Kamer Psychiatrie

Ter toelichting: Stichting Bols houdt zich bezig met het toewijzingsproces van opleidingsplaatsen van medisch specialisten. Aangezien 78% van de opleidingsplaatsen psychiatrie georganiseerd wordt bij GGZ-aanbieders, wijkt het toewijzingsproces van opleidingsplaatsen af van die van andere medische vervolgopleidingen. In de Kamer Psychiatrie, een eigenstandig onderdeel van Bols, besluiten Bols, GGZ Nederland en de NVvP over het toewijzingsvoorstel voor de vervolgopleiding psychiatrie. Bij verdelen van schaarste (minder opleidingsplaatsen) is dit een lastige taak. Het conceptverslag dat als bron voor deze paragraaf dient, is gepubliceerd op de website van stichting Bols.
De in november 2013 gehouden conferentie door de Kamer Psychiatrie was bedoeld om het toewijzingsproces van opleidingsplekken voor psychiater tegen het licht te houden. Er worden op deze conferentie in november 2013 bij de inleidingen kritische opmerkingen gemaakt over de door het Capaciteitsorgaan voorgestelde krimp van opleidingsplaatsen voor psychiater. Met name omdat er moeilijk vervulbare vacatures zijn, vooral in de sectoren Kind en jeugd GGZ, Forensische Psychiatrie en Verslavingszorg.

Bij zijn inleiding op de conferentie zet Klomphouwer (lid van het bestuur van GGZ Nederland en Voorzitter van de Raad van Bestuur van Yulius, een van de GGZ-instellingen) duidelijke vraagtekens bij de voorgenomen krimp van het aantal opleidingsplaatsen. Hij concludeert dat het aantal vacatures voor psychiater nog steeds hoog is en dat door de aanscherping van het hoofdbehandelaarschap de behoefte aan psychiaters zal stijgen.

Aartjan Beekman, voorzitter van de NVvP, haalt in zijn inleiding Paul Schnabel (van 1977 tot 1992 hoofd onderzoek van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, nu Trimbos-instituut) aan, die in 1982 een overschot aan psychiaters voorspelde. De opleiding werd in die tijd verlengd en de instroom werd niet verhoogd. Tien jaar later was er een tekort aan psychiaters in plaats van een overschot. Op initiatief van minister Borst werden de medische opleidingen vervolgens fors uitgebreid. Tot 1999 gold meer dan twee decennia een landelijk akkoord om per jaar 100 nieuwe arts assistenten psychiatrie te laten starten met de opleiding. Vanaf 1999 is de instroom stapsgewijs verhoogd naar meer dan 170 per jaar. Inmiddels is het aantal psychiaters gestegen van rond de 1500 in 1987 naar meer dan 3000 nu.

Zoals aangegeven gaat het bij de conferentie vooral over het tegen het licht houden van de toewijzingssystematiek van de opleidingsplaatsen. De huidige verdeling is vooral historisch bepaald. Interessant, in het licht van het onderwerp van deze thesis, zijn de conclusies van de debatsessie waar het gaat over alternatieve toewijzingscriteria bezien vanuit de regio. Daarbij wordt genoemd

dat - naast opleidingshistorie en populatie - ook 'vacature-leed' van een regio zou kunnen meetellen. Hiermee doelend op vacatures die in bepaalde regio's onevenredig lang open staan. De komende jaren zal dit soort beleidsrijker toewijzen verder worden verkend (www.stichtingbols.nl).

2.5.3. De visie van GGZ Nederland: een interview

Heck, beleidsadviseur bij GGZ Nederland met de portefeuille opleidingsplaatsen voor academische beroepen, ziet een discrepantie tussen de ramingen van het Capaciteitsorgaan en de behoefte bij lidinstellingen: "Wat je eigenlijk wilt weten, is de toekomstige vraag naar arbeidskrachten. Wij zien dat de vraag naar psychiaters groter is dan de raming van het Capaciteitsorgaan. Dat is natuurlijk niet goed. Dat betekent dat een van de belangrijkste beroepen in de GGZ, de psychiater, duurder wordt. Mede als gevolg van het hoofdbehandelaarschap leidt dit tot problemen bij de kosten van de zorg. En soms zijn ze gewoon ook niet te vinden, waardoor je als instelling niet de juiste zorg kunt leveren die mensen nodig hebben en wachttijden kunnen oplopen."

Over de stijging van het aantal psychiaters in Nederland in laatste 25 jaar geeft Heck aan dat het de vraag is of het aantal effectief inzetbare psychiaters werkelijk zoveel gestegen is. GGZ Nederland wijst daarnaast op de gestegen bureaucratie/regeldruk vanuit verzekeraars, NZa en dergelijke, als gevolg waarvan psychiaters veel meer registratietijd kwijt zijn dan zo'n 25 jaar geleden.

Heck geeft aan dat het Capaciteitsorgaan met het rekenmodel, op basis van uitkomsten van onderzoek gebaseerd op informatie uit het verleden, achter de feiten aanloopt. Dit omdat, zoals hij aangeeft, in het rekenmodel geen actuele ontwikkelingen opgenomen worden. Een voordeel daarvan is dat kortdurende ontwikkelingen niet meegenomen worden, zoals één jaar eigen bijdrage. Maar het grote nadeel is dat structurele veranderingen, zoals splitsing in GBGGZ en SGGZ, en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap, pas jaren later in de ramingen terugkomen. Wat het Capaciteitsorgaan voor raming presenteert in 2013, is gebaseerd op informatie uit 2012 en eerder. Dat heeft invloed op de instroom in de opleiding tot psychiater in 2015 en bepaalt de uitstroom in 2020. Daar zit dus een flink aantal jaren met veel wijzigingen tussen. GGZ Nederland zou de werkwijze rond hoe de behoefte in kaart wordt gebracht ook graag anders zien. Heck schetst: "We zien dat GGZ-instellingen vooral het tekort aan psychiaters zeer groot achten, met name ook door het hoofdbehandelaarschap. In de GGZ wordt gewerkt met een disciplinemix, die wordt samengesteld op basis van de patiëntenpopulatie. Het is aan de instelling, vanuit de Kwaliteitswet Zorginstellingen en binnen de financiële kaders, om deze te bepalen. Er kan dus een verkeerd beeld komen als je, zoals het Capaciteitsorgaan, onvoldoende kijkt naar de werkelijke behoefte. Die kan alleen maar worden ingevuld door de instellingen. Maar het Capaciteitsorgaan vraagt niet aan GGZ Nederland hoe zij de behoefte aan psychiaters ziet. Bij de psychotherapeuten wordt nu bijvoorbeeld een flinke behoefte en vervangingsvraag van psychotherapeuten geadviseerd. Maar het is maar de vraag of ze in de praktijk wel vervangen worden, of dat er een andere disciplinemix wordt ingezet. Dat weet het Capaciteitsorgaan nu eigenlijk niet."

GGZ Nederland is van mening dat de actuele ontwikkeling met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap een negatieve invloed heeft op taakherschikking. Over het algemeen zien zij bereidheid bij psychiaters en klinisch psychologen om taken over te dragen. Heck: "Zorgverzekeraars frustreren de ontwikkeling dat verpleegkundig specialisten ingezet worden om taken van psychiaters over te nemen. Het is niet goed dat VWS een experiment van twee jaar uitzet met de verpleegkundig

specialist als hoofdbehandelaar, maar niet regelt dat zorgverzekeraars hier in hun inkoopbeleid rekening mee houden. Je hebt dan weinig aan dit experiment. Er zijn de laatste jaren bij instellingen veel extra VS-en aangesteld en opgeleid. En nu hoor je dat ze door sommige instellingen anders moeten worden ingezet of zelfs ontslagen, omdat hun inzet niet zoals verwacht mag worden door verzekeraars wordt bekostigd."

2.6. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Voorafgaand aan dit hoofdstuk is een aantal vragen gesteld. Hieronder volgt per vraag een terugblik op wat hierover voor beeld is ontstaan als gevolg van het raadplegen van rapporten en de interviews.

Welk beeld ontstaat van de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters op basis van de rapporten van het Nivel en het Capaciteitsorgaan?

Gerelateerd aan de omvang van de beroepsgroep is, in absolute aantallen, het tekort aan klinisch psychologen op dit moment vrijwel even groot als het tekort aan psychiaters. Het tekort aan psychiaters ligt procentueel lager. Het Capaciteitsorgaan adviseert dan ook een groter aantal opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen en het aantal opleidingsplaatsen voor psychiater te verkleinen.

Op grond waarvan komt het Capaciteitsorgaan tot zijn ramingen?

Het Capaciteitsorgaan komt tot zijn raming op basis van een inschatting van de onvervulde vraag (het huidige tekort), demografische ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen, sociaal culturele ontwikkelingen, veranderingen in het werkproces, veranderingen in de arbeidstijd en taakherschikking.

Daarbij valt op dat het Capaciteitsorgaan pretendeert de ramingen te baseren op feiten. Maar in het bepalen van de wegingsfactor zitten ook arbitraire keuzes wat wel dan wel niet en in welke mate meegenomen wordt. Ook worden minder objectieve gegevens, op basis van bijvoorbeeld opgaves van instellingen, verwerkt. Geconcludeerd kan worden dat het Capaciteitsorgaan zoveel mogelijk op basis van feiten zijn ramingen opstelt. Daarin worden niet ontwikkelingen meegenomen waarvan het effect zich nog niet laat zien. Dat is een expliciete keuze, omdat politieke besluitvorming grillig is en daarmee wordt voorkomen dat eenmalige of eenjarige effecten de lange termijn ramingen beïnvloeden.

Verder valt op dat tekort aan psychiaters vooral bij bepaalde specialisaties aan de orde is (kind en jeugdpsychiater bijvoorbeeld). Daar besteedt het Capaciteitsorgaan geen aandacht aan, ramingen gaan over opleidingsplaatsen in het algemeen. Capaciteit van psychiaters die uit het buitenland instromen, weliswaar met een correctiefactor, en psychiaters die als ZZP-er werkzaam zijn, wordt door het Capaciteitsorgaan als beschikbare capaciteit meegenomen in de ramingen.

Welke invloed hebben belangrijke ontwikkelingen binnen de GGZ op de ramingen van het Capaciteitsorgaan?

Het Capaciteitsorgaan werkt in zijn ramingen niet anticiperend op aangekondigde veranderingen in de toekomst. Wel kunnen bij veranderingen met mogelijke invloed op de GGZ, tussentijdse adviezen worden uitgebracht. Ook worden onderzoeken en monitors uitgezet om de effecten van veranderingen te volgen.

Voor de in 2013 uitgebrachte ramingen betekent dit dat in de ramingen bijvoorbeeld niet zijn meegenomen de decentralisaties, de versterking van nulde lijn en vorming van GB GGZ en SGGZ, en

de aangescherpte eisen van zorgverzekeraars ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap.
Uit een nadere verkenning van deze ontwikkelingen ontstaat de indruk dat met name de aanscherping van eisen van zorgverzekeraars met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap effect zal hebben op een grotere vraag naar klinisch psychologen en psychiaters in de specialistische GGZ. Voor de stelselwijzigingen is dat maar de vraag, omdat verwacht mag worden dat voor de meer complexe zorg, net als nu het geval is, een blijvend beroep op de specialistische GGZ zal worden gedaan. Waar de lichtere problematiek meer in het zogenoemde 'voorliggend veld' zal worden behandeld en begeleid, zal naar verwachting een verschuiving optreden van meer consultatie naar dat 'voorliggend veld' toe in plaats van de intercollegiale consultatie met betrekking tot deze doelgroep, zoals die nu nog binnen de geïntegreerde GGZ-instellingen plaatsvindt. Het ligt niet in de lijn der verwachting dat die verschuiving zozeer een effect op capaciteitsbehoefte zal hebben.

Hoe ziet de regionale spreiding eruit?
Uit verschillende bronnen wordt duidelijk dat er regionale verschillen zijn in de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters. Tegelijkertijd ook dat je die niet op kunt lossen door de landelijke opleidingscapaciteit te vergroten. Hierbij speelt toch vooral een rol in welke omgeving men wil wonen en werken, zowel qua geografische ligging als wat aspecten als 'academisch klimaat' betreft. Interessant is de in de conclusie van de conferentie van Kamer Psychiatrie opgenomen suggestie, om ook 'vacatureleed' een rol te laten spelen in het toewijzen van opleidingscapaciteit naar regio's in het land. Hiermee zou een brug geslagen kunnen worden tussen de feitelijke regionale arbeidsmarktsituatie en opleidingscapaciteit.

Hoe kijkt een aantal stakeholders tegen de ramingen van het Capaciteitsorgaan aan?
Met name het advies op basis van de ramingen om de instroom voor de opleiding tot psychiater te verlagen, leidt tot zorg bij stakeholders als NVvP en GGZ Nederland.
Hier speelt een aantal zaken een rol:
- Dat de recente ontwikkeling met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap niet is meegenomen.
- DBC data kunnen een vertekend beeld geven van de wenselijke formatiemix.
- Zich baseren op de mening van beroepsverenigingen kan ook een vertekend beeld geven.

GGZ Nederland wijst op het kostenverhogende effect van schaarste op de arbeidsmarkt en de toename die daarvan verwacht mag worden, als gevolg van de actuele ontwikkelingen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap.

Resumerend valt op dat in het veld niet zoveel onrust is over een tekort aan klinisch psychologen, dit in tegenstelling tot het tekort aan psychiaters.
Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat bij de klinisch psychologen de beschikbare opleidingscapaciteit niet debet is aan het tekort, maar vooral het niet benutten van de beschikbare opleidingscapaciteit. De verscherpte inkoopeisen aan hoofdbehandelaarschap door zorgverzekeraars kan met zich meebrengen dat ook voor klinisch psychologen het bestaande tekort nadrukkelijker wordt gevoeld.
Ook kunnen voorbehouden handelingen en beperking op mogelijkheden voor taakherschikking een rol spelen. Bij klinisch psychologen kan in de praktijk door de naastliggende psychologische beroepen (door GZ- en masterpsychologen en psychotherapeuten) middels verticale taakverschuiving gemakkelijker het tekort worden opgevangen dan bij psychiaters het geval is.

Een tekort aan klinisch psychologen lijkt dus minder 'voelbaar' in de zorgorganisaties dan een tekort aan psychiaters. Zeker nu een basisarts niet langer als hoofdbehandelaar in de GGZ mag fungeren en de ruimte voor taakherschikking naar verpleegkundig specialist GGZ per 2014 beperkt is door de eisen van de zorgverzekeraars.
Geprobeerd wordt de capaciteit te ramen, zodat er een evenwicht komt in vraag en aanbod. Dit werkt afhankelijkheid van instellingen in de hand met betrekking tot deze beroepen. Zoals GGZ Nederland aangeeft, leidt dit voor zorgaanbieders tot een kostenverhoging.

Het volgende hoofdstuk gaat over strategisch HR-beleid en brengt handelingsopties in beeld. In het empirisch onderzoeksdeel wordt het beeld met betrekking tot de arbeidsmarkt voor psychiaters en klinisch psychologen aan een aantal zorginstellingen voorgelegd.

3. STRATEGISCH HUMAN RESOURCE MANAGEMENT EN HANDELINGSOPTIES BIJ ARBEIDSMARKTKRAPTE

3.1. INLEIDING

Om de tweede onderzoeksvraag van deze thesis - Wat kan dat betekenen voor het strategisch human resource beleid van specialistische GGZ-instellingen? – te kunnen beantwoorden, wordt in dit hoofdstuk gekeken naar wat strategisch human resource management (SHRM) eigenlijk is.
Daarbij is de te beantwoorden vraag gerelateerd aan de eerste onderzoeksvraag van deze thesis:
Welke impact kunnen ontwikkelingen (in het bijzonder met betrekking tot hoofdbehandelaarschap) in de (specialistische) GGZ hebben op schaarste van de beroepen psychiater en klinisch psycholoog?
In dit hoofdstuk wordt dus gekeken naar welke strategische antwoorden mogelijk zijn op een situatie van schaarste. Wat zegt de literatuur over de wijze waarop je als instelling strategisch HR-beleid kunt voeren, in relatie tot ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, dan wel in relatie tot ontwikkelingen die de arbeidsmarkt beïnvloeden?

Waar gaat het bij HRM om?

Bax (2003) beschrijft dat het in de arbeidsmarkt gaat om hoeveel en welke mensen hoeveel en welk soort werk moeten doen. Vanuit deze kwalitatieve en kwantitatieve dimensies van de vraag wordt invulling gezocht. In essentie gaat het bij het managen van Human Resource (HR) om 'de juiste man/vrouw op de juiste plaats'.
Maar wat nu als je de juiste man/vrouw niet kan krijgen terwijl je die voor de uitvoering van kritische functies nodig hebt?
Gezien de ontwikkelingen met betrekking tot specialistische GGZ en het hoofdbehandelaarschap binnen de specialistisch GGZ, kunnen de beroepen psychiater en klinisch psycholoog als uitvoerders van kritische functies in de specialistische GGZ worden beschouwd. Kritische functies zijn die functies waarbij aan de orde is dat, wanneer zij ontbreken, bepaalde vormen van zorg niet geleverd kunnen worden (ZorgpleinNoord en Venturaplus, 2014).

Wanneer spreekt men van strategisch HRM?

Met strategisch HRM wordt bedoeld dat HRM de onderneming op de markt onderscheidend vermogen ('competetitive advantage') oplevert. Het gaat dus om het maken van keuzes.
Arbeidsallocatie speelt zich niet af in een strategisch vacuüm, maar juist in de strategische context die de organisatie hanteert om haar doelstellingen te bereiken. Daarnaast zijn er krachten in de omgeving van de organisatie werkzaam die direct of indirect het arbeidsallocatieproces op middellange of lange termijn beïnvloeden (Bax, 2003). In het verlengde van het voorgaande: het voldoende in huis hebben van cruciale functies, betekent dat de organisatie aandacht op andere zaken kan richten. Dat is nodig om je als aanbieder in een concurrerende markt te onderscheiden. Maar bij het onvoldoende kunnen aanwenden van cruciale expertise, zeker als dat minder is ten opzichte van concurrenten, ontstaat een bedreiging voor het voortbestaan van de onderneming.
Steijn (e.a., 2013) beschrijft dat HRM strategisch HRM wordt, als het een integraal onderdeel vormt van het algemene strategische beleid van de organisatie: "Wanneer klassieke instrumenten van personeelsbeleid centraal staan, wordt traditioneel personeelsbeleid ingezet om de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel in de organisatie te beheersen. Als de strategische kant

van HRM wordt benadrukt, zijn deze instrumenten niet onbelangrijk, maar moeten organisaties bij de inzet ervan – tegenwoordig meer dan in het verleden - rekening houden met lange termijn ontwikkelingen in hun omgeving om het hoofd boven water te kunnen houden."
Voldoende kunnen beschikken over specialistische expertise voor het uitvoeren van cruciale functies vergt dus voortdurend aandacht als onderdeel van het strategisch beleid van de organisatie. Een logische vervolgvraag is: hoe ziet dat er in de praktijk dan uit? In de volgende paragraaf wordt meer concreet op handelingsopties ingegaan.

3.2. HANDELINGSOPTIES EN SHRM

Op welke wijze kunnen handelingsopties als onderdeel van strategisch (HRM) beleid worden ingezet en herkend?

Bax (2003) beschrijft vanuit HRM drie manieren van alloceren om de aansluiting tussen vraag en aanbod van personeel tot stand te brengen:

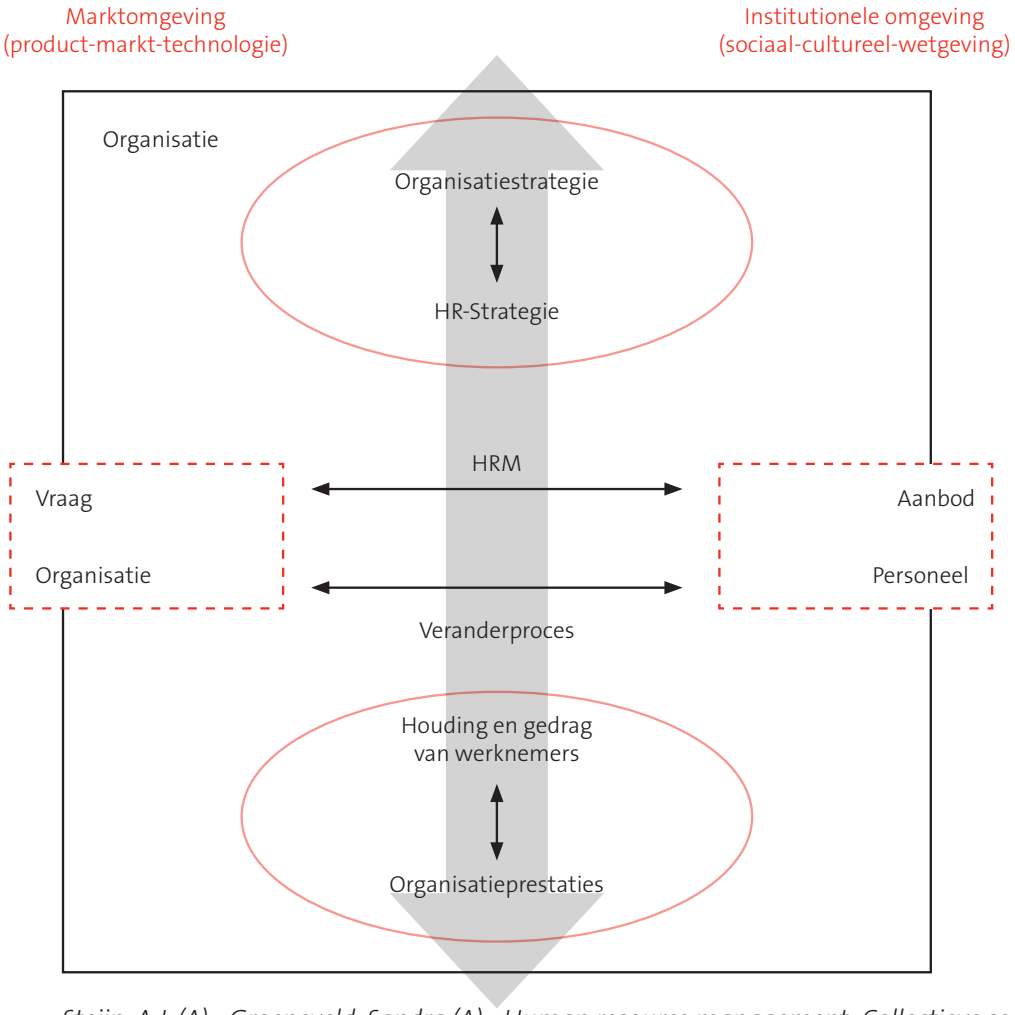
- proberen de vraagzijde te veranderen
- ingrijpen in de aanbodzijde
- zowel de vraag als het aanbod beïnvloeden

Steijn (e.a. 2013) redeneert hierop voort en beschrijft dat bij een gekozen strategie verschillende benaderingen vanuit de HRM mogelijk zijn:

- een benadering met de nadruk op het feit dat werknemers het naar hun zin moeten hebben om goed te presteren
- een benadering met de nadruk op het zo goed mogelijk benutten van mogelijkheden van werknemers en organisatie

Daar zet Steijn (e.a. 2013) een benadering naast, die uitgaat van in eerste instantie een goede externe fit en in tweede instantie een interne fit. De externe fit gaat erom dat de gekozen organisatie en HR-strategie afgestemd zijn op ontwikkelingen in de (externe) omgeving. Vervolgens moet de gekozen organisatiestrategie zich vertalen in een passende HR-strategie (de interne fit), die zich laat zien in de feitelijke HR-praktijk en instrumenten.

Het strategisch human performance model (SHP model) dat Steijn e.a. (2013) hiervoor hebben ontwikkeld, laat zien dat een gekozen HR-strategie zich vertaalt in bijpassende concrete maatregelen, die gevolgen hebben voor zowel de vraagzijde (organisatie-inrichting) als de aanbodzijde (kenmerken van personeel) van arbeid in de organisatie. Onderdeel van het model is ook een veranderaanpak om de gekozen strategie te implementeren, en wel op zo'n wijze dat deze bijdraagt aan goede prestaties van medewerkers en organisatie.



Steijn, A.J. (A) - Groeneveld, Sandra (A) - Human resource management; Collectieve sector

Overigens geeft Steijn (e.a. 2013) ook aan dat organisatie en HR-strategie heel goed hand in hand kunnen worden ontwikkeld. Dat is zeker aan de orde als het gaat om kritische functies. Een organisatiestrategie kan alleen succesvol zijn, als je de mensen hebt of kan vinden om het waar te maken.

In lijn met het SHP-model is in deze thesis in het voorgaande hoofdstuk eerst in kaart gebracht wat voor externe ontwikkelingen er zijn en hoe vraag en aanbod er op dit moment uitzien, dan wel mogelijk hierdoor beïnvloed zullen worden.

In het volgende hoofdstuk wordt dit doorgetrokken naar wat men in het veld zelf hierover zegt. Interessant, in het licht van het onderwerp van deze thesis, is het om te zien hoe GGZ-aanbieders kijken naar de (externe) ontwikkelingen, gerelateerd aan de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen, hoe zij daar met hun organisatiebeleid op anticiperen en hoe dat zich doorvertaalt in hun HR-beleid en praktijk.

In deze thesis wordt niet zozeer aandacht besteed aan implementatieprocessen. Niet om aan het belang en invloed daarvan af te willen doen. Dit is een keuze uit oogpunt van afbakening van de thesis in relatie tot de beschikbare tijd en waar het accent van de onderzoeksvraag ligt. Wel wordt aandacht besteed aan het bovenste deel van het model: wat voor handelingsopties er gehanteerd worden dan wel gehanteerd zouden kunnen worden gezien de interne situatie en externe ontwikkelingen en de verwachte invloed van die ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters.

Denkbaar is dat er in relatie tot het onderwerp van de thesis ook handelingsopties zijn, die het niveau

van een zorginstelling overstijgen. Om ook deze opties mee te kunnen nemen wordt onderscheid gemaakt tussen handelingsopties op microniveau (wat je op het niveau van een zorginstelling kan doen om het evenwicht tussen vraag en aanbod te herstellen) en handelingsopties op macro niveau (interventies bedoeld om het evenwicht in vraag en aanbod overstijgend aan het instellingsniveau te herstellen). Vraag en aanbod van personeel is daarbij vanuit het perspectief van de zorginstelling bekeken.
Naar het SHP-model kijkend, besteedt hoofdstuk 3 en 4 aandacht aan het bovenste deel: marktomgeving en institutionele omgeving, vraag (behoefte van de organisatie aan klinisch psychologen en psychiaters) en aanbod (beschikbare klinisch psychologen en psychiaters) en de organisatie en HR-strategie zoals die is dan wel zou moeten zijn.
Het mooie van het SHP-model is dat de pijlen zich in beide richtingen bewegen. Dat duidt op wederzijdse beïnvloeding van genoemde onderdelen van het model. Conform de werkelijkheid is er geen sprake van een eenrichtingverkeer en van volgordelijkheid.

