

## RAPPORT

# **24x7 continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg: *knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit het perspectief van zorgprofessionals***

Uitkomsten van actiegericht  
onderzoek



# Woord vooraf

Het bieden van 24x7 kwaliteit en continuïteit is in de huidige zorgmarkt niet meer zomaar vanzelfsprekend. Een grotere en ook complexere zorgvraag in combinatie met een krappe arbeidsmarkt stelt de zorg in bredere zin en ook de ggz voor de nodige uitdagingen. DeNLggz en de NVvP hebben initiatief genomen om knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen in beeld te brengen. Aan Berenschot hebben zij gevraagd actiegericht onderzoek uit te voeren en in gesprek te gaan met zorgprofessionals op zoek naar handvatten voor de borging van de 24x7 ggz-zorg. In voorliggend rapport hiervan de uitkomsten.

De uitkomsten van het onderzoek zijn gebaseerd op de input die de onderzoekers in hun gesprekken en bijeenkomsten met betrokken zorgprofessionals hebben opgehaald. Naast dat in vier regio's ingezoomd is op de specifieke situatie daar, is in meerdere landelijke (online) reflectiebijeenkomsten getoetst of de opgehaalde gemene delers herkenbaar waren. Gedurende het onderzoek zijn op deze manier de uitkomsten steeds verrijkt en aangescherpt. We willen alle betrokken zorgprofessionals bedanken voor hun waardevolle inzichten en suggesties om samen ook in de toekomst de 24x7 ggz-zorg op het gewenste niveau te kunnen houden.

Belangrijke uitkomst is dat de gewenste toekomst niet bereikt zal worden met één enkelvoudige interventie. Het is belangrijk om zowel in landelijk beleid als in regionale samenwerkingsafspraken oog te kunnen houden voor de eigen specifieke uitgangssituatie en hierop aanvullende mogelijkheden. Om daarop goed in te spelen, hebben we ervoor gekozen opgehaalde oplossingsrichtingen te rubriceren in zes bouwstenen die onderlinge samenhang gezien moeten worden. Hiermee wordt 'one size fits all'-denken voorkomen en kan gezocht worden naar welke handvatten in een specifieke situatie als eerste opgepakt worden (onder meer afhankelijk van reeds ingezette oplossingsrichtingen en betrokkenheid van collega aanbieders in de regio).

Het helpt om de betrokken zorgprofessionals, instellingen en regiotafels zicht te geven in de verschillende bouwstenen die een bijdrage kunnen leveren en goede voorbeelden te delen. Belangrijk is dat de verantwoordelijkheid voor de 24x7 zorg niet alleen op individueel (instellings)niveau wordt gelegd, maar deze ook een verantwoordelijkheid te maken van samenwerkende partners in de regio. Deze regiopartners zoeken elkaar niet altijd (meer) vanzelf op, zeker niet als het gaat om psychiaters en ggz-professionals die in deze tijd dusdanig belast zijn dat zij aan het initiëren van aanpalend overleg niet of nauwelijks toekomen. De branche- en beroepsverenigingen kunnen een rol spelen door hen te faciliteren in het elkaar ontmoeten, door het organiseren van momenten waarop ontmoeting en kennisdeling plaats kan vinden. De overheid kan helpen door duidelijk te zijn over wat van wie verwacht mag worden en door niet alleen (meer) te sturen op de eigen instellingsverantwoordelijkheid, maar ook op gezamenlijke (regionale) verantwoordelijkheid. Ook sturen op passende bekostiging, die het samen optrekken stimuleert, helpt.

In dit rapport vind je de handvatten in de vorm van een concrete actie, die je (samen) op landelijk, regionaal of lokaal organisatieniveau kunt oppakken. We hopen dat deze actiegerichte vorm leidt tot de daadwerkelijk gewenste én benodigde actie in het ggz-veld.

# Inhoudsopgave

<b>Woord vooraf</b>	<b>2</b>
<b>1. Opdracht en aanpak</b>	<b>4</b>
Aanleiding	5
Aanpak en doelstelling	6
Selectie van vier regio's	7
<b>2. Uitkomsten actiegericht onderzoek: knelpunten en oplossingsrichtingen</b>	<b>8</b>
Waar knelt het in de 24x7 psychiatrische zorg?	9
Bouwstenen voor een geïntegreerde aanpak	10
1. Concretiseer de eigen (regio-)uitdaging	11
2. Zet in op welzijn en behoud van professionals	12
3. Vergroot het aantal dienstdoende psychiaters	13
4. Benut beschikbare capaciteit slimmer	14
5. Sla de handen (regionaal) ineen	15
6. Vergroot eigenaarschap en collectieve verantwoordelijkheid	16
<b>3. Conclusies</b>	<b>17</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>19</b>



Klik op de hoofdstukken om  
direct naar de betreffende  
pagina te gaan





HOOFDSTUK 1

# Opdracht en aanpak

# Aanleiding

Continuïteit en kwaliteit van 24x7 ggz is niet zomaar vanzelfsprekend. Een combinatie van een toenemende zorgvraag en een beperkte behandelcapaciteit, mede als gevolg van een krappe arbeidsmarkt, stelt de sector voor forse uitdagingen.

In 2019 en 2020 hebben de Nederlandse ggz (deNLggz) en de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP) laten onderzoeken welke oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan het vraagstuk van het tekort aan psychiaters in de ANW-diensten (zie kader rechts). De oplossingsrichtingen zijn sindsdien deels uitgewerkt, maar hebben – mede door vertraging als gevolg van de COVID-19 pandemie – (nog) niet geleid tot voldoende effect in de praktijk.

Het stijgende tekort aan ggz-personeel beperkt zich bovendien niet tot een tekort aan psychiaters. Het raakt ook andere ggz-professionals zoals klinisch psychologen, ggz-psychologen en verpleegkundigen. Om deze reden hebben deNLggz en de NVvP besloten met voorliggend actiegericht onderzoek samen vervolg te geven aan het eerdere onderzoek.

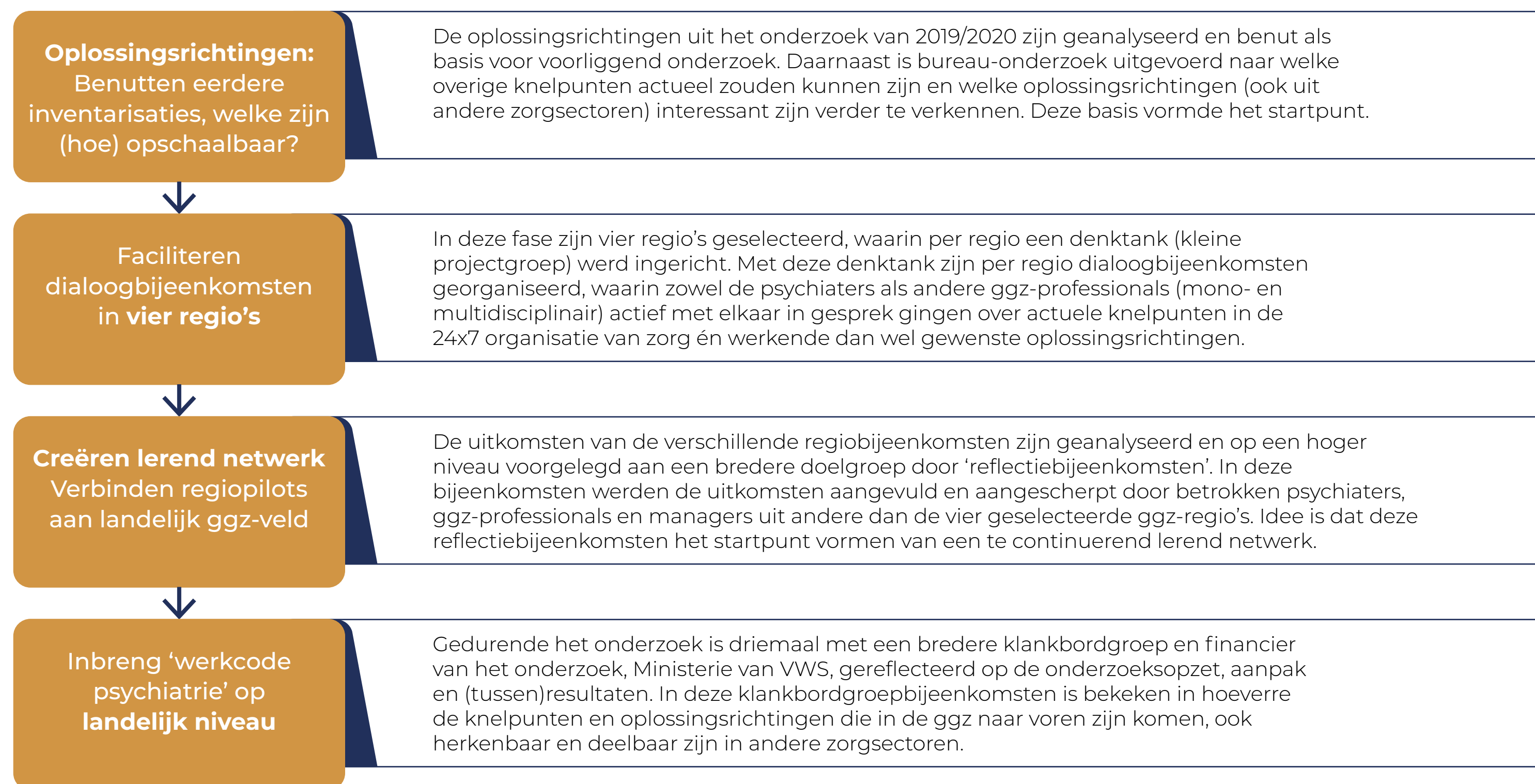
DeNLggz en NVvP willen de uitkomsten van dit rapport gebruiken om te zorgen dat in regio's duidelijke en voor de regio passende afspraken worden gemaakt, die ertoe leiden dat de groep psychiaters die in de betreffende regio werkzaam is zodanig kan worden ingezet dat de continuïteit van de ANW- en crisisdiensten te allen tijde is geborgd. Voor zover noodzakelijk worden ook de andere relevante beroepsbeoefenaren in dit proces betrokken.