3.2.1. SHRM vertaald naar handelingsopties van GGZ-instellingen

Vanuit HRM en personeelsmanagement is de neiging om allocatievraagstukken aanbodsgericht op de lossen. Door beïnvloeding van het arbeidsaanbod met behulp van de instrumenten van personeelsbeleid: werving & selectie, training, beoordeling en beloning.
Ingrijpen aan de vraagzijde in de opbouw van taken en functies, betekent ingrijpen in de machtsverhoudingen van de organisatie. Bij het omschrijven van taken en functies gaat het ook om het vaststellen welke functionaris welke bevoegdheden heeft (Bax 2003).

Op zowel de aanbod als vraagzijde is het empirisch onderzoek in hoofdstuk 4 gericht. Het doel daarvan is helder te krijgen wat zorginstellingen inzetten dan wel vinden dat ingezet zou moeten worden aan handelingsmogelijkheden.
Als het gaat om de instrumenten van personeelsbeleid ten aanzien van de beïnvloeding van arbeidsaanbod, kan bij de GGZ worden gedacht aan bijvoorbeeld:

- werving & selectie: adverteren, netwerven, search bureaus inzetten
- training: opleiden, leren en ontwikkelen
- beoordelen: jaar- en beoordelingsgesprekken, visitatie
- belonen: naast financiële of andere secondaire arbeidsvoorwaarden ook bijvoorbeeld mogelijkheden tot het doen van onderzoek of participeren in innovatie.

Als het gaat om instrumenten die de arbeidsvraagzijde beïnvloeden gaat het in de GGZ bijvoorbeeld om:

- keuze product markt portfolio, bijvoorbeeld gericht op diagnostiek en curatieve behandeling of op langdurige herstelgerichte zorg, het accent op GBGGZ of op SGGZ dan wel op beide, gericht op GGZ voor 0 – 100 of het bieden van alleen GGZ voor volwassenen, kiezen voor specialisatie op een aantal specifieke stoornisgroepen of behandelvormen et cetera
- ontwerp en inrichting: bijvoorbeeld het ontwikkelen van zorgpaden en keuze welke skillmix daarbij wordt ingezet, het professioneel statuut waarin beschreven wordt hoe taken en bevoegdheden en verantwoordelijkheden van professionals in de organisatie zijn belegd of taakherschikking.

Taakherschikking kan zowel op micro- als op macroniveau aan de orde zijn. Op macroniveau door nieuwe kaders. Bijvoorbeeld de toepassing van het aan BIG artikel 36 lid 16 gekoppelde experimenteer

artikel, op basis waarvan verpleegkundig specialisten in de GGZ van 1 januari 2012 tot 1 januari 2017 zelfstandig voorbehouden handelingen indiceren en uitvoeren (Loth e.a., 2013). Op microniveau worden binnen de toegestane kaders door instellingen zelf keuzes gemaakt hoe taken worden belegd en welke professionals men waarvoor in dienst neemt.

3.2.2. SHRM vertaald naar handelingsopties op macroniveau

Het jaarprogramma 2013 van de vereniging van Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ), spreekt van een noodzaak vanuit arbeidsmarktoverwegingen om te komen tot verandering. Bij ongewijzigd beleid, voorzien de BoZ grote kwantitatieve en kwalitatieve arbeidstekorten in de zorg (BoZ, 2013). Oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktkrapte die worden genoemd door Venturaplus en Zorgplein Noord (2014) lenen zich meer voor een instellingsoverstijgende aanpak als branche of regio:

- Taakherschikking, met name het afsplitsen van taken van medisch specialisten naar nurse practitioners en physician assistents.
- Aan de aanbodzijde voorlichting geven over specialisaties voordat geneeskunde studenten hun keuze voor specialisatie definitief maken.
- Het imago van de regio: onder de aandacht brengen waarin een regio vooroploopt.
- Het maken van afspraken over bijvoorbeeld arbeidsvoorwaarden en aantallen op te leiden beroepen op regioniveau, om te voorkomen dat personeel bij elkaar weggekocht wordt.
- Samenwerking tussen organisaties, onderwijs en zelfs andere bedrijfssectoren kan helpen om werken en wonen in regio's te promoten.

HRlab (2012) is ontstaan uit een groep bevlogen HR-professionals. Zij willen denkkaders vernieuwen, vanuit de overtuiging dat toekomstige ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid zullen leiden tot problemen die niet meer op te lossen zijn met de gebruikelijke HR-instrumenten en de klassieke rol van HR. HRlab adviseert dan ook om te proberen nieuwe oplossingen voor de toekomst te vinden vanuit een nieuw systeem, in plaats van het huidige. Er is een noodzaak om te vernieuwen om productiviteit, flexibiliteit en ons innoverend vermogen snel en sterk te verbeteren. Dit kan volgens HRlab onvoldoende met ons huidige geïnstitutionaliseerde systeem.

De contouren van het nieuwe systeem zijn volgens HRlab (2012) duidelijk: we zullen steeds meer gaan samenwerken in smart networks of communities. Het volgende hoofdstuk geeft gegevens uit empirisch onderzoek weer. Interessant is om bij zowel de handelingsopties op micro- als op macroniveau te kijken of uit het empirisch onderzoek blijkt dat aan nieuwe systemen wordt gedacht als handelingsopties van zorginstellingen.

Om verandering op macroniveau op gang te brengen, kunnen instellingen en branchevereningingen zelf een (initiërende) rol spelen. Maar ook opleidingen of bijvoorbeeld stichtingen die zich met erkenningseisen en ontwikkelingseisen van beroepsopleidingen bezig houden, zoals het CONO[23]. Behalve de meer traditionele wegen, vervullen netwerken die via sociale media ontstaan een initiërende rol in het vormen van innovatieve ideeën en op gang brengen van verandering door beïnvloeding van opinies.

Zoals genoemd kunnen ook branche-overstijgende samenwerkingsverbanden voor bepaalde handelingsopties een meer effectieve route zijn, bijvoorbeeld als het gaat om het imago van de regio.

[23] CONO heeft tot doel het bevorderen van kwaliteit, afstemming en innovatie van beroepen en opleidingen in de brede GGZ

3.3. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk hebben we SHRM verkend. Uitgegaan is van de definiëring van SHRM door Steijn e.a. (2013), waarbij HRM integraal onderdeel is van het algemene strategische beleid van de organisatie. Daarbij wordt met de inzet van HR-instrumenten rekening gehouden met continuïteit van de organisatie en met lange termijn ontwikkelingen in de omgeving. Het SHP-model van Steijn e.a. (2013) laat zien dat een gekozen HR-strategie zich vertaalt in bijpassende concrete maatregelen, die gevolgen hebben voor zowel de vraagzijde als de aanbodzijde van arbeid in de organisatie.
In dit hoofdstuk is een scala aan mogelijke handelingsopties genoemd voor het omgaan met arbeidsmarktkrapte door middel van SHRM op micro- en macroniveau.

Schematisch samengevat:

Mogelijke handelingsopties ter beïnvloeding	Micro	Macro
Aanbod	• adverteren • netwerven • searchbureau inzetten • opleiden • leren en ontwikkelen • jaar- en beoordelingsgesprekken • visitatie • toeslag • secundaire arbeidsvoorwaarden • faciliteren om onderzoek te doen • faciliteren om innovatie te doen	• voorlichting over specialisaties voordat geneeskunde studenten hun keuze maken • imago van de regio bijvoorbeeld onder de aandacht brengen waar de regio in vooroploopt • gezamelijke afspraken maken in de regio over arbeidsvoorwaarden of aantallen op te leiden beroepen • samenwerking tussen organisaties in de regio op het gebied van onderwijs • samenwering in de regio met andere bedrijfssectoren om werken en wonen in de regio te promoten
Vraag	• keuze product markt portfolio, accent op specifieke segmenten of behandelvormen • zorgpadontwikkeling in combinatie met in te zetten skillmix • professioneel statuut • taakherschikking	• taakherschikking • onderlinge afstemming over portfolio keuzes door ketensamenwerking • samenwerken in smart networks • samenwerken in communities

4. VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK, EEN VERGELIJKEND ONDERZOEK ONDER GGZ-INSTELLINGEN

4.1. INLEIDING

Het empirisch onderzoek is uitgevoerd om te beschrijven hoe de arbeidsmarkt op dit moment is en instellingen aankijken tegen de impact van actuele ontwikkelingen. Vanuit theoretisch kader is een beeld geschetst van welke mogelijke ingangen voor handelingsopties denkbaar zijn. Door GGZ-instellingen hiernaar te vragen en hierop te vergelijken, kunnen we zien welke handelingsopties GGZ-instellingen gebruiken dan wel overwegen te gebruiken. Eerst wordt een aantal jaarverslagen hiertoe geanalyseerd. Vervolgens worden de directeuren of managers HR van zes GGZ-instellingen geïnterviewd. Behalve wat op instellingsniveau aan handelingsopties in beeld komt, wordt ook geïnventariseerd wat er – zowel in jaarverslagen als tijdens de interviews - aan macro handelingsopties worden genoemd.

4.2. EEN ANALYSE VAN JAARVERSLAGEN VAN NEGEN GGZ-INSTELLINGEN

Op welke wijze proberen zorginstellingen de aansluiting tussen vraag en aanbod te realiseren en zien we dat terug in hun beleid? Voorafgaand aan een aantal interviews bij zorgaanbieders, zijn jaarverslagen 2012 (www.jaarverslagenzorg.nl) doorgenomen van negen geïntegreerde GGZ-instellingen.

Steeds zijn drie jaarverslagen bekeken, van geïntegreerde GGZ-instellingen uit respectievelijk het midden/westen, zuiden en noorden van het land. Over het algemeen zeggen geïntegreerde GGZ-instellingen weinig over de capaciteitsbehoefte in hun jaarverslag 2012. Per regio volgt hieronder een nadere weergave van de documentanalyse.

4.2.1. Midden/westen van het land

Van drie instellingen uit het westen van het land is het jaarverslag 2012 bekeken, te weten Parnassia Groep, Rivierduinen en Altrecht:

Parnassia groep (met name midden/westen, ook een deel in periferie) noemt in het jaarverslag 2012 als een van de belangrijkste uitdagingen voor de komende jaren ten aanzien van de arbeidsmarktproblematiek: met name door de vergrijzing zullen we steeds minder mensen ter beschikking hebben die zorg kunnen leveren. Bij het personeelsbeleid wordt het toenemende belang van strategische personeelsplanning genoemd om het toekomstige personeelsbestand af te stemmen op de doelstellingen van en veranderingen in de organisatie. Daar hangt het arbeidsmarktbeleid nauw mee samen. Er is een ondersteunend en coördinerend wervingsbureau om de zorgbedrijven van Parnassia Groep te ondersteunen bij werving. Specifiek wordt genoemd dat het nog altijd lastig blijft om hoogopgeleide professionals zoals psychiaters, artsen (anios) en GZ-psychologen aan te trekken.

Parnassia Groep heeft 'deskundigheid' als een kernwaarde en investeert daarvoor in opleiding en (bij)scholing. Binnen de Parnassia Academie is alle opleiding, onderzoek en kennisontwikkeling ondergebracht. Voor onderzoek en opleiding zijn er verschillende samenwerkingsverbanden met universiteiten, collega GGZ-instellingen en opleidingsinstituten en hogescholen. Een aantal medewerkers (hoogleraren) bekleedt een (bijzondere) leerstoel. Parnassia Groep heeft postinitiële opleidingen voor onder meer klinisch psycholoog en psychiater.

Bij visitatie werd het opleidingsklimaat als buitengewoon goed gekwalificeerd.
Een aantal op werven gerichte interventies wordt genoemd:

- Toenemende inzet van social media (o.a. Twitter en LinkedIn) om de lastig te werven doelgroepen breder te benaderen. Hier wil men de komende jaren nog intensiever op inzetten.
- Verbetering in de arbeidsmarktcommunicatie zoals optimaliseren van het vacatureformat en teksten, aanwezigheid op relevante jobboards, publicatie van Parnassia Groep nieuws via wervingskanalen op sociale media en verhalen en filmpjes op de website www.werkenbijparnassiagroep.nl
- Manier van werven meer gericht op het bouwen en onderhouden van relaties met potentiële kandidaten, meer denkend in termen als 'netwerven' en 'talentpoolmanagement'. Dit onder meer voor de moeilijk vervulbare functies.

Rivierduinen geeft in de jaarverantwoording 2012 weer:
"Hebben we in de praktijk nog wel tijd voor onze cliënten en voor onszelf? Kunnen we nog zelf bepalen waar we onze tijd aan besteden? We haasten ons van afspraak naar afspraak, meten volgens Routine Outcome Monitoring, schrijven tijd in Diagnose Behandeling Combinaties. Onze professionals schrijven hun verplichtingen in minuten en houden minder tijd en ruimte over voor patiënten." Dit zegt iets over de taken waar behandelaren mee te maken hebben.
De interventies die zij weergeven zijn meer gericht op de beïnvloeding van de vraagkant:

- We spannen ons in om onze professionals zo goed mogelijk in alle tijdslurpende activiteiten te ondersteunen. De projecten ROM, risicotaxatie in EPD en sturen op DBC zijn hier voorbeelden van. We creëren randvoorwaarden om proactief in te kunnen blijven spelen op nieuwe ontwikkelingen.
- Met zorgprogramma's brengen we inhoud en bedrijfsvoering bij elkaar. Ze geven ons ook, of misschien wel juist, in moeilijke tijden een gericht handvat zodat we onze patiënten excellente en doelmatige zorg kunnen blijven leveren.

Altrecht geeft in zijn directieverslag over 2012 geen specifieke informatie over arbeidsmarkt en inzet van psychiaters en klinisch psychologen aan. Het strategisch beleid van Altrecht is toenemend gericht op het vormen van goede netwerken:
"Alleen kan het al lang niet meer. De actuele vraag is: met welke professionele partners en op welke manier kunnen we de patiënt de beste, meest effectieve en efficiënte zorg bieden?"

Altrecht heeft ruim 100 onderzoekers die tevens als behandelaar werken. Er is een wisselwerking tussen het doen van onderzoek, het bieden van zorgverlening, goede onderzoeksresultaten en succesvolle behandelinnovaties. Deze wisselwerking helpt Altrecht, zo staat in het verslag, om een effectieve hulpverlener, aantrekkelijke werkgever en efficiënte zorgaanbieder te zijn.
Altrecht heeft een Altrecht Academie om bij te dragen aan de ontwikkeling als lerende en kennisintensieve GGZ-instelling.
Bovenstaande duidt op interveniëren aan zowel vraag- als aanbodkant.

4.2.2. Zuiden van het land

Ook van drie GGZ-aanbieders in het zuiden van het land is het jaarverslag 2012 bekeken op wat men over de arbeidsmarkt, dan wel interventies of beleid op dat gebied, van klinisch psychologen en psychiaters zegt. Dit betreft Emergis, Reinier van Arkel groep en GGZ Breburg:

Emergis geeft in het maatschappelijk verslag over 2012 aan dat ze in 2012 financieel en kwalitatief in de problemen zit. Men zegt niets specifiek over arbeidsmarkt en inzet van psychiaters en klinisch psychologen. Het doel om in 2012 alle zorgprogramma's beschreven te hebben en uitgewerkt naar zorgpaden is niet gehaald. Emergis geeft aan de eerste helft van 2013 nog veel werk te moeten verzetten om de zorgpaden meetbaar c.q. 'smart' te formuleren. Het jaarverslag heeft in zijn algemeenheid sterk het accent op bezuinigen en risicobeheersing. In verband met verbeteren van kwaliteit van medewerkers is een leergang leiderschap ontwikkeld. In deze leergang, die in 2011 en 2012 liep, is ook een opleidingstraject voor psychiaters, klinisch psychologen en coördinatoren van de zorgprogramma's aangeboden. Zij doorlopen een gedeelte van de leergang.

Reinier van Arkel groep geeft geen specifieke informatie over de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen in het maatschappelijk verslag 2012, dan wel over de inzet die zij daarop plegen. In het algemeen wordt wel het een en ander aan beleid en ontwikkelingen beschreven:

- Het beleidsvoornemen voor 2012 was een ontwikkeling naar meer autonomie en verantwoordelijkheid. Voor professionals vertaald in verantwoordelijk voor de eigen professionele ontwikkeling, flexibliteit en mobiliteit. Daarbij is het streven naar minder regels en meer vertrouwen.
- Naar de toekomst toe wil men meer op duurzaamheidsbeleid inzetten. Daarbij gaat aandacht voor het personeel uit naar inzetbaarheid, talentontwikkeling, diversiteit en arbeidssatisfactie.
- Er is met een aantal GGZ-instellingen in de regio per 2013 een gezamenlijk intercollegiaal mobiliteitsnetwerk opgericht. Enerzijds om medewerkers te behouden voor de sector, anderzijds om van elkaars kennis en expertise gebruik te maken voor het mobiliteitsvraagstuk in de organisaties.
- Sinds 2010 is Het Leerhuis gestart, om te komen tot een lerende organisatie. Reiner van Arkel groep geeft aan dat zij, met twee centra die specialistische zorg op bovenregionaal niveau leveren, eraan werken om het predicaat Top-GGz te behalen. Op deze route is er veel aandacht voor wetenschappelijk onderzoek in samenwerking met de universiteit.
- In 2012 heeft Het Leerhuis samen met de centra verdere onderzoekslijnen geïmplementeerd. In de vorm van de Journal club, waaraan alle postdoctoraal opleidingen deelnemen, wordt multidisciplinair leren en verrichten van onderzoek vormgegeven.

GGZ Breburg geeft eveneens in haar verslag over 2012 geen specifieke informatie over arbeidsmarkt en inzet van psychiaters en klinisch psychologen. Wel geeft zij aan dat na realisatie van bezuinigingen, zich een tekort aan behandelaren voordoet om de afgesproken productie te realiseren.
Verder wordt een aantal algemene relevante beleidslijnen beschreven:

- In 2012 is veel aandacht besteed aan ontwikkeling van zorgpaden en het leveren van zorg conform zorgpaden. Het doel hierbij is om efficiënt en effectief zorg te leveren conform de landelijke Multidisciplinaire richtlijnen.
- De inzet van zeer deskundige professionals is op indicatie.
- Er wordt volgens state of the art inzichten en methodieken gewerkt en geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek.
- Om kwaliteit van zorg te vergroten worden er nadrukkelijk samenwerkingsverbanden en partnerschappen aangegaan in de zorgketen.

In de toekomst wil men onderscheidend zijn door een aantal 'specialiteiten' die worden ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, en door te investeren in de deskundigheid van medewerkers.

Breburg kent een afdeling Onderwijs en de Breburg Academie GGZ. GGZ Breburg participeert (evenals Reinier van Arkel groep) in het mobiliteitsnetwerk met collega-instellingen in de regio met als doel arbeidskrachten voor de GGZ dan wel voor de zorg te behouden.

4.2.3. Noorden van het land

Van de GGZ-aanbieders in het noorden zijn de jaarverslagen van Lentis, GGZ Drenthe en GGZ Friesland doorgenomen:

Lentis geeft in haar jaarverslag over 2012 geen specifieke informatie over arbeidsmarkt en inzet van psychiaters en klinisch psychologen. Relevant om te noemen is dat Lentis een strategische alliantie met Menzis is aangegaan. Ze willen samen meer grip krijgen op de maatschappelijke context van zorg. Hierbij wordt fors ingezet op reductie van bureaucratie. Ten aanzien van de meerjarenvisie geeft Lentis aan:

- Dat zij heldere keuzes in haar portfolio zal maken.
- Een belangrijke beweging die men wil maken is medewerkers meer richting en ruimte geven en de verantwoordelijkheid voor het vakmanschap weer zoveel als mogelijk bij de vakman/vakvrouw neerleggen.

Lentis heeft in 2012 een innovatieprogramma iLentis vormgegeven. Dit startte met een intensieve creatieve fase, waarin zo'n 100 eigen medewerkers participeerden. Met input van stakeholders en kennispartners kwamen zij tot ideeën en prioritering. Het programma wordt in cocreatie met de lijn en patiënten vormgegeven. iLentis moet zowel bijdragen aan het innovatievermogen van Lentis, maar ook aan de reputatie van Lentis als een vooruitstrevende instelling en werkgever. Men wordt inmiddels uitgenodigd om over eHealth toepassing te spreken op nationale symposia en congressen.

GGZ Drenthe geeft in haar jaarverslag over 2012 niet specifiek informatie over arbeidsmarkt en inzet van psychiaters en klinisch psychologen.
Wel geeft zij aan verantwoordelijkheden en bevoegdheden laag in de organisatie te leggen, zoals bij de visie op herstelgericht werken past. En dat dat voor medewerkers voor een spanning zorgt om te voldoen aan de professionele normen voor de te verlenen zorg en prestatiedoelstellingen als bijvoorbeeld ROM, productiviteit en zorgprogrammering te halen. Dit lijkt een beïnvloeding aan de vraagkant te zijn in vervolg op concernbeleid (doorvoeren visie herstelgericht werken). Aan herstelgericht werken is een ontwikkeltraject verbonden.
Een andere invloed op de vraagkant betreft het werken vanuit zorgprogramma's: de vertaling van zorgprogramma's in capaciteitsplannen, formatieplannen en huisvesting van zorgeenheden. De invoering hiervan is de verantwoordelijkheid van de divisiedirecties.
Als maatregel aan de aanbodkant kan worden beschouwd:

- De afdeling Opleidingen draagt bij aan optimale instroom van kwalitatief goed opgeleide nieuwe medewerkers in de belangrijke disciplines. In de opsomming van disciplines worden ook psychiater en klinisch psycholoog genoemd.

GGZ Drenthe geeft aan naast basiszorg ook specialistische behandelfuncties te bieden en daarnaast een breed scala aan mogelijkheden voor opleiding en onderzoek.
Er wordt samengewerkt met zorgaanbieders uit andere sectoren en met instellingen voor onderwijs en onderzoek (hogeschool en universiteiten).
GGZ Drenthe heeft een flinke bezuiniging in 2012 doorgevoerd, formatiereductie is gerealiseerd door een groot deel van de tijdelijke contracten niet te verlengen, vacatures niet door externe werving te

vervullen en 'boventallige' medewerkers intern te herplaatsen.

GGZ Friesland geeft aan te streven naar het aantrekken van gemotiveerd en goed gekwalificeerd personeel en haar zittende en potentiële medewerkers de mogelijkheid te bieden zich optimaal te ontwikkelen als professional. Hier wordt niet specifiek gesproken over arbeidsmarkt dan wel beroepen psychiater of klinisch psycholoog.
Als middel om voor professionals een aantrekkelijke werkgever te zijn, noemt GGZ Friesland:

- opleiden, onderzoek en scholing onderbrengen in een Leerhuis;
- afspraken over het gezamenlijk uitvoeren van een vijfjarig onderzoeksprogramma samen met het UMCG.

Dit zijn maatregelen met name aan de aanbodkant (werven, opleiden, ontwikkelen).
Als succesbepalende factor voor 2012 worden onder meer zorgprogrammering, ambulantisering en klantgerichte en samenwerkende medewerkers genoemd. Op basis van de zorgprogramma's wordt bezien welke formatie qua omvang en qua samenstelling nodig is om het zorgprogramma uit te voeren.

Lentis, GGZ Drenthe en GGZ Friesland werken voor onderzoek samen in het Rob Giel Onderzoekscentrum, ter versterking van het wetenschappelijk onderzoek binnen de GGZ in Noord Nederland.

4.2.4. Samenvattend

Over het geheel genomen wordt begin 2013 (als het jaarverslag over 2012 wordt opgesteld) in ieder jaarverslag van de genoemde geïntegreerde GGZ-instellingen wel iets genoemd over waar men mee bezig is om vraag en aanbod te beïnvloeden.
Wat aan de orde komt is dat men belang hecht aan opleiden en onderzoek in relatie tot voldoende instroom van klinisch psychologen en psychiaters. Parnassia Groep geeft aan voor werving / toekomstige instroom, meer gebruik te willen maken van social media en relatiebeheer. Altrecht wijst op het belang van opleiden en onderzoek in brede zin, niet alleen voor instroom maar ook voor uitvoering van zorg, van het vormen van netwerken en samen doen. Rivierduinen benadrukt het risico dat de professionals 'geleefd worden' door de registratieve verplichtingen en zet in op projecten voor het maximaal faciliteren van de professionals.
Vrijwel elke organisatie is in 2012 bezig geweest met zorgprogrammering en zorgpadontwikkeling en heeft een leerhuis of is bezig dit op te richten.

Op de volgende pagina wordt schematisch weergegeven wat uit de negen jaarverslagen naar voren komt aan handelingsopties.

Mogelijke handelingsopties ter beïnvloeding	Micro	Macro
Aanbod	• Strategische personeelsplanning • Eigenwervingsbureau voor coördinatie en ondersteuning zorgonderdelen • Opleiden en (bij)scholen; zeker zelf opleidingsplaatsen tot psychiater en klinisch psycholoog • Eigen Leerhuis of Academie voor (onder meer) postinitiële opleidingen • Onderzoek en kennisontwikkeling, eventueel als onderdeel van Leerhuis of Academie • Een goed opleidingsklimaat • Werving middels inzet sociale media • Optimale vacature formats en teksen • Aanwezig op relevante jobboards • Publiceren van nieuws en verhalen/ filmpjes via sociale media en internetsite • Relatiebeheer met potentiële kanidaten, netwerken en talentpoolmanagement • Onderzoek mogelijkheden • Mogelijkheden tot behandelinnovatie • Leergang leiderschap • Aandacht voor duurame inzetbaarheid • Talentontwikkeling • Onderscheiden door top-GGZ • Bovenregionaal specifiek aanbod • Keuze voor bepaalde onderzoekslijnen • Heldere porfolio keuzes • Werken aan reputatie van de instelling als innovatief en vooruitstrevend • Flexibele schil met tijdelijke contracten of ZZP, zodat krimp kan worden opgevangen	• Samenwerking met universiteiten, collega GGZ instellingen, opleidingsinstituten en hogescholen voor onderzoek en opleiden • Hoogleraren in huis die een (bijzondere) leerstoel bekleden • Regionaal gezamelijk intercollegiaal mobiliteitsnetwerk • Vormen van een Journal club voor Multi disciplinair leren en verrichten van onderzoek
Vraag	• Ondersteuning van professionals bij alle tijdslurpende (registratieve) activiteiten als ROM, risicotaxatie, DBC registratie • Zorgprogramma's en zorgpaden, inzet van professionals op indicatie, zorgpaden vertalen in capaciteit en formatieplannen • Bovenregionale specialisthische zorg • Heldere porftolio keuzes • Keuze voor een visie (herstelgericht werken, verantwoordelijkheid laag in de organisatie)	• Vormen van goede netwerken, patiënt beste, meest effectieve en efficiënte zorg bieden vanuit netwerk; om kwaliteit van zorg te vergroten nadrukkleijk samenwerkingsverbanden en parterschappen aangaan in de keten • Vorm van een stategische alliantie met financier • Innovatie in co creatie

Een aantal interventies komt zowel bij vraag- als aanbodbeïnvloedende handelingsopties naar voren. Bijvoorbeeld heldere portfoliokeuzes. Enerzijds heeft dat invloed op de vraag; de keuze voor een bepaalde doelgroep brengt met zich mee dat het capaciteit- en formatieplan daarop aangepast wordt en er dus een andere vraag kan ontstaan. Maar heldere portfoliokeuzes kunnen ook een wervende kracht zijn, omdat potentiële kandidaten willen werken bij een instelling die 'gaat' voor de doelgroep of type zorg waarmee zij affiniteit hebben.