## Oplossingsrichtingen onderzoek 2019/2020

1. Iedere regio stelt een plan van aanpak op.
2. Verdere ontwikkeling en positionering van de medische staven.
3. Mitigeren van beloningsverschillen.
4. Nader onderzoeken van herschikking van taken.
5. Verplichten van ANW- en crisisdiensten.
6. Monitoren en bijsturen van richtingen.

# Aanpak en doelstelling

De basis van het actiegerichte onderzoek ligt in het op gang brengen én borgen van de dialoog tussen de psychiaters en professionals over knelpunten en oplossingsrichtingen. Gekozen is om in vier regio's in regiobijeenkomsten dit gesprek te organiseren en faciliteren (zie slide hierna voor de selectie van regio's). In ieder van de regio's is een denktank ingericht om te zorgen voor bijeenkomsten op maat van de eigen context én voor de uitnodiging van de juiste deelnemers (psychiaters en professionals in dienst van de geïntegreerde ggz-organisatie, kleine ggz-organisaties, ziekenhuispsychiaters en zelfstandig gevestigden). De rode draden zijn getoetst in een aantal reflectiebijeenkomsten met professionals en management uit andere ggz-regio's en door de projectorganisatie samengepakt in voorliggende rapportage. We verwijzen u naar bijlagen 1 en 2 voor respectievelijk een visuele weergave van de aanpak van het onderzoek en de samenstelling van de projectorganisatie.



## Doelstelling

1. Het realiseren van structurele oplossingen voor de bezettingsproblematiek door in gesprek met professionals zélf eigenaarschap hiervoor te organiseren.
2. Het verzamelen van rode draden voor algemeen bruikbare werkafspraken.
3. Het regionaal en (mogelijk) landelijk borgen van gezamenlijke werkafspraken.
4. Professionals ervaren: 'Ik heb invloed' en hebben werkplezier in samen oplossingen bedenken.



# Selectie van vier regio's

In de selectie van vier regio's is een aantal criteria gehanteerd. Allereerst was de wens om een aantal van de eerder in 2019/2020 betrokken regio's te betrekken. Daarnaast was de wens regio's verspreid over het land te kiezen: noord, zuid, oost en west. Ook is gekeken naar de diversiteit van de regio's: aantal en type aanbieders, groot versus kleinschalig, aantallen zelfstandig gevestigde psychiaters en stedelijk versus ruraal. De definitieve selectie is door deNLggz en de NVvP in hun rol van stuurgroep geaccordeerd.





HOOFDSTUK 2

# **Uitkomsten actiegericht onderzoek: knelpunten en oplossings- richtingen**



# Waar knelt het in de 24x7 psychiatrische zorg?

1

## Vraag naar psychiatrische zorg groeit

In alle gesprekken komt naar voren dat de vraag naar psychiatrische zorg de afgelopen jaren sterk is gegroeid. Dit komt volgens de professionals onder meer door de maatschappelijke trends van geloof in 'de maakbare samenleving' en denken dat alles vermijdbaar moet zijn (onder meer overlast op straat). Hierdoor is er minder ruimte voor falen of zichtbare problematiek en meer behoefte aan mentale ondersteuning. Ervaren wordt dat er steeds meer een beroep gedaan wordt op de ggz. Een deel van deze vragen om ondersteuning zou – volgens de professionals – ook op andere plekken dan in de ggz beschikbaar moeten zijn.

2

## Personeelskrapte neemt toe

De zorgvraag is zodanig toegenomen, dat het bemensen hiervan een voortdurende uitdaging is. De krappe arbeidsmarkt versterkt deze uitdaging (zie ook bijlage 3). De afgelopen jaren lijken steeds meer psychiaters en andere ggz-professionals te kiezen voor een loopbaan als zzp'er. Deze trend is ook breder in de zorg en in de maatschappij zichtbaar, maar specifiek in de ggz komen als redenen hiervoor de ervaren druk op administratie, gebrek aan regelruimte en gebrek aan autonomie (bijvoorbeeld in agendaplanning) naar voren. Ook het kunnen combineren van werk en privé, onvoldoende (financiële) waardering of compensatie in tijd spelen hierbij een rol. Een van de gevolgen van deze ontwikkeling is dat de grote ggz-organisaties (met een crisisfunctie op de dag en avonden, weekenden en nachten) extra moeite hebben voldoende mensen te vinden voor deze diensten buiten kantooruren. Deze diensten worden vervolgens gedaan door – naar verhouding – steeds minder vast personeel, voor wie de druk alleen maar toeneemt. Steeds smallere schouders dragen almaar groeiende lasten.

3

## Ggz-instellingen en zelfstandig gevestigden zoeken elkaar in de regio niet vanzelf op

De werkdruk in de ggz wordt als dermate hoog ervaren, dat iedereen 'blij' is als de eigen taak erop zit. Dit leidt ertoe dat binnen instellingen, maar ook tussen praktijken en instellingen niet zomaar contact wordt gezocht. Wij signaleren dat bijvoorbeeld psychiaters in loondienst en zelfstandig gevestigde psychiaters elkaar niet zomaar (meer) vinden. Ook is de verantwoordelijkheid voor 24x7 zorg formeel bij de regionale kerninstelling belegd en is de financiering van deze zorg hier ook op geënt. De handen ineenslaan op terrein van 24x7 ggz-zorg gaat in de regio niet (meer) vanzelf.



Klik op de bouwstenen om direct naar de betreffende pagina te gaan

## Wat is nodig voor de borging van 24x7 continuïteit en kwaliteit van de ggz?

# Bouwstenen voor een geïntegreerde aanpak

De door professionals ingebrachte knelpunten en genoemde oplossingsrichtingen kunnen worden gerubriceerd in zes bouwstenen, waarmee gekomen kan worden tot een geïntegreerde aanpak.