Wat opvalt is dat ook uit de jaarverslagen de meeste handelingsopties voorkomen in het kwadrant handelingsopties voor beïnvloeden van aanbod op instellingsniveau. En dat ook hier deze opties over het algemeen een meer specifiek karakter hebben dan de handelingsopties in de andere kwadranten.

In de volgende paragraaf worden de uitkomsten van interviews onder directieleden of managers HR bij een zestal instellingen begin 2014 weergegeven. Het afnemen van de interviews is ongeveer een jaar later dan de jaarverslagen 2012 zijn opgesteld. In de interviews is gevraagd hoe zij de arbeidsmarkt ervaren, dit in relatie tot de externe ontwikkelingen en hun handelingsmogelijkheden om hierop te anticiperen.

4.3. INTERVIEWS ONDER DIRECTEUREN OF MANAGERS HR VAN ZES ZORGINSTELLINGEN

Bij zes geïntegreerde GGZ-instellingen, twee in het noord-westen van het land (instelling A en instelling B), twee in het noorden (instelling C en instelling D) en twee in de Randstad (instelling E en instelling F), is de directeur of manager HR gevraagd naar respectievelijk:

- de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen
- ontwikkelingen en hun betekenis voor de arbeidsmarkt
- handelingsopties voor (strategisch) HR-beleid

In bijlage 4 is de vragenlijst voor de interviews bijgevoegd. De resultaten uit de interviews worden als bijlage 6 in totaaloverzichten weergegeven.
De resultaten uit de interviews bij zorginstellingen worden op verschillende manieren geanalyseerd: eerst wordt per item de resultaten beschreven en geanalyseerd, kijkend per item naar alle resultaten van alle zes geïnterviewden.
In 4.3.7. volgt een vergelijkende analyse tussen de regio's en worden van de instellingen in dezelfde regio de resultaten vergeleken.

Eerst wordt gekeken naar het beeld dat ontstaat uit de interviews bij de zes instellingen met betrekking tot de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen.
Vervolgens wordt gekeken naar wat de instellingen ervaren dan wel verwachten van actuele ontwikkelingen met betrekking tot die arbeidsmarkt.
En tot slot wordt gekeken naar de handelingsopties voor (HR) beleid, wat doet men nu en wat zou men willen doen.

4.3.1. Hoe ervaren de directieleden of managers de huidige schaarste van psychiaters en klinisch psychologen?

Alle instellingen geven aan dat de arbeidsmarkt krap is. Met betrekking tot psychiaters is de arbeidsmarkt krapper dan met betrekking tot klinisch psychologen. Er is recent wel een verandering merkbaar, die met name aan krimp van de specialistische GGZ als gevolg van overheidsbeleid wordt toegeschreven.

"Alles staat nu on hold in verband met verwachte krimp[24]."

Maar vacatureruimte invullen kost doorgaans moeite en er wordt stevig onderhandeld door klinisch psychologen en psychiaters over beloning (zowel financieel als in secondaire arbeidsvoorwaarden). Opvallend is de specifieke krapte aan kind-en jeugdpsychiaters die door meerdere instellingen wordt genoemd.
Over het algemeen hebben de instellingen de indruk dat het beeld overeenkomt met het landelijke beeld, maar daar zijn wel een aantal uitzonderingen op. Zo springt één instelling in het noorden van het land eruit met grote krapte aan psychiaters vergeleken met de andere instellingen en zo wordt door een aantal instellingen genoemd dat er signalen zijn dat enkele instellingen in het westen van het land niet meer psychiaters kunnen plaatsen die uitstromen uit de opleiding. Bij een paar van de geïnterviewde instellingen komt de situatie voor dat, als gevolg van de krimp en bezuinigingen, de omvang interim inhuur van psychiaters kan worden teruggebracht.

"Voor het eerst worden de komende maanden enkele psychiateruren boventallig. Kleine plukjes, maar het gaat wel gebeuren."

De geïnterviewden bevestigen het beeld dat in plattelandregio's die wat verder van universiteitssteden of de Randstad liggen, het probleem om vacatures ingevuld te krijgen verhoudingsgewijs het grootst is.

"Daar willen mensen uit de Randstad niet altijd naar toe om te werken. Enerzijds vanwege de afstand tot wonen, anderzijds omdat die vestigingen kleiner zijn en daar dus minder specialistisch gewerkt kan worden."

De schaarse arbeidsmarkt brengt bij alle geïnterviewde instellingen de noodzaak met zich mee, dat men met name voor psychiaterformatie verhoudingsgewijs dure ZZP-ers in moet zetten. In het licht hiervan wordt het terugbrengen van opleidingsplaatsen voor psychiaters over het algemeen door de geïnterviewden onwenselijk geacht.

"Als je een blik psychiaters, klinisch psychologen en GZ psychologen open kan trekken, word je rijk."

Instroom uit het buitenland komt wel voor bij geïnterviewde instellingen, maar beperkt. Of dit succesvol verloopt hangt volgens geïnterviewden voor een belangrijk deel af van de aandacht die, naast gelegenheid voor het leren van de taal, aan introductie en begeleiding wordt besteed.
Het komt eigenlijk niet voor dat mensen uit de beroepen psychiater of klinisch psycholoog na hun specialistische opleiding voortijdig hun beroep verlaten. Integendeel, een aantal blijft na pensionering deels doorwerken.

4.3.2. Hoe zien zij de ontwikkelingen en de toekomstige arbeidsmarkt?

De instellingen verwachten als gevolg van de substitutie (versterken huisartsenzorg en verschuiving naar generalistische basis ggz van lichtere problematiek) weinig effect voor de arbeidsmarkt van psychiaters en klinische psychologen. De specialistische GGZ zal kleiner worden dan voorheen de tweedelijns GGZ was, maar ook meer specialistisch. De verwachte inzet in GBGGZ van deze beroepen wordt niet dan wel zeer beperkt (consultatief) ingeschat. De invloed van GBGGZ zal naar

[24] De citaten die in dit hoofdstuk ter illustratie worden gebruikt, zijn afkomstig uit de interviews met de directeuren of managers HR van de zes GGZ instellingen.

verwachting meer consequenties hebben voor de arbeidsmarkt van GZ-psychologen, dan voor klinisch psychologen. Wel zal naar verwachting, als gevolg van de substitutie, een groter appèl op consultatie worden gedaan.

"Je weet nog niet wat de vraag aan bijvoorbeeld consultatie wordt. Als het fors anders wordt moeten we wellicht krimpen of naar een andere disciplinemix. Dan ben je afhankelijk van tijdelijke contracten om snel te kunnen anticiperen. Maar die zitten vooral bij de basispsychologen."

De geïnterviewden kunnen zich nog moeilijk een beeld vormen van het effect dat de decentralisaties voor (arbeidsmarkt van) de beroepen psychiater en klinisch psycholoog met zich mee zal brengen. Van de huidige ontwikkelingen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap wordt wel nadrukkelijk effect op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen verwacht. Veel instellingen hebben dit jaar met de zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over de inzet van GZ-psychologen (onder bepaalde condities) als hoofdbehandelaar in de SGGZ. De helft van de geïnterviewden voorziet grote problemen, mocht dat in de komende jaren niet meer kunnen. De problemen die genoemd worden, zijn: de beperking op taakherschikking (met name tussen psychiater en verpleegkundig specialist), het risico dat de klinisch psychologen en psychiaters zich onvoldoende met uitvoeren van complexe behandelingen kunnen bezighouden en daardoor hun werk niet meer interessant vinden en het risico de zorg niet meer te kunnen leveren (kwalitatief onder de maat dan wel lange wachttijden).
Tot slot wordt gewezen op het kostenverhogende effect van de eisen. Dit laatste vooral doordat sommige verzekeraars niet volstaan met de eis dat de hoofdbehandelaar de regie over de behandeling voert, maar ook percentages noemen waarin de uitvoering van de behandeling door de hoofdbehandelaar zelf moet worden uitgevoerd.

"We maken duidelijk hoe het zorgproces in elkaar zit. Dat je niet in elke fase zo'n hele dure behandelaar nodig hebt. Dat die regie voert is prima. Maar dat die 50% van een behandeling zelf zou moeten uitvoeren is onzin."

Wat uitstroom als gevolg van 'vergrijzing' betreft, herkennen twee geïnterviewden dat de komende jaren bij klinisch psychologen een grote uitstroom als gevolg van pensionering ontstaat.
Met betrekking tot taakherschikking noemen bijna alle geïnterviewden in dit verband de kans om taken van artsen en psychiaters over te dragen aan de verpleegkundig specialist. Daarnaast wordt door een geïnterviewde taakherschikking genoemd in relatie tot registratieve taken. Klinisch psychologen en psychiaters kunnen hier, mits goed ondersteund door ICT, zelf meer uitvoering aan geven.

"...in plaats van, zoals voorheen, bandjes inspreken en doorschuiven naar secretariaat."

Daarnaast wordt door een geïnterviewde genoemd dat meer verantwoordelijkheid bij behandelaren neergelegd kan worden voor meer doelmatigheid en efficiëntie. Dat zal ook effect hebben op hoe taken zijn verdeeld. Een geïnterviewde wijst op het risico dat bij vergaande opsplitsing van taken, psychiaters en klinisch psychologen hun werk niet leuk meer vinden.

"We krijgen bij recente belangstelling ook wel te horen dat mensen door taakherschikking hun werk minder leuk vinden op de plek waar ze nu werkzaam zijn."

Geïnterviewden hebben nog geen beeld bij het (mogelijke) effect van verandering van opleidingsroutes voor klinisch psycholoog of psychiater. Een ieder hecht zeer aan zijn/haar opleidingsplaatsen en wil deze optimaal benutten vanwege de gewenste nieuwe aanwas.

4.3.3. Eerste deelconclusie

Er is een wisselend beeld van de huidige arbeidsmarkt en de verwachte invloed van actuele ontwikkelingen daarop. Er zijn nog steeds instellingen met moeilijk vervulbare vacatures. Met name op locaties die verder van grote (universiteits-)steden af liggen. Alle instellingen zetten nu noodgedwongen ZZP-ers in. Maar er wordt als gevolg van krimp ook een kentering bemerkt. Voor het eerst sinds jaren lijkt de schaarste van klinisch psychologen en psychiaters af te nemen.
Van de versterking van de huisartsenzorg en GBGGZ en de decentralisaties, wordt vooralsnog niet verwacht dat dit tot meer schaarste van psychiaters en klinisch psychologen zal leiden.

"Voor inzet in de GBGGZ zijn klinisch psychologen te duur vanwege de tarieven."

Wel is er zorg of er voldoende consultatie door klinisch psychologen en – vooral – psychiaters zal worden ingekocht, om de substitutie te doen slagen. De SGGZ zal kleiner maar ook meer specialistisch worden. Dat daarbij eisen aan hoofdbehandelaarschap worden gesteld voor (toezicht op) behandelregie vindt niemand een probleem. Wel wordt het als een groot probleem gezien dat de zorgverzekeraars zich vergaand bemoeien met hoe de zorgorganisaties de zorg vervolgens inrichten. Dit leidt tot onnodig hoge kosten en opsplitsing van taken. En risico op langere wachttijden omdat men niet altijd aan de eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap kan voldoen.

4.3.4. Welke handelingsopties voor HR-beleid hanteren de directieleden of managers?

Wat betreft de handelingsopties aan de aanbodkant van de arbeidsmarkt, geven alle instellingen aan dat het in huis hebben van opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen en psychiaters van het grootste belang is voor nieuwe instroom.
Een aantal geïnterviewden noemt in het verlengde hiervan dat het loont om expliciet aandacht te besteden aan opleidelingen in hun organisatie in relatie tot instroom als afgestudeerde binnen de instelling.
Voor werving en selectie wordt het grootste belang gehecht aan het benutten van netwerken. In relatie hiermee wordt door een aantal geïnterviewden genoemd dat de mensen in dienst je beste ambassadeurs zijn en dat zij met betrekking tot werving en selectie wellicht een nadrukkelijker rol kunnen spelen.

"Wij lopen niet zomaar bij de opleidingen binnen, dat is een bolwerk. Dat is het terrein van opleiders. We kunnen onze jonge psychiaters daar meer een rol in geven om de contacten te onderhouden."

Door meerdere instellingen wordt genoemd dat ze vacatures gemakkelijker in kunnen vullen, dan wel zelfs spontane sollicitanten krijgen, doordat ze zich onderscheiden. Dat kan zijn door bekend te staan als innovatief of met een goed onderzoeksklimaat of goed werkgeverschap, of door aantrekkelijk zijn als gevolg van een aansprekend zorgaanbod. Bijvoorbeeld door veel psychotherapie te bieden, door hoog specialistische zorg te bieden, door het accent op bepaalde doelgroepen et cetera.
De meeste instellingen hebben ook ervaring met dure wervingbureaus voor psychiaters. Maar nu de arbeidsmarkt iets meer in balans lijkt te komen, wordt daar afscheid van genomen of spreekt men tariefdaling af.

Werven via social media neemt toe, er wordt weinig meer op papier geadverteerd. Eén instelling noemt virale marketing te zullen inzetten voor werving. Virale marketing is een marketingtechniek die met behulp van bestaande sociale netwerken de bekendheid of positieve associaties probeert te bewerkstelligen op een manier die te vergelijken is met een virale epidemie. Het lijkt op mond-tot-mondreclame versterkt door het internet, waardoor snel en goedkoop een groot aantal mensen bereikt kan worden (nl.wikipedia.org).

Een instelling zag veel nieuwe medewerkers binnen een jaar weggaan en heeft met succes geïnvesteerd in een goede ontvangst en introductieprogramma.
Qua training wordt vooral het belang van eigen opleidingsplaatsen genoemd. Een instelling noemt het probleem dat als de eigen formatie van bijvoorbeeld klinisch psychologen onvoldoende gevuld is, er ook een probleem is in het voorzien van supervisie en werkbegeleiding voor mensen in opleiding tot klinisch psycholoog. Dat vergroot het probleem. Twee instellingen noemen nadrukkelijk verdergaande training in de zin van steeds beter worden in je specialisme en ontwikkelstrategie voor jonge psychiaters bieden.
Met betrekking tot beoordeling noemt een aantal geïnterviewden dat dit beter kan. Door tijdens de opleiding kritischer op de ontwikkeling zijn, maar ook na afstuderen transparant en toetsbaar zijn, elkaar aanspreken.
Beloning wordt verschillend mee omgegaan, als basis CAO en AMS. Maar dikwijls vinden er onderhandelingen plaats over zaken als arbeidsmarkttoeslagen, ontzien van crisisdiensten, extra opleiding of ZZP-inhuur tegen hoge tarieven. Iedere instelling probeert hier greep op te houden, maar ziet zich geconfronteerd met de afhankelijkheid die je als instelling hebt met betrekking tot deze beroepen en de nog bestaande schaarste.

“De ervaring leert toch dat dat dus niet zo werkt. Dan is ergens lokaal de nood heel erg hoog en dan loopt er een psychiater bij een directeur behandelzaken binnen die ook psychiater is. Voor je het weet krijgen wij een telefoontje van maandag begint hij en ik heb dat afgesproken. Misschien wel een beetje te hoog, maar... Dat gebeurt aan de lopende band.”

Een aantal geïnterviewden wijst op het risico bij grote afwijkingen in beloning. Dat heeft doorgaans een prijsopdrijvend effect en geeft scheve gezichten bij mensen die bij onderhandelingen minder hebben binnengehaald. Naast beloning in materiële zin, wordt ook door een geïnterviewde genoemd dat gekozen wordt voor beloning in vakmatige aspecten als perspectief op onderzoeksmogelijkheden.
Gevraagd is of men aan scenarioplanning doet als onderlegger voor HR-beleid en inzet voor interventies. Dat is zeer verschillend. Eén instelling gaat nu specifiek met een strategisch personeelsplanninginstrument werken. De meeste instellingen gebruiken geen specifieke instrumenten, maar zijn of gaan wel bezig met een verkenning van scenario’s. Maar veelal decentraal belegd en gerelateerd aan ontwikkelingen die zich nu voordoen of op korte termijn. Een instelling heeft wel een methode in huis, maar werkt daar niet mee in de praktijk.

“We hebben een methode om systematisch aan strategische personeelsplanning te werken. Maar iedereen is een beetje ziek van de bureaucratie als je daarmee moet werken, dat kost eindeloos veel energie. Dus doen we het veel meer op gevoel. Je kijkt wat om je heen, ziet het team, ziet de markt en maakt een bewuste keuze.”

Interventies aan de vraagkant worden volgens de geïnterviewden niet vanuit arbeidsmarkt overwegingen ingezet. Vanuit deze invalshoek zijn geen keuzes in product marktcombinaties gemaakt. Wel noemt één geïnterviewde dat dat een reden was voor het aangaan van een fusie. Ook het gericht maken van keuzes in skillmix om de vraagkant te beïnvloeden wordt maar zeer beperkt gedaan. De actuele ontwikkelingen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap lijken daar recent wel invloed op te hebben. Het zorgt ervoor dat opnieuw gekeken wordt naar hoe de beroepen die het hoofdbehandelaarschap mogen invullen worden ingezet. Dit heeft vooralsnog een reactief karakter.
De meerderheid van de geïnterviewden geeft wel aan dat er een recente ontwikkeling is ingezet of wordt voorbereid, waarin meer zelforganisatie, regie en verantwoordelijkheid bij de behandelaren komt te liggen.

4.3.5. Hoe zien zij hun handelingsopties voor strategisch HR-beleid en opties op macroniveau?

De geïnterviewden geven allemaal aan dat men geen onderling concurrerend arbeidsmarktbeleid voert met betrekking tot klinisch psychologen en psychiaters. Daar zit ook een gezamenlijk belang aan vast, om geen prijsopdrijvend effect in de regio te bewerkstelligen. Concurrentie in materiële zin vindt dus plaats binnen bepaalde bandbreedtes. Er worden geen onderlinge prijsafspraken gemaakt, maar men kent de gebruikelijke marges. Er is tussen de instellingen meer sprake van zoeken naar synergie, dan van concurreren.

“Er is geen sprake van dat je elkaar met hoge tarieven leegkoopt. Zo zijn de verhoudingen niet. Als we dat doen, krijgen we wel snel een telefoontje van de buren.”

De geïnterviewden geven vrijwel allemaal aan dat in de onderhandelingen de macht teveel bij verzekeraars ligt. Zij stellen toenemend eisen met effect op uitvoering, waarvan meerdere geïnterviewden aangeven dat men daar steviger in zou willen onderhandelen dan nu gebeurt. Als voorbeelden worden de eisen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap en ROM genoemd.
Er komt een aantal handelingsopties in beeld die op macroniveau aandacht verdienen.

Zo noemt een geïnterviewde dat je naar andere vormen van arbeidsrelaties zou kunnen kijken in plaats van naar de traditionele vormen in loondienst of inhuur als ZZP.

“Je zou aan andere soorten arbeidsrelaties kunnen denken. Bijvoorbeeld dat je meer inhuurt op bepaalde diensten. Op wat voor manier kun je dat nou doen dat het voor beiden wat oplevert?”

Een aantal keren wordt genoemd dat brancheorganisatie GGZ Nederland een nadrukkelijker rol zou kunnen spelen. Bijvoorbeeld door zich te richten op het creëren van een level playing field. Of door te streven naar meer aanzien als sector, als tegenkracht tegen opgelegde (overheids) maatregelen.

“We zitten nu wel in de hoek waar de klappen worden uitgedeeld.”

4.3.6. Tweede deelconclusie

Onderstaand wordt schematisch weergegeven wat uit de zes interviews bij zorginstellingen naar voren komt aan handelingsopties in de eerder gebruikte kwadranten.

Mogelijke handelingsopties ter beïnvloeding	Micro	Macro
Aanbod	• Het zelf in huis hebben van opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen en psychiaters • Expliciet aandacht besteden aan opleidingen in je organisatie • Je eigen mensen als ambassadeur inzetten in de (opleidings)netwerken • Je als instelling onderscheiden door innovatief te zijn • Je als instelling onderscheiden door een goed onderzoeksklimaat te bieden • Je als instelling onderscheiden door goed werkgeverschap • Je als instelling onderscheiden door een aansprekend zorgaanbod • Inzetten van een wervingsbureau • Werven via sociale media • Virale marketing • Een goede ontvangst en introductieprogramma • Verdergaande training, steeds beter kunnen worden in je specialisme • Een ontwikkelstrategie bieden • Extra belonen door arbeidsmarkttoeslag of extra opleiding • Ontzie bepalingen bijvoorbeeld voor crisisdienst of nacht- of weekenddienst • Aanbrengpremie voor het aanleveren van een psychiater of klinisch psycholoog die in dienst komt van de organisatie	• Fuseren om toegang tot opleiding voor klinisch psychologen en psychiaters te krijgen • Synergie zoeken met andere instellingen, bijvoorbeeld in opleidingsroutes en onderzoeksmogelijkheden • Gezamenlijk binnen een bepaalde bandbreedte blijven met financiële beloning • Nieuwe vormen van arbeidsrelaties ontwikkelen
Vraag	• Beleid ondersteunende strategische personeelsplanning • Beleid ondersteunend scenario's verkennen • Skillmix aanpassen • Meer zelforganisatie, verantwoordelijkheid en regie bij behandelaren leggen (taakherschikking tov management en secretariaat) • Steviger onderhandelen met zorgverzekeraars over de eisen die zij stellen	• Steviger als branche positie innemen ten opzichte van eisen die zorgverzekeraars stellen • Als branche streven naar meer aanzien voor de sector als tegenkracht tegen alle maatregelen • De brancheorganisatie inzetten om een level playing field te creëren voor de sector

Evenals bij de schematische weergave in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.3.) op basis van literatuur en eerder in hoofdstuk 4 (paragraaf 4.2.) op basis van analyse van de jaarverslagen, valt op dat de meeste handelingsopties voorkomen in het kwadrant voor het beïnvloeden van aanbod op instellingsniveau.

Wat tijdens de gesprekken verder opvalt, is dat de meeste geïnterviewden geen integraal beeld hebben van de ontwikkelingen in de externe omgeving en de daaruit te verwachten effecten voor de arbeidsmarkt. Sommige geïnterviewden weten niet welke eisen financiers stellen en hoe hard die zijn. Of zij weten niet welke verwachtingen de directies van zorgonderdelen hebben. Ook is voor hen soms onduidelijk wat voor effecten veranderingen in financiering voor mogelijke scenario's met zich meebrengen.
Het lijkt erop dat kennis van de externe ontwikkelingen en de invloed die deze op de toekomstige vraag aan psychiaters en klinisch psychologen kunnen hebben, vaak verspreid zit over verschillende personen in de organisaties. Naast de directeur of manager HR ook bij directies van zorgonderdelen, Raad van Bestuur, accountmedewerkers zorgverkoop, opleiders enzovoort. En dat het delen van de kennis en de inzichten maar beperkt gebeurt. Daarmee is de input voor het maken van strategisch HR-beleid beperkt. Mogelijk is dat een verklaring voor de meer op beïnvloeding van het aanbod gerichte handelingsopties op microniveau, die veelal een wat reactief ad hoc karakter hebben. Bij één instelling getuigt de reactie van geïnterviewde van een integrale benadering. De directeur of manager HR probeert op basis van verwacht toekomstscenario bij de professionals het denken over wat dit betekent voor benodigde competenties en teamsamenstelling te beïnvloeden en op gang te brengen. En denkt na over manieren om te kunnen beïnvloeden op zowel micro- als macroniveau.

4.3.7. Vervolganalyse: wat zien we op basis van een vergelijking tussen regio's en binnen regio's?

Zoals eerder aangegeven was de veronderstelling voorafgaand aan het onderzoek dat er sprake zou zijn van regionale verschillen in de mate waarin men een arbeidsmarktprobleem heeft. Daarnaast bestond de indruk dat er binnen regio's bij de ene instelling sprake was van een groter probleem dan bij de andere instelling. Met een analyse van de interviewgegevens is gekeken of deze veronderstellingen bevestigd worden. Daarnaast of er een lijn in handelingsopties is te ontdekken die eventuele verschillen binnen regio's kan verklaren.

4.3.7.1. De schaarste en het HR-beleid tussen en in regio's vergeleken

De vraag is dus of uit een vergelijking tussen verschillende geografische gebieden (noorden van het land, noordwesten van het land en midden van het land) een verschil te zien is in handelingswijze en arbeidsmarkt. De veronderstelling was (zie hoofdstuk 1) dat de schaarste op de arbeidsmarkt per regio verschilt. En wel zodanig dat er in de Randstad (midden van het land) een minder groot probleem is dan daarbuiten (noorden en noordwesten). En bovendien was de verwachting dat binnen regio's instellingen verschillen in hun arbeidsmarktpositie (veel of weinig krapte) ervaren.

Weergegeven in het verdelingsschema van hoofdstuk 1 is het beeld dat de directieleden of managers HR van de zes instellingen hebben van schaarste op de arbeidsmarkt voor wat betreft psychiaters en klinisch psychologen in de regio's als volgt:

	Noorden	Noordwesten	Midden
Veel problemen	• 1 instelling heeft veel onvervulde vacatures voor psychiater, waaronder voor FACT en K&J • Beide instellingen hebben te maken met hoge tarieven voor als ZZP ingehuurde psychiaters • 1 instelling werkt met een paar psychiaters uit Duitsland, maar zit ook dicht bij de grensstreek • 1 instelling heeft nu geen en voorheen slechte ervaring met psychiaters uit het buitenland	• 1 instelling geeft aan regelmatig vacatures te hebben en tot nu toe moeite te hebben gehad om die ingevuld te krijgen • Krapte vooral bij specifieke vacatures zoals K&J • Bij sommige locaties is het door perifere ligging lastig om vacatures in te vullen • Beide organisaties zetten nog wel ZZP-psychiaters in uit krapte • Hebben allebei een paar psychiaters die van origine uit het buitenland komen, maar al een poos in Nederland werken	• Vacatures invullen gaat wat gemakkelijker, maar met stevige (financiële) eisen • Door te weinig klinisch psychologen ook te weinig supervisoren voor mensen in opleiding • 1 instelling is al 3 jaar bezig met aantrekken van een K&J psychiater • Zetten beide nog wel ZZP-psychiaters in uit krapte • Incidenteel heeft 1 instelling psychiaters uit België, over het algemeen goede ervaring
Weinig problemen	• 1 instelling geeft aan als gevolg van krimp op dit moment geen vacatureruimte meer te hebben, zelfs enige boventalligheid te verwachten • Ervaren dat de markt wat minder schaars wordt • Beide instellingen zetten nu nog GZ-psycholoog en VS in als hoofdbehandelaar. 1 instelling geeft aan een groot probleem te hebben als dat niet meer zou kunnen.	• 1 instelling geeft aan in verband met verwachte krimp nu op formatie te zitten • Ervaren dat de krapte (landelijk) niet meer zo erg is als voorheen • Beide instellingen hebben geen groot probleem als de smalle definitie voor hoofdbehandelaarschap gehanteerd moet worden	• Ervaren dat de markt iets minder schaars wordt • De ene instelling heeft afspraken over inzet GZ- psycholoog als hoofdbehandelaar kunnen maken voor dit jaar, de andere probeert de VS in te kunnen zetten. 1 instelling geeft aan een groot probleem te hebben als de GZ-psycholoog niet meer ingezet kan worden als hoofdbehandelaar.

Naar de verschillende regio's kijkend, is er in het noorden sprake van meer krapte dan in het noordwesten en midden van het land. Dat wordt echter vooral veroorzaakt door één van de twee zorginstellingen in het noorden. In de verschillende regio's ervaart men dat de arbeidsmarkt iets meer in balans lijkt te komen, waarbij de krimp binnen GGZ-instellingen als belangrijkste oorzaak wordt genoemd. Bij alle drie regio's worden noodgedwongen nog ZZP-psychiaters ingezet, maar dat loopt zowel in omvang, als in tarief en toeleidingskosten voor bemiddelingsbureaus, terug. Ook is in alle drie regio's ervaring met instroom uit het buitenland. Tijd en aandacht voor introductie en gelegenheid voor het leren van de taal zijn voor het welslagen succesbepalende factoren.

In alle drie de regio's wordt verwacht dat substitutie naar GBGGZ en versterking huisartsenzorg weinig invloed zal hebben op de arbeidsmarkt en heeft men met betrekking tot de decentralisaties nog weinig idee over wat dat met zich mee zal brengen .
Wat betreft het hoofdbehandelaarschap bestaat in alle regio's wel zorg in geval zorgverzekeraars hun eisen vasthouden, waar in onderhandelingen dit jaar vaak nog wel wat ruimte in is gekomen. In het noordwesten van het land lukt het vooralsnog om ook met de smalle variant de zorg te organiseren.
Met de handelingsopties voor HR laat zich in een vergelijking tussen de regio's geen specifiek verschil aantekenen. Ook ten aanzien van concurrentiebeleid is er geen duidelijk verschil. Alle instellingen geven aan vooral gebaat te zijn bij constructieve samenwerking op regionaal niveau en synergie te zoeken voor bijvoorbeeld opleiding en onderzoekmogelijkheden.
De veronderstelling vooraf was dat de ene instelling binnen een regio een groter arbeidsmarktprobleem zou hebben dan de andere. In de praktijk blijkt dit alleen op te gaan voor de beide instellingen in het noorden van het land. Uit de interviewgegevens komt geen aanwijzing naar voren waaruit blijkt dat specifiek HR-beleid hier van invloed op is geweest.
Bij de andere twee regio's is er geen noemenswaardig verschil tussen de instellingen in dezelfde regio wat betreft de schaarste. Uit de interviews blijkt dat sommige instellingen recent of nu met bezuinigingen en dus krimp van het personeelsbestand te maken hebben. De ontwikkeling als gevolg van krimp, brengt als voordeel voor alle regio's met zich mee dat de schaarste landelijk minder groot is. Hierdoor ontstaat meer onderhandelingsruimte met betrekking tot tarieven voor ZZP-ers.

4.3.7.2. Derde deelconclusie

Uit de interviews wordt de veronderstelling dat in het midden van het land duidelijk sprake is van een minder groot schaarste probleem ten opzichte van andere delen van het land, niet bevestigd.

Uit een vergelijking binnen en tussen de regio's (het noordwesten, het noorden en het midden van het land) kan niet een duidelijk verschil worden geconstateerd wat betreft de arbeidsmarktsituatie, de (verwachte) invloed van ontwikkelingen en de handelingsopties die men doet of voor zich ziet. Eén instelling in het noorden heeft duidelijk een groter arbeidsmarktprobleem wat psychiaters betreft, dan de andere instellingen, maar er kan niet uit de interviewresultaten geconcludeerd worden dat dat specifiek met regionale ligging of HR-interventies te maken heeft. Zoals gesteld, profiteert de GGZ in de breedte van het feit dat de arbeidsmarkt beter in evenwicht lijkt te komen en zijn er zorgen in geval de eisen van de zorgverzekeraar op het gebied van inkoopvoorwaarden de toekomst worden. De meeste instellingen hebben voor dit jaar hier wel wat ruimte op kunnen afspreken.

4.3.8. Samenvattende conclusie

De drie deelconclusies brengen in beeld dat er een wisselend beeld is van de huidige arbeidsmarkt en de verwachte invloed van actuele ontwikkelingen daarop. Er zijn nog steeds instellingen met moeilijk vervulbare vacatures. Met name op locaties die verder van grote (universiteits-)steden af liggen. Alle instellingen zetten nu noodgedwongen ZZP-ers in. Maar er wordt als gevolg van krimp ook een kentering bemerkt. Voor het eerst sinds jaren lijkt de schaarste van klinisch psychologen en psychiaters af te nemen.

Van de versterking van de huisartsenzorg, GBGGZ en de decentralisaties, wordt vooralsnog niet verwacht dat dit tot meer schaarste van psychiaters en klinisch psychologen zal leiden. Wel is er zorg of er voldoende consultatie door klinisch psychologen en – vooral – psychiaters zal worden ingekocht om de substitutie te doen slagen. De SGGZ zal kleiner maar ook meer specialistisch worden. Dat daarbij eisen aan hoofdbehandelaarschap worden gesteld voor (toezicht op) behandelregie vindt niemand een probleem. Wel wordt het als een groot probleem gezien dat de zorgverzekeraars zich vergaand bemoeien met hoe de zorgorganisaties de zorg vervolgens inrichten. Dit leidt tot onnodig hoge kosten en opsplitsing van taken. En risico op langere wachttijden omdat men niet altijd aan de eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap kan voldoen. Ook uit de interviews komen de meeste handelingsopties voor in het kwadrant voor het beïnvloeden van aanbod op instellingsniveau.

Wat tijdens de gesprekken verder opvalt, is dat de meeste geïnterviewden geen integraal beeld hebben van de ontwikkelingen in de externe omgeving en de daaruit te verwachten effecten voor de arbeidsmarkt. Het lijkt erop dat kennis van de externe ontwikkelingen en de invloed die deze op de toekomstige vraag aan psychiaters en klinisch psychologen kunnen hebben, vaak verspreid zit over verschillende personen in de organisaties. En dat het delen van de kennis en de inzichten maar beperkt gebeurt. Daarmee is de input voor het maken van strategisch HR-beleid beperkt. Mogelijk is dat een verklaring voor de meer op beïnvloeding van het aanbod gerichte handelingsopties op microniveau, die veelal een wat reactief ad hoc karakter hebben. Bij één instelling getuigt de reactie van de geïnterviewde van een integrale benadering en nadenken over manieren om invloed op vraag en aanbod te kunnen uitoefenen op zowel micro- als macroniveau. Uit de interviews wordt de veronderstelling niet bevestigd dat in het midden van het land duidelijk sprake is van een minder groot schaarsteprobleem ten opzichte van andere delen van het land. Ook wordt uit een vergelijking binnen en tussen de regio's (het noordwesten, het noorden en het midden van het land) geen significant verschil geconstateerd wat betreft de arbeidsmarktsituatie, de (verwachte) invloed van ontwikkelingen en de handelingsopties die men doet of voor zich ziet.

De GGZ profiteert in de breedte van het feit dat de arbeidsmarkt beter in evenwicht lijkt te komen en er zijn zorgen in geval de eisen van de zorgverzekeraar op het gebied van inkoopvoorwaarden de toekomst worden.

5. CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt gekeken tot welke (eind)conclusies de bevindingen uit het onderzoek leiden en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan. Dit aan de hand van de onderzoeksvraag en doelen.

Als centrale onderzoeksvraag is geformuleerd:

Welke impact hebben ontwikkelingen in de specialistische GGZ op de schaarste van de beroepen psychiater en klinisch psycholoog en wat betekent dit voor het strategisch Human Resource beleid van instellingen die specialistische GGZ bieden?

met als onderzoeksdoelen:

1. Zicht krijgen op hoe ontwikkelingen van invloed zijn op schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ, met name op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen.
2. Het doen van aanbevelingen aan specialistische GGZ-aanbieders om als organisatie te anticiperen op de arbeidsmarktkrapte die zich zal voordoen.

Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden, zijn deelvragen opgesteld die te onderscheiden zijn naar twee onderzoekslijnen. Deze sluiten aan bij de twee onderzoeksdoelen.

De eerste onderzoekslijn is gericht op het macroniveau, de ontwikkelingen in de SGGZ op schaarste van psychiaters en klinisch psychologen:

Deelvraag 1: Hoe ziet de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters er uit?
Deelvraag 2: Op welke wijze wordt de toekomstige behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters geraamd?
Deelvraag 3: Is er zicht op regionale verschillen in behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters?
Deelvraag 4: Hoe kijken GGZ-aanbieders naar (externe) ontwikkelingen, gerelateerd aan de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen?

De tweede onderzoekslijn is gericht op wat dit betekent voor het strategisch Human Resource-beleid van instellingen die SGGZ bieden:

Deelvraag 5: Hoe anticiperen GGZ-aanbieders daarop en hoe vertaalt dat zich in hun (HR) beleid en praktijk (microniveau)?
Deelvraag 6: Welke handelingsopties zijn er om instellingoverstijgend (macroniveau) te anticiperen?

In eerste instantie worden de deelvragen beantwoord. Vervolgens de centrale onderzoeksvragen en de onderzoeksdoelen.

5.1. BEANTWOORDING DEELVRAGEN

Deelvraag 1: Hoe ziet de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters er uit?

Uit de ramingen van het Capaciteitsorgaan komt naar voren dat er op dit moment enige schaarste is wat psychiaters betreft. Dit wordt in het veld herkend. Deze schaarste zorgt voor de inzet van ZZP-ers tegen hoge tarieven, dan wel hoge fee's voor bemiddelingsbureaus. Uit het veldonderzoek blijkt dat recent, als gevolg van krimp in de SGGZ, landelijk een beter evenwicht tussen vraag en aanbod ontstaat. Er zijn instellingen die geen vacatures meer hebben, ook niet voor psychiaters die (bijna) klaar zijn met de opleiding. Daar profiteren ook instellingen met openstaande vacatures van en het drukt de tarieven van psychiaters die als ZZP werken. Bij klinisch psychologen wordt momenteel schaarste minder ervaren, alhoewel in de ramingen van het Capaciteitsorgaan de onvervulde vraag hierbij relatief groter ingeschat wordt dan bij psychiaters. Wat opvalt is dat er schaarste is in bepaalde specialisaties, zoals kinder- en jeugdpsychiaters.

Deelvraag 2: Op welke wijze wordt de toekomstige behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters geraamd?

De toekomstige behoefte wordt geraamd op basis van zo objectief mogelijke gegevens die van invloed zijn. Het Capaciteitsorgaan kiest er bewust voor om toekomstige maatregelen pas mee te nemen als deze een feit zijn. Dit vanwege de grilligheid van politieke besluitvorming. Vanwege de hoge kosten die gemoeid zijn met de opleidingen en om te voorkomen dat er geen baan in Nederland is als psychiaters en klinisch psychologen afstuderen, wordt geprobeerd om zo nauwkeurig mogelijk de benodigde instroom te ramen. Dit betekent dat actuele ontwikkelingen die mogelijk grote invloed hebben op de behoefte aan psychiaters en klinisch psychologen zich nog niet in de huidige ramingen laten zien. Dit is nu het geval met de aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen voor het hoofdbehandelaarschap. Pas als deze eisen zichtbaar worden in bijvoorbeeld het aanpassen van de skillmix door aanbieders, zal dit van invloed zijn op de ramingen. Wel heeft het veld enige invloed doordat experts of beroepsverenigingen worden betrokken bij de inschatting van bepaalde wegingsfactoren in de ramingen.

De schaarste die gesignaleerd wordt bij bepaalde specialisaties speelt geen rol in de raming van de toekomstige behoefte. Ook eventuele regionale verschillen spelen geen rol. De behoefte wordt landelijk geraamd en niet op het niveau van specialisaties.

Deelvraag 3: Is er zicht op regionale verschillen in behoefte aan klinisch psychologen en psychiaters?

Uit de gegevens die uit spreiding bekend zijn, blijkt dat in het midden van het land verhoudingsgewijs meer aanbod is dan in het zuiden en noorden van het land. Uit de interviews wordt bevestigd dat het vaak lastiger is om voor meer perifere locaties vacatures in te vullen. Dat heeft enerzijds met afstand tot wonen te maken. Maar ook met beperkte schaalgrootte, waardoor er minder specialistische behandeling mogelijk is, dan wel dat er een minder 'academisch klimaat' heerst. Door de krimp binnen de SGGZ is recent bij een aantal instellingen die tot voor kort nog met onvervulde vraag te maken hadden, een voorlopig evenwicht ontstaan. Overigens wordt een deel van de behoefte noodgedwongen ingevuld door psychiaters die als ZZP werken. Bij klinisch psychologen doet dat zich niet zozeer voor.

Deelvraag 4: Hoe kijken GGZ-aanbieders naar (externe) ontwikkelingen, gerelateerd aan de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen?

GGZ-aanbieders maken zich zorgen over de ontwikkeling met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Als de eisen die zorgverzekeraars stellen hard worden - voor 2014 is hier vaak nog wat ruimte in gekomen - dan hebben de meeste organisaties een probleem om hier aan te voldoen. Daarbij is in het veld een ieder van mening dat het niet nodig dat een psychiater of klinisch psycholoog de behandeling in alle fases van het behandeltrajectmoet uitvoeren. Mogelijkheden voor taakverdeling tijdens een behandeltraject worden beperkt door de eisen die sinds 2014 worden gesteld door zorgverzekeraars.

Verder verwacht men dat de SGGZ weliswaar zal krimpen, maar dat zich hier ook de meer complexe problematiek nog meer concentreert. Gecombineerd met de eisen voor het hoofdbehandelaarschap, zullen psychiaters en klinisch psychologen in de SGGZ net zo nodig blijven als nu het geval is. Het effect van de verhoudingsgewijs intensievere inzet (in tijd) van deze dure beroepen, zal een hogere kostprijs van de behandelingen zijn.

Daarbij is het de vraag hoe de stelselverandering (versterking huisartsenzorg en splitsing in GBGGZ en SGGZ) uitkristalliseert. KPMG Plexus geeft als kritische succesfactor aan dat het cruciaal is dat er voldoende consultatie door hoog opgeleide professionals ingekocht wordt. Dit vanwege de benodigde betere triage. Ook vanuit de decentralisaties verwachten de GGZ- instellingen een groter appèl op consultatie. Het effect op de arbeidsmarkt van deze stelselwijziging en de decentralisaties op de arbeidsmarkt voor psychiaters en klinisch psychologen wordt als niet groot ingeschat.

Deelvraag 5: Hoe anticiperen SGGZ-aanbieders daarop en hoe vertaalt dat zich in hun (HR) beleid en praktijk (microniveau)?

Momenteel doet zich de situatie voor waarin bij sommige instellingen boventalligheid ontstaat. In dat geval wordt met name de inzet van ZZP-ers beperkt en ook worden tarieven voor inzet van ZZP-ers verlaagd.

Maar de meeste instellingen hebben nog (regelmatig) vacatures voor klinisch psychologen en psychiaters, dan wel verwachten een toename van de vacatures als gevolg van het hoofdbehandelaarschap.

Een aantal instellingen heeft vanwege aanhoudende schaarste strategische keuzes gemaakt om opleidingsplaatsen binnen de instelling te krijgen dan wel uit te breiden. Eén instelling is zelfs gefuseerd om toegang tot deze mogelijkheid te krijgen. Instellingen kunnen niet zelf beslissen om (meer) opleidingsplaatsen te krijgen. Dat moet worden toegekend en dat is dan ook een lange termijntraject geweest uit strategische arbeidsmarktoverwegingen. Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt, wordt de instroom landelijk door de adviezen van het Capaciteitsorgaan bepaald. Afgelopen jaren is er steeds wel enige uitbreiding geweest van opleidingsplaatsen voor psychiaters en konden instellingen daardoor stapsgewijs hun aantal opleidingsplaatsen uitbreiden bij de verdeling van het totaal. Maar met het recente advies in het Capaciteitsplan 2013 zal dat niet meer aan de orde zijn voor opleidingsplaatsen voor psychiaters. Daarbij zal sinds jaren verdeling van minder plaatsen aan de orde zijn.De uitstroom uit de opleiding is de belangrijkste bron voor nieuwe aanwas.

De meeste HR-interventies van GGZ instellingen zijn gericht op werving. Daarbij is men innovatief, maakt men gebruik van inzet van nieuwe media en nieuwe manieren van relatiebeheer en netwerken. Daarnaast wordt energie gestoken in het opbouwen van een positieve reputatie als zorgaanbieder (met name op het gebied van innovatie, ontwikkeling, onderzoek en aanbieder van specialistische topzorg) en werkgever. Uit de negen jaarverslagen 2012 blijkt dat veel GGZ-instellingen leerhuizen,

academies of samenwerkingsverbanden voor innovatie en onderzoek hebben opgericht.
Er wordt door de instellingen gekeken of er aanpassingen in de skillmix nodig zijn, dan wel in het portfolio qua zorgaanbod. Dit gebeurt vooral ad hoc en reactief, bijvoorbeeld als reactie op het besluit dat bepaalde behandelingen niet meer door de zorgverzekeraars worden vergoed of doordat de vraag op een bepaald aanbod terugloopt en er dus onvoldoende werk is voor de hulpverleners binnen een bepaald segment. Scenario's worden geschetst op het moment dat maatregelen al zijn doorgevoerd of op het punt staan om doorgevoerd te worden.
Strategisch HRM-beleid, zoals door Steijn e.a. (2013) gedefinieerd, vraagt weloverwogen inzet van HRM-instrumenten, met het oog op lange termijn ontwikkelingen. HRM als integraal onderdeel van het algemeen strategische beleid van de organisatie, komt uit de interviews weinig naar voren. De actuele ontwikkeling rond het hoofdbehandelaarschap en ontwikkelingen als ambulantisering en de stelselwijziging, lijken het belang hiervan binnen instellingen recent meer op gang te brengen. Een aantal directeuren en managers HR zegt te merken dat dit meer dan voorheen bij divisiedirecties begint te leven.

Deelvraag 6: Welke handelingsopties zijn er om instellingoverstijgend (macroniveau) te anticiperen?
Op macroniveau zijn er verschillende opties mogelijk. Zoals ook bij deelvraag 5 aangegeven, blijkt uit jaarverslagen en interviews dat GGZ-instellingen met anderen gezamenlijk optrekken om innovatie, onderzoek en afstemming in bovenregionale specialisatie te bewerkstelligen. Ook heeft een regio een gezamenlijk mobiliteitscentrum opgericht.
Uit documentonderzoek kwam als suggestie naar voren om in breder regionaal verband de gezamenlijke voordelen uit te dragen, zoals aantrekkelijk woon- en werkgebied en ontwikkelingen waar de regio in vooroploopt. Uit de interviews komt niet naar voren dat de instellingen hier initiatieven in nemen of hebben lopen.
Een paar geïnterviewde directeuren of managers HR doen suggesties voor het meer strategisch inzetten van de brancheorganisatie. Genoemde voorbeelden zijn: nadrukkelijker werken aan het aanzien van de sector, het realiseren van een level playingfield en steviger positie innemen als branche ten opzichte van de eisen die zorgverzekeraars stellen.
Een andere suggestie die tijdens een interview werd genoemd maar nog niet praktijk is, is het ontwikkelen van andere vormen van arbeidscontracten in de SGGZ dan de gebruikelijke loondienst of ZZP-contracten.

5.2. BEANTWOORDING CENTRALE ONDERZOEKSVRAGEN

Welke impact hebben ontwikkelingen in de specialistische GGZ op de schaarste van de beroepen psychiater en klinisch psycholoog en wat betekent dit voor het strategisch Human Resource-beleid van instellingen die specialistische GGZ bieden?

De uiteindelijke conclusie is dat de ontwikkelingen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap van grote invloed kunnen zijn op de schaarste van de beroepen psychiater en klinisch psycholoog. Veel zal afhangen van hoe dit zich verder ontwikkelt. Maar mochten daadwerkelijk deze twee beroepen, eventueel met daarbij de psychotherapeut, overblijven als mogelijke hoofdbehandelaar in de SGGZ, dan zal de schaarste op de arbeidsmarkt voor deze beroepen als gevolg hiervan toenemen. Zeker als er ook aanvullende harde eisen worden gesteld aan het percentage zorg dat deze beroepen aan de uitvoering van de behandeling moet leveren.

De beoogde ontwikkeling om de huisartsenzorg te versterken en een verschuiving te realiseren naar GBGGZ heeft als belangrijke kritische succesfactor voldoende beschikbare (ingekochte) consultatie van klinisch psychologen en – vooral – psychiaters.
Dit omdat voor de gewenste ontwikkeling een verbeterde triage noodzakelijk is en daarvoor is de consultatie door hoogopgeleide specialisten nodig. Het is nog afwachten hoe dit zich in de praktijk uitkristalliseert. Deze consultatie zal er toe bijdragen dat de vraag naar – vooral – psychiaters zal toenemen. Daarentegen zal door de verschuiving naar GBGGZ naar verwachting ook enige vrijval van vraag ontstaan, die vervolgens voor externe consultatie kan worden aangewend. De verwachte impact op de arbeidsmarkt is dan ook gering.
Dezelfde verwachting is er ten aanzien van de decentralisaties. Verwacht mag worden dat de complexe zorg bij de SGGZ zal blijven en dat de bemoeienis van psychiaters en klinisch psychologen bij huisartsen, GBGGZ en wijk-/gebiedsteams vooral van consultatieve aard zal zijn.
Doordat psychiaters en klinisch psychologen met name bij complexe casuïstiek, triage en consultatie (in- en extern) betrokken zijn, is de verwachting dat een krimp van SGGZ geen gevolgen voor de vraag naar deze beroepen zal hebben. Immers, door de krimp en de verschuiving naar huisartsen, GBGGZ en wijk-/gebiedsteams, zal de SGGZ zich naar verwachting nog meer op complexe casuïstiek en specialistischer diagnostiek en behandeling richten. Bij triage, diagnostiek en het ingang zetten van de behandeling zullen daarbij deze beroepen zeker nodig zijn.
Daarbij worden taakherschikkingsmogelijkheden (bijvoorbeeld van klinisch psycholoog naar GZ-psycholoog en bij jeugd naar orthopedagoog en van psychiater naar verpleegkundig specialist en basisarts) beperkt door de verschillende aanvullende eisen van zorgverzekeraars.

Wat betekent dit voor het SHRM van SGGZ-instellingen?
De ontwikkelingen zorgen ervoor dat voor SGGZ de beroepen psychiater en klinisch psycholoog van nog crucialer belang worden. De afhankelijkheid van deze beroepen wordt – zo mogelijk – nog groter dan nu het geval is.
Het beleid van de organisaties lijkt nu nog een voornamelijk ad hoc en reactief karakter te hebben. Dat kunnen organisaties zich voor een duurzame toekomst niet veroorloven. De ontwikkelingen vragen om strategisch ingebed lange termijn HR-beleid.
Daarbij zal het benutten van netwerken een belangrijke rol spelen. De meeste organisaties zullen op eigen kracht onvoldoende in staat zijn om in de benodigde Human Resources en randvoorwaarden te voorzien.
Een meer strategische inzet van de brancheorganisatie kan hierbij een rol spelen. Gezien de klappen die in de GGZ-branche vallen en het dikwijls laat of onvoldoende op gang komen van tegenkracht om tijdig invloed te kunnen hebben, ligt hier terrein braak. Het veld laat zich veel aanleunen dan wel voert betrekkelijk weinig oppositie waar het gaat om de vergaande bemoeienis van financiers in hoe instellingen de zorg in moeten richten.
De eerste ontwikkelingen in het benutten van netwerken laten zich al zien in de handelingsopties van de instellingen op dit moment, bijvoorbeeld als het gaat om opleiden en onderzoek.
De inzet van specialistische kennis is nog redelijk traditioneel van aard: loondienst of ZZP, eventueel gecombineerd met deeltijd dienstverbanden bij universiteiten of hogescholen (hoogleraarschap, lectoraat, docent).
Gedacht kan worden aan het meer aanwenden van specialistische kennis in communities, ondersteund door hedendaagse technologische faciliteiten. Als complexe operaties in Nederland ondersteund kunnen worden door experts uit het buitenland via live verbindingen, moet ook in de

GGZ veel meer mogelijk zijn in het flexibel aanwenden van specialistische expertise.
Wanneer organisaties hoog gespecialiseerde professionals aan zich weten te binden, heeft dat nu nog een positieve impact op de uitstraling. De toekomst vraagt veel meer om verbinden dan om binden: aan vormen van beschikbaar stellen van hoog gespecialiseerde professionals in veel breder verband, casuïstiekgestuurd, in plaats van aanbod gekoppeld aan instellingen.
Voor de reguliere SGGZ is het afstemmen van specialismen op regionaal niveau wenselijk. Bij krimp toekomstbestendig invulling te geven aan SGGZ, vergt een bepaald volume en investering op bijvoorbeeld deskundigheidsontwikkeling en onderzoek. Dat betekent ook dat instellingen elkaar iets moeten gunnen in plaats van alles zelf willen doen. Dan kan SGGZ nog meer betekenis krijgen.

5.3. BEANTWOORDING ONDERZOEKSDOELEN

Is het gelukt om middels deze thesis zicht te krijgen op hoe ontwikkelingen van invloed zijn op schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ, met name op de arbeidsmarkt voor psychiaters en klinisch psychologen?