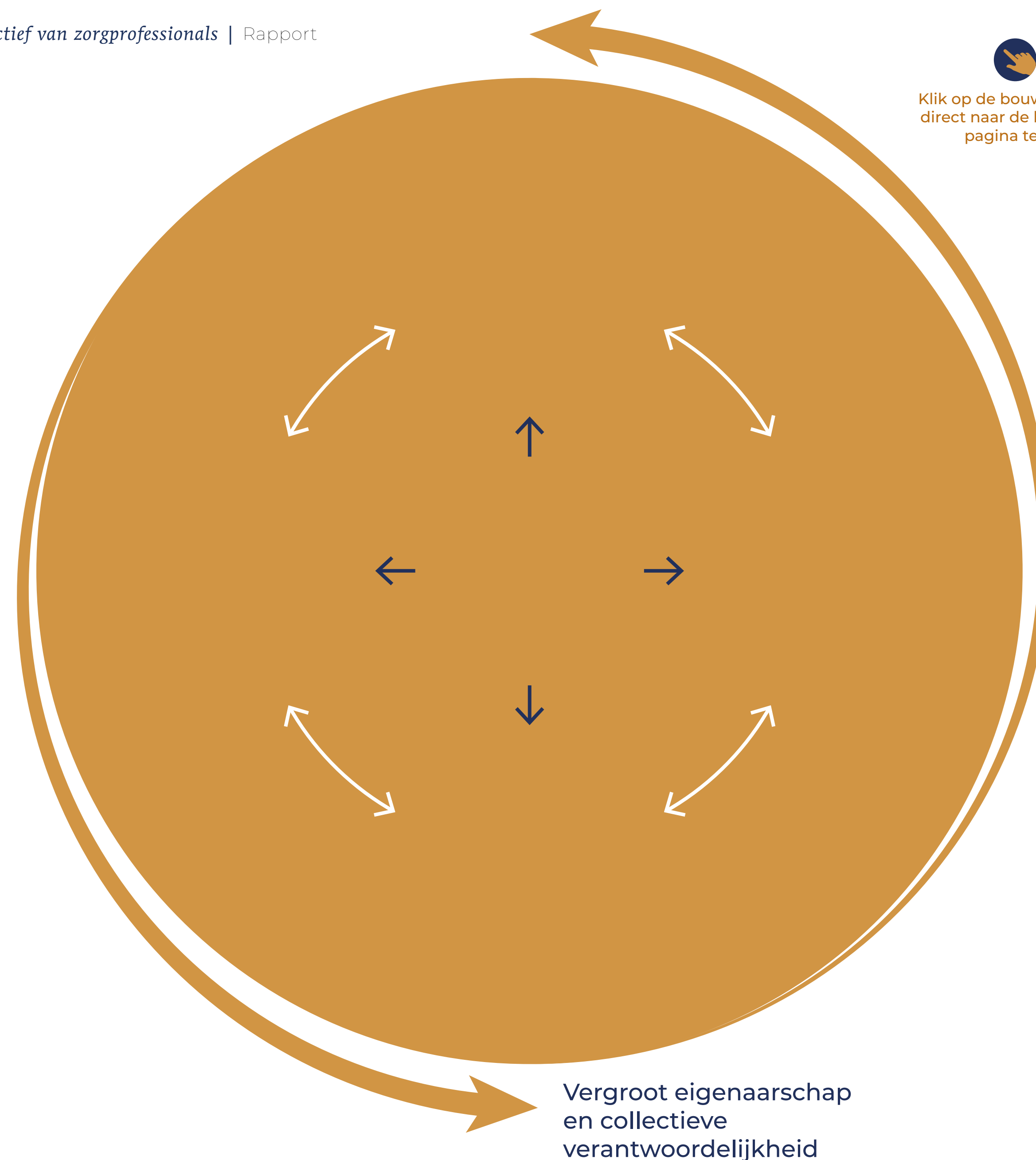
Goed om te realiseren is dat sommige oplossingsrichtingen dicht tegen elkaar aanliggen en dus onder verschillende bouwstenen genoemd worden, zij het vanuit een verschillende aanvliegroute.

De bouwstenen kunnen op landelijk niveau als handvat dienen om tot gebalanceerd beleid te komen en de gewenste ontwikkeling te faciliteren.

Op niveau van een specifieke regio of organisatie kunnen de bouwstenen dienen om samen te bepalen op welke onderdelen de meeste winst verwacht wordt en waarop dus als eerste ingezet moet worden.

Wij zien de borging van 24x7 continuïteit en kwaliteit van zorg niet als een eenmalige puzzel, maar als een continu proces waarin samen blijven leren de essentie is.

Hierna worden per bouwsteen de verzamelde knelpunten en naar voren gebrachte oplossingsrichtingen uitgewerkt. Een samenvatting van de oplossingsrichtingen is als bijlage 4 toegevoegd.





## Is er eigenlijk wel een probleem met de 24x7 continuïteit en kwaliteit van de ggz?

# 1. Concretiseer de eigen (regio-)uitdaging

Uit het onderzoek is gebleken dat vaak gesproken wordt vanuit beeldvorming. Feiten en cijfers ontbreken. Dit leidt ertoe dat, in plaats van in actie komen, gemakkelijk een discussie kan ontstaan over of er wel een probleem is en/of hoe groot of urgent het probleem eigenlijk is. Professionals geven aan dat het zou helpen als regiopartners over dezelfde inzichten beschikken.

### Knelpunten

- Een objectief en gezamenlijk gedeeld beeld over de aard, omvang en ernst van het probleem in de 24x7 psychiatrische zorg ontbreekt. Dialoog over bijvoorbeeld wachtlijsten, het wel of niet rondkrijgen van de dienstroosters of het tekort aan professionals wordt gevoerd op basis van individuele beelden. Dit leidt ertoe dat er onderlinge discussies zijn over of er wel of geen probleem is, dan wel over wie zich dit probleem zou moeten aantrekken.
- Dit begint al bij het beeld van het aantal psychiaters dat werkzaam is in een organisatie, en hoeveel er nodig zijn om de 24x7 zorg zo in te richten dat dit conform gewenste normen lukt. Het onderzoek leert dat het ontbreken van inzicht in de feitelijke en gewenste situatie (op basis van gedeelde parameters) niet alleen op regioniveau tussen organisaties en/of professionals een thema is, maar ook binnen de eigen organisatie.
- Doordat inzicht in de feitelijke situatie ontbreekt, geven professionals aan dat er onwenselijke discussies ontstaan die niet helpen om tot het juiste urgentiebesef en gezamenlijke oplossingsgerichtheid te komen.

### Oplossingsrichtingen

#### Organisatie en regio

1. Maak **een eerste gezamenlijk beeld ('foto')** van de feitelijke en gewenste/noodzakelijke bemensing: bezettingsbehoefte versus feitelijke bezetting waarbij onderscheid gemaakt wordt in de bestaande versus gewenste functiemix op de dag en in de diensten.
2. Draag zorg voor een **dynamisch dashboard** (inzicht, monitoring, sturing) als het gaat om de ontwikkelingen in vraag en aanbod van de psychiatrische zorg.
3. Kom tot een **gezamenlijk (regio-)ontwikkelplan** op regioniveau om de feitelijke en gewenste bezetting (al dan niet met bijstelling in de functiemix) beter op elkaar te kunnen afstemmen.



#### Wat zien we al in de praktijk?

De regionale werkgeversorganisaties in zorg in welzijn (onder de koepel Regioplus) hebben voor iedere regio een dashboard ontwikkeld op terrein van ontwikkelingen in de arbeidsmarkt, inclusief de ggz. Dit dashboard kan als basis dienen voor het in gezamenlijkheid op te stellen regiobeeld en de gezamenlijke opgave in de 24x7 zorg.

## Hoe maken we de GGZ (weer) aantrekkelijk om in te werken?

# 2. Zet in op welzijn en behoud van professionals

Het aantal medewerkers in de ggz is de afgelopen jaren gestaag toegenomen. Tegelijkertijd is de uitstroom hoog (dit jaar voor het eerst hoger dan de instroom) en neemt het verzuim toe. Steeds meer mensen kiezen zzp-schap als passender alternatief voor een contract. In een krappe arbeidsmarkt is goed werkgeverschap en goed opdrachtgeverschap randvoorwaardelijk voor het behoud en aantrekken van professionals, óók als het gaat om de organisatie van de 24x7 ggz-zorg.

### Knelpunten

- Professionals uiten hun zorgen over de steeds krappere arbeidsmarkt in combinatie met een al jaren te hoge uitstroom uit de instellingen. We signaleren een breed gevoel van te weinig tijd om essentiële taken goed uit te voeren, of voor voldoende herstel na een intensieve dienst (bijvoorbeeld door vroege inroosting op de dag na de nachtdienst).
- Aangegeven wordt dat er (te) weinig ruimte is om naast de primaire patiëntenzorg voor elkaar en jezelf te zorgen.
- Professionals in dienstverband geven aan onvoldoende zelf over de eigen agenda te kunnen beschikken. De keuze voor zelfstandigheid maakt dat professionals meer beschikking over die eigen agenda hebben. Ook kan dan gefocust worden op het vak (in plaats van meedraaien in de 'bureaucratie van de grote instelling').
- Het beeld bestaat dat voor hetzelfde werk een (fors) hoger tarief betaald wordt aan een ingehuurde zelfstandig gevestigde psychiater dan aan een psychiater met een dienstverband. Dit leidt tot onderling scheve gezichten.
- Naar voren komt dat niet alleen ervaren psychiaters de ggz-instelling de rug toe keren. Ook jonge psychiaters lijken vaker (vanuit een brede maatschappelijke trend zelfstandig te werken) een positie als zelfstandige te kiezen. Naast bovengenoemde knelpunten biedt het zzp-schap de ruimte om op meer plekken het vak te leren en te ervaren wat goed past. De trend naar steeds vaker de keuze voor zzp-schap is ook zichtbaar bij andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen.

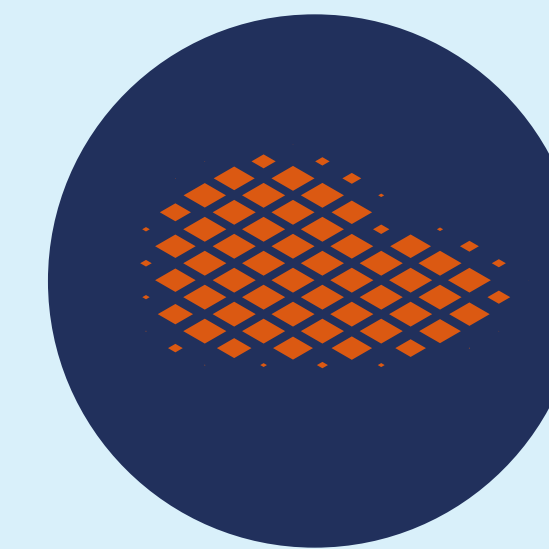
### Oplossingsrichtingen

#### Organisatie

1. Maak het **welzijn van medewerkers een speerpunt in het HR-beleid**, uitgewerkt in een concreet en samen met professionals opgesteld plan van aanpak. Zorg dat medewerkers zich kunnen blijven ontwikkelen (onder andere met bij- en nascholing).
2. Maak **invloed op werktijden** meer mogelijk door als teams aan de slag te gaan met meeroosteren of andere vormen van roosteren.
3. Of het nu gaat over arbeidsvoorwaarden, werkklimaat, groeiperspectief of de ontwikkeling van de organisatie, of de regio, **bespreek het samen**. Maak verwachtingen van te voren zoveel mogelijk duidelijk. Professionals willen vaak wel overwerken, of extra diensten draaien als zij de vraag krijgen en gewaardeerd worden. **Maak heldere afspraken** en kom deze na (**evalueer**) op het niveau van individuele medewerkers, teams en de organisatie. Maatwerk en flexibiliteit zijn belangrijke uitgangspunten.

#### Landelijk

4. **Financiële prikkels**: creëer de mogelijkheid voor (flexibele) beloning van diensten, een maximumtarief voor zzp'ers dat gelijk is aan bijvoorbeeld de brutowerkgeverslasten voor psychiaters, en de mogelijkheid voor verschil in tarief voor psychiaters die meedraaien in de dienst versus zij die dit niet doen.
5. Organiseer ruimte voor de voorkeuren van individuele medewerkers in een **meer flexibele cao** (type contracten, aantal uren, momenten waarop gewerkt kan worden). Verken wat professionals nodig hebben om wél in de instelling te blijven werken of meedoen in de dienst (bijvoorbeeld chauffeur tijdens nacht in groot werkgebied).



### Wat zien we al in de praktijk?

Gelijk uurtarief psychiaters in loondienst en inhuur: een grote ggz-instelling heeft ervoor gekozen het eerdere onderscheid in betaling voor hetzelfde werk op te lossen door een gelijke beloning voor hetzelfde werk, los van de contractvorm waarin gewerkt wordt.



## Hoe zorgen we dat er meer psychiaters dienst doen, welke rol kunnen GGZ zorgprofessionals vervullen?

# 3. Vergroot het aantal dienstdoende psychiaters

Met de hoge uitstroom naar onder andere het zzp-schap, dragen steeds minder schouders de (crisis)diensten. Deze schouders raken uitgeput. Het is belangrijk beter gebruik te (kunnen) maken van psychiaters die niet (meer) meedraaien in de diensten.

### Knelpunten

- Roosters worden vaak opgesteld per vakgroep, divisie of organisatie. Deze worden niet per definitie onderling op elkaar afgestemd. Dit maakt dat ieder met een kleine pool aan mensen een maximaal resultaat probeert te realiseren. Een bijkomend signaal is dat roosters (dag versus ANW) niet overal goed op elkaar aansluiten. Psychiaters ervaren mede hierdoor te weinig compensatie in tijd na een nachtdienst.
- Zgp'ers draaien zeer beperkt mee in de 24x7 (crisis)diensten van instellingen. Benadrukt wordt dat deze groep psychiaters wel 24x7 verantwoordelijkheid en bereikbaarheid draagt voor de eigen cliënten. Op het moment dat de zorgvraag echter buiten kantooruren escaleert, wordt in de praktijk een beroep gedaan op de crisisdienst van de instelling. Naar voren komt dat er (te) weinig gesprek tussen de psychiaters van de kerninstelling, van de kleine instellingen en de zelfstandige psychiaters in de regio plaatsvindt.
- Een veel gehoord geluid is dat de randvoorwaarden voor diensten als onvoldoende worden ervaren: geen invloed op eigen werktijden, onvoldoende beloning in geld en/of compensatie in tijd. Ook wordt aangegeven dat niet iedere psychiater zich (nog) bekwaam voelt om diensten te doen.
- Er bestaan verschillende meningen over de wenselijkheid en het effect van eventueel verplichten van ANW-diensten, bijvoorbeeld via herregistratie voor de wet BIG. Overall ontstaat het beeld dat de mogelijke korte termijn 'winst' hiervan (meer psychiaters in dienst) tenietgedaan wordt door negatieve effecten op terrein van benodigde kwaliteit (belang van elkaar kennen, de juiste motivatie, benodigde ervaringsuren). Conclusie is dat weggebleven moet worden bij 'alles of niets' en de individuele dialoog moet worden opgezocht.

### Oplossingsrichtingen

#### Organisatie

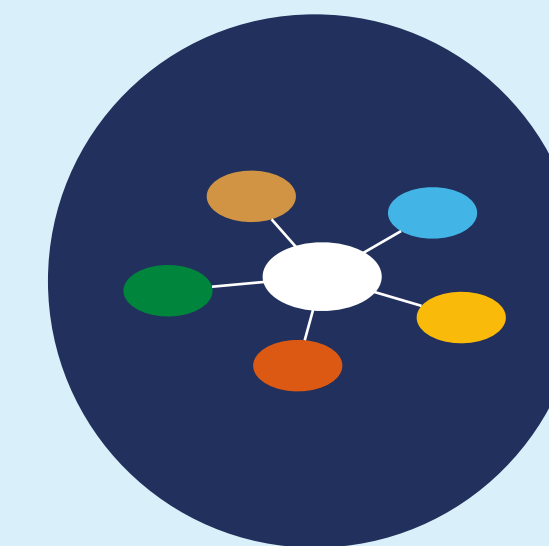
1. Zorg (zoveel mogelijk) voor **voorspelbare roosters** voor de ANW-diensten met de verschillende disciplines en met samenhang tussen dag en ANW-roosters. Neem hierin ruimte op voor compensatie, maak duidelijke afspraken tussen afdelingen en crisisdienst en zie vanuit een integrale blik toe op naleving hiervan.

#### Regio

2. **Organiseer de dialoog** tussen professionals in loondienst van grote en kleine instellingen en in zelfstandige vestiging. Agendeer vragen als: doe je mee in de dienstpoule, wat lukt je wel, wat heb je nodig? Maak afspraken over een veilig klimaat, financiële vergoeding en borging van kwaliteit van zorg.

#### Landelijk

3. Investeer **in het aanbieden van periodieke bij- en nascholing**.
4. **Minimumaantal diensten**, met flexibiliteit voor meer diensten. Bijvoorbeeld voor arts-assistenten, die zich nu soms laten inhuren door andere organisaties voor diensten.



### Wat zien we al in de praktijk?

In een van de regio's bespreken de professionals met elkaar de mogelijkheden binnen persoonlijke omstandigheden om bepaalde diensten wel te doen (bijvoorbeeld wel weekend overdag) en biedt men maatwerk hiermee.

## Hoe kunnen we de zorg slimmer inrichten?

# 4. Benut beschikbare capaciteit slimmer

De komende jaren zal de druk op de zorg in de brede zin toenemen. Het is niet realistisch te verwachten dat het aanbod van benodigde professionals dusdanig toeneemt, dat de knelpunten zich eenvoudig zullen oplossen. Dit betekent dat de onderlinge samenwerking, taakverdeling, de inzet van digitale ondersteuning en procesinrichting anders en slimmer moeten.