Dit is zeker gelukt, voor zover dit valt te voorzien. Er is momenteel zoveel in ontwikkeling, dat het lastig blijft om een voorspelling naar de toekomst te doen. Maar de verschillende invalshoeken (uit documentonderzoek en interviews) bevestigen elkaar:

- Zorg bestaat er over het effect van de aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap. Dit draagt bij aan een krappe arbeidsmarkt en hogere kostprijs voor behandeltrajecten door beperking van mogelijkheden tot taakverdeling.
- SGGZ zal naar verwachting krimpen maar door concentratie van complexe problematiek zal dit de behoefte aan psychiaters en klinisch psychologen amper beïnvloeden.
- Een deel van de huidige interne collegiale consultatie zal met het verschuiven van lichtere problematiek naar huisartsenzorg, gemeentelijke wijk- en gebiedsteams en GBGGZ voor externe consultatie worden ingezet. Per saldo is dit naar verwachting amper van invloed op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen.
- Van groot belang voor een welslagen van deze verschuiving is voldoende inkoop van consultatie door hoogopgeleide specialisten (lees klinisch psychologen en vooral psychiaters) in verband met de benodigde verbeterde triage.

Het volgende te beantwoorden onderzoeksdoel is:

Welke aanbevelingen kunnen worden gegeven aan specialistische GGZ-aanbieders om als organisatie te anticiperen op de arbeidsmarktkrapte die zich zal voordoen?

De aanbevelingen worden bij 5.4. weergegeven na eerst reflectie op het onderzoek en de onderzoeksresultaten.

Een eerste reflectie betreft de actualiteit van het onderwerp van deze thesis. Bijna dagelijks word ik hiermee geconfronteerd. Dat maakt het ook lastig om het onderwerp te begrenzen in tijd en reikwijdte. Steeds komt nieuwe relevante informatie in beeld.
Zo wordt het onderzoek van Plexus over skillmix-verandering in de GGZ op korte termijn opgeleverd. Graag had ik dat in mijn thesis meegenomen, zeker omdat de onderzoekster aangeeft dat krapte op de arbeidsmarkt en de discussie over het hoofdbehandelaarschap hierin aan de orde komt, voor

wat men over 2013 daarvan ziet bij GGZ-instellingen, aan de orde komt. Nu mijn deadline eerder is dan dat de onderzoekresultaten worden vrijgegeven, zal ik met extra belangstelling de bevindingen volgen.
Afgelopen weekend, vrijdag 11 april 2014, illustreerde de bestuurder van Antes in een uitzending van Nieuwsuur de vergaande ingewikkeldheid en bemoeienis van zorgverzekeraars waar GGZ-instellingen mee te maken hebben. Hij schetste inzichtelijk het feit dat iedere verzekeraar weer net andere eisen stelt aan wie hoofdbehandelaar mag zijn, wie verwijzer mag zijn, hoeveel procent van het zorgaanbod uit E-health moet bestaan, welke ROM-vragenlijsten moeten worden gebruikt enzovoort. En dat was een illustratie van alleen nog maar de eisen van verzekeraars. Behalve met deze (DBC) financiering hebben de GGZ-instellingen ook te maken met financiers als diverse gemeenten, zorgkantoor, justitie, subsidieverstrekkers of andere derde geldstromen. Ook weer ieder met specifieke eisen voor inkoop en verantwoording van de zorg. En daarmee invloed op hoe de zorg ingericht wordt en indirect dus op vraag en aanbod van psychiaters en klinisch psychologen.

Een opmerkelijke ontwikkeling - en een trendbreuk ten opzichte van afgelopen jaren – is dat niet overal op dit moment vacatures zijn voor klinisch psychologen en psychiaters. Het recente beeld duidt erop dat de krimp van SGGZ daadwerkelijk is ingezet (ten opzichte van tot op heden beperking van groei). Daarbij is de inzet van (dure) ZZP-psychiaters nog steeds noodgedwongen aan de orde. Maar in periode van krimp kan dit ook een voordeel bieden, omdat gemakkelijk op de krimp geanticipeerd kan worden met een dergelijke flexibele schil bij deze beroepen. En het drukt de hoge tarieven voor inzet van ZZP-ers. Bij meer perifere gebieden ontstaat meer kans op het invullen van vacatures, doordat niet iedere instelling meer opleidelingen een dienstverband kan bieden na afstuderen.

Wat verder opvalt is dat de opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen afgelopen jaren niet volop zijn benut. Dat lijkt op een gebrek aan strategisch HRM-beleid. Met de ontwikkelingen zoals die aan de orde zijn (vergrijzing in deze beroepsgroep, hoofdbehandelaarschap SGGZ) is het vreemd dat niet volop ingezet is op het maximaal benutten van de beschikbare opleidingscapaciteit. Mijn indruk is dat de onvervulde vraag bij klinisch psychologen minder zichtbaar en voor instellingen voelbaar is, doordat psychotherapeuten, GZ-psychologen en basispsychologen op onderdelen als vervanger in het verlengde van klinisch psychologen worden ingezet. Het helder in beeld houden van wat de eigenlijke behoefte aan klinisch psychologen is, is daardoor vervaagd.

Ik vond het een teleurstellende ontdekking dat op instellingsniveau niet meer strategisch HRM-beleid zichtbaar werd. Een paar geïnterviewden denken hier wel over na, maar zien dit ook als iets wat bij directies van zorgonderdelen vandaan moet komen. Eén geïnterviewde is hier expliciet, ook zichtbaar met inzet van handelingsopties, mee bezig. Weinig instellingen hebben voor de langere termijn strategische HRM-beleid ontwikkeld op basis van scenario's. Daar waar men al strategische planningsinstrumenten heeft, ervaart men deze als te bewerkelijk. Daardoor gaat men weer over op het 'door de oogharen' beschouwen van wat in de toekomst nodig is ten opzichte van huidige capaciteit. Nu is het door de vele onzekerheden ook best lastig om vooruit te kijken. Daarbij is het de vraag of de inspanning die blijkbaar met het werken met ondersteunende instrumenten gepaard gaat, betere resultaten oplevert dan wanneer dat niet wordt gebruikt. Dat zou een vergelijkend onderzoek waard kunnen zijn. En mogelijk is er markt voor een gebruiksvriendelijk ondersteunend instrument.

Wat verder opvalt, is dat de kennis met betrekking tot de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen en de impact van ontwikkelingen hierop, op instellingsniveau bij verschillende personen in de organisatie voor een deel aanwezig is. Bij de opleiders, bij bestuurders, bij accountmanagers, bij divisiedirecties en management, bij de beroepbeoefenaren zelf en mensen die in opleiding zijn tot het beroep, bij HR-medewerkers, bij stakeholders enzovoort.
In dit onderzoek zijn directeuren en managers HR van GGZ-instellingen geïnterviewd. Vermoedelijk was er een ander accent in inzicht naar voren gekomen als het bijvoorbeeld bestuurders waren geweest of opleiders. Het bij elkaar brengen van de kennis en inzichten die bij verschillende mensen in de organisatie aanwezig is, zou goede input voor strategisch HRM-beleid kunnen vormen. Wanneer er iets op het gebied van financieringsregels of zorgvraag wijzigt, reageren instellingen nu veelal instrumenteel handelingsniveau.

Bij de inzet van handelingsopties, ligt het accent op beïnvloeding van aanbod. Traditioneel, weliswaar met gebruik van moderne middelen, is veel op werven en opleiden gericht. Iedereen vist echter in dezelfde vijver. En het aantal psychiaters is in 25 jaar verdubbeld. Bij aanvang van de thesis bevond ik mij in het kamp van 'het veld' dat verontwaardigd reageerde op het advies van het Capaciteitsorgaan om de instroom in de opleiding van psychiaters naar beneden te brengen. Gaandeweg ben ik daar de afgelopen maanden genuanceerder over gaan denken.
Ik herken de politieke grilligheid. Al zou ik mij kunnen voorstellen dat de mogelijke impact van bepaalde maatregelen die aangekondigd zijn nadrukkelijker worden benoemd door het Capaciteitsorgaan.
Ook kwam gaandeweg de vraag bij mij op: wanneer zijn er dan genoeg? Als er nog honderd psychiaters bij komen in Nederland? Of nog tweehonderd? Of kan het met huidige krimp met honderd minder? Genoeg is een rekbaar begrip en heeft veel te maken met onderliggende keuzes als waar welke expertise op ingezet wordt en hoe zorg georganiseerd is.
Het kan interessant zijn om te experimenteren met andere manieren om de beschikbare capaciteit van psychiaters en klinisch psychologen in te zetten. Weliswaar lastig in een tijdperk van concurrentie en marktwerking, waarbij zowel instellingen als verzekeraars zich mede onderscheiden door inzet van specialistische expertise.
Maar het is een interessante gedachte om behoefte en aanbod niet met allemaal gedetailleerde beheer- en planningsinstrumenten tot achter de komma te willen regelen. Waarom niet meer zelforganiserend vermogen en verantwoordelijkheid bij de beroepsgroepen zelf leggen? Bijvoorbeeld door capaciteit voor het bedienen van een beroepsgroep beschikbaar te stellen en hen daar zelf de best passende verdeling voor te laten vinden, inclusief taakverdeling met andere beroepen. Met de huidige communicatiemiddelen is zelforganisatie heel goed mogelijk. Valt er bijvoorbeeld een dienst uit, dan is dit via een WhatsApp-groep in no time bij iedereen bekend en kan waarneming worden georganiseerd. Daar hoeft geen manager of coördinator aan te pas te komen, mits ook het 'verantwoordelijkheid nemen' helder afgesproken is. Het is op zijn minst een experiment waard.
Ook kunnen SGGZ-instellingen nadrukkelijker keuzes maken in hun portfolio in afstemming met anderen in de regio. Een stap verder is om daarvoor over en weer specialisten beschikbaar te stellen. Dat vergt een grote verantwoordelijkheid de beroepen zelf. En het vraagt van psychiaters en klinisch psychologen om verantwoordelijkheid te nemen. Sturen en managen kan zich dan beperken tot strategisch koers bepalen en faciliteren.
Kortom, het onderzoek heeft bij mij de neiging beïnvloed om vooral te denken in 'er is meer capaciteit nodig' en 'hoe kunnen we meer capaciteit binnen halen' en mijn interesse gewekt om over alternatieven na te denken.

Het SHP-model is in zijn eenvoud zeer bruikbaar voor instellingen. Het kan goed als ondersteunend model worden gebruikt om te komen tot HR-strategie, dat in lijn is met organisatiestrategie. Maar ook om vervolgens succesvol te implementeren, zodat het tot goede prestaties leidt in de praktijk. In zorgorganisaties slaagt de organisatiestrategie alleen als deze tot uitdrukking komt in houding en gedrag van medewerkers. Het SHP-model biedt op zich een bruikbaar en samenhangend handvat voor het ontwikkelen en realiseren van de organisatie- en HR-strategie. SHRM vertalen naar de sector laat in de praktijk nog wel een gat zien. Bij sommige instellingen is of wil men er mee bezig, of neemt interesse bij directies van zorgonderdelen toe. Tegelijkertijd wordt het ook lastig gevonden onder de huidige onzekere omstandigheden.

Reflecterend op mijn onderzoek heeft de volgordelijkheid van eerst documentanalyse en literatuuronderzoek en vervolgens veldonderzoek goed gewerkt. Tegelijkertijd ben ik tegen gekomen dat het interviewen van directeuren of managers HR van zorginstellingen een deel van 'het beeld' geeft en niet een integraal volledig beeld. Doordat verschillende medewerkers uit de organisatie zich in verschillende netwerken bewegen, zijn inzichten ook verschillend. Het was achteraf ook interessant geweest om een aantal mensen uit eenzelfde instelling te interviewen en te kijken wat het oplevert wanneer die inzichten bij elkaar worden gebracht. Vanuit complementaire inzichten van gedachten wisselen, zal in mijn verwachting synergie ontstaan.
Het viel niet mee om directeuren HR voor de interviews volgens de beoogde indeling in regio's te vinden. Bij sommige instellingen was bijvoorbeeld wisseling van de wacht of net een interim directeur gestart.
De aanname dat er duidelijke regionale verschillen zouden zijn en binnen regio's ook instellingen met een groter of minder groot arbeidsmarktprobleem zouden zijn, kwam in de praktijk niet uit de resultaten naar voren. Actuele bezuinigingen en krimp hebben hier recent invloed op.

5.4. AANBEVELINGEN

Aanbevelingen voor SGGZ-instellingen om te reageren op krapte op de arbeidsmarkt

Ontwikkel vanuit een aantal scenario's een organisatiestrategie. Kijk hierbij naar verwachtingen vanuit zowel de institutionele omgeving als de marktomgeving.
Koppel HR-strategie nadrukkelijk aan de organisatiestrategie. Kijk expliciet naar verwachte verandering in vraag en aanbod en wat de meest kritische functies zijn, gegeven de ontwikkelingen en stem daar HR-beleid op af

Breng de kennis en inzichten bij elkaar van mensen die zich bewegen in verschillende relevante netwerken en gebruik dat als input voor het bepalen van strategie en handelingsmogelijkheden.

Experimenteer met nieuwe manieren voor het aanwenden van benodigde expertise voor uitvoeren en doorontwikkelen van SGGZ. Dit zowel op instellingsniveau, als in netwerkverband met anderen. Benut concepten als netwerkorganisatie, zelforganisatie en ondersteunende technologische faciliteiten. Zoek hiervoor - aan experimenteerruimte verbonden – financieringsmogelijkheden.

Vorm nieuwe samenwerkingsverbanden om het imago van de regio uit te dragen als prettig woon- en werkgebied, breng in beeld waar de regio mee vooroploopt en welke ontwikkelmogelijkheden er zijn.

Overige aanbevelingen

Ga de discussie als branche nadrukkelijker aan of financiers zich zo vergaand als momenteel in de SGGZ, moeten bemoeien met hoe zorg wordt verleend, wat dit met zich meebrengt aan overhead, beperking van taakherschikking en aan een hogere kostprijs dan nodig. Breng deze discussie op een maatschappelijk nationaal niveau: is dit wat we willen in Nederland?

Ga als branche in gesprek over wat duurzaam bijdraagt aan SGGZ in Nederland en welke rol de brancheorganisatie kan spelen in het hieraan verbonden krachtenspel van het veld met overheid en financiers.

Houd bij de verdeling van opleidingsplaatsen in het land rekening met regionale verschillen in onvervulde vraag.

Ontwikkel als branche een norm voor inzet van specialisaties van psychiaters en klinisch psychologen in de SGGZ. Bijvoorbeeld bij SGGZ gericht op ouderenpsychiatrie, kinder- en jeugd GGZ, forensische psychiatrie, zodat een minimum veldnorm richting kan geven aan benodigde opleidingscapaciteit voor specialisaties.

Voor eventueel vervolgonderzoek:

- Onderzoek of het werken met een strategisch personeelsplanningsysteem meerwaarde heeft ten opzichte van het werken zonder zo'n systeem.
- Voer een casestudy uit binnen een instelling, waarbij verschillende perspectieven rondom de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen bij elkaar worden gebracht, met als beoogd resultaat aanbevelingen voor organisatie en HR-beleid.

BRONNEN

- Bakas A., Het nieuwste werken, april 2013
- Batenburg R, NIVEL, Capaciteitsramingen aan het werk, een 'rondleiding' door het model; artikel in Dentz, 3, 2011, pag 48 – 51
- Batenburg R & Velden L van der, Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012
- Bax E.H., Kansrijk kiezen, raamwerk voor strategisch Human Resource Management, Academic Service, 2003
- Boeije H, Analyseren in kwalitatief onderzoek, Boom/Lemma uitgevers, 2012.
- BoZ -2013, jaarplan BoZ 2013, jaarprogramma (vereniging Brancheorganisaties in de Zorg)
- Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2013, deelrapport 1, medisch specialisten, klinisch technologische specialisten en spoedeisende hulpartsen; Utrecht, oktober 2013
- Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2013, deelrapport 7, Beroepen Geestelijke Gezondheid (gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ), Utrecht, oktober 2013
- Dobbs R, Lund S & Madgavaker A, McKinsey & Company, article in McKinsey Quarterly: Talent tensions ahead: A CEO briefing, november 2012
- Geel J.D.C., brief van GGZ Nederland aan de leden van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken, 20 november 2013
- GGZ Nederland, Bijlage brief van GGZ Nederland voor schriftelijk overleg Kamercommissie VWS over monitor Zorginkoop 2014 NZA, 3 april 2014
- HRlab, Bessems P e.a., Organiseren en HR in 2025, Van Gorcum, 2012
- Inkoopvoorwaarden 2014 van de diverse zorgverzekeraars (via GGZ Friesland)
- KIWA Carity Magazine, Zorgspecial Zorgpad, digizine voor de GGZ, nummer 2, augustus 2013
- KPMG Plexus, Substitutiemodel GGZ, een inschatting van de effecten van de invoering van de Generalistische Basis GGZ en versterking van de huisartsenzorg voor de GGZ in Nederland, januari 2014
- Leeuwarder Courant, artikel 'Verslavingszorg schrapt 52 banen', 4 maart 2014
- Loth C, Bijma M, Polhuis D, Taakherschikking in de GGZ door inzet van verpleegkundig specialisten ggz als hoofdbehandelaar, 29 januari 2013
- LPGGZ, NVvP, NIP en GGZ Nederland, brief aan de leden van de Eerste Kamer der Staten Generaal, onderwerp: zorgen over de jeugdwet, 3 februari 2014
- MBAH10, Groepsopdracht module financieel veldwerk: Who is the monkey on the rock? Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns Specialistische GGZ, 6 juni 2013
- Schippers E; stand van zaken brief Europsyche van minister Schippers van VWS, dd 20-03-2013
- Schippers E; kamerbrief minister Schippers VWS, 2 juli 2013
- Steijn B en Groeneveld S (red.), Strategisch HRM in de publieke sector, van Gorcum, 2013
- Vektis, zorgthermometer 'zorg in regio's', verbanden in veranderend zorglandschap inzichtelijk, jaargang 18, september 2013
- Verschuren P en Doorewaard H, Het ontwerpen van een onderzoek, 2007
- Westerman M., Mind the Gap, the transition to hospital consultant, Academisch proefschrift Faculteit Geneeskundig, Vrije Universiteit Amsterdam, december 2012
- ZorgpleinNoord en Venturaplus, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn Noord-Nederland, 2014

Geraadpleegde websites:

- nl.wikipedia.org, voor de beschrijving van betekenis virale marketing, geraadpleegd op 6 april 2014
- www.artsennet.nl; Blog Menno Oosterhoff "Wil de laatste kinderpsychiater het licht uitdoen?", 8 november 2013
- www.fgzp.nl; website Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (overkoepelend orgaan voor specialismen in de gezondheidszorgpsychologie), geraadpleegd in januari 2014
- www.ggznederland.nl; website met informatie van de brancheorganisatie, geraadpleegd op 30 maart 2014
- www.invoeringbasisggz.nl; website met informatie over de stelselwijziging binnen de GGZ per 2014; geraadpleegd op 8 januari 2014
- www.jaarverslagenzorg.nl; geraadpleegd in januari 2014
- www.medischcontact.artsennet.nl; arbeidsmarktmonitor, geraadpleegd op 2 februari 2014
- www.psynip.nl; website van het Nederlands Instituut van Psychologen, geraadpleegd in januari 2014
- www.rijksoverheid.nl; Gemeenten: Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten, geraadpleegd op 9 februari 2014
- www.stichtingbols.nl; website van de Stichting Bols die verdelingsvoorstellen maakt voor de instroom van de zorgopleidingen tot medisch specialist in de 1ste tranche van het opleidingsfonds, geraadpleegd op 12 januari 2014
- www.vacaturestream.nl., site die vacatures verzamelt van bedrijven, werving & selectie- en uitzendbureau; geraadpleegd op 2 februari 2014
- www.vng.nl/raadgever-decentralisaties-samenhangen-februari2014, factsheet voor raadsleden met uitleg over decentralisaties
- www.werkvoorartsen.nl, site van intermediair in vacatures voor artsen, geraadpleegd op 2 februari 2014

BIJLAGE 1

Geïnterviewden

- M. Heck, arbeidsmarktdeskundige GGZ Nederland
- I. Kock, bestuurssecretaris Dijk en Duin, Parnassia Groep Castricum
- R. Kraak, manager PO&O, GGZ Drenthe
- J.G. Meegdes, senior adviseur Capaciteitsorgaan; aandachtsgebied Ziekenhuiszorg (waaronder medisch specialisten)
- A. du Pree, stafdirecteur Antes: Bouwman GGZ / Delta Psychiatrisch Centrum
- R. van Putten, directeur bedrijfsvoering Psy Q Parnassia Groep Zoetermeer
- B. Schouten, directeur HR GGZ Friesland
- I. Vermeulen, manager P&O, GGZ Noord-Holland-Noord
- T. Vertooren, senior beleidsmedewerker bij het Capaciteitsorgaan, aandachtsgebied: beroepen geestelijke gezondheid

BIJLAGE 2

Vragenlijst interviews Capaciteitsorgaan

Vragenlijst voor interview Teus Vertooren, senior beleidsmedewerker Capaciteitsorgaan; Aandachtsgebied: Beroepen Geestelijke Gezondheid

Inleiding en doel interview:
Getriggerd door ' het hoofdbehandelaarschap ' heb ik als onderwerp gekozen voor de arbeidsmarkt (veronderstelde krapte) mbt psychiater en klinisch psycholoog in de specialistische ggz; en vervolgens, in geval er arbeidsmarktkrapte is, welke handelingsmogelijkheden hebben (mn geintegreerde GGZ-instellingen) zorgaanbieders om daarop te anticiperen met hun (hr) beleid.

1. Op welke wijze komt het Capaciteitsorgaan tot (betrouwbare) ramingen?
2. In de rapporten worden ZZP-ers en instroom uit het buitenland meegenomen in beschikbare capaciteit. Omgekeerd kan je ook veronderstellen dat inzet van ZZP-ers en instroom uit het buitenland plaatsvindt vanwege te weinig beschikbare capaciteit. Wat is de reden om dit mee te nemen in beschikbare capaciteit?
3. Kunt u iets vertellen over de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en de invloed op instroom door het verkorte opleidingstraject voor psychotherapeuten voor klinisch psychologen?
4. Heeft het capaciteitsorgaan zicht op regionale verschillen wat betreft psychiater en klinisch psychologen dichtheid?
5. Op welke wijze houdt het capaciteitsorgaan rekening met actuele ontwikkelingen? Zoals bijvoorbeeld ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap.
6. Op welke wijze krijgt het capaciteitsorgaan een betrouwbaar beeld van onvervulde vraag?
7. Wordt er in de ramingen rekening mee gehouden dat een deel van de psychiaters en klinisch psychologen niet (uitsluitend) patiëntenzorg doet, maar bijvoorbeeld onderzoek?

Vragenlijst voor interview Joris Meegdes, senior adviseur Capaciteitsorgaan; aandachtsgebied Ziekenhuiszorg (waaronder medisch specialisten)

Inleiding en doel interview:
Getriggerd door ' het hoofdbehandelaarschap ' heb ik als onderwerp gekozen voor de arbeidsmarkt (veronderstelde krapte) mbt psychiater en klinisch psycholoog in de specialistische ggz; en vervolgens, in geval er arbeidsmarkt krapte is, welke handelingsmogelijkheden hebben (mn geintegreerde GGZ-instellingen) zorgaanbieders om daarop te anticiperen met hun (hr) beleid.
Van uw collega Teus Vertooren heb ik veel informatie gekregen. Voor een paar zaken specifiek mbt psychiaters verwees hij mij naar u:

1. Mijn indruk is dat instroom psychiaters uit het buitenland vooral aan de orde is door capaciteitstekort in Nederland. U neemt echter de instroom uit het buitenland mee als beschikbare capaciteit. Teus gaf aan dat het niet om substantiële aantallen gaat, echter in het rapport wordt aangegeven dat er juist bij psychiaters een relatief hoge instroom uit het buitenland is. Ik heb de indruk dat psychiatertekort het grootst is in noorden, oosten en zuiden van het land. Daar zijn natuurlijk ook de grensgebieden. Maar in de praktijk zie ik (en hoor ik ook van collega instellingen) dat het vaak op taal toch niet goed bevalt om ' psychiaters uit Duitsland' bijvoorbeeld in te zetten. Ik ben erg benieuwd naar uw toelichting. Enerzijds gaat het wel of niet om substantiële aantallen. Neemt het toe? En wat is uw reden om het als beschikbare capaciteit mee te rekenen / hoe verhoudt dit zich tot de (door veronderstelde) noodzaak om hier toe over te gaan?

2. Bij klinisch psychologen wordt genoemd dat er relatief veel ouderen zijn onder de beroepsgroep, die binnenkort vanwege pensioen uitstromen. Hoe is dit bij psychiaters? Zijn er andere redenen bekend van personeelsverloop die invloed hebben op capaciteit? Hebben jullie in capaciteit meegewogen dat een deel (deels) blijft werken na pensioen?

3. ZZP-ers worden vaak ingezet omdat het niet lukt om voldoende psychiaters in loondienst te krijgen. Wordt in capaciteitberekening meegewogen of iemand als ZZP werkt? Door ' de markt' betalen instellingen meestal voor ZZP-ers en toeslagen voor bemiddelingsbureau's.
4. Heeft u een indicatie hoe het met verdeling over het land is van psychiaters? Uit het Nivel rapport blijkt relatieve spreiding van klinisch psychologen per miljoen inwoners in het noorden 80, in het oosten 150, in het westen 130 en in het zuiden 70. Dus verhoudingsgewijs ongeveer 2 x zoveel in het midden van het land ten opzichte van het zuiden en noorden. Is er ook een dergelijk beeld van spreiding psychiaters over het land?
5. Het Capaciteitorgaan trekt de conclusie dat opleidingsplaatsen naar beneden kunnen. Verslag stichting Bols laat zien dat het veld daar een ander beeld bij heeft. Maar in Bols zitten toch ook vertegenwoordigers van de branche / het veld? Heeft u een verklaring hoe dat kan?

6. Heeft u wellicht nog suggesties waar ik informatie kan halen over arbeidsmarkt klinisch psychologen en in geval van krapte wat voor handelingsmogelijkheden er zijn?

BIJLAGE 3

Vragenlijst voor telefonisch interview Maurice Heck, arbeidsmarktdeskundige GGZ Nederland

Inleiding en doel interview:
Voor de MBA ben ik met mijn thesis bezig en die handelt over arbeidsmarktkrapte onder psychiaters en klinisch psychologen in de specialistische GGZ. Met name probeer ik zicht te krijgen op hoe de arbeidsmarkt is..

1. Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat er voldoende capaciteit is, maar in de praktijk kom ik tegen dat vacatures niet vervuld kunnen worden en dure ZZP-ers moeten worden ingehuurd. Ik ben benieuwd of er bij GGZ Nederland zicht is op hoe het gesteld is met de krapte op de arbeidsmarkt voor deze beroepen. En ook of het geografisch bepaald is in welke mate er krapte voorkomt.

2. Ik ben getriggerd door de discussie over het hoofdbehandelaarschap. Ik was verrast dat het Capaciteitsorgaan met het voorstel kwam om de instroom in de opleiding tot psychiater te beperken en zie in de verslaglegging van stichting Bols terug dat dit in het veld ook tot vragen of verbazing leidt. Het veld neemt echter (via de branche vereniging?) deel aan het tot stand komen van het advies. Ik zou graag vernemen hoe er vanuit GGZ Nederland over gedacht wordt.

3. Daarnaast ben ik benieuwd of er bij de brancheorganisatie een beeld is van hoe er door (geïntegreerde GGZ) instellingen beleid op gemaakt wordt, welke handelingsopties er zijn. Heeft u het beeld dat psychiaters en klinisch psychologen bereid zijn bijvoorbeeld taken over te dragen zodat een andere skillmix ontstaat?

4. En hoe kijkt u aan tegen de beperking op wie hoofdbehandelaar mag zijn door de eisen die verzekeraars bij inkoop stellen aan de zorginstellingen? Dat beperkt de mogelijkheid tot taakherschikking.

5. Landelijk zijn er 1900 klinisch psychologen en 3300 psychiaters, verhouding ongeveer 2/3. Heeft u zicht op of dit op instellingsniveau bij geïntegreerde GGZ-instellingen vergelijkbaar is?

6. Heeft u ook zicht op personeelsverloop voor pensioen, in welke mate het voorkomt dat klinisch psychologen of psychiaters hun beroep verlaten?

7. Heeft u ook een idee van verwacht effect door nieuwe opzet aios psychiatrie (individueel traject, instellingsgrenzen overstijgend)?

8. Heeft u zicht op hoeveel vacatures er zijn voor psychiaters en klinisch psychologen en hoe lang die doorgaans open staan? En of dit per regio verschilt?

9. Heeft u eventuele suggesties waar ik voor aanvullende relevante informatie gezien mijn onderwerp terecht kan?

BIJLAGE 4

Vragenlijst interviews directies of managers HR van zorginstellingen

Doel van het gesprek:
Mijn thesis gaat over de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen in de specialistische GGZ; aanleiding hiervoor is bestaande krapte en de ontwikkelingen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ. Met de interviews bij zorginstellingen wil ik zicht krijgen op:

- in welke mate is er arbeidsmarktkrapte mbt de functies klinisch psycholoog en psychiater en wat dit betekent voor zorginstellingen
- welke betekenis een aantal ontwikkelingen hebben
- en welke handelingsopties zij zien om evenwicht tussen vraag en aanbod te verkrijgen of behouden.

1. **Arbeidsmarkt**
   Hoe ziet de omgeving van betreffende zorginstelling eruit als het gaat om de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen.

- Hoe is het nu binnen uw instelling, hoe is het in de regio, hoe is het in het land?
- Heeft u vacatures? Hoeveel ten opzichte van uw benodigde capaciteit? Hoe (snel) krijgt u vacatures ingevuld? Maakt het verschil in welke segmenten de vacatures zijn gesteld (bijvoorbeeld K&J, Forensisch, psychiatrie/VG, FACT, HIC, ouderenpsychiatrie enzovoort)?
- Landelijk is de verhouding klinisch psychologen:psychiaters ongeveer 2:3; Hoe ziet dit er in uw instelling uit?
- In welke mate werkt u met ZZP-ers? Is dat een keuze of noodzaak?
- Heeft u klinisch psychologen of psychiaters uit het buitenland in uw instelling werkzaam? Is dat een keuze of noodzaak?
- Wat is uw beeld van uw instelling tov uw omgeving / buurinstellingen en tov andere delen van het land wat betreft de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters?
- Zijn er klinisch psychologen of psychiaters die voortijdig hun beroep verlaten? Hoe vaak komt dat voor en weet u wat de reden hiervan is?

2. **Ontwikkelingen en hun betekenis voor de arbeidsmarkt:**

- Substitutie in de GGZ: versterken nulde en huisartsenzorg en basis/generalistische GGZ
- Hoofdbehandelaarschap
- Decentralisaties
- Vergrijzing
- Taakherschikking
- Verandering opleidingsroute psychiaters (individueel traject) en mogelijk verkort opleidingstraject psychotherapeuten > klinisch psycholoog

a. Herkent u de genoemde ontwikkelingen en welke betekenis heeft de ontwikkeling volgens u op de arbeidsmarkt van klinisch psychologen en psychiaters (instellingsniveau, regio, landelijk)?
b. Mist u een ontwikkeling die relevant is in dit kader?
c. Wat zijn de gevolgen voor uw vraag naar personeel (met name kwalitatief).
d. Het Capaciteitsorgaan adviseert de opleidingsplaatsen voor psychiaters te verminderen en geeft aan dat de opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen afgelopen jaren niet helemaal werden gevuld; hoe kijkt u hier tegen aan?

3. Wat betekent dit voor uw strategisch HR-beleid, welke handelingsopties zijn er? Wat doet u op dit moment, wat bent u van plan?

- Personeelsbeleid:
  - Werving
  - Selectie
  - Training
  - Beoordeling
  - Beloning (probeer je verloop tegen te gaan bijv met secondaire arbeidsvoorwaarden als carrièreperspectief, lease auto, arbeidsmarkttoeslag, opleidingsmogelijkheden enzovoort).

- Reageren op de arbeidsmarkt aan de vraagkant (taakeisen), zoals:
  - keuzes in product/markt combinaties
  - keuzes in taken en functies (skillmix / taakherschikking)

- De manier waarop je de arbeidsorganisatie ontwerpt, produceert ook arbeidsomstandigheden. Denk bijvoorbeeld aan ervaren werkdruk, individueel werken of in teams, mate van autonomie, onregelmatige diensten enzovoorts; Omgekeerd beïnvloeden arbeidsomstandigheden houdingen en gedrag. Denk bijvoorbeeld aan verzuim, verloop, commitment. (Bax, 2003)
  - Wordt in je organisatie bewust gebruik gemaakt van deze beïnvloeding met betrekking tot de beroepsgroepen psychiater en klinisch psycholoog?

- Wat is de invloed van uw strategisch organisatie- en concurrentiebeleid op het arbeidsmarktbeleid;
  - Maakt u gebruik van instrumenten voor scenarioplanning
  - Welke invloed heeft het strategisch concernbeleid invloed op hoe u opereert op de arbeidsmarkt van psychiaters en klinisch psychologen?
  - Werkt u op het gebied van arbeidsmarkt psychiaters en klinisch psychologen samen met andere zorgaanbieders of concurreert u met elkaar? Hoe verhoudt dat zich tot 'competetitive advantage' .
  - Hoe gaat u om met verzekeraars en de eisen die zij stellen bij hun inkoop van zorg? En in het verlengde daarvan met de decentralisaties een ook niet te onderschatten partij in de nabije toekomst: de gemeenten.

Wat heeft u gemist in het interview?

BIJLAGE 5

Codeboek interviews directies of managers HR van zorginstellingen

Arbeidsmarkt

1. a Arbeidsmarkt klinisch psycholoog instelling, b Idem regio,.c Idem land
2. a. Arbeidsmarkt psychiater, b. Idem regio, c. Idem land
3. Verhouding kp : psa 2 : 3?
4. Inzet ZZP
5. Instroom uit buitenland
6. Voortijdig verlaten beroep

Invloed ontwikkelingen

7. Substitutie nulde lijn en GBGGZ / SGGZ
8. Hoofdbehandelaarschap
9. Decentralisaties
10. Vergrijzing in de beroepsgroep
11. Taakherschikking
12. Verandering opleidingsroute

(Strategisch) HR-beleid

13. Werving & Selectie
14. Binden/ Cultuur
15. Training
16. Beoordeling
17. Beloning
18. Keuzes product markt
19. Keuzes taken en functies inzet, skillmix / taakherschikking
20. Gebruik instrumenten scenarioplanning
21. Arbeidsomstandigheden

Strategisch concernbeleid mbt arbeidsmarktbeleid

22. Concurrentie of samenwerking met andere zorgaanbieders
23. Omgaan met eisen zorgverzekeraars
24. Omgaan in toekomst met eisen gemeenten?

Overstijgend

25. Nieuwe handelingsopties / systemen
26. Macro handelingsopties

BIJLAGE 6

Resultaten interviews directies of managers HR van zorginstellingen

- met betrekking tot de arbeidsmarkt klinisch psychologen en psychiaters
- met betrekking tot ontwikkelingen en hun invloed op de arbeidsmarkt
- met betrekking tot HR-beleid
- met betrekking tot (strategisch) concernbeleid in relatie tot de arbeidsmarkt
- met betrekking tot nieuwe handelingsopties/systemen en/of macro handelingsopties

De letters A t/m F zijn de geinterviewde instellingen. Per regio zijn twee instellingen geinterviewd.

Resultaten interviews zorginstellingen mbt arbeidsmarkt klinisch psychologen en psychiaters, maart 2014

Arbeidsmarkt klinisch psychologen	
A Noordwesten	Tot nu toe moeite gehad om vacatureruimte in te vullen; vacatures doen zich met enige regelmaat voor.
B Noordwesten	Op dit moment zitten we op formatie. Alles staat nu on hold ivm verwachte krimp
C Noorden	Er is wel enige krapte, maar niet vergelijkbaar met krapte bij psychiaters
D Noorden	Krappe arbeidsmarkt, kost wel veel moeite om vacatures te vervullen. Is wel aan het kantelen, aanbod neemt geleidelijk aan wat toe.
E Midden	Nu geen probleem. We slagen er wel in om KP-ers aan te trekken, maar het zijn wel lastige onderhandelingen over salariëring en dergelijke.
F Midden	Er is wel schaarste. Daardoor ook weer te weinig KP-ers om opleidelingen te superviseren, daardoor zit je in een soort klem.

Arbeidsmarkt psychiaters	
A Noordwesten	Tot nu toe moeite gehad om vacatureruimte in te vullen; Vacatures doen zich met enige regelmaat voor.
B Noordwesten	Op dit moment zitten we op formatie. Alles staat nu on hold ivm verwachte krimp.
C Noorden	Veel vacatures die we moeilijk ingevuld krijgen. Met name binnen FACT en K & J GGZ. Totaal ongeveer 10 fte. FACT is ook niet altijd geschikt voor pas afgestudeerden.
D Noorden	Krappe arbeidsmarkt, kost wel veel moeite om vacatures te vervullen. Is wel aan het kantelen, aanbod neemt geleidelijk aan wat toe. Krapte vooral op specialistische gebieden zoals forensisch en K&J GGZ. Voor het eerst wordt de komende maanden psychiaterformatie boventallig. Kleine stukjes dienstverband en eerst de ZZP-contracten eruit, dus mogelijk komen we niet aan vaste dienstverbanden. Maar het is wel een nieuwe beweging doordat de totale capaciteit krimpt.
E Midden	Er was wel krapte, dat is minder geworden. We kunnen tegenwoordig gemakkelijker psychiaters aantrekken dan vroeger.
F Midden	We hebben het nu redelijk gevuld, maar je kan niet zeggen dat er geen zorg is voor nieuwe aanwas en verfrissing. Bij het onderdeel verslavings-GGZ is het al jaren moeilijk om psychiaters te binden. En voor K&J zijn we al drie jaar bezig om een kinder en jeugd psychiater aan te trekken.

Beeld regio	
A Noordwesten	Beeld is vergelijkbaar, je vist allemaal in dezelfde vijver. Mensen oriënteren zich soms in de regio bij verschillende aanbieders. Door geografische ligging is het in Den Helder lastiger om vacatures in te vullen dan dichter bij Amsterdam / Randstad gelegen locaties. Ligging brengt of langere reisafstand of beperkingen in woonomgeving met zich mee; wil je later nog eens wat anders dan weet je zeker dat je moet verhuizen.
B Noordwesten	In de regio is de arbeidsmarkt vermoed ik vergelijkbaar.
C Noorden	Tot mijn verbazing zeggen de andere GGZ instellingen in de buurt dat ze redelijk op orde zijn. Krimp speelt daar ook een rol bij. Ik krijg een ander beeld van iemand die ik ken die bij een buurinstelling werkt, dus hoe zit het dan? Hoor je het werkelijke verhaal?
D Noorden	Vergelijkbaar beeld. Het komt ook wel voor dat mensen uit dienst gaan en bij de buren als ZZP zich melden. Voordat je het weet word je tegen elkaar uitgespeeld
E Midden	Het beeld is fragmentarisch, kan per periode heel verschillend zijn of vacatures snel ingevuld worden of niet.
F Midden	

Beeld landelijk	
A Noordwesten	Landelijk hetzelfde beeld, moeite om voldoende psychiaters en klinisch psychologen te vinden. Vermoedelijk ook beperkt door beperkt aantal opleidingsplaatsen. Markt wordt kunstmatig krap gehouden. De krapte is niet meer zoals het geweest is, men kan niet meer zo hoog van de toren blazen.
B Noordwesten	Bij een andere instelling worden nu specialisten ouderengeneeskunde boventallig verklaard, dat is nieuw; er worden andere keuzes gemaakt. Er vallen dit jaar klappen in de zorg, het is de vraag of alle psychiaters en klinisch psychologen die afstuderen over een tijd wel allemaal geplaatst kunnen worden.
C Noorden	Bij sommige instellingen kunnen ze mensen die net klaar zijn met hun opleiding niet plaatsen. K&J psychiaters is landelijk schaarste.
D Noorden	In heel Nederland ontstaat meer evenwicht in vraag en aanbod. Men lijkt overal wat gemakkelijker vacatures te kunnen invullen. Opleidingscapaciteit psychiater verlagen lijkt niet verstandig.
E Midden	Ik denk dat iedereen wel moeite heeft om de formatie KP en psychiater in te vullen. We werken zelf in verschillende regio's en in sommige mogen we groeien en andere krimpen. Waar we groeien ontstaan vacatures. Daar willen mensen uit de Randstad niet altijd naar toe te werken. Enerzijds vanwege de afstand tot wonen, anderzijds omdat die vestigingen kleiner zijn en daar dus minder specialistisch gewerkt kan worden. Dat is reden mee om daar te willen groeien.
F Midden	Vergelijkbaar beeld voorzover ik dat uit mijn eigen netwerk verneem. Het Capaciteits-orgaan zou het volume voor psychiaters omhoog moeten halen, men creëert nu zelf de schaarste. K&J psychiaters is een heel schaars beroep.

Verhouding KP/ Psychiater 2:3?	
A Noordwesten	Geen idee
B Noordwesten	Verhoudingsgewijs minder KP-ers gezien doelgroep (minder voordeur/curatief)
C Noorden	Weet ik niet
D Noorden	Weet ik niet
E Midden	Verhouding ligt bij ons lager, ik denk 1:3.
F Midden	

Inzet ZZP	
A Noordwesten	Niet standaard, wel uit krapte. Als je een blik psychiaters, klinisch psychologen en GZ psychologen kan opentrekken word je rijk.
B Noordwesten	Nog wel een aantal. Dat is een slechte zaak gezien de kosten. We proberen het zoveel mogelijk te voorkomen en bij reorganisatie gaan we daar als eerste op indikken.
C Noorden	We worden voor een deel in de lucht gehouden door ZZP-ers, met name psychiaters. Dat wil je liever niet. Is uit noodzaak vanwege de vacatures. Voorkeur voor met name mensen die zich aan de organisatie verbinden en een kleine schil van ZZP.
D Noorden	Als je vacatures niet ingevuld krijgt, word je gedwongen ZZP-ers in te zetten tegen hoge kosten en stevige fee's voor bemiddelingsbureaus. Dit speelt met name bij psychiaters. We kunnen ons nu permitteren om nee te zeggen, zeker tegen die hoge tarieven. Uitgangspunt is mensen in loondienst. Principe-afspraken over tarieven, maar in de praktijk, als de nood hoog is, wijkt men daar toch vanaf. Uit historie hebben we een paar hele dure ZZP-ers, die ook wel wat met zich meebrengen qua aanzien door publicaties, onderzoek enzovoorts.
E Midden	Vorig jaar nog wel, uit noodzaak. Hoge kosten. Nu alleen als er door bijvoorbeeld langdurige ziekte knelpunten ontstaan. Om kosten van de bemiddelingsbureaus te drukken sluiten we mantelcontracten af.
F Midden	Wel interim psychiaters, de schaarste maakt dat de keuze ligt bij de psychiaters.

Instroom uit buitenland	
A Noordwesten	Wel een paar, maar of die nu hier rechtstreeks gekomen zijn om te werken of al een poos in Nederland waren weet ik niet. We halen niet rechtstreeks mensen uit het buitenland.
B Noordwesten	Er werken een aantal psychiaters van Duitse origine bij onze instelling. Dat gaat doorgaans goed, maar niet net zo goed als Nederlandse psychiaters. Is ook persoonsafhankelijk. Als het niet goed gaat is er door werkdruk / krapte vaak ook te weinig tijd besteed aan inwerken en begeleiden.
C Noorden	Wel geprobeerd, zowel uit Spanje als Duitsland, maar het ging niet echt goed. Mogelijk hebben we daar zelf ook wel wat laten liggen qua introductie en begeleiding. Belgen in het zuiden van het land wil nog wel, taal en cultuur is dan gemakkelijker. Wel veel aios uit het buitenland, dat gaat ook niet altijd goed. De verhouding buitenlandse komaf en Nederlands is nu wel eens wat zoek.
D Noorden	Een paar psychiaters uit Duitsland, vanwege nabijheid grensstreek en ook vanwege wetenschappelijke verdienste. Maar het komt niet heel veel voor.
E Midden	Een paar uit België, maar dat zijn incidenten. Over het algemeen wel goede ervaring daarmee.
F Midden	In het verleden voor verslavings-GGZ gewerkt met psychiaters uit Duitsland. Dat werkte wel goed mits gelegenheid voor het leren van de taal.

Voortijdig verlaten beroep	
A Noordwesten	Niet meegemaakt bij deze beroepen.
B Noordwesten	Niet bij deze beroepen.
C Noorden	Komt bij afgestudeerden niet voor, dan is men al eerder uitgestapt tijdens de opleiding.
D Noorden	Komt niet voor
E Midden	Nooit gehoord.
F Midden	Niet aan de orde

De letters A t/m F zijn de geinterviewde instellingen. Per regio zijn twee instellingen geinterviewd.

Resultaten interviews zorginstellingen mbt ontwikkelingen en hun invloed op de arbeidsmarkt, maart 2014

Substitutie	
A Noordwesten	Zorg die naar de huisarts / POH GGZ kan of naar basis GGZ, moet je daar frequent een KP of psychiater op inzetten? Dat kan ik me niet voorstellen. Wellicht dat er vaker consultatie van een psychiater zal zijn door de huisarts of POH GGZ. Dat is eerst ook opnieuw balans zoeken, daar moet je een paar jaar voor uittrekken voordat dat zich heeft uitgekristalliseerd.
B Noordwesten	Door verschuiving naar basis GGZ ga je wel lager inzetten en wordt het specialisme kleiner. Dat is ook kostengedreven: wat kan je je veroorloven om in te zetten in de GB GGZ. Naar verwachting minder KP en psychiater.
C Noorden	Het is nog afwachten wat het effect zal zijn. Voor inzet in GB GGZ zijn KP-ers te duur vanwege de tarieven.
D Noorden	Voor de GB GGZ hebben we een apart merk / organisatie. Dat draait niet zoals we zouden willen. We hevelen nu productiecapaciteit over vanuit SGGZ. Probleem is dat alles via de huisarts moet, die zien ons aankomen. Je moet de productie daar ook kunnen waarmaken,anders heb je een ander probleem. We gaan nu wel naar boventalligheid op basis van de productieverlaging in de SGGZ. We zetten wel iets KP en psychiater in in de GBGGZ. Nieuwe aanbieders kunnen daar beter op inspelen met hun bedrijfsvoering. SGGZ zal kleiner worden en daarmee ook de monopolypositie van grote geïntegreerde GGZ instellingen. Maar ook meer specialistisch. Voor lichtere vormen van hulp geen rare beweging.
E Midden	GZ psychologen staan niet te springen om in de GB GGZ te werken. Instroom voor de GB GGZ neemt nog geen grote vlucht. We verwachten dat het nog wel een paar jaar zal duren voordat dat staat. We zijn er zelf ook dubbel in: enerzijds moet de GB GGZ gaan lopen, maar we hebben nu zelf voor de S GGZ ook de GZ psychologen nog nodig. We zien al wel dat sinds een half jaar de instroom S GGZ lager is. We proberen te duiden waar dat door komt. Na jaar eigen bijdrage zagen we weer herstel (uitgestelde zorgvraag). Nu hebben we het idee dat mensen meer door krijgen hoe hoog het eigen risico is en steviger afwegen ga ik wel of niet in zorg. 360 euro is ook wel veel, zeker in de GB GGZ als je vooreen kort behandeltraject komt. Het aantal POG GGZ neemt toe, die houden ook een aantal patiënten onder hun hoede bij de huisarts. Dat is vaak een goede oplossing voor preventie en lichte problematiek. We zijn zeer benieuwd naar de ontwikkeling komende tijd, wat is dan GB BBZ, gaat dat groeien, en wat gaat naar S GGZ. Onze worsteling is ook dat iedere stap via de huisarts moet. Die zit daar helemaal niet op te wachten, wil gewoon dat het goed geregeld is. Welke invloed verandering heeft op arbeidsmarkt van psychiaters en KP-ers is nog afwachten. Je weet nog niet wat de vraag aan bijv consultatie wordt. Als het fors anders wordt moeten we wellicht krimpen of naar een andere disciplinemix. Dan ben je afhankelijk van tijdelijke contracten om snel te kunnen anticiperen. Tijdelijke contracten zitten bij ons meer bij basispsychologen, dus daar zal de eerste krimp dan vallen.
F Midden	We gaan met beroepsgroepen in gesprek, over dat de huisarts een belangrijke schakel voor hen is, en vragen hen hoe ze daarmee omgaan. Gaan jullie 10 of 12 huisartsen in je netwerk nemen voor de consultrol? Daar is men aarzelend in. We proberen hen daarop te triggeren, zo van u bent S GGZ en die huisarts moet die patiënt naar u willen sturen. Dat is wel nieuw. De gedachte is dat ongeveer 20% naar de huisartsenzorg gaat. Dan word je meer specialistisch en zal capaciteit krimpen. Je hebt dan andere competenties nodig, meer accent op zelfsturend en vakinhoudelijk. In de GB GGZ de psychiater veel meer in de consultrol, ook naar huisartsen. Dat vraagt andere competenties. De algehele stelselverandering zal invloed hebben op initiële opleidingen, omdat de SGG kleiner en meer specialistisch wordt. Daar kan je ook attractiever worden, in meer specialisatie. Door de stelselherziening zijn we minder instituut aan het worden en meer onderneming. Daar hoort een andere houding bij, meer intrinsieke motivatie van medewerkers om met de patiënt het doel te halen in de kortst mogelijke tijd met de meest effectieve instrumenten. De klassieke GGZ is meer een beschouwende discipline, is geneigd om de patiënt eerst dicht bij zich te houden. Dan gaat de behandelduur en het verblijf omhoog. Via benchmark vraagt de verzekeraar je dan om dat uit te leggen.

Hoofdbehandelaarschap	
A Noordwesten	We hebben berekeningen gemaakt met de smalle definitie en het probleem viel mee.
B Noordwesten	Op dit moment hebben we geen probleem, mede vanwege de krimp. Het is de vraag hoe het zich verder ontwikkelt, of we dan een probleem hebben of niet.
C Noorden	Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Raar ook om taakherschikking zo te beperken. Van belang is om ervoor te zorgen dat het werk interessant blijft voor KP-ers en psychiaters. Als je een groot % van alle behandelingen ook door hen moet laten uitvoeren komen we in de problemen. Zeker als dan ook de opleidingscapaciteit van psychiaters wordt ingeperkt. Dan kan je mogelijk ook geen goede zorg meer leveren.
D Noorden	Ik weet dat het speelt, maar het wordt decentraal in de divisies ingevuld. Betekent wel dat artsen en SPV-en niet meer inzetbaar zijn als hoofdbehandelaar. De GZ psycholoog en VS hangt af van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. VWS biedt die ruimte wel. SPV formatie gaan we nu wel terugbrengen, een aantal leiden we versneld op tot VS. Met onze huidige krimp kunnen we gelijktijdig de functiemix aanpassen. Dat doen we dus decentraal in divisies.
E Midden	Onze verwachting was dat zorgverzekeraars aansluiting zouden zoeken bij brief Schippers. Dat hebben ze dus niet gedaan. We hadden gerekend op in ieder geval overgangstermijn van 2 jaar. De verzekeraar waar wij met name mee om tafel zitten wil klinisch psycholoog, psychiater en psychotherapeut als hoofdbehandelaar. Voor 2014 afspraak gemaakt dat de GZ psycholoog ook mag, mist die ook contact heeft met één van de drie aangemerkte hoofdbehandelaren. Die hoeven de patiënt niet face to face te zien, maar kijken mee op behandelregie. We hopen die afspraak ook voor 2015 te kunnen maken en een overgangstermijn, maar of dat lukt is nog niet helemaal zeker. Voor basis GGZ kan de GZ psycholoog in ieder geval wel als hoofdbehandelaar. Het is een diffuus landschap: de minster bepaalt het dus niet, de verzekeraars voor een deel maar in onderhandeling met de aanbieders, beroepsverenigingen bepalen het niet. Als we moeten schakelen naar de KP, psychiater en psychotherapeut hebben we een probleem, die zijn niet op de arbeidsmarkt beschikbaar. We redden het nu met de ruimtere definitie van hoofdbehandelaar, maar ik verwacht over 2 jaar wel een probleem. Of je moet een soort stempelfabriek van de hoofdbehandelaar maken, die handjes schudt en afvinkt als een soort administratiekantoor. Dat wil niemand, maar daar worden we misschien wel toe gedwongen over 2 jaar als het korte rijtje wordt. We willen graag de VS erbij als hoofdbehandelaar, omdat we veel winst zien in het overdragen van taken van psychiaters. Met de scherpere eisen voor hoofdbehandelaarschap is het absurd dat de opleidingscapaciteit van psychiaters verlaagd wordt.
F Midden	De inschatting is dat we voor het hoofdbehandelaarschap de smalle inrichting gewoon kunnen realiseren. Bij verslavings-GGZ hebben we daar wel moeite mee. We waren blij met de brief van de minister. De minister heeft meer ruimte gegeven dan de verzekeraars. Elke verzekeraar doet het weer een beetje anders. Sommige verzekeraars vragen al dat de psychiater tot 50% van de behandeltijd zelf moet doen. We maken duidelijk hoe het zorgproces in elkaar zit. Dat je niet in elke fase zo'n hele dure behandelaar nodig hebt. Dat die regie voert is prima. Maar dat die 50% van een behandeling zelf zou moeten uitvoeren is onzin. Het is voor deze professionals niet aantrekkelijk om een groot deel van hun werk met hoofdbehandelaarschap bezig te zijn. Dat zie ik als een bedreiging. Bij S GGZ proberen we wel de VS ook als hoofdbehandelaar te krijgen. Ik ben somber over of dat gaat lukken dit jaar. De discussie over hoofdbehandelaarschap zet het wel op scherp. Sommigen zeggen als dat gebeurd ga ik werken als ZZP-er. Anderen zien hun baan uithollen.