### Knelpunten

- Gezamenlijke sturing op de instroom: het komt voor dat tijdens ANW-diensten zorgvragen binnenkomen die thuishoren in de dagzorg (bij ggz of eerste lijn). Als oorzaak wordt gekeken naar de kwaliteit van triage, de druk overdag in de eigen of collega-organisaties en naar een beeld van steeds ‘makkelijker’ doorverwijzen van eigen patiënten om zo risico's te voorkomen of eigen belasting te verlagen.
- Maatschappelijke druk op ‘geen fouten maken’. Het woord ‘suïcidaliteit’ wordt soms als rode knop gebruikt en hulpverleners vermijden elk risico. Dit verhoogt onnodig de druk op de crisisdienst.
- Aansluiten dag en nacht: in sommige gevallen kunnen crisissituaties voorkomen worden door zorg overdag anders/beter te organiseren en op elkaar af te stemmen.
- Taakverdeling/herschikking: in de crisiszorg zijn psychiaters regiebehandelaars. In een aantal organisaties nemen verpleegkundig specialisten (soms samen met agogen) een deel van de taken over. Het is niet altijd bekend of duidelijk wat formeel wel en niet kan.
- Digitalisering: tijdens de COVID-19-pandemie is meer gebruikgemaakt van digitale mogelijkheden (bijvoorbeeld beeldbellen). Deze praktijk is niet breed doorgezet als mogelijkheid om slimmer gebruik te maken van professionele tijd. Gesignaleerd knelpunt is de toegankelijkheid van EPD's. Dit maakt de overdracht tussen professionals (bijvoorbeeld tijdens dienst) en organisaties lastiger.

### Oplossingsrichtingen

#### Organisatie

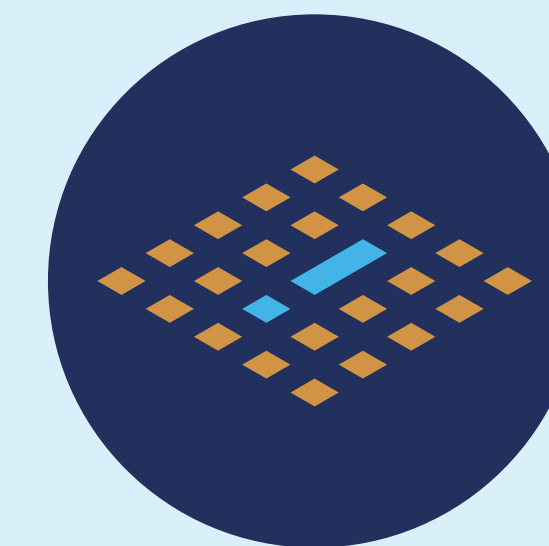
1. Zet in op **meer gebruik van digitale mogelijkheden**, ook tijdens crises. Zeker in de rol van de achterwacht (zodat bijvoorbeeld dienst gedraaid kan worden op afstand in een groter werkgebied).
2. Maak binnen de organisatie afspraken over **taakverdeling/taakherschikking** rond ANW- en crisisdiensten, bijvoorbeeld met de inzet van een verpleegkundig specialist.
3. Evalueer de triage, inclusief de doorstroom vanuit de dag, en het effect ervan op de ANW-dienstenbelasting.

#### Regionaal

4. Bekijk de mogelijkheden voor **gezamenlijke triage** (lokaal of regionaal met huisarts en grote, kleinschalige en zelfstandige aanbieders). Binnen de bestaande structuur met bijvoorbeeld een ggz-triagist op de huisartsenpost of opzetten van gezamenlijke triage.
5. Onderzoek de mogelijkheden van **een suïcidepoli** of een **spoedpoli voor overdag**.

#### Landelijk

6. Maak de mogelijkheden van **taakherschikking (tussen professionals) en tussen organisaties beter inzichtelijk**, zodat samen geleerd kan worden.
7. **Verhelder en verbreed als nodig de kaders voor inzet van andere beroepsgroepen** in de ANW-en crisisdienst. Denk gedifferentieerd, waak voor ‘alles of niets’ en maak onderscheid tussen voorwacht en achterwacht.



### Wat zien we al in de praktijk?

In een van de regio's is ervoor gekozen om de triagepost te versterken. Onderliggend zijn afspraken gemaakt over welk type vraag naar welk type zorgaanbod zou moeten gaan en er wordt actief gemonitord of dit in de praktijk ook gebeurt/lukt.



## Hoe realiseren van een 'eerlijke balans' tussen de lusten en lasten?

# 5. Sla de handen (regionaal) ineens

De verschillende ggz-aanbieders ontmoeten elkaar in de regio of landelijk rond doelgroepen en beleidstafels. Als het gaat om de verantwoordelijkheid voor de 24x7 zorg, ligt deze formeel bij de regionale kerninstelling die hiervoor gecontracteerd is. Andere ggz-aanbieders (categoraal, kleinschalig of zelfstandig) worden hierop niet gecontracteerd en staan (nog) langs de zijlijn. Daardoor kunnen zij – vaak met een ook volle eigen agenda – hun handen aftrekken van dit vraagstuk. De regionale kerninstellingen hebben een opgave die zij niet meer alleen opgelost krijgen. Het is noodzakelijk in breder verband (collega-ggz-aanbieders, ziekenhuizen, huisartsen) te verkennen of samen meer bereikt kan worden.

### Knelpunten

- Onduidelijkheid en niet uitspreken van onderlinge verwachtingen leiden tot frustraties tussen professionals en ggz-aanbieders, andere zorgaanbieders en ketenpartijen (zoals politie). Het is soms moeilijk een geschikte plek te vinden voor een patiënt. De ene organisatie kan de deur om 17.00 uur sluiten, de ander vangt de crisis op (en kan de patiënt dan daarna niet meer kwijt). Naar voren komt dat heldere verwachtingen en afspraken ontbreken: wat mag je van elkaar verwachten in de zorg voor een patiënt?
- Beperkte regionale samenwerking voor de diensten. Het niet kunnen invullen van diensten speelt in alle regio's en organisaties. Toch vindt regionale samenwerking of een gezamenlijke aanpak op werving, behoud of inzet van personeel nog te weinig plaats.
- Leren van anderen: good practices worden onvoldoende/niet gedeeld waardoor de regio's 'het eigen wiel uitvinden', terwijl deze behoefte er wel is.
- Met de ontwikkeling van de GMAP is de ontwikkeling voortgezet dat een beperkt aantal regionale kerninstellingen de verantwoordelijkheid neemt voor ggz-crisiszorg. Dit versterkt het effect dat andere organisaties (ggz en aanpalend) zich minder verantwoordelijk zouden hoeven voelen voor crisiszorg.

### Oplossingsrichtingen

#### Regionaal

1. Versterk de **samenwerking in het werven en behoud van personeel**. Besteed daarbij specifiek aandacht aan (de aantrekkelijkheid van) de crisisdienst. Veel psychiaters geven aan dat écht een leuk onderdeel van het vak te vinden, daar moet meer op ingezet worden (evenals in de randvoorwaarden, zie eerder).
2. **Betrek zzp'ers (verschillende disciplines) en zgp'ers bij de uitdagingen in de ANW-en crisiszorg**. Ga in gesprek over wat nodig is om in te stappen (bijvoorbeeld toegang tot EPD, collega's kennen, cultuur, supervisie, (opleidings) afspraken, protocollen en overdracht).
3. Bouw een breed en **'dedicated' multidisciplinair crisisdienstteam** in samenwerking met het ziekenhuis, huisartsen en/of andere ggz-aanbieders. Hiermee kun je kennis delen, samen leren én ook gebruikmaken van schaalvergroting.

#### Regio/landelijk

4. Zorg dat in alle **inkoopcontracten** tussen zorgverzekeraar en aanbieder wordt opgenomen op welke wijze in de regio (wel of niet) wordt bijgedragen aan de 24x7 ANW- en crisisdiensten. Stem (als mogelijk) tarifiering daarop af. Dat vraagt om landelijke afspraken over de kaders en regionale afspraken over de invulling ervan.



### Wat zien we al in de praktijk?

In een van de regio's worden de zelfstandige psychiaters actief betrokken bij het beleid en de ontwikkelingen van de regionale kerninstelling. Hierdoor ontstaat onderlinge verbondenheid en het werkplezier neemt toe. Dit leidt tot betere samenwerking tijdens onder andere de dienst, omdat je elkaar kent en vertrouwt.

## Hoe komen we van individueel 'overleven' naar echt 'samenwerken'?

# 6. Vergroot eigenaarschap en collectieve verantwoordelijkheid

Door de druk op de zorg worden individuele belangen afgewogen tegen collectieve belangen op korte en lange termijn. We horen dat professionals hun handen vol hebben aan 'de eigen taak' en niet zomaar taken, die formeel niet op het eigen bord liggen, erbij te kunnen of willen pakken. In het verlengde hiervan wordt de zorg buiten kantooruren niet altijd gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid, terwijl de invloed hierop wel bij alle individuele aanbieders ligt.