Decentralisaties	
A Noordwesten	Zal meer om care dan om cure gaan. Daar zul je niet heel veel KP of psychiateruren in hebben zitten. Als de gemeente te weinig in gaat kopen zal het in eerste instantie betekenen dat je minder mensen nodig bent. Maar dat kan weer leiden tot een toename van crisiszorg. Het biedt ook weer kansen, heeft ook te maken met visie over deelname aan de maatschappij. De vraag is of gemeenten een reëel beeld hebben van de doelgroep.
B Noordwesten	Door verschuiving naar wijkteams wordt het specialisme kleiner.
C Noorden	Lastig in te schatten wat het effect zal zijn. Ik denk dat het specialistische werk toch wel bij de specialistische GGZ zal blijven, aangevuld met meer consultatie achtige functie. Of dat invloed zal hebben op capaciteitsbehoefte van deze beroepen is de vraag.
D Noorden	Onze K&J GGZ afdeling werkt intensief samen met een K&J GGZ instelling. We zullen ongetwijfeld nader bekijken of je meer intensief behandelfuncties kunt delen. Verder vind ik het een zorgwekkende ontwikkeling, het tempo waarin alles overgaat naar de gemeenten.
E Midden	Decentralisatie speelt bij ons niet zozeer omdat we vooral op cure, de diagnostiek en behandeling van volwassenen zijn gericht. Hooguit dat we indirecte effecten merken.
F Midden	Decentralisatie naar gemeenten zie ik als een enorme kans Het hangt er heel erg vanaf hoe gemeenten dat gaan uitwerken. We doen in allemaal projecten mee en proberen verbinding tussenjeugdwet, participatiewet en nieuwe WMO te leggen. We hebben met 40 gemeenten te maken. We zien kans om zorg dichter bij mensen te brengen en meer preventie. Waar dan de klinisch psycholoog en psychiater in passen weet ik nog niet zo goed. Bedrijfsmatig moeten we een aantal nieuwe business cases uitwerken en het zal ook nieuwe functies met zich meebrengen. Dat is nog niet allemaal uitgewerkt.

Vergrijzing van de beroepsgroep	
A Noordwesten	Weet is niet exact, zou ik moeten opzoeken.
B Noordwesten	Speelt niet zozeer, we hebben vrij veel jonge psychiaters.
C Noorden	Dat speelt wel bij KP. Bij psychiaters minder, die werken vaak ook door na hun 65ste.
D Noorden	Weet ik niet, zou ik moeten opzoeken.
E Midden	Wij hebben wel in beeld wat de komende 10 jaar onze uitstroom is. Dat gaan we binnenkort op een rijtje zetten, wat betekent dat voor onze instroombehoefte. Dat speelt zeker een rol bij psychotherapeuten en klinisch psychologen, die meer dan gemiddeld met pensioen gaan.
F Midden	Er is als gevolg van vergrijzing nog geen grote vervangingsvraag.

Taakherschikking	
A Noordwesten	We wilden VS meer inzetten als hoofdbehandelaar. Nu ze minder mogen dan we hadden gewild gaan we toch iets minder opleiden, want dan kan je niet alle taken die je van plan was bij hen beleggen.
B Noordwesten	We hebben vanwege taakherschikking een paar VS, niet in grote aantallen.
C Noorden	Vind ik een zorgpunt. Hoe hou je het interessant. Als je teveel taken uitsplitst, blijft het dan nog wel leuk. Daar moeten we de professional bij betrekken, anders gaan we naar een ander. We krijgen bij recente belangstelling ook wel te horen dat mensen door taakherschikking hun werk minder leuk vinden waar ze nu werkzaam zijn.
D Noorden	Vullen divisies in, niet centraal gestuurd. Wel kijken we naar taakherschikking in de zin dat ook behandelaren hun verslaglegging en registratie in hun DBC tijd zelf moeten doen. Nu komt het nog wel voor dat men bandjes inspreekt. De elektronische zorgdossiers zijn zeer gestandaardiseerd met formats. We gaan hier op sturen en formatie zorgsecretariaat verminderen.
E Midden	We zien veel winst in overdracht taken psychiater naar VS. We hebben een aantal in opleiding. Ze zijn ook nog wel schaars. Verder hebben we bij bepaalde zorgprogramma's veel artsen in dienst, zoals bij ADHD. Dat is ook een keuze, dat je niet alles bij een psychiater onderbrengt. Voor het hoofdbehandelaarschap moet je dan weer iemand anders aan de arts verbinden. Is vaak een GZ psycholoog.
F Midden	We vragen nieuwe competenties van onze klinisch psychologen en psychiaters. Zet het venster open, ga met de huisarts in contact, wees responsief, loop met een telefoon voor de consultfunctie. Denk ook mee over bedrijfsvoering, werk met zorgpaden, denk mee over doelmatigheid en efficiency over wat je biedt. Ga met patiënten in gesprek over wat het beste is om het doel voor de patiënt te halen. Dat vind men moeilijk. We hebben wel zorgpaden, maar het werken met zorgpaden in je gedrag, daar staan we nog maar mee aan het begin. De psychiater moet breder kijken dan zijn vakgebied naar wat het beste is. WE proberen daar een attractief label aan te hangen, herstel-bevorderende zorg, zodat het niet over het sec medisch behandelen gaat maar over duurzaam behandelen. Daar willen we KP en psychiaters mede verantwoordelijk voor maken. Dat is pittig.

Verandering opleidingsroute	
A Noordwesten	Inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij de divisies en opleiders. Wel voeren we gesprekken met instelling in de regio om te kijken hoe je kan samenwerken en efficiënter de opleiding kan bieder en blijven bieden als je kleiner wordt.
B Noordwesten	We hebben nog maar een paar jaar opleiding tot psychiater. Ik heb geen zicht op effect verandering opleidingsroute. KP opleiding hebben we intern uitbesteed aan de Academie. Die gaat ook voor zijn bestaansrecht, dus zal niet snel zeggen dat het wel minder kan. Dat maakt het ook wel lastig om te zeggen dat je vanwege krimp momenteel niet of minder opleidingsplaatsen wil invullen.
C Noorden	Wij leiden nu soms mensen uit andere delen van het land op voor psychiater, omdat ze daar als ze wat ouder zijn niet meer kans maken voor de opleiding. Vaak gaan ze dan na de opleiding wel weer terug naar de Randstad.
D Noorden	Ben ik onvoldoende mee bekend. Nog niet gemerkt dat dit effect heeft.
E Midden	We zijn nu bezig met verkort traject voor KP-ers. En GZ-ers steken nu hun vinger op voor de KP opleiding omdat ze niet zeker zijn of ze op termijn in de S GGZ kunnen blijven. We hebben ons nog niet bezig gehouden wat veranderingen in opleidingsroute voor psychiaters gaat betekenen.
F Midden	Geen informatie over. We zijn mede gefuseerd om toegang tot de opleiding tot psychiater te krijgen.

De letters A t/m F zijn de geinterviewde instellingen. Per regio zijn twee instellingen geinterviewd.

Resultaten interviews zorginstellingen mbt HR beleid, maart 2014

Werving en selectie	
A Noordwesten	We hebben nu de opleiding tot psychiater in huis, daar krijgen we nieuwe aanwas van. Verder eigen netwerk aanboren. Er kloppen ook regelmatig mensen bij ons aan. Dat heeft ook met onze naam te maken. Er zijn mensen die echt bij ons willen werken, die willen graag werken in FACT. Natuurlijk niet altijd op het moment dat wij het ook willen. Maar als een kans zich dan voordoet dan, dan maken we daar gebruik van. Ook al duurt het nog even voordat een vacature zich voordoet.
B Noordwesten	Er was eerst regelmatig contact met allemaal bureaus die psychiaters werven. Maar dat is op dit moment niet meer zo. We hebben nu een hoogleraar in huis. Daar gaat ook een wervende kracht vanuit. Mensen verbinden zich aan een specialisme, daarmee kan je je profileren.
C Noorden	We zetten voor psychiaters een bureau in dat voor ons zoekt. We krijgen vacatures moeilijk ingevuld. We hebben nu een concrete toeleiding, waarbij men begonnen is 170 potentiële kandidaten te benaderen. We hebben een inspanningsverplichting met dat bureau afgesproken, ze krijgen pas betaald als er daadwerkelijk is toegeleid. We hebben onder vrijgevestigden ook wel eens de vraag uitgezet of men weer naar de instelling wil. Daar komt weinig uit. Onze arbeidsmarkt strategie is van binnenuit, eigen mensen zijn de beste ambassadeurs. Adverteren in de Volkskrant heeft weinig zin en is duur. Wat helpt is je gezicht laten zien op plekken waar je dat wil, met een positieve uitstraling die we ook menen. Als het onecht is moet je dat niet doen. Binnen beginnen is buiten winnen zeggen we. Viral marketing gaan we ook inzetten. Daar hopen we meer jongeren mee te bereiken. Dat heeft nog geen GGZ instelling gedaan. Social media zetten we ook in. En we hebben een aanbrengpremie. We proberen ook wel de mooie omgeving / provincie te promoten. Maar daar moeten mensen zelf iets mee hebben. Dat werkt vaak alleen als mensen hier hun roots hebben of als ze hier voor de liefde komen
D Noorden	We hebben een wat groter volume en soms wat meer specialisaties, dat helpt wel. Een aantal bovenregionale functies, dat heeft een bepaalde aantrekkingskracht. Ik leg sinds kort wat contact met de mensen in opleiding. Wat ons aantrekkelijk maakt volgens opleidelingen of nieuwe medewerkers is het woonklimaat voor mensen uit de Randstad: aantrekkelijke woningmarkt en mooie woonomgeving, daarnaast dat we relatief veel aan klassieke psychotherapie doen, dat is heel aantrekkelijk. Wat we meer moeten doen is de jonge dynamische psychiaters veel meer in de ambassadeursrol in contacten naar de markt inzetten. Wij lopen niet bij de opleidingen binnen, dat is een bolwerk, dat is het terrein van de opleiders. We kunnen onze jonge psychiaters daar meer een rol in geven om de contacten te onderhouden. Voor de rest doen we niet veel speciale acties. Soms adverteren in vakbladen. Maar je moet het vooral hebben van contacten en het netwerk,het voorjaarscongres voor psychiaters staan we ook. Dat is wel arbeidsintensief, dan moet je ook wel psychiaters in de stand hebben staan.
E Midden	Werven doen we via onze website. Eerst intern, daarna extern. Succes is per discipline verschillend, voor psychiaters en KP-ers is dat wel verbeterd, maar nog niet riant. Omdat we heel specialistische zorg bieden vindt men ons doorgaans aantrekkelijk. Daar maken we wel bewust gebruik van in onze arbeidsmarktpositie, door onze identiteit en waar we voor staan goed uit te dragen. Maar meer is het niet. Het meest aantrekkelijk zijn toch de teams in regio's waar we meer volume hebben en hoog specialistische zorg kunnen bieden. Daar hechten veel mensen wel aan, aan zo'n werkomgeving. Als we elders groeiruimte hebben, dan moet er al toevallig iemand wonen wil men spontaan naar een kleiner team dat minder specialistisch werkt gaan. Dat hangt dan dus meer op persoonlijke situatie. Het maakt veel verschil of je opleidingsplaatsen hebt. Dan trek je gemakkelijker nieuwe psychiaters aan. Daar steken we ook energie in, we hebben veel contact met alle psychiaters in opleiding.
F Midden	Onze korte termijn maatregel is dat we inspanningen om psychiaters te werven intensiveren. Daarnaast hebben we het hele opleidingsreportoire verbreed om aantrekkelijker te zijn. Sommige psychiaters vinden FACT heel leuk, als ontwikkelgebied. Of zijn enthousiast voor ouderenpsychiatrie. De kunst is om goed te matchen. Voor het aantrekken van een KJP zijn we al drie jaar bezig, dat is een heel schaars vakgebied. Maar er komen wel steeds meer probleemgezinnen. Wat help is samenwerken met anderen (UMC, collega instelling) waardoor iemand in zijn vakgebied kan groeien. De kunst is om vakmatig aantrekkelijk te zijn. We krijgen per jaar een contract met financiers. Dat betekent het ene jaar meer omzet dan het andere. Daardoor moet je ook een flexibele pool hebben en daar haal je vaak ook nieuwe medewerkers uit. Werving en selectie wordt daardoor veel meer een continu proces.

Binden/cultuur	
A Noordwesten	Ons imago en goed scoren op medewerkerstevredenheid helpt. We staan goed bekend, hebben een goede naam op het gebied van innovatie. Er zijn wel mensen die daarom bij ons willen werken.
B Noordwesten	Mensen verbinden zich aan een specialisme, daarmee kan je je profileren. Wij specialiseren ons met ouderenpsychiatrie.
C Noorden	We hebben wel een verbetering bewerkstelligd door de psychiaters in opleiding onder 1 manager te brengen. En ook een manager bij het leerhuis. We proberen voor psychiaters de opleidingsplaatsen goed bezet te houden. We houden onze eigen afgestudeerden binnen, daar hebben we ook beter beleid op gezet sinds een paar jaar. Meer aandacht tijdens de opleiding, werktijden aangepast zodat belastbaarheid beter is. Als directeur HR ga ik in het laatste jaar van de opleiding een gesprek aan over wat ze zouden willen. Zonder gouden bergen te beloven wel bespreken dat we graag met hen verder gaan. Daarmee hou je wel mensen binnen. Onze eigen mensen zijn onze beste ambassadeurs. Daarbij zijn geneesheer directeur, opleider, inhoudelijk lid van de RvB en dergelijke belangrijk. We hebben en professioneel statuut dat stevig staat. We zouden in de opleiding nog meer uit contact met de mensen in opleiding tot psychiater kunnen halen. Juiste cultuur, visie op de medewerker, het zijn clichés maar het gaat toch ook om voelen mensen zich op hun gemak gehoord. De idee met elkaar maken we er wat moois van. Mijn indruk is dat we die kant echt opgaan. We maken waar wat we zeggen. Iedereen kan wel een arbeidsmarkttoeslag bieden, maar het gaat erom dat je ook echt in een prettige sfeer je werk kan doen, en dat je mening er ook echt toe doet. Dat is niet overal zo en we verwachten dat dat zijn vruchten af gaat werpen.
D Noorden	Bovenregionale functies, dat we veel aan psychotherapie doen. Wat we beter kunnen doen is lijntjes vasthouden, ook vanuit P&O, vragen wat we goed doen en wat niet. Soms laat de begeleiding op de werkplekken te wensen over, dat moet je goed regelen. Ook overgangen naar andere afdelingen.
E Midden	We kijken wel of iemand de filosofie van ons bedrijf wel wil omarmen. Je kan niet zomaar zeggen dat je je er niets van aantrekt. Je moet de gezamenlijke behandelvisie wel kunnen uitdragen. We gaan meer insteken op zelforganisatie. We hopen dat daarmee de betrokkenheid en de werktevredenheid omhoog gaat. Daar trekken we drie jaar voor uit, is een groot organisatie ontwikkeltraject. Versterken van autonomie, meer individueel maken van behandelingen, maatwerk, het herstelvermogen van patiënten beter benutten. Daar draaien we eerst pilots voor met een aantal werkmodellen.
F Midden	Een derde van onze medewerkers ging naar een jaar weer weg. We organiseren nu de ontvangst veel beter. We hebben sinds een paar jaar een leergang voor nieuwe medewerkers. Dan is men twee weken in opleiding: visie, werkbezoek, stimuleren van ondernemend zijn, veiligheidstraining, medicatiedelen etcetera. Men komt daardoor goed getraind in de organisatie en je houdt mensen er langer mee vast. Het scoort goed en we zijn nu bezig om terugkomdagen te organiseren. Iedereen doet daaraan mee, ongeacht de functie. Dat is juist zo aardig, we willen ook dat iedereen moet kunnen samenwerken. Met elkaar maak je het product. Daar zit dus visie achter.

Training	
A Noordwesten	We hebben een stuurgroep opleiden. Daar kijken we ook naar de opleidingscapaciteit. Psychiaters zullen straks vaker geconsulteerd worden door de huisarts als het gaat om medicatie voorschriften. Dan zal hij ook moeten leren om zo goed mogelijk advies te geven, of na een zo kort mogelijke screening van een patiënt dar iets zinvols over te zeggen wat verantwoord is.
B Noordwesten	Dat we de A-opleiding binnen kregen was heel belangrijk, dat was altijd wel een wens vanuit strategisch denken. Dan ben je een aantrekkelijke werkgever voor psychiaters. We hebben de KP opleiding in het concern uitbesteed aan de eigen academie. Dat is wel lastig, die Academie wil ook zijn bestaansrecht hebben. Als je dan zegt we willen minder opleidingen vanwege krimp, dan is dat lastig.
C Noorden	We krijgen best goede mensen in opleiding elders uit het land. Maar vaak gaan ze dan na hun opleiding weer terug naar de Randstad. We bieden bij deze functies best wel veel, binnen de grenzen.
D Noorden	We hebben een tijd gehad dat we onze opleidingsplekken moeilijk vol konden krijgen. Dat is nu geen probleem. Blijkbaar zijn er weer genoeg artsen die de psychiatrie in willen.
E Midden	We willen graag meer opleiden, maar hebben niet voldoende plekken om meer op te leiden. We proberen om de opleidingscapaciteit te vergroten en maximaal te benutten voor KP en psychiaters. Het is lastig dat het Capaciteitsorgaan de instroom voor opleiding psychiaters wil beperken. Straks moeten we bijschakelen, maar dan ben je vier jaar verder voordat je er iets aan hebt. Ik begrijp het ook wel een beetje, want waar moet je op koersen. Op wat de minister zegt, of de verzekeraars die zich daar niets van aantrekken. We leiden veel op. We zijn nu bezig met verkorte trajecten voor KP-ers. Soms kan je met dispensaties verkorte trajecten bieden. We zetten dus in op goed vullen van de beschikbare opleidingsplaatsen KP. Verder gaan we minder aandacht besteden aan het vergroten van kennis,maar meer voor basale dingen op een goede manier doen. Worden behandelaren goed gecoacht, doen ze aan intervisie, hebben ze een goed beeld van hoe ze behandelingen uitvoeren en hoe ze nog kunnen verbeteren. Niet steeds nog een behandeling erbij, want dan word je een generalist. Wij kiezen voor specialiseren. Je zet dus ook niet bij iedereen op alles in. We willen dat mensen zich in maximaal 2 specialismen verdiepen en ervaring opdoen. We doen wat evidence based is en willen dat mensen daar ook heel goed in zijn.
F Midden	Door de opleiding voor psychiaters ben je aantrekkelijk op de schaarse arbeidsmarkt. We hebben ons hele opleidingsrepertoire verbreed om aantrekkelijk te zijn. We leiden veel psychiaters in consortium op met UMC en collega aanbieder. We kijken hoe we daar nog beter gebruik van kunnen maken. Je wilt graag ook een ontwikkelstrategie voor jonge psychiaters kunnen bieden, zodat ze kunnen innoveren en ontwikkelen. Naast een aantrekkelijk vakgebied bijvoorbeeld een aantrekkelijke onderzoeksopdracht. Ook klinisch psychologen leiden we in eigen huis op. Het probleem is wel dat de schaarste zo groot is, dat we te weinig KP hebben om de benodigde opleidelingen te superviseren. Daar zitten we in een soort klem. Wij kunnen ons gelukkig doordat we financieel gezond zijn, veroorloven om opleidingsplaatsen bij afnemende subsidies we te handhaven. Maken we ook een business case op, het scheelt in wervingskosten als je zelf bijdraagt aan minder gesubsidieerde opleidingsplekken voor schaarse functies. We zouden graag meer willen innoveren, bijvoorbeeld een opleidingsdeel in de wijk laten lopen. Maar dat mag niet volgens de voorwaarden van de opleidingsroutes. Verder moet je de professionals goed toerusten. Bijvoorbeeld om het gesprek aan te gaan met de patiënt over wat die vraagt. Men is nog gewend om wat die vraagt ook maar te doen. Ik haal uit de praktijk in gesprekken op wat men nodig heeft. Dat heeft wel een boost gekregen door de stelsel-wijziging.

Beoordeling	
A Noordwesten	Als er een beroepsgroep is die zich beroept op zijn professionaliteit, dan zijn het medisch specialisten. Het kenmerk van professionaliteit is volgens mij dat je transparant bent over wat je doet. En de beroepsgroep die het minst transparant is, dat zijn diezelfde psychiaters.
B Noordwesten	Als het niet goed gaat, dan speelt achteraf vaak krapte en werkdruk ook een rol, dat je mensen te weinig inwerkt en begeleid.
C Noorden	Dat zou scherper kunnen. Zowel bij aios, als het hem niet gaat worden al eerder expliciet zijn. Toetsing specialisten is altijd lastig. We zetten er wel op in met instrumenten. Men is wel wat vermijdend in elkaar aanspreken. 360 graden feedback wordt toenemend benut. Het lastige is dat het wel tijd kost, ten koste van productie. Maar het is ook belangrijk dat mensen in goede conditie zijn, en bekwaam en reflectief.
D Noorden	We hebben ons wel heel sterk afhankelijk van de beroepsgroep gemaakt. Beoordeling gebeurd verder decentraal, in de divisies.
E Midden	In de opleiding tot psychiater kan men kritischer zijn. Het lijkt wel alsof iedereen die er aan begint het ook af moet kunnen maken. Maar je moet ook kunnen zeggen dat iemand het vak nooit goed gaat beheersen, door persoonskenmerken of te weinig affiniteit. Dat zie ik weinig.
F Midden	We vragen wel nieuwe competenties van KP-ers en psychiaters. Daar gaan we het gesprek over aan wat dat vraagt. Daar willen we hen mede verantwoordelijk voor maken. Dat is pittig.

Beloning	
A Noordwesten	In het verleden gaven we extra beloning om mensen binnen te halen. En ook omdat men dat gewend was vanuit het besef schaars te zijn. We hebben net deze week, dat wordt nog door de RvB bekrachtigd, beloningsbeleid ontwikkeld. Inschalingsbeleid, allemaal net wat krapper; Van advies P&O mag je als leidinggevende maximaal 2 periodieken afwijken. Wil je meer afwijken dan moet de directie toestemming geven. Als je goed vind dat iemand meer krijgt, dan doe je dat niet in het salaris, maar in een toeslag voor een jaar. En per jaar kijk je dan opnieuwe of dat aan de orde is. Je moet wel duidelijk vastleggen wat de reden is voor die extra toeslag. Je ziet vanuit het verleden dat mensen met hoger salaris zijn binnengehaald omdat het zo moeilijk was om eraan te komen. Maar je komt nooit weer van dat hoge salaris af. Dat willen we nu anders. We moeten nog zien hoe dat gaat werken. Er zullen best situaties voorbij komen waarbij het argument komt dat je moet afwijken. Dan moet je goed naar de reden kijken of die dat legitimeert. Als je mensen hebt die alleen maar bij je komen werken voor een bepaald inkomen, dan moet je je ook afvragen of je dat wilt. Je wilt ook graag mensen die bij je werken en blij worden van de kansen die ze krijgen. We zijn geen supergrote organisatie, dus het ligt niet zo vrij dat je binnen kan komen met onderzoekswensen. Onze onderzoekswensen zijn beperkt en daar moet je bepaalde keuzes in maken. Daarbinnen kan je kijken wie kunnen daar dan wat mee. Ik zie ons wel als een organisatie waar heel veel mogelijkheden zijn als je ook laat zien dat je daar ook wat mee wil. Men zit ook op een niveau waarbij je kan verwachten dat ze daar zelf ook een bepaalde rol in kunnen vervullen.
B Noordwesten	We geen specifieke zaken. Wel arbeidsmarkt toeslag. Maar opleidingsmogelijkheden binnen de AMS.
C Noorden	Soms een uitstapje naar iets meer beleidsmatigs of onderzoek, dat wordt ook wel als beloning gezien. Door krapte kunnen mensen zulke eisen stellen, dat dat ook weer scheve ogen geeft bij anderen. Als voorbeeld als je psychiaters binnenhaalt die geen crisisdiensten hoeven te doen. En wij dan zeggen de anderen? Je moet ook goed voor je eigen mensen zorgen, anders haal je aan de ene kant binnen, maar kweek je tegelijkertijd je eigen probleem. Je moet integer beleid voeren. Daar letten we wel meer op, dat er meer eenheid in aangebracht wordt. We geven wel eens een arbeidsmarkt toeslag, maar niet standaard 10% of zo. Leaseauto bescheiden. Opleidingsmogelijkheden bieden we wel. Maar een aio die net klaar is hoeft vaak niet meteen. Maar voor het langere termijn perspectief is het wel belangrijk. Het is niet snel goed, eerst wil men minder crisisdiensten draaien. Nu piept men omdat men door minder crisisdiensten minder betaald krijgt.
D Noorden	Soms wil een psychiater wel komen, maar dan geen crisisdiensten draaien weekends of 's avonds. Als je daarin tegemoet komt zonder specifieke ontheffingsreden, dan komen anderen met de vraag hoe zit dat? We hebben net afgesproken dat we niet meer willen dat iemand die een dienstverband bij onze organisatie heeft, ook als zzp-er diensten verleent in onze organisatie. Bijvoorbeeld supervisie geven. Dat willen we niet meer, dat doe je vanuit je dienstverband. Nu is het weer afwachten hoe dat in de praktijk uitpakt. We faciliteren psychiaters niet met extra opleidingsmogelijkheden of toeslagen. Gewoon de AMS regeling. Wel eventuele toeslagenvoor behandel-managementfuncties.
E Midden	Voor psychiaters is het wel duidelijk met de CAO en AMS. KP-ers kijken daar met jaloezie naar, dus elke KP wil onderhandelen. Wil een hoger salaris of een soort AMS regeling. Dat is ingewikkeld. We willen niet in een opdrijvende spiraal terecht komen als het gaat om lonen, daar willen we niet aan meewerken. Als je één KP-er binnenhaalt in een hogere schaal, dan weet binnen de kortste keren de hele groep dat en zegt de rest dat willen wij dan ook. Dat heeft meteen een enorme impact op je organisatie. We hebben wel veel opleidingsbudget beschikbaar, per fte behandelaar 800 euro per jaar. Er is dus veel ruimte voor scholing, her- en bijscholing en onderhouden van kennis.
F Midden	Tarieven en arbeidsvoorwaarden waren verschillend bij de fusie organisaties. Dat harmoniseren we, maar daar moeten we wel goed naar de kostprijs kijken. Mensen zijn volgens ons ook op zoek naar vakmatige beloning. We zoeken bijvoorbeeld naar onderzoeksmogelijkheden door verbinding met de universiteit. Dan kan je op andere elementen dan een hoog salaris mensen binnen halen. We willen niet bij elkaar op concurreren en bonussen geven. We progeren du met de zachte kant de concurrentie te winnen in de GGZ en dat is spannend. Hele schaarse functies krijgen nog wel eens een dure lease auto of iets dergelijks, maar grosso modo niet. Psychiaters en KP-ers zijn ook niet gewend dat je zegt dat je niet tot een afspraak komt als je een grens trekt, ook omdat we het ons niet kunnen permitteren. Je moet ook naar de langere termijn kijken. We hopen dus aan de achterkant en met carrièreperspectief wel iets te bieden.

Scenarioplanning	
A Noordwesten	Hoe kunnen wij nu vooruit kijken als het Capaciteitsorgaan het niet eens kan, zei onze bestuurder. Als er iets altijd naast zit is dat het Capaciteitsorgaan wel. Ik vind dat we nog te reactief bezig zijn. Ik kan daar wel wat van vinden, maar de behoefte om vooruit te kijken moet uit de divisies komen. Ik zie dat dat nu een beetje begint te ontstaan. Vooral op basis van de bezuinigingen. Om keuzes te maken, beslissingen over vaste dienstverbanden enzovoort. Wat je nu nodig bent kan anders zijn dan wat je volgend jaar nodig bent en dat maakt het moeilijk om keuzes te maken. Divisies beginnen nu om met scenario's te werken, te denken vanuit krimppercentages: 5% / 10% / 30% krimp. We hebben een prachtig management informatiesysteem, daar kan je het zo uithalen. We hebben een systeem, daar staan alle DBC's en ZZP's in. Van alle DBC's en ZZP's staan er behandelprofielen in, dus je weet precies wat je erin stopt. Als je dan gaat bedenken dat er bepaalde zorg verschuift van de 2de naar de 1ste lijn, ga dan maar strepen hoeveel dlc en zzp van welke doe je dan niet meer. Dan rolt er volgens mij zo uit wat je niet meer nodig hebt. Maar er is een grote drempel om na te denken over de toekomst. Er wordt steeds, zelfs door onze raad van bestuur, gezegd je kan niet vooruit kijken. Maar ik denk, je moet het niet tot op de komma willen, maar je kan prima vooruit kijken. Er zit al 20 – 25 jaar een logische lijn in ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in de zorgverzekering. Je kan weten waar het naar toe gaat. En dat je niet exact weet wat betekent het nou precies onder de streep dat is zo. Maar de trend is wel duidelijk. Als je in scenario's gaat denken, dan zul je zien dat als je 3 scenario's hebt, dat die 3 scenario's een aantal dezelfde uitkomsten hebben. Dan weet je, het stukje wat die 3 scenario's gemeenschappelijk hebben daar kan je gewoon op sturen want dat gaat gebeuren. Zover zijn we nog niet. Ik ozu er pro actiever in willen zijn. Begint wat te komen en daar kan ik wel enthousiast van worden. De noodzaak is er ook nog niet zo. Als de nood heel hoog wordt dan komt het wel. Als je niet weet wat je in de toekomst wil gaan doen, dan kan ik je niet vertellen wat je nodig bent. Dan kan ik ook niet vertellen of vergrijzing een probleem is of een zegening.
B Noordwesten	We hebben wel instrumenten; het bollen-model; en ist-sol. Maar die zijn ook wel weer gestrand. Het is veel werk en bij ons is het wel goed te overzien in de sectoren. Je kan zo ook wel overzien waar je gaat schuiven. Het is wel de vraag dat als je nog een keer moet reduceren, hoeveel er dan overblijft voor het specialisme.
C Noorden	We hebben een strategisch personeelsplanning-instrument aangekocht. PGGM scenarioplanner. Daar zit ons personeelsbestand in met veel data. Dat vullen we aan en dan kunnen we daar bepaalde scenario's op los laten. Dat instrument rekent dan en houdt ook rekening met tijdelijke contracten, leeftijdopbouw enzovoort.
D Noorden	We gebruiken geen instrumenten voor scenarioplanning. Anticiperen wordt decentraal gedaan, niet systeem-technisch.
E Midden	We doen wel aan scenarioplanning, op beleidsdagen. Wat willen we, wat zien we om ons heen en welk scenario hoort daarbij. Scenario 1 is dat de GZ psycholoog afvalt als hoofdbehandelaar. Dan moet je eer opleiden en aantrekken en krijg je model stempelfabriek voor de drie andere beroepen. Scenario 2 is als de GZ-psycholoog hoofdbehandelaar bij een deel van de doelgroep SGGZ mag blijven. Dan is het krapteprobleem minder groot. Scenario 3 is dat de GZ psycholoog volop mag blijven meedoen, maar dat je een deel van de GZ psychologen kwijt raakt aan de basis GGZ. Dat zijn de drie hoofdscenario's die we nog verder moeten uitwerken. We hebben nu hogere tarieven gekregen voor de DBC's. Daardoor hebben we voor dezelfde omzet nu 7% minder mensen nodig. We zijn nu koers aan het bepalen en kijken nu naar de handelings-opties. We hebben het bollenmodel als instrument waarmee je vanuit bestaande teamsamenstelling toewerkt naar toekomstige teamsamenstelling. Je kijkt dan naar wat je nodig hebt vanuit vraag en markt, wat moet je dan met verandering teammix, bij en herscholing etc. Dat model is een methode om systematisch aan strategische personeelsplanning te werken. Maar dat is zo bureaucratisch, iedereen die er mee gaat werken wordt daar ziek van. We doen het dus veel meer op gevoel. Kijkt wat je om je heen ziet, naar je team, naar de markt en maakt een bewuste keuze. Aan bureaucratiseren kan je eindeloos energie besteden. Wel moet je af en toe hoofdlijnen met elkaar bespreken, welke koers je gaat varen.
F Midden	We kijken of we in een bewegend veld kunnen inschatten wat we moeten doen. Met platte scenario studies, als stel 20% eraf bij SGGZ, wat doen we dan. We hebben geraamd welke arbeidsplekken dan verloren gaan. Dat is in onze regio 5 tot 6 duizend plekken.

Keuzes product markt combinaties	
A Noordwesten	Niet specifieke keuzes vanuit arbeidsmarkt overwegingen.
B Noordwesten	We maken wel keuzes, om afdelingen dicht te doen. Maar ambulant versterken we dan. We maken dus wel vanuit inhoud keuzes. Wat hoort bij onze core business en wat minder. Niet vanuit arbeidsmarkt overwegingen.
C Noorden	Dat speelt wel. Kunnen mensen in ieder zorgprogramma werken? We maken keuzes ten aanzien van basis GGZ. Ambulantisering maakt de vraag naar psychiaters voor FACT groter dan voor de klinieken. Terwijl je psychiaters gemakkelijker krijgt voor de klinieken. Dat hangt ook wel sterk af van waar ligt je hart. Dat zou met name bij de opleidingskant ook meer aandacht kunnen krijgen. Doordat we zoveel vacatures hebben en een grote instelling zijn, kunnen we doorgaans wel tegemoet komen aan wat psychiaters en KP-ers graag voor taken of aandachtsgebieden hebben. We gaan wel voor S GGZ, en dan staan deze beroepsgroepen wel bovenaan. Dat heeft dus zeker invloed.
D Noorden	Niet specifieke keuzes vanuit arbeidsmarktoverwegingen.
E Midden	Keuzes maken we niet op basis van arbeidsmarkt overwegingen. Dat doen we op basis van vraag en wat wordt bekostigd door financiers. Het heeft nog niet gespeeld dat we als gevolg van arbeidsmarkt krapte keuzes moesten maken in product markt combinaties.
F Midden	Voor de fusie was het belang voor de één toegang tot de opleiding voor psychiaters in verband met de arbeidsmarkt, en voor de ander toegang tot ambulante zorg in verband met bedden afbouw. Gesprekken voor fusie zijn een paar jaar terug gevoerd. Toen zagen we al in een aantal beleidsdocumenten dat de huidige ontwikkelingen eraan zaten te komen. Niet precies, maar toch wel goed vooruit kijkend, dat is wel een compliment aan de bestuurders. We willen met merken werken. En per merk een uitstraling en profiel voor medewerkers. Daar zien we ten opzichte van schaarstefuncties wel een probleem. Dat heeft ons op een plek wel 2 jaar gekost om een psychiater te krijgen die in het profiel past.

Keuzes inzet taken en functies, skill mix	
A Noordwesten	Ik denk dat we nog meer kunnen doen aan taakdifferentiatie. Bij FWG heb ik een taakherschikkingsmodule ontwikkelt, we hebben een poosje in een pilot meegedraaid. Skillsmanager.Wat ze eigenlijk doen is je vragen om op bepaalde functies alles wat er in die functie gebeurd op een rijte te zetten. Dan kijk je hoe de functie is ingeschaald. Als je naar de schaal kgaat kijken, kan je er dan voor zorgen dat je het zo doet, dat iedereen zoveel mogelijk doet wat aan de bovenkant zit in de functie, maar er net niet overheen. Dus zoveel mogelijk de functies benutten op de werkzaamheden die zij echt moeten doen. En welke werkzaamheden kan je er misschien uithalen, bijv van de psychiater naar de klinisch psycholoog. Maar wel zo dat je voorkomt dat de KP weer hoger inschaald moet worden. Met die tool kan je dan ook kijken als je dit doet met die taak en dat met die taak, dan heb je straks zoveel van deze functie nodig in plaats van zoveel. Het is volgens mij nog steeds in ontwikkelstadium en ik weet niet of ze er gaan komen, maar het idee is goed. Het aantal opleidingsplaatsen is wat teruggebracht. Ik weet niet hoeveel bij welke beroepen. Sommige opleidingen leidt je voor jezelf op en sommige ook voor het land. Maar je kijkt wel naar wat zijn de mogelijkheden bij uitstroom, kunnen we mensen ook wat bieden daarna.
B Noordwesten	Functiedifferentiatie kijken we wel naar. Welke functiemix is passend bij sectoren.
C Noorden	Je ziet dat veel KP-ers bij persoonlijkheidsstoornissen of trauma werken en niet hun productie halen. Wellicht moeten we ze op een ander vakgebied inzetten. Dat kost soms moeite. We zijn wel voorzichtig hierin. Het moet wel interessant blijven. We kunnen wel kijken of bijvoorbeeld VS meer kunnen doen. Maar er hoort toch wel een psychiater bij, dat kan niet anders. Die kwaliteit moet je ook wel bieden, daar doen mensen terecht aanspraak op.
D Noorden	Door de krimp kunnen we nu ook de functiemix aanpassen. Dat doet men decentraal in de divisies. Taakdifferentiatie in de zin van verschuiving aanbrengen doen we niet centraal gestuurd. Het is wel een discussiepunt dat via ons medisch beraad de kop opsteekt. Als ergens staan dat het een psychiater moet zijn, komen er vragen van psychologen hoe dat zit, of dat ook een psycholoog kan zijn. Dat is wel in beweging. De keuzes daarin worden gemaakt door de decentrale directies. Er is nog wel veel te winnen in efficiënt werken door behandelaren; minder secretariaat maar meer zelf doen met ICT ondersteuning, werken met ondersteunende formats in het EPD. Daar moet je een goede balans in vinden. We gaan nu versneld een aantal SPV-en opleiden tot VS. Dat kost ons 12.000 euro en 1,5 jaar een dag per week per persoon. Dat gaan we wel doen. We voeren dat op voor het sectorfonds van Ascher.
E Midden	Als je door hoofdbehandelaarschap wordt gedwongen tot stempelfabriek als psychiater of KP is dat een nieuwe bedreiging. Het is een drama als je functie wordt uitgehold. Dat hebben we nu nog niet. We willen de VS er graag bij hebben als hoofdbehandelaar, omdat we heel veel winst zien in het overdragen van taken van psychiaters. We hebben een aantal in opleiding, maar ze zijn ook wel schaars. Onze eigen opvatting over Multi disciplinaire teams speelt een rol ind at we meer behoefte hebben aan psychiaters. Er is vaak een kwetsbare bezetting bij kleine teams, dan willen we de formatie psychiaters iets verhogen. Maar ook omdat we echt S GGZ worden. De lichtere instroom zal dus verdwijnen naar GBGGZ. Dat betekent zwaardere problematiek in huis, waar je vaker medisch psychiatrische betrokkenheid bij moet hebben. We kijken goed naar team-samenstelling, dat varieert erg per specialisme. Het lastige is dat je bij krimp minder vacatures hebt, waardoor je lastig je mix met werven kan veranderen. Als je dan wat wilt moet je reorganiseren Dat doen we nu nog niet.
F Midden	We hebben nog geen aanpassingen aan de functiemix gedaan als gevolg van schaarste.

Arbeidsomstandigheden	
A Noordwesten	
B Noordwesten	We maken wel keuzes, om afdelingen dicht te doen. Maar ambulant versterken we dan. We maken dus wel vanuit inhoud keuzes. Wat hoort bij onze core business en wat minder. Niet vanuit arbeidsmarkt overwegingen.
C Noorden	We halen mensen goed binnen, maar laten ze dan vaak zwemmen. Ons introductiebeleid hebben we niet goed op orde. Er komt uit exit interviews niet naar voren dat mensen daarom weggaan. ICT is een grote frustratiebron. Als je de ondersteuning op ICT gebied goed voor elkaar hebt dan zou het wel iets kunnen zijn waardoor je als werkgever aantrekkelijker bent. Dat kan zo in onze arbeidsmarkt campagne mee. Regie bij de behandelaar, maar zeer goed gefaciliteerd.
D Noorden	Voor deze beroepen niet anders dan voor andere medewerkers. Daarin is het balans zoeken, dat je ze ook serieus neemt. Er is ook wel een periode geweest dat dan een hele groep psychiater in de pen klom en dat je denkt waar gaat dit over. Dat is nu weer in normale proporties. We gaan stoppen met bandjes uittypen voor oudere behandelaren, goed ondersteund door ICT moet men meer zelf gaan doen. Dat betekent wel iets voor hoe behandelaren met hun administratie om gaan.
E Midden	We gaan meer insteken op zelforganisatie. We hopen dat daarmee de betrokkenheid en de werktevredenheid omhoog gaat. Daar trekken we drie jaar voor uit, is een groot organisatie ontwikkeltraject. Versterken van autonomie, meer individueel maken van behandelingen, maatwerk, het herstelvermogen van patiënten beter benutten. Daar draaien we eerst pilots voor met een aantal werkmodellen.
F Midden	We meten regelmatig werkdruk. Dat blijkt binnen onze organisatie acceptabel. Mijn kritiek is dat er geen relatie met verzuim is. We treffen maatregelen dat leiding verplicht is om periodiek in werkoverleg te bespreken. Ook een preventieve insteek, bijvoorbeeld doordat je ziekteverlof moet vragen waardoor je zo vroeg mogelijk in gesprek bent.

De letters A t/m F zijn de geinterviewde instellingen. Per regio zijn twee instellingen geinterviewd.

Resultaten interviews zorginstellingen mbt (strategisch) concernbeleid met betrekking tot arbeidsmarkt, maart 2014

Concurrentie of samenwerking met andere zorgaanbieders	
A Noordwesten	Je weet van elkaar. Er is een overleg tussen managers en directeuren P&O in Nederland, daar kan je uitwisselen hoe je met bepaalde zaken omgaat.
B Noordwesten	Niet agressief, eigenlijk heel constructief. We trekken elkaar niet leeg. Gericht op samenwerking, met andere zorgbedrijven en omliggende partijen. We zoeken elkaar wel op en kijken of we iets aan elkaar kunnen hebben. Zijn gericht op synergie, zowel met andere GGZ-en als andere ketenpartners.
C Noorden	Af en toe hebben we op regionaal niveau overleg. Dan wisselen we uit waar we mee bezig zijn, waar we in vastlopen, waar je iets aan elkaar kan hebben. De verhoudingen zijn goed. We proberen wel af te spreken dat we geen torenhoge bedragen voor interim-ers betalen. In de praktijk red je dat niet altijd. Bij collega instelling elders in het land waar ze de opleiding voor psychiater vol hebben, vragen we of ze kandidaten naar ons door willen sturen. We kijken welof we met een aantal andere aanbieders door samenwerking sterker kunnen worden en lasten kunnen verdelen. Een poosje geleden hebben we met een hele goede net afgestudeerde psychiater op concurrentie geprobeerd hem te behouden. Maar in de Randstad kreeg hij de hemel toegezegd, dus hij is wel vertrokken.
D Noorden	Afspraken met anderen mogen we niet maken. Het is wel, zowel op HR als op bestuursniveau, onderwerp van gesprek dat je niet probeert bij elkaar weg te kapen. Er is geen sprake van dat je bij elkaar met hoge tarieven leeg koopt. Als we dat doen hebben we snel een telefoontje van de buren. Natuurlijk switchen sommige behandelaren ook wel eens tussen buur organisaties. Dat is soms net een carrousel.
E Midden	We hebben geen afspraken. We hebben als HR directies/adviseurs wel eens contact. Bellen we over en weer hoe ga je met dit soort zaken om. Je wilt geen opwaartse druk. Je concurreert altijd, want mensen kunnen kiezen waar ze willen werken.
F Midden	We proberen met de zachte kant concurrentie te winnen in de GGZ. Wat je niet wil is psychiaters bij elkaar wegkopen. Maar zo'n discussie over het hoofdbehandelaarschap zet het wel op scherp.

Omgaan met eisen zorgverzekeraars	
A Noordwesten	De eisen van de zorgverzekeraar worden steeds stringenter. Hoe verantwoorden we dat we in de DBC en ZZP stoppen wat erin moet. Als we niet kunnen verantwoorden dat er genoeg uren psychiater of hoofdbehandelaar in zitten dan hebben we een probleem. We praten wel, proberen goed te kijken waar de ruimte zit. Hoe maak je dar gebruik van, zonder dat je de grenzen overschrijdt.
B Noordwesten	We accepteren, gaan het gevecht niet aan. Ik zou dat wel willen met betrekking tot bijvoorbeeld ROM. Ik ben voor meting,maar het moet wel wat bijdragen. Prestatie indicatoren is echt over de top, doorgeslagen, buitenproportioneel. Verzekeraars hebben dan weer eigen criteria. Zegt meer iets over niet willen uitgeven van geld dan over zorg. We conformeren ons er allemaal redelijk braaf aan.
C Noorden	Zorgverzekeraars worden toch wel heel erg machtig. We zijn denk ik wel eens wat de netjes en braaf richting zorgverzekeraars. We mogen volgens mij nog wel eens meer met de vuist op tafel slaan. We zijn heel voorzichtig. Strategisch gezien helpt het dat we crisis en opname functie hebben.
D Noorden	Daar heb ik geen bemoeienis mee vanuit HR, dat ligt bij finance en control in onze organisatie, die doen de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. We hebben wel iemand er tijdelijk specifiek voor aangesteld.
E Midden	We hebben afgesproken dat we voor 2014 ook de GZ psycholoog onder een aantal voorwaarden als hoofdbehandelaar mogen inzetten. We verwachten ook voor 2015 die afspraak met de verzekeraars te kunnen maken. We hopen daarna op een overgangstermijn, maar of we die afspraken kunnen maken is nog niet zeker. We zijn ons nu aan het voorbereiden op 2016. Wat vinden we eigenlijk zelf? In welk deel van de GGZ vinden we zelf dat een beroep hoofdbehandelaar kan zijn? Het is natuurlijk curieus dat de sector niet vasthoudt aan wat in de praktijk is ontstaan en er ook niet een opvatting is gekomen over wat er eigenlijk goed zou zijn. Wat wel speelt is dat veel zelfstandigen het zat zijn dat ze met verzekeraars allemaal eisen moet afspreken waar ze niet aan kunnen volden en om die reden weer bij ons willen werken. Dat nemen wij hen dan uit handen. We hebben de indruk dat doordat we groot zijn, en omdat men ons vertrouwd, we goede afspraken hebben kunnen maken met verzekeraars. Ik heb geen beeld van hoe dat elders is.
F Midden	Verzekeraars zijn wel heel bepalend in wat je moet doen. Je ziet sommige psychiaters en klinisch psychologen wegvluchten uit dat systeem, naar vrijgevestigheid. We bespreken de neveneffecten van beleid, dat men wegvlucht of vind dat de baan uitgehold wordt, ook met verzekeraars. Maar inkopers hebben niet zo'n luisterend oor voor dit vraagstuk.

Omgaan in toekomst met eisen gemeente	
A Noordwesten	
B Noordwesten	We hebben met veel gemeenten te maken. Dat is al een ingewikkelde, want ze gedragen zich heel verschillend. Als concern zijn we hier goed op voorbereid, we lopen er niet achteraan. We hebben een projectleider en accountmanager gemeenten.
C Noorden	
D Noorden	
E Midden	
F Midden	We hebben met 40 gemeenten te maken. We doen heel actief mee met allemaal projecten. We proberen wel de verbinding tussen jeugdwet, participatiewet en nieuwe wmo te leggen. We moeten er nieuwe business cases op maken. Het hangt van gemeenten af hoe die dat gaan uitwerken.

De letters A t/m F zijn de geinterviewde instellingen. Per regio zijn twee instellingen geinterviewd.

Resultaten interviews zorginstellingen nieuwe handelingsopties/systemen en macro opties, maart 2014

Nieuwe handelingsopties / systemen en macro opties	
A Noordwesten	Zouden we niet meer naar hele andere arbeidsrelaties moeten kijken? Je ziet steeds vaker een combi van baan en eigen praktijk. Daarom denk ik ook dat je daar nog eens naar moet kijken. Als mensen een baan hebben gaan ze uit van een bepaalde zekerheid, maar je kijkt anders naar wat je doet in die behandeling dan als je voor jezelf werkt. Je zou aan anders soortige arbeidsrelaties kunnen denken, dat je meer inhuurt op bepaalde diensten en dat dat kan fluctueren qua omvang. Dan moet je wel kijken op wat voor manier je dat kan doen zodat dat voor beide wat oplevert. Wellicht kan je hen ontlasten met zaken die zij niet zo leuk vinden. Nu maken we ons steeds druk om te voorkomen dat mensen onze concurrent worden en doen die mensen geen werk wat we eigenlijk niet willen dat ze doen. Maar je zou ook kunnen kijken wat zoeken die mensen nou op die andere plek. Wat maakt die aantrekkelijk? Hoe kunnen we werk op een andere manier aantrekkelijk maken, zodat wij krijgen wat we willen en goedkoper uitzijn? Als je het anders wilt moet je ook andere oplossingen kiezen. Dat is een uitdaging voor de komende tijd.
B Noordwesten	**-**
C Noorden	De ontwikkelingen met hoofdbehandelaarschap zijn wel zorgelijk. Zeker als ze dan ook nog eens in de opleidingsplekken gaan korten. Dan verwacht ik toch ook dat de beroepsgroep zelf en GGZ Nederland aan de bel gaan trekken. Dan kan je gewoon ook geen goede zorg meer leveren.
D Noorden	Financiers zouden ook moeten kijken naar wat bij de geïntegreerde instellingen achterblijft. Dat zijn de onrendabele onderdelen. Nieuwe aanbieders kunnen kiezen om alleen rendabele onderdelen te doen. Dat zou ook iets voor financiers moeten betekenen.
E Midden	We steken veel meer in op zelforganisatie. Versterken van autonomie, meer individueel maken van de behandeling. Dat is een belangrijke lijn. Daar trekken we drie jaar voor uit, is een groot organisatie ontwikkeltraject. We maken een paar modellen op basis van onze processen en daarop draaien we pilots.
F Midden	In GGZ Nederland verband zijn we nu naar het model, welke eisen verzekeraars stellen. Niet om tegelijk aan te passen wat we nu allemaal in contracten zien maar om in GGZ Nederland verband te kijken welke gesprekken en welke beïnvloeding er plaats moet vinden. Gericht op dat de sector beter kan werken. Er wordt door ministeries niet integraal gekeken. Subsidies komen van onderwijs, als je minder opleiding subsidieert dan krijg je een stapel effect, worden functies nog schaarser. Hoezeer wij ook uitleggen dat we eigen beleid maken op basis van contracten, de beeldvorming is al gezet en dat krijg je niet meer rechtgepraat. De NVvP zou daar wat anders mee om moeten gaan. Noemt het al assurent based werken. Dat bedoelen ze niet positief. Je kan niet alleen als zorgaanbieders daar invloed op hebben. Daar moet je meerdere partijen bij betrekken. We zitten ook in de zorgnormeringscommissie van GGZ Nederland, daar komen ook dit soort vragen aan de orde. Ook 'hoe krijg je een sector met aanzien', want we zitten wel in de hoek waar de klappen vallen. Inkoopcontracten met zoveel partijen afsluiten is een enorm complexe puzzel. Dat leggen we ook terug bij GGZ Nederland en bij Zorgverzekeraars Nederland. Help ons de kluwen op te lossen. Er is meer innovatie nodig bij opleidingen. We zouden graag ook een opleidingsdeel in de wijk laten lopen, maar dat mag niet. Daar moet je ook van buiten je voorwaarden zien te laten veranderen. Er zullen veel arbeidsplekken verloren gaan in de regio. We kijken met het Asscher project met de gemeente ook intersectoraal of mensen toegeleid kunnen worden naar en andere branche waar wel behoefte is. Dat is ook goed werkgeverschap: perspectief bieden. GGZ Nederland is eigenlijk een branche organisatie, maar ziet leden ook hun eigen koers varen. Ligt dat niet aan de koers van GGZ Nederland? Ze zijn veel inhoudelijk bezig, maar dat zie je de NVvP ook doen. Zou je als branche organisatie niet veel meer voor ons een level playing Field moeten invullen? Daar aarzelt men nog over. Enerzijds in verband met marktautoriteit concurrentie: mag dat wel. Waarom niet? Grote stichtingen aarzelen dan ook in verband met onzekerheid hoe dat zit. Grote instellingen gaan zelf praten met verzekeraars en bepalen hun eigen playing field. Dat zou wat mij betreft de branche organisatie meer kunnen doen.