### Knelpunten

- Verantwoordelijkheden zijn individueel per (type) professional en per instelling belegd. bijvoorbeeld via eigen contractafspraken of in de inkoop. Dit geldt ook vaak voor de aparte positionering van de crisisdienst. Dit staat tegenover de steeds complexere zorg voor patiënten die juist steeds meer vraagt om afstemming met collega's en stakeholders buiten de instellingen.
- Een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid lijkt op veel niveaus niet (meer) aanwezig, waardoor meer individuelere keuzes en afwegingen gemaakt worden.
- Het in gesprek gaan met elkaar over verwachtingen is niet vanzelfsprekend; men gaat vaak pas met elkaar in gesprek als het niet goed gaat. Dan gaat het vaak over iets waar je de ander bij nodig hebt, in plaats van dat je elkaar al goed kent en dus makkelijker even voor iemand inspringt.
- Er lijkt sprake van een 'wij en zij'-denken, bijvoorbeeld tussen psychiaters in loondienst en zelfstandigen (zpz en zgp). In het gesprek wordt veel in algemeenheden gesproken: in alle instellingen is het veel te bureaucratisch versus alle ingehuurde zelfstandigen vragen absurde uurtarieven. Dit leidt tot ongewenste verwijdering. Dit staat gezamenlijke concrete stappen in de weg.
- Door de grote gedrevenheid voor patiëntenzorg, heeft de ggz de deur altijd opengezet. Maatschappelijk wordt deze houding soms 'misbruikt': ook gedragsproblemen of veroorzakers van overlast komen te gemakkelijk naar binnen. Hierop sturen of elkaar aanspreken (tussen professionals en/of organisaties) is niet vanzelfsprekend.

### Oplossingsrichtingen

#### Organisatie/regio

1. Bespreek welk type (crisis)zorg bij welke aanbieder en/of type professional thuishoort en leg afspraken vast in een samenwerkingsstructuur, waarin onderlinge taakverdeling verhelderd wordt. Neem hierin op hoe inspraak, tegenspraak en samenspraak worden vastgelegd, geëvalueerd en besproken (zie governancecode 2022).
2. 'Kijk in elkaars keuken' door bijvoorbeeld mee te doen met elkaars audits, deel goede voorbeelden en casuïstiek, organiseer refereeravonden en tafelgesprekken om zo elkaar (en onderlinge verwachtingen) te kennen, van elkaar te leren en verbeteren.
3. Bouw de medische staven van de kerninstelling verder uit in verbinding met collega's in de regio (verken de mogelijkheid voor buitengewoon leden/toetreden niet- instellingspsychiaters tot medische staf).
4. Creëer en faciliteer de ruimte voor de professionele dialoog onderling (elkaar kennen en bevragen → vergroten onderlinge solidariteit) – bouw op gerichte thema's (zoals triage) leernetwerken.
5. Deel niet alleen oplossingen, maar ook complexe uitdagingen of problemen. Nodig collega's van andere zorgaanbieders en/of zelfstandigen uit om mee te denken over het verder verbeteren van reguliere processen, overdrachten, nascholingen, invulling van diensten etc.

#### Landelijk

6. Besteed in de opleiding nadrukkelijker aandacht aan crisiszorg, bijkomende bevoegd- en bekwaamheden en hoe samenwerking met collega's deze taak versterkt.



### Wat zien we al in de praktijk?

Het actiegerichte onderzoek leert dat professionals het bij elkaar komen over grenzen van organisaties missen en meerwaarde zien in het samen verder denken over en bouwen aan het continuïteitsvraagstuk.





HOOFDSTUK 3

# Conclusies



# Conclusies

- Een toenemende vraag en een zeer krappe arbeidsmarkt vergroten de druk op de 24x7 continuïteit van psychiatrische zorg. Dit is onder andere zichtbaar in de roostering van ANW- en crisisdienst. Het gevoel is dat de (werk)druk, met name als het aankomt op ANW- en crisisdiensten, op steeds smallere schouders terechtkomt. Hierdoor neemt het werkplezier af.
- Steeds meer psychiaters en ook andere zorgprofessionals kiezen voor het ondernemerschap. Er wordt ongelijkheid ervaren (bijvoorbeeld over gedeelde lusten versus lasten en te grote verschillen in tarifiering) tussen dienstverbanders en zelfstandigen waardoor op diverse niveaus een ‘wij-zij’-cultuur ontstaat.
- Er is echter (lokaal, regionaal en landelijk) niet voldoende inzicht (kwalitatief en kwantitatief) in waar het precies knelt. Er wordt veel in beelden en ervaringen gesproken. Hierdoor kijkt men niet op eenzelfde manier naar het continuïteitsvraagstuk. Dit bemoeilijkt een goed en genuanceerd gesprek over werkbare oplossingsrichtingen, en schieten gesprekken door naar ‘one size fits all’-oplossingen (zoals de dreiging van het verplichten van ANW-diensten). Zowel binnen de instelling, regio en op landelijk niveau lijkt het aan collectieve verantwoordelijkheid te ontbreken.
- Voor een grotere collectieve verantwoordelijkheid is het van belang het gesprek over oplossingsrichtingen minder vrijblijvend te maken. Dit begint met een gedeeld beeld van de knelpunten, gevolgd door heldere afspraken die passen bij de lokale of regionale situatie. Binnen organisaties betreft dit onder andere de positionering van de crisisdiensten en de rol daarin van medewerkers en zelfstandigen. In de regio betreft dit bindende afspraken tussen grote en kleine instellingen en zelfstandigen, bijvoorbeeld over de bemensing van crisisdiensten en met verzekeraars over regionaal passende tarifiering.
- Randvoorwaarde is dat landelijke partijen (beroepsverenigingen, branchevereniging, verzekering en Rijk) zoveel mogelijk werken met een gezamenlijke visie (onder andere de positie en rol van de zzp). Deze visie dient als richting voor landelijke afspraken in de cao, beroepsnormen en financiering. Het helpt als landelijke partijen regionale samenwerking te ondersteunen/faciliteren op basis van vooraf gestelde vragen en duidelijke verwachtingen.
- Ten slotte, met dit actiegericht onderzoek is bijgedragen aan de wens het perspectief en de positie van professionals te versterken als het gaat om oplossingen aangaande het continuïteitsvraagstuk. Hun betrokkenheid in een verder vervolg is cruciaal om tot succesvol in praktijk brengen ervan te komen.

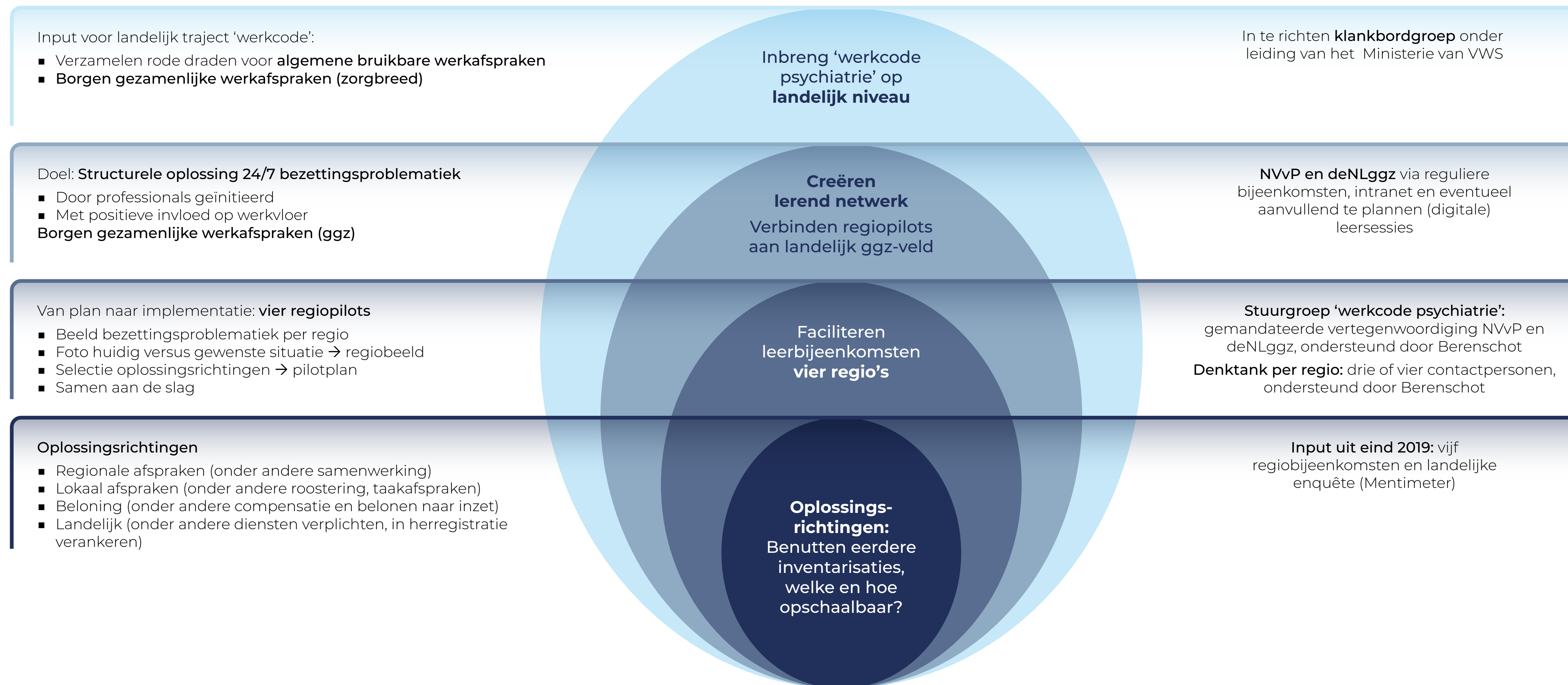


## Bijlagen

1. Aanpak actiegericht onderzoek:  
verkorte visuele samenvatting
2. Inrichting en samenstelling  
projectorganisatie
3. Arbeidsmarkt ggz in cijfers
4. Samenvatting van de  
oplossingsrichtingen
5. Verklarende woordenlijst

## Bijlage 1

# Aanpak actiegericht onderzoek: verkorte visuele samenvatting





## Bijlage 2

# Inrichting en samenstelling projectorganisatie

### Projectgroep

- K. van Essen, beleidsadviseur deNLggz
- L. Oterdoom, junior beleidsadviseur NVvP
- R. van Vels, senior beleidsadviseur NVvP

### Stuurgroep

- T. Dhondt, namens het bestuur van deNLggz
- I. Willems, bestuurder NVvP
- K. van Essen, beleidsadviseur deNLggz
- L. Oterdoom, junior beleidsadviseur NVvP
- R. van Vels, senior beleidsadviseur NVvP

### Klankbordgroep

- T. Sturmans, VWS
- J. in 't Veld, Zorgthuis
- B. le Doux, NVZ
- Y. van Aspert, Jeugdzorg Nederland
- J. Hogendorp, LHV
- A. Spitters, Regioplus
- M. Huttner, VGN
- K. de Poorter, Actiz
- G. Janssen, NFU

Projectteam Berenschot: Maartje van Elst, Geert Jan Buisman, Myrthe Frederiks, Christel van Zijp

## Bijlage 3

## Arbeidsmarkt ggz in cijfers

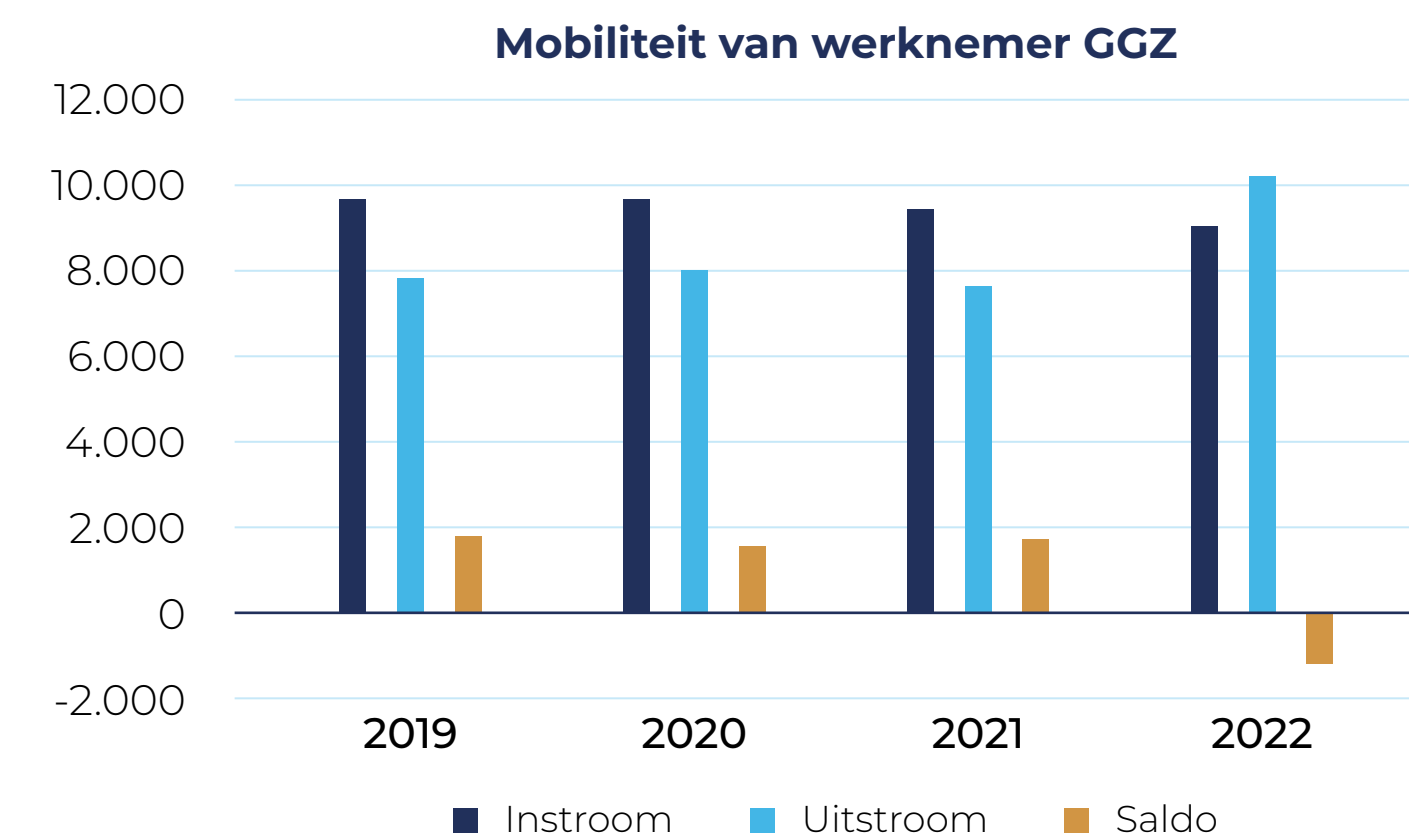
## Professionals

- In dit onderzoek is veel aandacht voor psychiaters. In Nederland staan **3.944** personen geregistreerd in het BIG-register als psychiater, voor een deel werkzaam in de ggz.
- De ggz is werkgever voor **102.300** werknemers. Daarnaast zijn circa 10.000 zelfstandigen actief in de sector ([www.azwstatline.cbs.nl](http://www.azwstatline.cbs.nl)).
- Naar verwachting zijn de grootste beroepsgroepen verpleegkundigen en begeleiders.

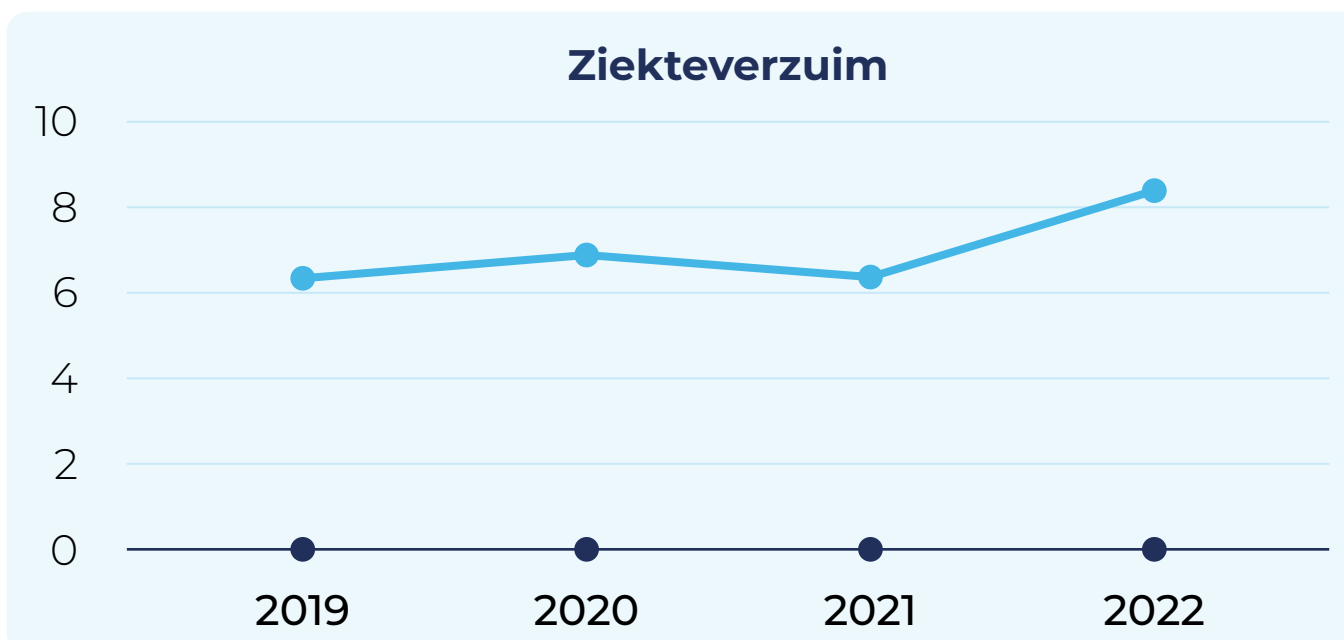
## Mobiliteit

- Het aantal medewerkers neemt toe.
- In het eerste kwartaal van 2022 lag de uitstroom hoger dan de instroom. De grootste groep vertrekkers is 55+.

Bron: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>



## Verzuim



- Het verzuim in de ggz, neemt net als in de rest van de zorg, toe. In het afgelopen jaar steeg deze van 6,3% naar 8,3%

Bron: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>

## Personeelstekort

- De personeelskrapte in de zorg, ook voor ggz-beroepen blijft naar verwachting toenemen.
- In 2021 was het personeelstekort in de ggz **4.100** mensen. Voor 2031 wordt dit geschat op **9.300** personen
- Voor ggz-beroepen geraamd door het Capaciteitsorgaan (gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz) zijn deze aantallen **2.100** mensen in 2021 en **5.000** in 2031.

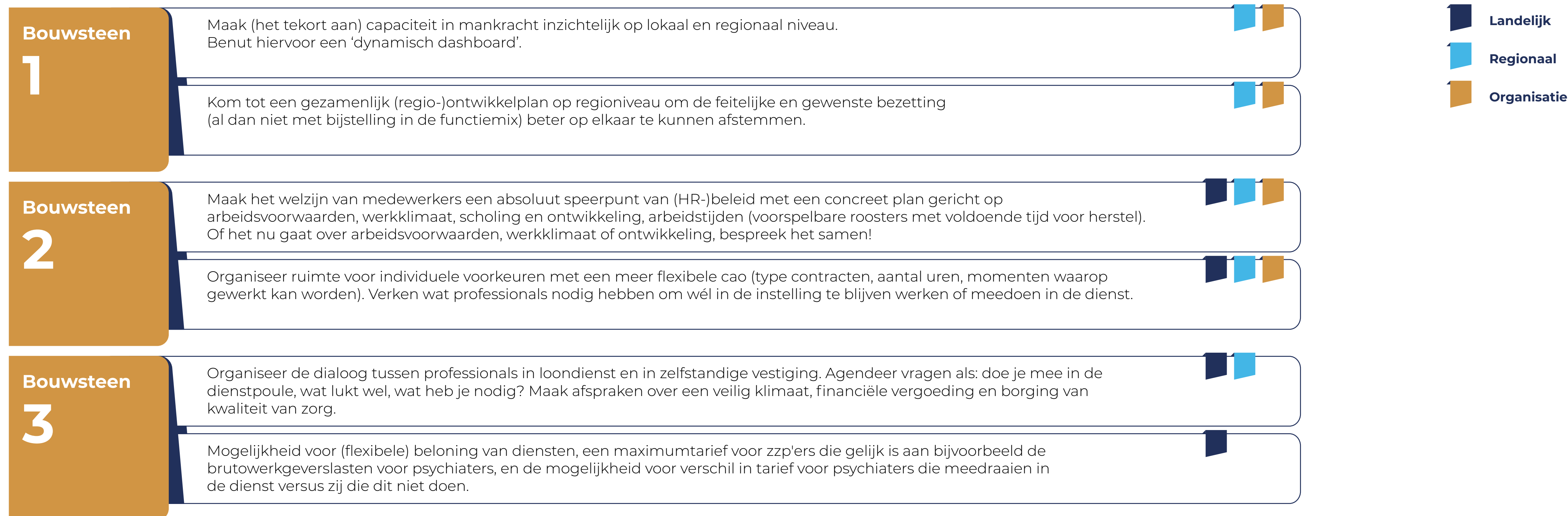
Bron: [www.prognosemodelzw.nl](http://www.prognosemodelzw.nl)



## Bijlage 4.1

# Samenvatting van de oplossingsrichtingen

De oplossingsrichtingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van knelpunten en oplossingsrichtingen die door de professionals zelf in diverse bijeenkomsten zijn opgesteld en met elkaar zijn gedeeld. Diverse oplossingsrichtingen kunnen op meerdere niveaus worden opgepakt en op die manier ook een potentieel complementair effect hebben.



## Bijlage 4.2

# Samenvatting van de oplossingsrichtingen

## Bouwsteen

### 4

Zorg voor een overzicht en meer bekendheid van de mogelijkheden van taakherschikking en taakverdeling in de diensten. Zorg binnen organisaties voor heldere afspraken. Verbreed, waar nodig en gepast, de kaders.

Evalueer de triage (lokaal en regionaal), inclusief de effecten van de overbezetting gedurende de dag op de ANW. Onderzoek de mogelijkheden voor regionale triage.

## Bouwsteen

### 5

Zoek de samenwerking op bij het werven en behoud van personeel. Betrek ook zzp'ers en zgp'ers bij de uitdagingen in de ANW- en crisiszorg. Bouw in de regio een breed en 'dedicated' multidisciplinair crisisdienstteam in samenwerking met het ziekenhuis, huisartsen en/of andere ggz-aanbieders.

Zorg dat in alle inkoopcontracten tussen zorgverzekeraar en aanbieder wordt opgenomen op welke wijze in de regio (wel of niet) wordt bijgedragen aan de 24x7 ANW- en crisisdiensten bij alle ggz-aanbieders.

## Bouwsteen

### 6

Leg afspraken over welk type zorg bij welke aanbieder thuishoort vast in een samenwerkingsstructuur. Gebruik deze samenwerking ook om van elkaar te leren en het dialoog aan te gaan met elkaar.

Leer van elkaar, ook op dit terrein: kijk in de keuken van verschillende instellingen en regio's. Betrek elkaar bij de ontwikkeling van nieuwe ideeën en maak gebruik van de ervaringen elders. Denk aan refereeravonden, tafelgesprekken, een meer regionale functie voor medische staven etc.





## Bijlage 5

# Verklarende woordenlijst

---

**Zelfstandig gevestigde psychiater (zgp):**

Psychiater met zijn/haar eigen praktijk voor patiënten met complexe psychiatrie zonder afhankelijkheid van een ggz-instelling dan wel ander soort (zorg) instelling. Ingeschreven in het BIG-register onder artikel 14 als medisch specialist en die volgens het kwaliteitsstatuut specifiek aangewezen is als indicierend regiebehandelaar voor zeer complexe zorgvragen in combinatie met zeer complex zorgaanbod, evenals in de crisissituatie.

---

**Zelfstandige zonder personeel (zzp) (psychiater):**

Psychiater waarbij geen sprake is van een vast dienstverband die zich in laat huren om werkzaamheden te verrichten voor ggz-instellingen en/of andere zorginstellingen. Ingeschreven in het BIG-register onder artikel 14 als medisch specialist en die volgens het kwaliteitsstatuut specifiek aangewezen is als indicierend regiebehandelaar voor zeer complexe zorgvragen in combinatie met zeer complex zorgaanbod, evenals in de crisissituatie.

---

**ANW-dienst:**

Avond-, nacht-, en weekenddienst waar gedurende deze tijdseenheden (buiten kantoor tijden) zorg wordt verleend. Het gaat om psychiatrische en/of somatische beoordelingen en in gevallen om acute psychiatrische opnames.

---

**Crisisdienst:**

Deze dienst is 24X7 beschikbaar en biedt mensen die dringend psychiatrische hulp nodig hebben snelle opvang en behandeling. Het gaat om patiënten die vanwege hun psychiatrische problematiek gevaar lopen of veroorzaken als zij niet onmiddellijk of uiterlijk binnen 24 uur worden behandeld.





## **‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’**

Wij zien een Nederland dat altijd in ontwikkeling is. Zowel sociaal als organisatorisch verandert er veel. Al meer dan 80 jaar volgen wij deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. Daarbij staan we voor duurzaam advies en de implementatie hiervan. Altijd gericht op vooruitgang én echt iets kunnen betekenen voor mensen, organisaties en de maatschappij.

Alles wat we doen, is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. In ons advies zijn we hard op de inhoud, maar houden rekening met de menselijke maat. Onze adviseurs doen er alles aan om complexe vraagstukken om te zetten naar praktische oplossingen waar u iets mee kan. Wij geven advies en bieden digitale oplossingen waarbij we ons focussen op:

- Toekomst van werk en organisatie
- Energietransitie
- Toekomst van zorg
- Transformatie van openbaar bestuur

### **Berenschot Groep B.V.**

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht  
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht  
030 2 916 916  
[www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl)