

Impasse Transitie Jeugd-GGZ

...over een richting om verder te komen...



Clive Lewis (kunstenaar uit Ontario):

"hiermee wil ik de frustratie uitdrukken over het bereiken van een impasse..."

MBA-Health
Erasmus Universiteit Rotterdam
april 2012
Erik Beemster

Samenvatting:

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2010) beschrijft dat de gehele zorgsector de komende jaren voor de gecombineerde kracht van vier uitdagingen staat. Enerzijds zullen de zorgvragen en medische mogelijkheden toenemen en anderzijds zullen de mogelijkheden hiertoe afnemen door crisis en minder personeel. De organisatie van de zorg zal drastisch moeten veranderen. Dit is een vraagstuk voor de gehele samenleving.

Uit de evaluatie van de huidige jeugdzorg (Baecke, 2009) en de analyses en adviezen van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (Heijnen, 2010), blijkt dat de huidige jeugdzorg niet goed functioneert waardoor de nieuwe 'Wet zorg voor jeugd' nodig is. Er zijn drie kern-uitgangspunten: participatie, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid.

In dit kader zal vanaf 2015 de financiering en organisatie van alle jeugdzorg, inclusief de jeugd-GGZ, onder de gemeenten worden gebracht ('transitie jeugdzorg'). Bestuurders en brancheverenigingen van de jeugd-GGZ reageren hierop verschillend. Enkelen zien kansen terwijl de meesten zeer kritisch, afhoudend en onrustig zijn. Onrust en afwerend gedrag lijkt de kans te vergroten dat eerder gedeelde zorgen over de jeugdzorg en consensus over inhoudelijk beoogde verbeteringen verdwijnen. Dit veroorzaakt een impasse in het proces om gezamenlijk die uitdaging op te pakken waarvoor de samenleving momenteel staat.

Hoe kunnen bestuurders van de jeugd-GGZ hieraan een positieve wending geven? Hiervoor is het eerst nodig om hun huidige gedrag en positie te begrijpen. Het besturen van de jeugd-GGZ is geen sinecure: de huidige zorgbestuurder moet inspelen op de vaak conflicterende eisen van verschillende krachtenvelden (markt, samenleving, medische professie en overheid) en omgaan met diverse paradoxen die hieruit voortkomen.

Begrip hierover kan het mogelijk maken om uit die impasse te komen. In de thesis wordt hierop ingegaan en worden er richtingen gegeven over hoe de jeugd-GGZ bestuurder initiatief kan nemen om met de andere stakeholders (jeugdzorgaanbieders, overheid, financiers en cliëntorganisaties) gezamenlijk de uitdagingen aan te gaan en te werken aan verbetering van de jeugdzorg.

Hoofdstukindeling	Pagina
Inleiding met vraagstelling en onderzoeksopzet	4
Hoofdstuk 1 Aanleiding transitie gehele jeugdzorg naar gemeenten	9
1.1 Evaluatie jeugdzorg	9
1.2 Scenario's bij huidige financiering zorg	11
1.3 Huidige financiering, organisatie en gebruik van de jeugdzorg	13
1.4 Samenvatting aanleiding transitie jeugdzorg naar gemeenten	15
Hoofdstuk 2 De stelselwijziging zorg voor jeugd	16
2.1 Uitgangspunten transitie jeugdzorg en contouren van het nieuwe stelsel	16
2.2 Samenvatting stelselwijziging zorg voor jeugd	20
Hoofdstuk 3 Reacties van de jeugdzorgaanbieders en met name de GGZ-jeugd	21
3.1 Standpunt van de branche- en beroepsverenigingen	
• Standpunt GGZ Nederland	21
• Standpunt NVvP	21
• Standpunt NIP	23
• Standpunt NVVP	23
3.2 Standpunt VNG en GGD	23
3.3 Onderzoek door Deloitte	24
3.4 Reactie jeugdzorgaanbieders in Noord Holland	25
3.5 Interviews met 5 bestuurders jeugd-GGZ over 2 hoofdthema's:	27
3.5.1 Wat vindt men van de transitie jeugd-GGZ naar de gemeente en de bedoelingen die de overheid hiermee heeft?	27
3.5.2 Hoe is men hiermee bezig, welk strategisch beleid wordt er gevoerd, welke propositie wordt ingenomen in het gehele veld van jeugdzorg en specifiek binnen het spectrum van de jeugd-GGZ?	29
3.5.3 Samenvatting van de reacties uit de interviews	30
3.6 Conclusies reacties jeugdzorgaanbieders en met name de jeugd-GGZ	31
Hoofdstuk 4 Analyse gedrag bestuurders jeugd-GGZ	33
4.1 Het belang van coherentie in het (jeugdzorg) systeem	33
4.2 Analyse gedrag vanuit "meervoudig besturen met duivelselastieken"	34
4.2.1 Putters benadering van "meervoudig besturen met duivelselastieken"	35
4.2.2 De vier krachtenvelden van de jeugd-GGZ en analyses over het bestuurlijk gedrag	38
4.2.2.1 Het krachtenveld van de markt	38
Samenvatting van het krachtenveld van de markt	43
Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld markt	44

4.2.2.2	Het krachtenveld van de samenleving	45
	• Verandering demografie	45
	• Verschuiving begrip gezondheid	46
	• Van pathogenese naar duurzame gezondheidszorg	46
	• De ontwikkeling van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag	46
	• Opkomst Pedagogisch Civil Society en werken aan een 'gezonde wijk'	47
	• Opkomst sociale inclusie, Balanced Care en FACT	50
	Samenvatting van het krachtenveld van de samenleving	52
	Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld samenleving	52
4.2.2.3	Het krachtenveld van de medische professie	53
	Samenvatting van het krachtenveld van de professie	55
	Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld medische professie	55
4.2.2.4	Het krachtenveld van de overheid	56
	Samenvatting van het krachtenveld van de overheid	58
	Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld overheid	59
	Hoofdstuk 5 De impasse voorbij.... Welk gedrag wordt hiervoor gevraagd?	61
5.1	Samenvattende schets van het probleem waarvoor de jeugdzorg staat	61
5.1	Het krachtenveld van de bestuurder van de jeugd-GGZ	62
5.2	Duurzaam meervoudig bestuurders gevraagd.....	63
	Nawoord	66
	Opgave bronnen	68

Inleiding

Wat speelt zich af binnen de jeugd-GGZ rondom de transitie jeugdzorg?

Volgens minister Schippers zal de eerste lijn, als zij zich goed organiseert, in staat zijn om 80% van alle zorgvragen adequaat op te vangen. "Daarvoor moet er wel wat veranderen: meer naar de mensen toe gaan, de bereikbaarheid vergroten, beter samenwerken, minder versnippering, minder doorverwijzen, meer preventief werken, mensen aanspreken op wat zij zelf kunnen en hen daarbij ondersteunen. De organisatie en financiering van de zorg moeten de ontwikkeling in de richting van meer samenhangende zorg in de buurt ondersteunen. Deze opgave is niet vrijblijvend. Hervorming van de eerstelijnszorg is noodzakelijk om aan de vraag tegemoet te komen, de kwaliteit te waarborgen en de kosten in de hand houden." (Berenschot en Van der Geest, 2012: 5)

Advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in Perspectief op gezondheid 20/20, (2010: 15) luidt: de gehele zorgsector staat de komende jaren voor de gecombineerde kracht van vier uitdagingen:

1. de gevolgen van de economische crisis en de vertraagde economische groei, die de ruimte voor groei van de zorguitgaven zullen beperken;
2. een toenemende, maar vooral veranderende zorgvraag en zorgaanbod dat daarop moet blijven aansluiten;
3. sterk toenemende mogelijkheden voor diagnostiek, behandeling en zorg: dit claimt de burger van nu;
4. een substantieel tekort aan zorgpersoneel.

Daarbij gaat het volgens de RVZ (2010: 15) om de combinatie van deze vier en hun interactie. Het zijn twee drijvers (zorgvraag en medische mogelijkheden) en twee remmers (crisis en personeel). Het gaat om *meer/minder*, maar het gaat uiteindelijk vooral om *anders*. De zorgsector 2010-2020 staat voor andere uitdagingen dan in de periode van 1990-2000. Het *anders* omgaan met bovengenoemde drijvers vraagt een herstructurering op vier terreinen:

1. dat van de gezondheid van de burger, van risicogroepen en van de zorgvraag van de patiënt,
2. dat van de professionele zorgarbeid,
3. dat van het stelsel van zorgvoorzieningen (en de omgeving van het stelsel),
4. dat van de sturing en de besturing van de zorgsector.

In diverse brieven aan de Tweede Kamer schrijven mw. Veldhuizen van Zanten-Hyllner van VWS en dhr. Teeven van V&J dat er een stelselwijziging zorg voor Jeugd moet komen en dat “geen kind buiten spel’ mag komen te staan. Alle jeugdzorg dient naar de gemeenten overgeheveld te worden. Ook wordt geschreven: “Toename van het aantal chronisch zieken, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat de zorg en ondersteuning anders wordt ingericht.” (14-10 2011: 2) Het uitgangspunt wordt “dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan”.

Deze beleidswijzigingen en maatschappelijke trends zullen verstrekkende gevolgen hebben op onder andere de organisatie van de jeugd-GGZ. Deze is momenteel hoofdzakelijk centraal georganiseerd (niet lokaal/buurtgericht) en weinig in samenhang met de 0^{de} en 1^{ste} lijn (in netwerken/ketens zoals scholen, consultatiebureaus, CJG's, BJZ en andere kinder- en jeugdzorg). De omvang van de jeugd-GGZ is het afgelopen decennium meer dan verdubbeld. Bovengenoemde knelpunten lijken dus zeer reëel en vragen om een oplossing. Er dient iets te veranderen, te verbeteren.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Aanvankelijk was het doel van dit praktijkgericht onderzoek om na onderzoek met aanbevelingen te komen ten behoeve van de jeugd-GGZ over de kwestie *hoe* men zou kunnen omgaan met de transitie van jeugd-GGZ als onderdeel van een aaneensluitend integraal en duurzaam aanbod van zorg en ondersteuning in de buurt, samen met andere zorgaanbieders, gefinancierd door de gemeente.

Gaandeweg werd mij duidelijk dat deze ‘hoe-vraag’ nog erg prematuur is, vooral door de interviews met verschillende bestuurders van jeugd-GGZ instellingen. Er is namelijk nog geenszins een gezamenlijke agenda over

- a. het veranderverhaal (waarom moet er iets veranderen?),
- b. wie er dan moet veranderen en
- c. wat er moet veranderen (Marco de Witte, MHBA 09-2011).

Uit de reacties van brancheorganisaties werd dit beeld versterkt. In termen van Kotter (1996) is er weliswaar overeenstemming over de urgentie van verbetering c.q. verandering, maar hierna ging de overheid met zevenmijlslaarzen van start en zijn belangrijke stappen die gezet moeten worden ten behoeve van een succesvolle verandering, over het hoofd gezien, zoals het blijven verzorgen van draagvlak onder alle stakeholders. Dit is een slechte voorspeller om verandering van de organisatie van de jeugdzorg succesvol te laten verlopen. Uit divers onderzoek blijkt dat 70% van de veranderingen vroegtijdig vastloopt of dat niet het gewenste resultaat wordt bereikt (Boonstra, 2000). Dit heeft onder andere te maken met veronachtzaming van de eerder genoemde vier kernvragen (waarom, wat, wie en hoe) en het niet goed doorlopen van de acht fasen van Kotter (beginnende met de aanwezigheid van een gezamenlijk gevonden nut voor de verandering). In de interviews kwamen ook geluiden naar voren dat bestuurders zich zo ‘gemangeld voelen’, alsof er van alle kanten aan ze wordt getrokken. Bestuurders gaan zich daarom eerder solistisch en defensief gedragen wat het realiseren van oorspronkelijk gedeelde doelstellingen ter verbetering van de jeugdzorg

in de weg kan staan. Deelname van de jeugd-GGZ aan deze gezamenlijke missie lijkt hiermee in een impasse te komen.

De overheid heeft de verbetering van jeugdzorg al helemaal uitgewerkt in een nieuwe 'Wet zorg voor jeugd', beargumenteerd met diverse beleidsbrieven aan de Tweede Kamer en dit geheel in de context plaatst van het rapport van de RVZ waarin geschreven wordt dat de gehele zorgsector momenteel, voor "de combinatie van vier uitdagingen en hun onderlinge interactie" staat (2010: 15). Het lijkt erop alsof de overheid een belangrijke partner verliest. Inhoudelijk zullen velen zich wellicht kunnen vinden in een concept 'integrale zorg in de buurt' wat een antwoord kan geven op een aantal knelpunten. Maar door de impasse stagneert een gezamenlijk gedragen aanpak. Dit vraagt bijstelling/heroriëntatie van het proces.

Mijn doelstelling voor dit onderzoek heb ik daarom bijgesteld. Ging het eerst om een inhoudelijke 'hoe-vraag' over hoe een organisatie aangepast kan worden, nu gaat het om een betrekkingsvraag. Deze luidt als volgt:

Deelname van de jeugd-GGZ ter verbetering van de jeugdzorg zit in een impasse.

Waar staat dit voor?

Wat zegt dit over de positie waarin bestuurders momenteel staan?

Hoe kunnen bestuurders hieraan een positieve wending geven?

Onder bestuurders vallen in deze thesis zowel bestuurders, directeuren en managers die op strategisch niveau werkzaam zijn, als ook individuele jeugd-GGZ-aanbieders (psychiaters en psychotherapeuten die naast hun werk ook hun zelfstandige praktijk strategisch moeten aansturen en zich meestal vertegenwoordigen in beroepsverenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP)).

Met het doen van dit appel op deze bestuurders van de jeugd-GGZ wil ik niet eenzijdig verantwoordelijkheid leggen bij deze groep. Dit zou immers geheel niet passen binnen mijn systeem- en verandermanagement-theoretische visie. De reden waarom ik me richt op deze bestuurders zijn:

- omdat ik hier zelf deel van uit maak als directeur van een instelling voor (o.a.) jeugd-GGZ en hoewel het gemakkelijker is om het over de rol van een ander te hebben (de overheid b.v.) vind ik het interessanter om dit niet te doen,
- omdat ik veel onrust en verzet signaleer in deze sector (wellicht omdat ze het meest onder druk staat) waardoor defensief gedrag ontstaat en
- omdat ik meen dat juist de GGZ-sector in beginsel veel kennis van zaken heeft om transformatie van de jeugdzorg te helpen laten lukken.

Ik ga niet in op het samenwerkingsproces tussen overheid en jeugd-GGZ tot nu toe. Ik richt me op de complexe positie van de bestuurder wat zijn gedrag beïnvloedt. Met dit begrip wil ik inspiratie bieden aan de collega-bestuurders om samen met de andere stakeholders constructief in te gaan op de vier uitdagingen en de knelpunten waar de jeugdzorg momenteel voor staat. Hiervoor is naar mijn mening een gezamenlijke aanpak en strategie nodig naar duurzame en samenhangende jeugdzorg.

Onderzoeksopzet

Om ten eerste antwoord te krijgen op de vraag of we het huidige gedrag van de jeugd-GGZ kunnen begrijpen dacht ik aanvankelijk gebruik te kunnen maken van gerenommeerde theorieën zoals die over de analyse van de macro-omgeving PEST (d.w.z. politieke, economische, sociaal-culturele en technologische factoren), later uitgebreid met de DESTEP analyse en het 5 krachten-model van Porter (de 5 concurrentiekrachten). Doorgaans zijn dit goede instrumenten om de externe omgeving van een onderneming te analyseren en om zich te oriënteren. Ik had echter onvoldoende aan deze concepten omdat de huidige omgeving van de jeugd-GGZ erg ingewikkeld is. Daarom zocht ik naar een systemisch concept dat de complexiteit van het huidige speelveld van een zorgbestuurder zou kunnen analyseren.

Kim Putters ('Besturen met duivelselastiek', 2009) biedt een benadering waarmee die ingewikkeldheid kan worden 'uit gewikkeld' en er grip op het geheel kan ontstaan. Hij beschrijft dat het bestuurlijk handelen steeds complexer wordt en dat zorgbestuurders tegelijkertijd moeten reageren op vier krachtenvelden:

1. eisen en wensen van de markt,
2. de samenleving,
3. de medische professie en
4. de overheid.

Daarnaast introduceert hij drie duivelselastieken waarmee de bestuurder het speelveld bijeen moet houden.

Deze benadering leek bij bestudering heel treffend voor de huidige werkelijkheid van zorgbestuurders. Hij beschrijft hoe de zorgbestuurder moet inspelen op de vaak conflicterende eisen van deze verschillende krachten en hoe hij moet werken met de steeds strakker wordende duivelselastieken. Het biedt een kader voor de verschillende eisen die momenteel aan de bestuurder gesteld worden. Hoeveel ruimte heeft hij om zijn opdracht te vervullen? Van waaruit maakt hij zijn keuzes en hoe legitimeert hij deze keuzes? Het maakt zichtbaar aan wie hij loyaal is en hoe dit soms ten koste kan gaan van andere belangrijke aspecten van het veelzijdig besturen (Putters, 2009).

Met deze benadering van Putters kunnen we het gedrag van jeugd-GGZ-bestuurders beter systematisch analyseren: kunnen we het gedrag begrijpen en betekenis geven waardoor het besturen consistent wordt (Antonovsky, 1987).

Putters heeft het over "meervoudig besturen" (2009: 10) waarbij de bestuurder zich beweegt op het veld met de dynamiek van de verschillende krachten en duivelselastieken. Dit vraagt vernieuwde competenties.

Door deze heroriëntatie hoop ik te bereiken dat we met vereende krachten onze verantwoordelijkheid kunnen opnemen om in te gaan op de uitdagingen waarvoor de zorgsector momenteel staat en in het bijzonder de jeugd-GGZ.

Onderzoek aanpak

1. In hoofdstuk 1 wordt ingezoomd op het specifieke onderwerp dat de bestuurders van de jeugd-GGZ momenteel aangaat, namelijk een evidentie om de gehele jeugdzorg met daarbinnen de jeugd-GGZ te reorganiseren. Uit allerlei berichten vanuit het werkveld en uit onderzoek blijkt dat de doelstellingen van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) van 2004 niet gehaald zijn. Dit vraagt aanpassingen. De noodzaak hiertoe wordt onderbouwd door kwantitatieve gegevens over de stijgende uitgaven voor de jeugdzorg en hoe dit is verdeeld onder de

verschillende sectoren. Hiermee wordt duidelijk wat de aanleiding is voor de verbetering van de jeugdzorg.

2. Hoofdstuk 2 gaat over de stelselwijzing die de overheid voor zich ziet als oplossing voor bovengenoemde problemen. Wat houdt dit precies in en wat beoogt de overheid hiermee?
3. Hoofdstuk 3 gaat over de verschillende reacties van jeugd-GGZ aanbieders en van hun branche- en beroepsverenigingen. Hoe gaat de sector om met de huidige jeugdzorgplannen van de overheid? In dit hoofdstuk wordt duidelijk gemaakt hoe verdeeld de reacties zijn waardoor er een impasse lijkt te ontstaan in de samenwerking tussen overheid, andere jeugdzorgaanbieders en jeugd-GGZ. Dit staat het gezamenlijk optrekken in de weg om in te gaan op eerder genoemde uitdagingen en knelpunten.
4. Hoofdstuk 4 gaat op deze vraag verder. Er is onrust, verdeeldheid en incoherentie in de jeugd-GGZ binnen de sector jeugdzorg. Dit kan tijdelijk goed zijn en leiden tot een nieuwe homeostase, maar hoeveel tijd wordt de sector nog gegund om wanordelijk te zijn? Wordt het niet tijd om gezamenlijk antwoord te vinden op de vragen die er zijn? De benadering van Putters wordt gebruikt, over meervoudig besturen in het vier krachtenveld en het hanteren van de duivelselastieken, om het gedrag en de legitimatie hiervoor van de jeugd-GGZ bestuurders te begrijpen. Vanuit dit begrip kan bestuurlijk gedrag (desgewenst) bijgesteld worden ten dienste van beoogde doelen.
5. Hoofdstuk 5 gaat in op de vervolgwquestie. Nu in hoofdstuk 4 verklaringen zijn gevonden voor het huidige gedrag van de bestuurders in deze kwestie kunnen er antwoorden gegeven worden op de vraag welk strategisch gedrag nu gevraagd wordt van de jeugd-GGZ bestuurders ten aanzien van de jeugd-GGZ binnen de context van de jeugdzorg, de door de RVZ genoemde opgaven en de vele knelpunten in de huidige organisatie van de jeugdzorg. De impasse voorbij...
6. Een nawoord waarin enige reflectie plaatsvindt op dit onderzoek.
7. Er wordt afgesloten met een opgave van informatiebronnen.

n.b. Voor de eenvoud wordt voor de mannelijke persoonsvorm gekozen.

Hoofdstuk 1

Aanleiding transitie gehele jeugdzorg naar gemeenten

1.1 Evaluatie jeugdzorg

In opdracht van Programmaministerie Jeugd en Gezin en Ministerie van Justitie, is de Wet op de jeugdzorg (WJZ) tijdens het vorige kabinet geëvalueerd, onder leiding van J.A.H. Baecke (2009). In de Wjz, gedateerd op 22 april 2004, is de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg geregeld. Uit deze evaluatie kwamen de volgende conclusies:

- Efficiënte indicatiestelling en cliëntvriendelijke toegang tot zorg gaan niet samen. Er zou uitvoering gegeven worden aan de geobjectiveerde integrale indicatiestelling. De vraag is echter of deze momentopname wel het juiste middel is, omdat jeugdproblematiek snel kan fluctueren. Een procesbenadering, waarbij nadrukkelijker wordt gezocht naar oplossingsmogelijkheden binnen het eigen gezin/ netwerk van de cliënt én waarbij het beoogde eindresultaat op termijn meer centraal staat, ligt mogelijk meer voor de hand.
- De beoogde regierol voor provincies werkt belemmerend.
- Er is te weinig samenhang tussen de verschillende financieringssystemen en juiste prikkeling ontbreekt waardoor financiële beheersbaarheid ver te zoeken is.
- Er is onvoldoende integratie in de jeugdzorg. Men vooronderstelde dat gescheiden financiering geen belemmering zou zijn. Het tegendeel bleek waar.
- BJZ zou de toegang zijn voor alle jeugdzorg. Dit is maar zeer ten dele gelukt.

Tevens heeft een Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg onder leiding van P. Heijnen in haar analyse 'Jeugdzorg dichterbij' (Heijnen, 2010: 8-9), belangrijke tekortkomingen van het huidige stelsel laten zien:

- Door steeds geringere acceptatie van risico's en afwijkend gedrag door de samenleving en ouders ontstaat er een te grote druk op de jeugdzorg.
- De gescheiden financiering veroorzaakt desintegratie in de jeugdzorg.
- Er is grote twijfel over het nut van indicatiestelling. Dit dient in het vrijwillige kader te worden afgeschaft.
- Gezinnen en de omgeving van kinderen moeten beter in staat worden gesteld zelf eventuele opvoed- en ontwikkelingsproblemen op te lossen door beschikbaarheid in de buurt van laagdrempelige hulp en advies.
- Vrijwaring van allerlei overbodig administratief werk, zoals indicaties.
- Ook lichtere vormen van jeugdhulpverlening, inclusief jeugd LVG en jeugd GGZ, moeten in de buurt en geïntegreerd aangeboden kunnen worden.
- Gemeenten moeten samenwerken t.b.v. de integratie jeugdzorg.
- "Eén gezin-één plan" en een vaste hulpverlener.
- Verplichte vormen van jeugdzorg dienen altijd plaats te vinden binnen heldere wettelijke kaders waarvoor de rijksoverheid verantwoordelijkheid draagt. De uitvoering kan lokaal of regionaal plaatsvinden, onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid of (een samenwerkingsverband van) lokale overheden.
- De rol van de scholen als vindplaats van jongeren met problemen verdient een meer prominente plaats.
- Omdat er steeds meer bewijs komt voor de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventieve acties en vroegtijdige interventies, dient dit meer accent te krijgen.

De Parlementaire Werkgroep gaat in haar analyse ook in op de toename van de vraag naar jeugdzorg en problemen in de jeugdzorg. Ze geven een beknopte opsomming van maatschappelijke en organisatorische oorzaken (Heijnen, 2010: 10-11):

- Lagere acceptatie van afwijkend gedrag. Er bestaat een lagere acceptatie bij zowel de burger als de samenleving van afwijkend gedrag. Hierdoor ontstaat er te veel vraag naar 1^{ste} en 2^{de} lijnszorg en het speciaal onderwijs. Mensen met een lichte beperking of aandoening kunnen steeds moeilijker deelnemen aan de samenleving, bijvoorbeeld het vinden van een passende werkplek.
- Lagere acceptatie van risico's en roep om verantwoording. Door een reeks ernstige incidenten is er een het zogenoemde 'Savannah-effect' ontstaan, waardoor de afgelopen jaren vooral incidentenpolitiek is bedreven. De nadruk is teveel komen te liggen op verantwoording en indekking, en niet op het zoeken naar de oplossing.
- Multiproblematiek. Er is een behoorlijke groep gezinnen die te maken heeft met veel en deels samenhangende en cumulerende problemen, zoals alcoholmisbruik, verslavingsproblematiek, werkloosheid, mishandeling en zwakbegaafdheid bij de ouders. Veelal is dit intergenerationeel en is er daarnaast sprake van een eenoudergezin en/of integratieproblematiek.
- Medicalisering. Epidemiologische gegevens laten zien dat het aantal kinderen met ernstige gedrags- en emotionele problemen niet toeneemt terwijl de vraag naar jeugdzorg enorm is toegenomen.
- Kinderen die vroeger niet in beeld waren zijn meer in beeld gekomen. Dat is winst. De eerstelijns jeugdzorg schiet tekort, ook in het bieden van nazorg, en de geïndiceerde zorg is gebrekkig efficiënt en effectief waardoor het systeem dicht slibt. De uitstroom stagneert, terwijl de instroom in de tweedelijnszorg wordt gestimuleerd.
- 'Perverse prikkels'. Door de wijze van financiering (indicatiestelling) en doordat investeren in preventie en laagdrempelige eenvoudige hulp niet direct (financieel) wordt gestimuleerd, wordt er meer beroep gedaan op de zwaardere jeugdzorg.

Samengevat stelt de werkgroep het volgende: "ten eerste moeten we als samenleving beter leren omgaan met verschillen c.q. afwijkingen en accepteren dat deze verschillen er nu eenmaal zijn. Zo dienen we ook te accepteren dat niet ieder risico kan worden uitgebannen. Ten tweede dient een reorganisatie van het jeugdzorgstelsel in elk geval de bovengenoemde organisatorische oorzaken van de groei van de jeugdzorg weg te nemen. Tenslotte moet er meer nadruk komen op een meer integrale hulpverlening aan, met name, multiprobleemgezinnen." (Heijnen, 2010: 11)

De werkgroep stelt daarom het volgende voor:

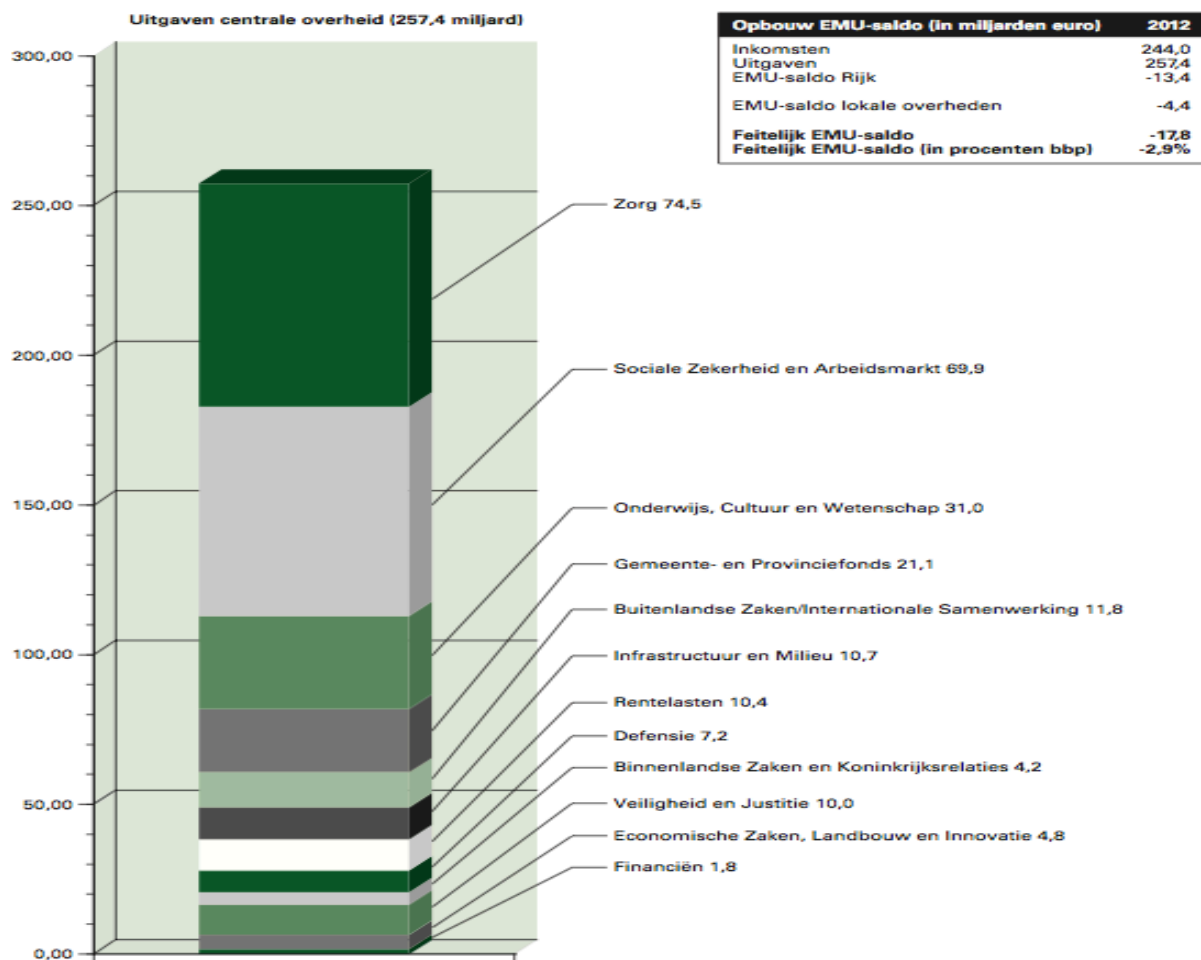
- meer gerichtheid op preventie en 1^{ste} lijn,
- ouders/opvoeders zelf verantwoordelijkheid laten nemen i.p.v. de overheid,
- eigen kracht versterken, eerst kijken wat men zelf kan en daarna de professional,
- laagdrempelige voorlichting verzorgen,
- inschakelen 'extended family',
- vroegtijdige interventies,
- hulp zo snel en zo dichtbij mogelijk om opschaling te voorkomen. Hiervoor dient deze voorziening aan te sluiten bij bestaande instanties waar ouders en kinderen al naar toe gaan, zoals de huisarts, het consultatiebureau, de verloskundige, de

kinderopvang, de GGD, de peuterspeelzaal, de scholen. Deze professionals moeten kunnen terugvallen op hun eigen professionaliteit. Zorgadviesteams (ZAT's) van scholen moeten verbonden zijn met de CJG's,

- weg met de indicatiestelling voor de vrijwillige jeugdzorg,
- 1^{ste} lijn heeft regie,
- warme overdracht bij opschalen,
- aansluiting tussen vrijwillige en gedwongen hulpverlening, ondanks goede scheiding hiertussen,
- toegankelijkheid naar jeugd-GGZ verbeteren voor multiprobleem gezinnen,
- gedwongen hulpverlening gericht op gezinssetting,
- verantwoordingslast en indekcultuur verkleinen,
- professionals ondersteunen o.a. met evidence bases methodieken en kennis over de ontwikkeling van het kind en signalen van bedreiging hierin,
- één financiering voor preventief beleid, vrijwillige provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ, zonder verlies van expertise in de jeugd-LVG en -GGZ.

1.2 Scenario's bij huidige financiering zorg

Het macrobudget voor de zorg neemt jaarlijks procentueel dusdanig toe dat grote alertheid en bijsturing van beleid noodzakelijk is. Een paar schetsen over deze ontwikkelingen:



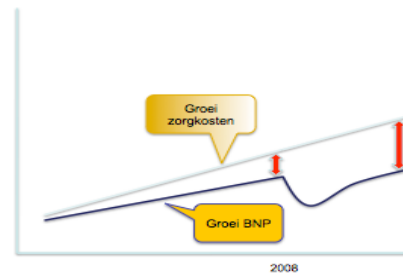
uit: Nota over de toestand van 's rijks financiën 20-09 2011 Miljoenennota 2012

Bruto nationaal product

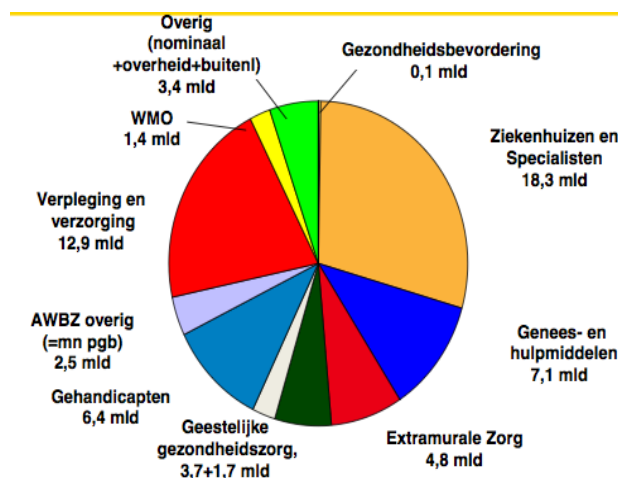
	2001	2018	2040
	8,70%	11,30%	14,60%
Inclusief medicijnen		13,50%	18,00%

(Jan Erik de Wildt, MHBA febr. 2011)

Groei zorgkosten en crisis

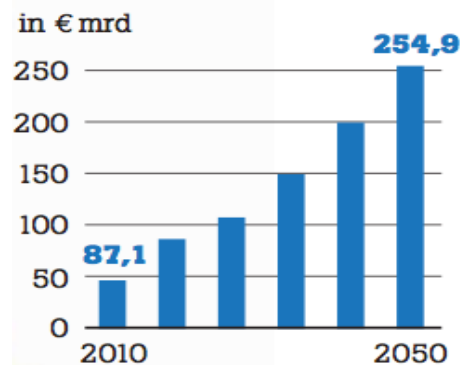


(Jan Erik de Wildt, MHBA febr. 2011)



Gert Anne van Pruissen, MHBA febr. 2011

Prognose: zorgkosten Nederland door het dak
Zonder radicale ingrepen zullen de zorgkosten tot 2050 verdrievoudigen.



bron CBP

In 2012 komen de zorguitgaven per gemiddelde Nederlander uit op ongeveer 5600 euro per jaar. In 2000 was dat de helft. Uit recent onderzoek door onderzoeksbureau Nyfer (april 2012) blijkt die explosieve stijging niet door de vergrijzing te komen; die verklaart maar 15% van de kostentoeename. Het komt ook niet omdat we ongezonder leven; de gezondheid neemt juist toe. Volgens hen ligt de belangrijkste oorzaak in het ontbreken van prikkels om zorgeuro's doelmatig te besteden (Berenschot en Van der Geest, 2012).

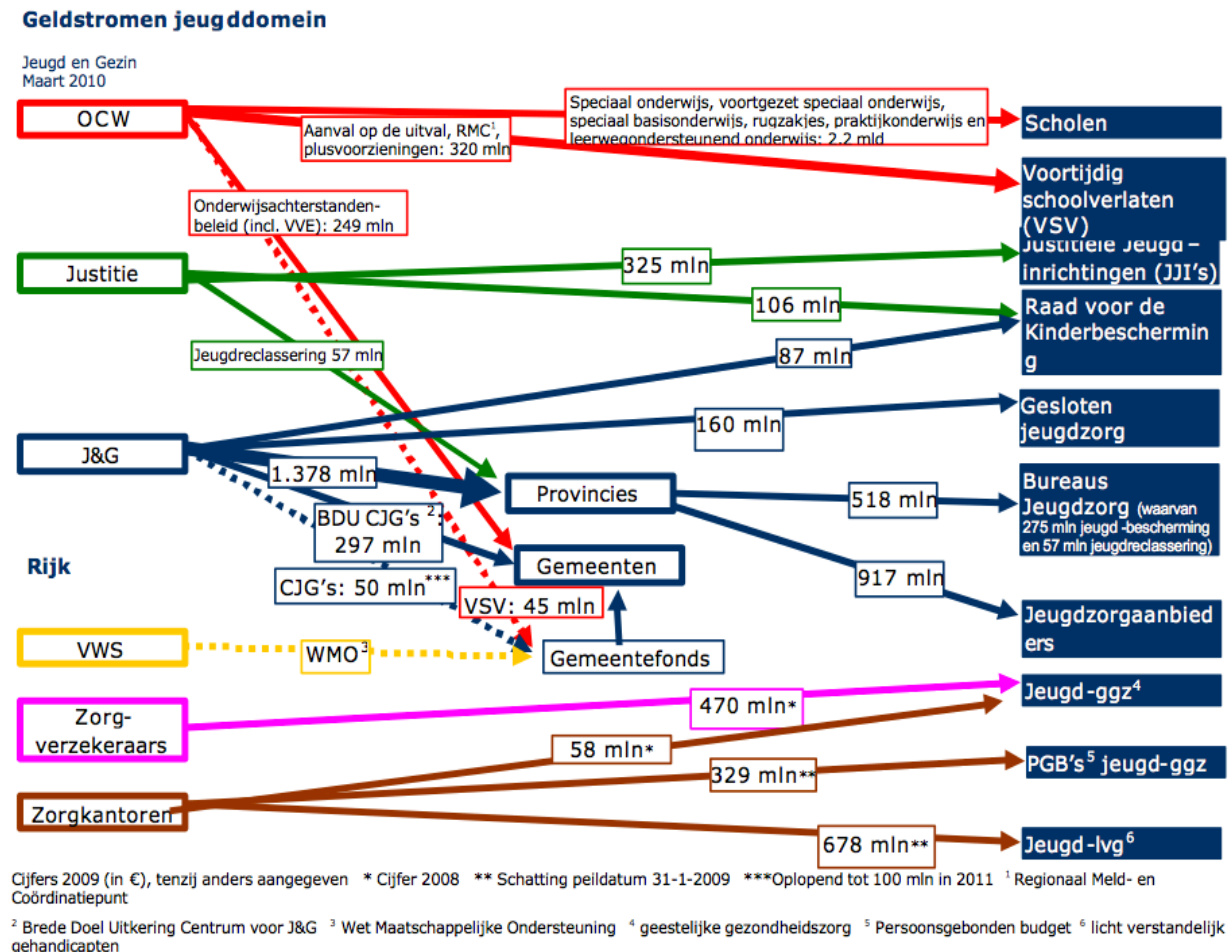
Uit voorgaande schetsen blijkt:

- De kosten voor de zorg beslaan een groot gedeelte van de gehele rijksbegroting (30%). Dit is in het laatste decennium elk jaar 4% gestegen.
- Momenteel is dit 10% van het bbp. Zonder ingrijpen zal dit in 2040 18% of nog veel meer zijn (zie CBP). Effecten hiervan zijn:
 - we kunnen stellen dat hierdoor de collectieve lasten zeer oplopen,
 - dit heeft een remmend effect op de arbeidsparticipatie waardoor welvaartverlies optreedt,
 - de inkomens van de huishoudens zullen verder dalen. Nu geeft een gemiddeld huishouden al meer dan 20% uit aan de zorg. Zonder kostenbeheersende maatregelen zal dit oplopen naar 40% in 2040 (Nota over de toestand van 's rijks financiën 20-09 2011, Miljoenennota 2012).

- De GGZ neemt 5,5 mld. voor zijn rekening waarvan 0,5 mld. voor de jeugd-GGZ.
- De omzet van de gehele jeugdzorg bedraagt 3,5 mld.

1.3 Huidige financiering, organisatie en gebruik van de jeugdzorg

De geldstromen in de jeugdzorg (Heijnen, 2010: 18)



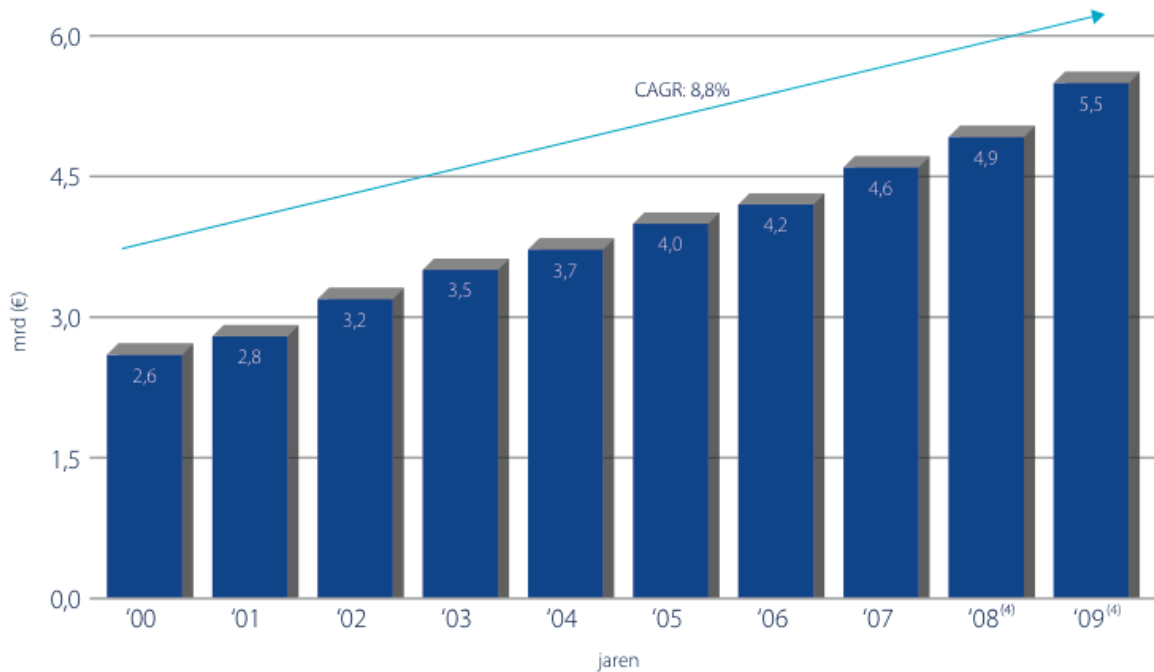
Deze zorg wordt besteed aan ongeveer 15% van de kinderen en jongeren in Nederland (4,5 mlj. < 23 jaar) die serieuze problemen hebben of in een risicovolle omgeving opgroeien ('De sociale staat van Nederland 2011', van het Sociaal en Cultureel Planbureau). In de meeste gevallen zijn het problemen die weliswaar ernstig maar vaak tijdelijk van aard en redelijk oplosbaar zijn. Bij 2% tot 5% is er sprake van problemen die de ontwikkeling van kinderen langdurig en fundamenteel bedreigen. In beide gevallen kunnen gezinnen een beroep doen op verschillende jeugdzorgvoorzieningen, variërend van preventieve voorzieningen (de eerste lijn) tot meer specialistische voorzieningen (de tweede lijn).

De organisatie van deze jeugdzorg laat echter zeer te wensen over. Dit vormt een belemmering voor effectieve samenwerking en dit leidt tot meer administratie dan strikt noodzakelijk is. Het staat effectiviteit en innovatie in de weg.

S. de Waal schrijft in 'Een betere zorg voor Jeugd' (2011: 11): "Het gaat goed met een groot deel van de Nederlandse jeugd, maar niet met de zorg voor de meest kwetsbare of ongelukkige Jeugd. Dat moeten we ons aantrekken. Niet door hals- overkop in de

bestuurlijke drukte van techniek, procedures en reorganisaties te duiken, maar door met open oog te kijken naar de zwakheden van dit moment en tijd te nemen voor nieuwe concepten. Er is nu niets praktischer dan bestuurlijke bezinning en aandacht voor innovatie.”

Groei Nederlandse uitgaven totale GGZ in mld. Gert-Anne van Pruissen, MHBA-8



Bron: Vektis 2009 (presentatie Gert-Anne van Pruissen)



Uit voorgaand overzicht blijkt dat de chronische psychiatrische zorg de meeste kosten maakt binnen de GGZ. De jeugd-GGZ besloeg in 2009 542 miljoen van de totale GGZ budget (= ruim 5,5 miljard), is dus 10%. Van dit geld ontvingen 267.500 jeugdigen en ouders behandeling in de jeugd-ggz instellingen. Het merendeel van de cliënten, namelijk 96%, ontvangt ambulante behandeling, 4% volgt deeltijdbehandeling of klinische behandeling (GGZ-Nederland, 2011)

Om wat voor problematiek gaat het in de GGZ-jeugd:

Tabel 1 – Top10 klachten waarmee jeugdigen worden verwezen naar de jeugd-ggz	
Gedragklachten	49 %
Klachten m.b.t. het leggen van contacten	11 %
School- en leerklachten en concentratieklachten	9 %
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten en tics	8 %
Stemmingsklachten	8 %
Klachten n.a.v. een traumatische gebeurtenis	3 %
Klachten m.b.t. relatie partner/gezin/familie	3 %
Klachten m.b.t. het lichaam	2 %
Klachten m.b.t. de opvoeding	1 %
Identiteitsklachten	1 %

Sectorrapport GGZ Nederland 2010

1.4 Samenvatting aanleiding transitie jeugdzorg naar gemeenten

- De collectieve uitgaven voor de zorg (inclusief jeugdzorg) dienen sterker gereguleerd te worden wil dit in de toekomst betaalbaar blijven.
- De belangrijkste oorzaak hiervan ligt in het ontbreken van prikkels om zorguro's doelmatig te besteden.
- Samenvatting evaluatie huidige jeugdzorg:
 - de versnipperde organisatie en financiering van de jeugdzorg maakt dat er sprake is van te weinig gerichte toegankelijkheid, inefficiënt gebruik van de middelen, perverse prikkels en te grote doorstroom naar de jeugd-GGZ,
 - de samenleving moet leren omgaan met verschillen c.q. afwijkingen en accepteren dat niet ieder risico kan worden uitgebannen.
- De aanbevelingen zijn:
 - cultuurverandering; terug naar goed burgerschap (PCS), eigen verantwoordelijkheid, eigen kracht en normaliseren van ander gedrag,
 - één financieringssysteem voor het huidige preventieve beleid, de huidige vrijwillige provinciale jeugdzorg, de jeugd LVG (licht verstandelijk gehandicapten) en jeugd-ggz met accent op 0^{de} en 1^{ste} lijn en zo snel en dicht mogelijk bij het gezin,
 - regie bij 1^{ste} lijn (CJG), weg met de indicatiestelling, de verantwoordingslast en de indekcultuur.
- Nu blijkt dat de Wet op de jeugdzorg 2004 inhoudelijk en financieel is mislukt komt er een nieuw wettelijk kader: de Wet zorg voor jeugd.
- In dit kader dient de jeugd-GGZ mee te gaan in deze transformatie.

Hoofdstuk 2

De stelselwijziging zorg voor jeugd

De conclusies uit het vorige hoofdstuk schreeuwen om verbetering van de organisatie van de jeugdzorg. Overigens dient opgemerkt te worden dat de overheid al decennialang bezig is met een bekostigingssysteem dat ervoor moet zorgen dat de collectieve uitgaven voor de zorg niet te veel uit de pas gaat lopen (Boot en Knapen, 2005). Dit is een vraagstuk wat de gehele samenleving aangaat en alleen in een grote context oplost kan worden.

Betreffende de bekostiging en organisatie van de jeugdzorg komt de huidige regering met de volgende voorstellen.

2.1 Uitgangspunten transitie jeugdzorg en contouren van het nieuwe stelsel

In de brief aan Tweede Kamer, 30 september 2011, van M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, staatssecretaris VWS en F. Teeven, staatssecretaris van Veiligheid en Justitie wordt ingegaan op de Stelselwijziging zorg voor jeugd.

Uitgangspunten van de overheid bij de transitie overheveling van alle zorg voor jeugd naar de gemeenten ter bevordering van de duurzaamheid:

1. Participatie: het stimuleren van kinderen om te worden tot mensen die naar vermogen participeren in de samenleving.
2. Betaalbaarheid: met de overheveling gaat een efficiency-slag gemoeid, in 2015 €80 miljoen en vanaf 2017 €300 miljoen op de uitgaven aan zorg voor jeugd, met behoud van kwaliteit en innovatiekracht.
3. Uitvoerbaarheid: gemeenten zijn hierdoor in staat daadwerkelijk betere zorg en ondersteuning voor ouders en kinderen te geven waar integrale aanpak mogelijk is waardoor de druk op gespecialiseerde zorg kan afnemen.

Contouren van het nieuwe stelsel:

1. Decentralisatie naar de gemeenten. Zij krijgen de vrijheid om op lokaal niveau de zorg voor jeugd in samenhang te regelen.
2. Financiering in één hand.
3. Doorontwikkeling Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Dit is het fundament voor de zorg voor jeugd. Het CJG is de poortwachter voor o.a. gespecialiseerde zorg. Er komt samenhang met de zorgstructuur in het onderwijs waarbij integrale zorgtoewijzing het uitgangspunt is.
4. Er komen duidelijke kwaliteitseisen voor de zorg voor jeugd. Naarmate de kinderen afhankelijk zijn van ondersteuning en bescherming door de overheid, zullen voor deze taken ook meer criteria opgesteld worden. Ook zal nog verder onderzocht worden voor welke bijzondere groepen jeugdigen eventueel specifieke maatregelen getroffen moeten worden.
5. Samenhangende aanpak met andere beleidsterreinen, waar onder de overheveling van extramurale AWBZ naar de WMO, het wetsvoorstel Werken naar vermogen en maatregelen rondom passend onderwijs. Hierdoor kan een integraal aanbod ontstaan waardoor jongeren zo goed mogelijk in staat worden gesteld naar vermogen te participeren in de samenleving. Uitgangspunt hierbij is:
 - beroep doen op de eigen kracht van de burgers,
 - inzetten van het sociale netwerk,
 - zoveel mogelijk vraaggericht werken.

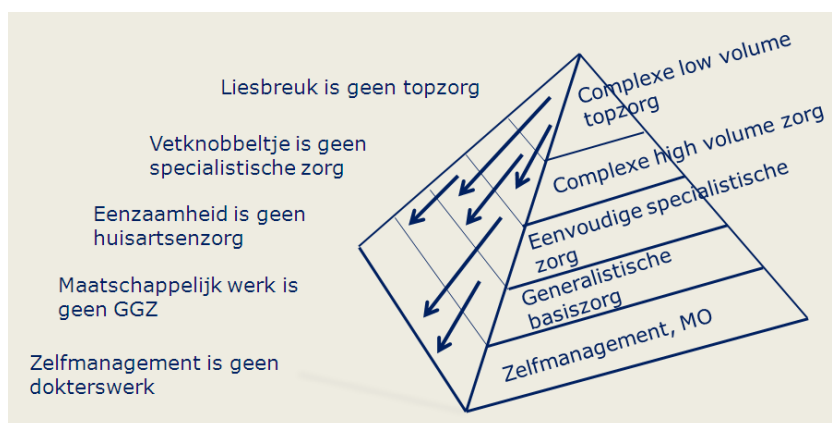
Er komt één wettelijk kader: de Wet zorg voor jeugd. Deze wet zal de huidige Wet op de jeugdzorg vervangen, maar ook onderdelen van zorg voor jeugd die nu nog onder de ZVW (jeugd-GGZ) en de AWBZ (jeugd-LVG) vallen. Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering zullen onderdeel uitmaken van deze nieuwe wet.

Deze uitgangspunten zijn met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Interprovinciaal Overleg (IPO) besproken waar een groot aantal afspraken uit is voortgekomen (Bestuursafspraken 2011-2015, 2011). Later dat jaar is dit ook met cliëntvertegenwoordigers, beroepsverenigingen en branche-organisaties gecommuniceerd.

Op 14 oktober 2011 schrijven E. Schippers en M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van VWS een brief aan de Tweede Kamer met als titel “Zorg en ondersteuning in de buurt”) waarin wordt ingegaan op de noodzaak om zorg en ondersteuning in de buurt te versterken. Zij schrijven: “De toename van het aantal chronische ziekten, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat de zorg en ondersteuning anders wordt ingericht. De tendens van toenemende medicalisering moet worden ongebogen. Eenvoudige ingrepen worden naar de specialistische zorg toegeschoven, er komen relatief veel intramurale oplossingen in de langdurige zorg en de GGZ en het algemeen maatschappelijk werk verschuift naar de GGZ. Deze ontwikkeling moeten we keren. Onnodig beroep op (zwaardere) zorg moeten we zien te voorkomen.” (VWS, 14-10 2011: 1)

In de brief wordt verder ingegaan op de ambitie dat er een verschuiving dient op te treden, van curatie naar preventie, van professionele naar zelf-/mantelzorg, van specialistische/intramurale zorg naar eenvoudige/extramurale zorg.

Kernwoorden zijn: sterk preventiebeleid, decentralisatie, versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen.



In de brief wordt het volgende idee geïntroduceerd: de gezondheidszorg dient georganiseerd te worden als een piramide, waarbij het uitgangspunt is “dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.” (VWS, 14-10 2011: 2) Voordat een beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning zijn mensen echter eerst zelf aan zet. Zij zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor hun gezondheid.

De basis van de piramide, de zogenaamde 'nuldelijn' wordt gevormd door laagtoegankelijke welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in de wijk, zoals consultatiebureaus, CJG, WMO-loket, AMW en GGD.

Tussen basis en top zit de niet-complexe zorg en ondersteuning (eerstelijnszorg) die geleverd wordt door een grote diversiteit aan hulpverleners zoals huisartsen, POH'ers, apotheken, fysio- en oefentherapeuten, de extramurale verzorgingshuiszorg, verloskundigen, diëtisten, eerstelijns psychologen en tandartsen. VWS vooronderstelt dat deze zorg en ondersteuning in staat is om 80% van alle zorgvragen op te vangen. Integrale, multidisciplinaire zorgverlening is daarbij het uitgangspunt. Zelfmanagement -vooral bij chronisch zieken- is hierbij een belangrijk aspect.

Tweede- en derdelijnszorg kunnen onderverdeeld worden in hoogcomplexe zorg, die weinig voorkomt, en laagcomplexe zorg die relatief vaak voorkomt. Dit kan geconcentreerd aangeboden worden waarbij keuzevrijheid voor de cliënt van belang blijft.

Acute zorg, zoals de huisartsenpost, spoedeisende hulp, ambulancezorg en crisisopvang in de GGZ dienen zoveel mogelijk aan te sluiten op de reguliere zorg en ondersteuning. Samenhang en samenwerking tussen en binnen de verschillende lagen in de piramide is van essentieel belang.

Inzet van vernieuwende initiatieven zoals E-health wordt aangemoedigd.

Aan de basis van deze piramide ligt preventie. VWS wil hier een extra impuls aan geven, zoals het vergroten van de weerbaarheid van mensen, in het bijzonder de jeugd, faciliteren van gezond gedrag en meer aandacht voor preventie in de reguliere zorg. Rode draad is dat mensen zelf meer regie dienen te voeren over hun eigen gezondheid, waardoor een deel van de zorgvraag wordt afgevangen. De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving. Er wordt ingezet op maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van mensen. Gemeenten hebben hierin een belangrijke rol.

In de brief wordt specifiek ingegaan op de GGZ. De inzet is dat de "professionele geestelijke gezondheidszorg pas aan zet is als er sprake is van zodanige klachten dat medische hulp nodig is om beter te worden". (VWS 10-14 2011: 11) Te snelle medicalisering moet voorkomen worden.

De uitgaven aan de GGZ zijn in 10 jaar meer dan verdubbeld (110%) en er wordt verondersteld dat teveel mensen (30%) in de duurdere tweedelijns behandeld worden. Deze mensen dienen de weg weer terug te vinden naar de eerstelijns. De organisatie en financiering is in de eerstelijnszorg echter onvoldoende toereikend. Over financiering wordt momenteel aan de NZA advies gevraagd (betaaltitel 'basis GGZ').

VWS vindt dat het realiseren van betere zorg en ondersteuning in de buurt een opgave is waarvoor iedereen verantwoordelijk is. "Patiënten en cliënten, gemeenten, zorg- en hulpverleners, zorgverzekeraars en overheid spelen hierbij allen hun rol". (VWS 10-14 2011: 12)

In een andere brief aan Tweede Kamer, 8 november 2011, van M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, staatssecretaris VWS en F. Teeven, staatssecretaris van Veiligheid en Justitie wordt opnieuw ingegaan op de stelselwijziging jeugd met de titel 'Geen kind buiten spel'.

Men gaat hier verder in op de ambitie dat alle kinderen gezond en veilig opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen meedoen. De ouders zijn hiervoor eerst

verantwoordelijk. De overheid komt in beeld als dit niet vanzelf gaat. “Dan moet het jeugdstelsel snel, goed en op maat functioneren: Geen kind buiten spel!” (VWS, 08-11 2011: 2)

Belangrijke elementen daarbij zijn :

- de keuzevrijheid bij de cliënt (w.o. dat gemeenten kunnen kiezen voor pgb-financiering),
- cliëntparticipatie; er wordt niet over ouders en/of jeugdige gesproken maar met hen,
- gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inrichting,
- aansluiting wordt gezocht bij de bestaande compensatiebeginselen (waardoor gemeenten ook een algemene zorgplicht krijgen),
- wanneer ouders niet in staat zijn hun rol als opvoeder goed te vervullen, dan moet de staat ingrijpen en hiertoe alle passende wettelijk en bestuurlijke maatregelen treffen,
- aansluiten bij de Wet cliëntenrechten en Beginselenwet zorginstellingen, verplichte beroepsregistratie, zorgprogramma's c.q. zorgstandaard
- toezicht wordt nader ingevuld conform BOPZ en andere wetten hieromtrent,
- ruimte voor professionele autonomie en vermindering lasten administratie,
- CJG's krijgen belangrijke taak als frontoffice/poortwachter, BJZ indicatie vervalt,
- samenwerking CJG, Wmo-loket en het Werkplein,
- positie jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt nog nader onderzocht,
- mogelijkheden voor bovenlokale samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten als het b.v. gaat om specialistische zorg,
- er zal sprake zijn van marktwerking met nieuwe aanbieders en ZZP'ers,
- er komt een eigen bijdrage voor de jeugdzorg,
- “tijdens de verbouwing gaat de verkoop gewoon door”.

De transitie heeft twee dimensies:

1. Wijziging van de bestuurlijke structuur en de organisatie van de uitvoering. Voor beide aspecten wordt zowel de huidige situatie in kaart gebracht als de gewenste lokale situatie.
2. De zorginhoudelijke vernieuwing is een doorlopend leerproces dat om eigen randvoorwaarden en een eigen infrastructuur vraagt. Hier zijn ook andere partijen dan gemeenten, Rijk en zorgaanbieders van belang, met name cliëntenorganisaties, beroepsgroepen en landelijke organisaties die zich richten op methodieontwikkeling.

Uiterlijk 2016 moet de decentralisatie van alle onderdelen van de jeugdzorg gerealiseerd zijn. Er komt een tijdsplanning en alles wordt gemonitord door een transitiecommissie. Voor de hele operatie zijn invoeringskosten begroot (€16 miljoen in 2012 en €48 miljoen in 2013). Er wordt een ondersteuningstructuur en -aanbod ingericht.

De financiering is nog niet geheel duidelijk. Het gaat om een totale omzet van €3,3 miljard. Dit geld wordt opgenomen in het Gemeentefonds en gemeenten kunnen met dit geld zelf prioriteiten stellen waardoor er een stimulans is om meer te investeren in preventie.

In de Bestuurlijke Afspraken tussen het Rijk, het IPO en de VNG staat vermeld dat de hele operatie uiteindelijk geld moet besparen, €85 miljoen in 2015, oplopend tot €300 miljoen vanaf 2017.

Er wordt een verdeling van het geld gemaakt op grond van historische (budgettaire) gegevens en onderzoek naar de achtergrondkenmerken van jeugdigen door het SCP en onderzoeksbureau Cebeon. Dit wordt in overleg gedaan met de fondsbeheerders en de VNG.

Over deze plannen hebben de leden van de 2^{de} kamer in november uitvoerig schriftelijke vragen kunnen stellen. Deze zijn door M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, staatssecretaris VWS en F. Teeven, staatssecretaris van Veiligheid en Justitie gedetailleerd beantwoord (Rijksoverheid, 14-12 2011) waaruit blijkt dat ze van deze koers niet zullen afwijken.

De gehele transitie wordt door iedereen als zeer ingrijpend beschouwd. De financiering en organisatie ligt nu bij verschillende overheden (bij het Rijk onder verschillende ministeries (VWS, OC&W en V&J), bij de 12 provincies en bij de 418 gemeenten). Dit moet vanaf 2015 allemaal onderbracht worden bij deze 418 gemeenten.

2.2 Samenvatting stelselwijziging zorg voor jeugd

- Er komt een nieuw wettelijk kader voor de totale jeugdzorg 'de Wet zorg voor jeugd' waarin de kaders vastgelegd worden om toe te werken naar duurzaam samenhangende en geïntegreerde jeugdzorg.
- Financiering en organisatie van gehele jeugdzorg door de gemeenten vanaf 2015.
- Uitgangspunten bij transitie zijn participatie, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid die de duurzaamheid van de jeugdzorg zullen vergroten.
- Toenemende medicalisering dient omgebogen te worden.
- Verschuiving van curatie naar preventie, van professionele hulp naar zelf/mantelzorg, van intramurale zorg naar extramurale zorg.
- Eigen verantwoordelijkheid, zorg zo licht als mogelijk.
- 30% van de 2^{de} lijn GGZ dient door de 1^{ste} lijn gedaan te worden.
- 'Geen kind buiten spel' door o.a. meer pedagogische civil society (PCS).
- CJG's krijgen regie en voeren 'één kind-één plan' aanpak uit.
- Samenhang met overheveling extramurale AWBZ, W&V en passend onderwijs.
- En dit alles met een bezuiniging van 10% (= 300 miljoen.)

Hoofdstuk 3

Reacties van de jeugdzorgaanbieders en met name de GGZ-jeugd

De reacties van directies/bestuurders van de jeugd-GGZ instellingen, hun branche organisaties en beroepsverenigingen, zijn zeer divers. Ze kennen de eerder genoemde knelpunten in hoofdstuk 2, maar hebben verschillende oplossingen voor dit probleem. In dit hoofdstuk wordt hierop ingegaan. Ter completering zal ook kort stilgestaan worden bij reacties van andere jeugdzorgaanbieders en bij de mening van de Vereniging Nederlandse Gemeente (VNG).

- 3.1 Standpunt van de branche- en beroepsverenigingen
- 3.2 Standpunt van VNG en GGD
- 3.3 Onderzoek door Deloitte
- 3.4 Reactie andere jeugdzorgaanbieders in Noord Holland
- 3.5 Interviews met 5 verschillende jeugd-GGZ aanbieders

3.1 Standpunt van de branche- en beroepsverenigingen

Standpunt GGZ Nederland

GGZ Nederland is tegen de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten (GGZ-Nederland, 2010). Zij onderbouwen in dit visiedocument dat de jeugd-ggz juist door zijn verbinding met de gezondheidszorg in het algemeen en de GGZ in het bijzonder zijn specifieke toegevoegde waarde levert. Zou de jeugd-GGZ uit het domein van de gezondheidszorg worden getild, dan is de kans groot dat de sector deze meerwaarde verliest. In een stelsel van verzekerde zorg is de inhoud het best gewaarborgd. Als dit door lokale politieke sturing wordt gedaan dan zullen professionals de sector gaan verlaten.

Daarbij meent GGZ Nederland dat alleen een uniform bekostigingssysteem zoals in de GGZ, dat is gebaseerd op geleverde prestaties, maximaal inzicht levert in kosten en opbrengsten van zorg en dit alles maakt verantwoorde sturing mogelijk.

Standpunt NVvP

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.net) stelt voorop dat het niet wenselijk is dat de kinder- en jeugdpsychiatrie bij lokale overheden wordt ondergebracht. Wel is zij van mening dat de overheveling van de jeugdzorg in algemene zin kan zorgen voor helder gefinancierde en beter georganiseerde eerstelijns hulp en preventie rond een kind en het gezin. Echter door het medisch specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie uit de verzekerde zorg te halen, verliest het de verankering met regels die de zorg voor een psychiatrisch ziek kind waarborgen (Van der Gaag NVvP, 2011). Omdat de overheveling reeds in het regeerakkoord is vastgelegd, zal er geen principiële discussie meer over gevoerd kunnen worden. Daarom dienen er vooral praktische argumenten en feiten verzameld te worden waaruit blijkt dat de overheveling ongewenst beleid is en meer problemen veroorzaakt dan oplost. Om dit te bewerkstelligen heeft de NVvP in april 2011 een taskforce opgericht die zich zal richten op het beïnvloeden van de minister van VWS en de Tweede Kamer om van de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie af te zien.

Belangrijkste knelpunten volgens de NVvP (www.nvvp.net). Hierover zijn brieven gestuurd naar VWS:

- Hoe worden de Rechten van het kind (Verdrag inzake de rechten van het kind art. 24 en 25) gewaarborgd? B.v. vrije artskeuze/keuzevrijheid zorg in Nederland. Hoe is dat straks: regionaal, bovenregionaal?
- Hoe wordt de aanpassing van de BOPZ/Wet verplichte GGZ voor de nieuwe situatie?
- Hoe om te gaan met goede overdracht als patiënt 18 jaar is?
- Aansprakelijkheid vanuit WGBO (medisch tuchtrecht), hoe straks geregeld?
- Hoe verloopt toetsing kwaliteit van de instellingen en kwaliteitstoetsing professionals?
- Wat gaat de plaats worden van het klachtrecht?
- Wie beheert en beheerst de bekostiging, wie wijst toe?
- Hoe verloopt de bekostiging: regionaal, bovenregionaal?
- Recht op 2nd opinion (buiten de regio) blijvend?
- Zorgvraag en zorgaanbod wisselt per regio. Hoe hier goede zorg te waarborgen?
- Alles via 1 loket bij de gemeente: hoe de juiste deskundigheid KJP op de juiste plek en binnen de juiste tijd te waarborgen?
- De neurobiologische origine van de stoornis welke acteert in relatie met zijn omgeving wordt onvoldoende onderkend met als risico te late en/of onjuiste interventies.
- Er worden schotten gecreëerd tussen de somatiek en de psychiatrie: hoe goede aansluiting of parallelle zorg vormgeven?
- Er worden schotten gecreëerd tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie: hoe goede aansluiting of parallelle zorg vormgeven?
- Blijft keuzevrijheid van zorg (op zorginhoudelijke of bijvoorbeeld vanuit bepaalde levensovertuiging; of na conflict met zorgaanbieder) bestaan? Hoe dit te organiseren? (Hoe worden regionale verschillen in de mogelijkheid van het zorgaanbod voorkomen?)
- Ingezette ROM en DBC traject in kader van kwaliteitsverbetering: hoe dit te vervolgen?
- Hoe behoud van kwaliteit specialistische zorg te waarborgen?
- Hoe de deskundigheid bij gemeenten tot keuzes maken in wisselend politiek klimaat?
- Wie bekostigt de extra overhead die gepaard gaat met deze transitie?
- Medicatievergoeding blijft bij Zvw. Hoe vindt afstemming plaats?
- Er worden schotten gecreëerd tussen de somatiek en de psychiatrie: in kader van stigmatisering onwenselijk en wat is de rol van de huisarts als bewaker van deze keten?
- Hoe zorgen we er met elkaar voor dat goede zorg het uitgangspunt blijft (en daarmee een zekere professionele autonomie gewaarborgd), en niet financieel gedreven zorg (lichte zorg ipv duurdere 2^e en 3^e lijnszorg)?
- Blijft zorg-geld geoormerkt? Zo niet, is dit ethisch verantwoord?
- Waar wordt de bezuiniging bij de transitie op afgewenteld?
- Wat is de betekenis van de patiënt en zijn/haar omgeving in deze? Er bestaat vanuit de KJP bij patiënt, ouders en professionals geen draagvlak voor deze verandering.

NVvP voorzitter en hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Rutger Jan van der Gaag:
“Het kan niet zo zijn dat een kind voor specialistische psychiatrische zorg straks

afhankelijk is van de toch al slinkende budgetten van de gemeenten, terwijl een kind met een somatische aandoening recht heeft op reguliere zorg die in de basisverzekering gedekt is en gekoppeld is aan cruciale wetgeving. Psychiatrische ziekten zijn serieuze ziekten en geen maatschappelijk ongemak". (Van der Gaag NVvP, 2011: 2) Verder noemt hij: "We willen niet laten gebeuren dat Nederland straks als enig land ter wereld een medische discipline buiten de verzekerde zorg plaatst en zullen ons als beroepsgroep dan ook hardmaken om de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie te voorkomen. Als professionals hebben we de plicht om voor onze patiënten op te komen en we zullen de komende tijd dan ook blijven waarschuwen voor de negatieve gevolgen van de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie voor de kwaliteit van zorg aan en de veiligheid van een psychiatrisch ziek kind en zijn of haar omgeving."

Standpunt NIP

Het Nederlands Instituut van Psychologen ziet in de stelselwijziging jeugd zoals beschreven in de beleidsbrief van het kabinet 'Geen kind buiten spel', kansen om meer thuisnabije ondersteuning te bieden aan kinderen en ouders. De inzet van goed opgeleide professionals is essentieel voor het versterken van de 'voorkant' van het stelsel. Het Centrum voor jeugd en gezin kan een belangrijke rol gaan vervullen in de opvoedondersteuning, de vroegsignalering, bij kortdurende behandeling en levensloopbegeleiding.

Het NIP uit, naast dat ze kansen ziet, ook haar zorg over het voornemen om de jeugd-ggz uit de Zorgverzekeringswet te halen en het recht op zorg te vervangen door een zorgplicht voor gemeenten. Zo wordt ervoor gepleit om in de transitie voldoende oog te hebben voor de professionals die ook tijdens de stelselwijziging hun werk moeten blijven doen.

Standpunt NVVP

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten schrijft op haar website www.nvvp.nl: "Overheveling jeugd-ggz naar gemeenten is ramp" (d.d. 19 februari 2012, gedateerd van 15 december 2011). Dit wordt vervolgd met de volgende tekst: "Als de jeugd-ggz wordt overgeheveld naar de gemeenten bestaat het risico dat kinderen door wachtlijsten, geldgebrek en andere prioriteiten geen jeugd-ggz meer krijgen." Volgens de NVVP hoort de jeugd-ggz thuis in de zorgverzekeringswet en niet bij de gemeenten, omdat een kind dat zorg nodig heeft afhankelijk wordt van de beschikbare middelen van de gemeente. Daarnaast vreest de NVVP dat de toegezegde beleidsvrijheid ten koste gaat van de kwaliteit van de geleverde zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou daarom toezicht moeten houden op de kwaliteit van de jeugd-ggz. Ook moeten kinderen behandeld kunnen worden door vrijgevestigde zorgaanbieders, zodat de kans op stapeling van problematiek wordt voorkomen. Ook bestaat volgens de NVVP het risico dat de jeugd-ggz ondersneeuwt bij de jeugdzorg. Volgens de psychologenvereniging valt te verwachten dat de gemeenten prioriteit geven aan de kinderen in de jeugdzorg, omdat deze zich vaak in ernstige situaties bevinden. "Maar een kind dat bijvoorbeeld kampt met angststoornissen, heeft wel degelijk hulp nodig", staat er op de website.

3.2 Standpunt VNG en GGD

Het is opvallend hoe anders de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) bezig is met de stelselwijziging dan de brancheorganisaties van de GGZ-jeugd. De VNG is intensief

bezig met het informeren en het adviseren van de gemeenten bij de voorbereidingen die getroffen moeten worden voordat de transitie kan plaatsvinden (zie 'VNG positief over beleidsbrief stelselwijziging jeugd', 02-11 2011, en 'ledenbrief geeft update over decentralisatie jeugdzorg', 19-01 2012, website www.vng.nl).

De geïnterviewde gemeenten uit het onderzoek van Deloitte (2011) maken zich zorgen over de houding van de zorgaanbieders ten aanzien van gemeenten. Als men zich defensief zal opstellen ten opzichte van de verandering, is het lastig om gezamenlijk tot een nieuw zorgaanbod te komen met nieuwe producten. Zorgaanbieders weten vaak niet wat gemeenten nu al doen op het gebied van o.a. welzijn. Het is daarom belangrijk om elkaar beter te leren kennen. Er zijn al wel voorbeelden te noemen van aanbieders die proactief gemeenten opzoeken om te kijken welke rol zij kunnen spelen in het vormgeven van een integraal aanbod op wijkniveau.

GGD Nederland is positief over de stelselwijziging en vindt dit een goede ontwikkeling als het gaat om het bereiken van een gezond opvoedklimaat. Zij is van mening dat dit kan worden verwezenlijkt door voorgestelde stelselwijziging en zorginhoudelijke vernieuwing.

3.3 Onderzoek door Deloitte

In de periode van 18 juli tot en met 29 augustus 2011 heeft Deloitte, in opdracht van het ministerie van VWS, diverse gesprekken gevoerd met partijen uit het veld. Hiervan is verslag gedaan (2011). Er is gesproken met zorgaanbieders, de gemeenten en de cliëntenorganisaties.

Uit de gesprekken met GGZ Nederland en jeugd-GGZ instellingen (Karakter, Accare en GGZ centraal) blijkt een zelfde weerstand tegen de stelselwijziging. Men vindt dat "het vaststellen van de noodzakelijke zorg in de GGZ voorbehouden moet blijven aan de BIG-geregistreerde professional, die dat baseert op (eigen) onderzoek van de individuele cliënt en binnen de aanspraken zoals ze gelden binnen de gezondheidszorg. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en kopen daartoe deze zorg in. Daar komt geen rechtstreekse overheidssturing aan te pas". (Deloitte, 2011: 7)

De jeugd-GGZ instellingen hebben de volgende principiële bezwaren

- De jeugd-ggz hoort thuis in het kader van de zorgverzekeringswet. Het gaat in de ggz, net als bij de somatische zorg, om mensen die een ziekte hebben.
- Publieke zorg en geneeskundige zorg zijn op een verschillend paradigma gebaseerd. Het uitgangspunt dat een lokale overheid basisvoorzieningen realiseert voor uitsluitend de eigen inwoners, is nauwelijks te verenigen met de keuzevrijheid van mensen die (mogelijk) lijden aan een ziekte en de individuele relatie tussen patiënt en hulpverlener als basis voor een behandelovereenkomst waarbij professioneel gehandeld moet worden op basis van internationaal vastgestelde richtlijnen en praktijk.
- Gebrek aan kennis bij gemeenten; in de jeugd-GGZ kan niet uitgegaan worden van doelgroepen met een afgebakende zorgvraag. Het waarborgen van opleidingen, nascholing en (internationaal wetenschappelijk) onderzoek vereist een aanpak die moeilijk te verenigen is met een lokale sturing.
- Gebrek aan schaalgrootte; bepaalde specialistische zorg is maar op enkele plekken in het land beschikbaar. Het is vastgesteld dat cliënten betere zorg krijgen wanneer specialistische expertise is geconcentreerd in specifieke behandelcentra.
- Hoe wordt omgegaan met de zorg die door vrijgevestigden wordt geleverd?

- Er ontstaan nieuwe schotten op basis van leeftijd en somatiek.
- Risico spreiding; Het is noodzakelijk om te werken met macro budgettaire kaders. Het kan zich voordoen dat er binnen een gemeente of regio in een korte tijd hogere kosten worden gemaakt (bijvoorbeeld bij een suïcide epidemie). Nu is er risicospreiding tussen verzekeraars. Hoe moeten gemeenten dit opvangen?

De genoemde jeugd-GGZ instellingen vinden dat hiermee alleen extra problemen worden gecreëerd. Er kan beter gekeken worden hoe de toegang tot de jeugd-GGZ en de coördinatie/verbinding met andere zorg verbeterd kan worden. Hiermee kan de jeugd-GGZ binnen de zorgverzekeringswet blijven.

Men wil verantwoording nemen door bijvoorbeeld kennis te delen, psycho-educatie te geven en preventieve activiteiten te helpen ontwikkelen. Dit zou in de eerste lijn kunnen worden ondergebracht.

Deloitte heeft ook onderzoek gedaan onder cliëntorganisaties over hun mening betreffende de transitie. In hun onderzoeksrapport melden ze dat op 27 oktober 2011 overleg met de cliëntenorganisaties plaats heeft gevonden. Tijdens dit overleg hebben de cliëntenorganisaties aangegeven dat het voor hen te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de benodigde maatregelen voor specifieke groepen. Zij hebben behoefte aan meer informatie over hoe het nieuwe jeugdkader er uit komt te zien. In de bijeenkomst is afgesproken dat er in het vervolgtraject vanuit het cliëntperspectief gekeken zal worden naar de benodigde maatregelen voor specifieke groepen binnen de jeugdzorg (Deloitte, 2011).

3.4 Reactie jeugdzorgaanbieders in Noord Holland

Tijdens een bijeenkomst op 11 januari 2012 van diverse zorgaanbieders (gefinancierd door het Rijk, de provincie en gemeenten) in Noord Holland is gesproken over de aanstaande transitie in de jeugdzorg. Dit gaf een gemêleerd beeld.

Een schets hiervan:

Bestuurder van een grote provinciale jeugdzorgaanbieder (gefinancierd door provincie):

“Wij staan achter de visie, samen en integraal. Jeugdzorg naar gemeenten is de kans om de zorg integraal en dicht in de buurt aan te bieden. Er is een risico vanwege de willekeurigheid van gemeenten (bagatelliseren en normaliseren). Beleidsvrijheid geeft ook risico's. De provincie zou een rol moeten nemen in de transitie. Hoe gaat de financiering lopen? Hoe de samenwerking? Regionaal, sectoraal, kleinschalig met alle partners erbij etc? Wij zien het als een kunst om het organisatiebelang te overstijgen zonder het te ontkennen.”

Directeur van de GGD (gefinancierd door de gemeente):

“Pleit voor rol voor provincie om te sturen bij gemeenten. Er is een pre-competitieve situatie nu. Laten we dit minder van belang laten zijn en samenwerken.”

Bestuurder van een BJZ (gefinancierd door met name de provincie):

"Het is onze ambitie om de zorg naar diegene te laten gaan die deze het meest behoeft. Zal dit echt lukken? Beroep doen op eigen kracht: stepped care. Is dit realistisch en niet naïef?"

BJZ vervult een rol in indicatie en kan dit goed. Nu wil men dit indiceren afschaffen, is dit niet het kind met het badwater weggooien?

Hoe specialistische zorg, AMK's e.d. organiseren? Door al die 400 gemeenten? Hier wordt BJZ wel op afgerekend. Dit vraagt goede aandacht."

Manager van een afdeling Jeugd van een GGZ instelling (gefinancierd door de ZVW/zkv):

"GGZ Nederland is mordicus tegen, maar ik zie voordelen Wel vind ik dat die 80% van de curatieve GGZ het beste door de GGZ aanbieders verzorgd kan worden, daar hoeft geen gemeente tussen te komen. 20% Van onze zorg gaat naar multiprobleem gezinnen waarover samenwerking mogelijk is. Dit mag naar "de voordeur", o.a. voor zorgwekkende zorgmijders. Voorts denk ik dat met de stelselwijziging de indicatiestelling eenvoudiger kan. De verwijzing door CJG lijkt mij geen succes. De knip tussen 18- en 18+ wordt lastig, vele kinderen hebben er baat bij als de ouders ook behandeld worden door volw.-GGZ."

Bestuurder van LVG aanbieder (gefinancierd door AWBZ/zorgkantoor):

"Door IQ-grens verlaging indicatie LVG-zorg (van 80 naar 75) zal flink bezuinigd worden. Hiermee zal LVB uit de AWBZ/WMO verdwijnen en tijdelijk naar de andere sectoren van de jeugdzorg gaan (GGZ, AMW, jeugdzorg van provincie). Dit gaat elders veel druk opleveren. 70% Van onze cliënten vallen hieronder. Laten we dit zien als een gezamenlijk probleem!"

Door vele deelnemers van de bijeenkomst werd de mening gedeeld dat het CJG een poortwachtersfunctie kan hebben en dat op- en afschalen door de CJG-werker besloten mag worden, indiceren mag worden afgeschaft, andere financiering mag geen reden zijn voor niet-samenwerken, hoe belangrijk het is om aan elkaar te laten zien wat werkt en dat het normale leven voorop staat. Ook werd opgemerkt dat er al veel samengewerkt wordt. In hoeverre is gescheiden financiering overigens echt een probleem?

3.5 Interviews met 5 bestuurders jeugd-GGZ

Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met een

- A. bestuurder van een provinciale klinische en poliklinische kinder- en jeugd psychiatrische instelling,
- B. bestuurder van een regionale poliklinische kinder- en jeugd organisatie die ook (provinciaal gefinancierde) jeugdzorg aanbiedt,
- C. directeur van een BV kinder- en jeugdzorginstelling, gelieerd aan een grotere kinder- en jeugdzorgorganisatie, door diverse financieringsvormen betaald (Zvw, AWBZ, gemeente),
- D. manager afdeling jeugd-GGZ van een grote provinciale heterogene GGZ-instelling,
- E. zelfstandig kinder- en jeugdpsychotherapeut.

De vragen waren onderverdeeld in 2 hoofdstukken en kende verschillende subvragen:

1. Wat vindt men van de transitie jeugd-GGZ naar de gemeente en de bedoelingen die de overheid hiermee heeft?
2. Hoe is men hiermee bezig, welk strategisch beleid wordt er gevoerd, welke propositie wordt ingenomen in het gehele veld van jeugdzorg en specifiek binnen het spectrum van de jeugd-GGZ?

3.5.1 Wat vindt men van de transitie jeugd-GGZ naar de gemeente en de bedoelingen die de overheid hiermee heeft?

- A: Wie gaat straks de aansturing doen? Onze patiënten zijn ziek. De gemeente heeft een ander paradigma. Zij gaan uit van het milieu en menen dat kinderen met ADHD en ASS teveel worden diagnosticeerd en gemedicaliseerd.
- B: Voor bezuiniging is financiering en organisatie naar de gemeente niet nodig. Gemeentebeleid is politiekgevoelig wat duurzaamheid in de weg staat. Gemeenten hebben de organisatie van de CJG's ook niet goed gedaan. Het is uitbesteed aan de GGD's die op zichzelf gericht waren i.p.v. op samenwerking.
- C: Er lonken juist kansen. We laten zien dat we het geld beter in zetten. Anderen zien het als een bedreiging omdat ze te duur zijn en te log georganiseerd. Onze organisatie en financiering is flexibel waarmee we al klaar zijn voor wat straks komt.
- D: We kijken ook naar wat GGZ-Nederland doet en meldt. Een geormerkt deel naar de gemeenten is oké (20 a 30%), maar de rest niet.
- E: Ik houd me met name op de hoogte via de beroepsvereniging NVVP (Ned. Ver. Vrijgevestigde Psychotherapeuten) en het NIP (Ned. instituut psychologen). 2^{de} Lijns psychotherapeuten blijven nodig omdat goede behandeling van de in ontwikkeling bedreigde kinderen een voorwaarde is voor optimale deelname aan de maatschappij. De 1^{ste} lijn is daarvoor onvoldoende geëquipeerd.

Hoe kijkt men aan tegen de volgende stellingen? Transitie als antwoord op...

Antwoorden hierop, niet in volgorde van de interviews:

- *Het zal de doelmatigheid van de jeugdzorg vergroten.*
 - Het nieuwe plan staat dit zelf in de weg.
 - Zonde van al het geld.
 - De besteding van de provincie-gelden kan veel beter.
 - Mee eens.

- *Eigen verantwoordelijkheid en goed burgerschap krijgt hierdoor een stimulans.*
 - In deze tijd zal dat niet zomaar veranderen, niet zoals de overheid dit voorstaat althans.
 - Vanuit de 'pedagogische civil society' lijkt dit een erge goede zaak.
 - Als de inzet op PCS is zou dit kunnen, er moet nog veel gebeuren.
 - Op zich is dit een goed voornemen maar laat die transitie jeugdzorg er buiten.
- *Hierdoor en door versterking 0^{de} en 1^{ste} lijn ontstaat er minder druk op 2^{de} lijn.*
 - Niet mee eens, bovendien is de samenleving niet maakbaar, wie dit denkt is naïef.
 - Vanuit een ideaalbeeld van PCS, goed burgerschap, één gezin één plan, zal de druk op de 2^{de} lijn wel 30 tot 40% minder worden.
 - Mee eens.
 - Voor de kinderen blijft deze zorg nodig, dit zorgaanbod moet deskundiger zijn vanwege de complexiteit, loyaliteitsconflicten, het gaat veelal om langdurige zorg.
- *Er wordt minder gemedicaliseerd.*
 - Die beeldvorming is onjuist.
 - Nu wordt er niet teveel gemedicaliseerd, alle kinderen zijn terecht in de 2^{de} lijn, maar als de preventie en 1^{ste} lijn beter geëquipeerd worden zal de druk op de 2^{de} lijn zeker afnemen.
 - Zeker mee eens.
- *Het haalt de perverse prikkel eruit.*
 - Die is er niet.
 - Die is er nu inderdaad, 1^{ste} lijn is duur voor de klant, dus gaan ze naar de 2^{de} lijn. Verantwoording van het provinciegeld wordt nauwelijks met kwaliteitseisen afgelegd.
 - Voor mij speelt dit niet zó.
- *Uitgangspunten bij de transitie is participatie, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid.*
 - Hiervoor is geen ander financieringssysteem nodig. Met samenwerken kom je een heel eind.
 - Als het CJG regie krijgt, gaat dit dan wel lukken? BJZ lukt nu ook niet. En waarom de regie bij een CJG en niet bij ouders? Mogen zij kiezen?
 - De PCS-gedachte lijkt een utopie. De maatschappij is gefragmenteerd, er is juist nu zoveel segregatie, juist aangewakkerd door de regering.

Uitgangspunt van de transitie is 'stepped care' en dat 30% GGZ 2^{de} lijn weer terug naar 1^{ste} lijn kan.

- A: hooguit 20%,
- B: zeker 40%,
- C: nog veel meer, vooral als de 2^{de} lijn ook in de buurt kan worden aangeboden,
- D: 30% klopt, maar nu wordt de 1^{ste} lijn te slecht betaald,
- E: er wordt juist nu bezuinigd in de 1^{ste} lijn, dus zal dat nu niet kunnen.

3.5.2 Hoe is men hiermee bezig, welk strategisch beleid wordt er gevoerd, welke propositie wordt ingenomen in het gehele veld van jeugdzorg en specifiek binnen het spectrum van de jeugd-GGZ?

- A: Niet samen met GGZ-Nederland, wel samen met de Ned. Ver. Voor Psychiatrie. Er is een taskforce ingesteld voor beïnvloeding overheid zoals het plan dat gemeenten first-customer zijn voor onze specialistische 2^{de} lijnszorg zodat ze bij ons kunnen inkopen. De financiering kan dan gewoon onder de Zvw blijven. Ambtenaren zijn voor maar politici gaan voor het electoraat. Wij richten ons op de 2^{de} en 3^{de} lijn GGZ-jeugd en samenwerking met andere 2^{de} lijn jeugd-GGZ. Daarin verandert niet veel.
- B: Via de CJG's op uitvoeringsniveau, via de medewerkers en via mensen van gemeenten en mensen die met gemeenten praten (micro-politiek). Wij ambiëren vooral de 2^{de} lijn gedeeltelijk buurtgericht. We werken nu ook nauw samen met een 1^{ste} lijn praktijk, dit zal toenemen en de 2^{de} lijn zal afnemen. We werken nu ook samen met FACT in Hoorn
- C: Onze formule is fantastisch. Licht als het kan, zwaar als het moet, geheel op de leest van VWS. Dit bieden wij aan. De medewerkers zijn erg enthousiast, er wordt hard gewerkt (meer dan 80% van de tijd is cliëntgerelateerd) Wij zouden wel door de gemeenten gevraagd willen worden om het geheel in te richten, wat we al bij één gemeente doen. Winstoogmerk past ook bij ons. Op zich willen we wel samenwerken.... De transitie biedt allerlei kansen om te groeien.
- D: We zijn met andere aanbieders al bezig met FACT. We zijn ook aan het netwerken met gemeenten. Ook zijn we als eerste betrokken geweest bij de opbouw van het CJG. Hierin willen we een functie. We willen wijkgerichte zorg zoals de FACT, gaan leveren maar ook 2^{de} lijn en crisishulpverlening en een stukje 3^{de} lijn.
- E: Ik richt me op de strategie die de NVVP voert met VWS. We willen dat het niet doorgaat. En anders willen we ons op de 2^{de} en 3^{de} lijnszorg richten. Er wordt niet met gemeenten gelobbyd. Dat vraagt individuele acties en daarvoor ben als individuele praktijkhouder te klein. Onze partner is de ziektekostenverzekeraar en wij vragen hen voor een goede overdracht. Ik behandel zoveel kinderen uit zoveel verschillende gemeenten. Ik ben niet bezig met een andere strategie. We hopen dat het dus niet doorgaat.

Anticipeer je al op een ander organisatiemodel waarin veranderingen in de techniek, de structuur, de medewerkers en/of cultuur aan de orde is?

- A: We ondersteunen reeds het CJG en hebben zelf een FACT-team.
- B: Web-based EPD en kleine lokale bureaus met flexibele werkplekken. Mensen moeten meer naar de cliënten thuis gaan. Dat vraagt andere medewerkers, flexibel, op de klant gericht etc. Dat vraagt dus ook een andere cultuur, van 'ze komen naar ons en wij beslissen' naar 'wij gaan naar ze toe en voegen iets toe wat nog ontbreekt'. Hiermee zijn we dus al bezig.
- C: We zijn in feite al zo ingedeeld dat we buurtgericht en vraaggericht werken, conform het gedachtengoed van de overheid.
- D: Vooral het wijkgerichte werken vraagt een andere structuur, andere medewerkers en een andere cultuur. De houding moet dan veel meer outreachend zijn. Hiervoor hebben medewerkers al een cursus gehad.
- E: Ik richt me op mijn beroepsvereniging.

Ben je omtrent deze transitie bezig met samenwerkingspartners?

- A: Wij werken al samen met andere GGZ-partners maar niet voor deze zaak.
- B: Graag met anderen, maar kun je elkaar vertrouwen terwijl je tegelijkertijd elkaars concurrenten bent? Graag samen optrekken maar wat vindt de NMA hiervan? Allianties zou mooi zijn, maar wel eerlijk. Want 2^{de} en 3^{de} lijn zal onvermijdelijk gaan krimpen, en wat gebeurt er dan?
- C: Hier zijn we niet zo mee bezig, we willen wel samenwerken maar we worden gezien als concurrenten, als bedreiging. De klant weet ons wel te vinden.... En de gemeenten nu ook...
- D: We zijn nu bezig met partners rondom FACT.
- E: Ook niet mee bezig, geen allianties, alleen binnen de beroepsvereniging, de bijeenkomsten worden nu wel veel meer bezocht. Ik ga me vooral op de 2^{de} en 3^{de} lijn richten."

3.5.3 Samenvatting van de reacties uit de interviews

Puntsgewijs kan het volgende geschreven worden:

1. Men denkt zeer verschillende over de transitie jeugd-GGZ naar de gemeente en de bedoelingen die de overheid hiermee heeft. Een korte schets van antwoorden:
 - De druk op de 2^{de} lijn zal verkleind worden, maar de ander zegt dat dit een utopie is, zieke kinderen blijven altijd bestaan ook bij 'goed burgerschap'.
 - Daarom hooguit 20% 2^{de} lijn naar gemeenteniveau.
 - Transitie is niet nodig voor genoemde doelen.
 - CJG's en BJZ is al mislukt, dit zal ook wel mislukken.
 - Gemeenten zijn politiek-gevoelig, dit past niet bij gezondheidszorg.
 - Er zijn door de transitie juist meer kansen voor samenhang en besteding middelen.
 - Doelmatigheid gaat voor de een juist omhoog, de ander vindt juist van niet.
 - Vergroting eigen verantwoordelijkheid en PCS is volgens de een heel goed, de ander meent dat dit niet mogelijk is.
 - De druk op de 2^{de} lijn zal volgens enkelen verkleind worden, maar een ander zegt dat dit een utopie is, zieke kinderen blijven altijd bestaan ook bij 'goed burgerschap'.
 - Minder kinderen worden gemedicaliseerd, maar anderen vinden dit echt onzinnig, alsof dit nu teveel gebeurt.
 - Eén financieringsorganisatie haalt perverse prikkels wel, anderen vinden dit geen item.
2. Uit het interview blijkt ook dat men zeer verschillend bezig is met de hele kwestie, het strategisch beleid en de propositie die wordt ingenomen. Een korte schets van de antwoorden:
 - GGZ-Nederland is geen partner (!), de NVvP en NVVP wel.
 - Er wordt ondertussen door NVvP en ambtenaren VWS gewerkt aan nieuwe constructie ("first-customer") om gespecialiseerde zorg door gemeenten te laten inkopen bij 2^{de} en 3^{de} lijn GGZ-aanbieders.
 - Men richt zich op specialisatie 2^{de} en 3^{de} lijn welk alleen bovenlokaal kan worden ingekocht.

- Anderen zijn weer bezig om zich juist op de 1^{ste} lijn en CJG's en FACT te richten wel of niet samen met de gemeenten.
- Micro-politieke acties met gemeenten en andere 'overheid-stakeholders'.
- Instelling geheel al ingericht op leest die overheid voor zich ziet.
- Bij enkelen wordt het organisatiemodel reeds aangepast aan de eisen die na de transitie worden gesteld en anderen doen dit juist niet.
- De meesten zoeken samenwerkingspartners en zijn bezig met allianties in zeer verschillende maten, maar men is ook achterdochtig omdat de partners ook concurrenten zijn en de waakhond NMA ligt op de loer. Anderen zijn veel te klein om allerlei samenwerkingsnetwerken op te zoeken en zijn in die zin uiterst kwetsbaar.

3.6 Conclusies reacties jeugdzorgaanbieders en met name de jeugd-GGZ

In dit hoofdstuk zijn de reacties onderzocht op de transitie jeugd-GGZ naar de gemeenten. Conclusies die hieruit getrokken kunnen worden zijn de volgende:

- De reacties van de branche- en beroepsverenigingen jeugd-GGZ zijn nagenoeg hetzelfde. Zij maken bezwaar tegen de voorstellen en doen dit op grond van diverse invalshoeken waaronder:
 - Wet- en regelgeving; jeugd-GGZ is nu wettelijk verankerd als recht op zorg, WGBO, BOPZ, kwaliteit, BIG, klachtrecht etc. Hoe zal dit straks zijn?
 - Financieel; niets wijst op meer doelmatigheid door deze transitie. Hoe gaat het straks verder met de prestatiebekostiging DBC en de effectmeting ROM? Is het huidige zvw-geld straks geoormerkt onder gemeenten? Hoe intrinsiek gemotiveerd is de overheid voor de inhoudelijke visie achter de transitie of gaat het vooral om de financiën?
 - Zorginhoudelijk; men is bevreesd dat de specifieke deskundigheid verloren gaat en wie draagt zorg voor innovatie e.d.? (Medische) professionals verlaten het beroep omdat het onder de gemeenten komt te vallen. Schotten tussen somatiek en psychologie. Ook een schot tussen 18- / 18+.
 - Beleid; tot nu toe hebben gemeenten zich niet als goede beleidsmakers en –uitvoerders getoond (zie CJG en BJZ). Gemeente is politiek. Welke lessen leert de historie ons: mislukken van MOB's, BJ's, CJG's,...? Wat maakt dat elke keer weer het heil wordt gezocht in structuurveranderingen? Daarbij is 2^{de} lijn is bovenlokaal. Hoe omgaan met vrijgevestigden en risicospreiding?

Door de branche- en beroepsverenigingen worden ook kansen gezien maar die liggen vooral op het vlak van de samenleving, namelijk versterking nulde en 1^{ste} lijn en meer buurtgerichte en samenhangende jeugdzorg.

- De mening van de VNG en de GGD is geheel anders. Zij zien juist grote kansen om de doelstellingen te halen die de overheid voor ogen heeft.
- Uit de reacties van verschillende jeugdzorgaanbieders in Noord Holland komen ook diverse berichten. De zorgaanbieders die door de gemeenten en provincie worden gefinancierd zijn nagenoeg positief en zien grote kansen, wel met benoemen van een aantal waarschuwingen.
- Uit de interviews met 5 verschillende jeugd-GGZ aanbieders komen zeer verschillende reacties.

- De reeds langer en groter gevestigde en meer medisch georiënteerde instellingen, besteden veel aandacht, via de beroepsverenigingen, aan de overheid met als doel om de hele transitie jeugd-GGZ naar de gemeente niet door te laten gaan. Er is een duidelijke politieke lobby.
- Vanuit deze groep wordt de nadruk op ziekte en vrijheid van artsenkeuze gelegd. Ze zijn het niet eens met de uitgangspunten dat er teveel wordt gemedicaliseerd en de toevoer naar de 2^{de} lijn te groot is; ook hebben ze geen fiducia in PCS en dat soort trends. Men onderschrijft de kritiek van de NVvP.
- De meer nieuwe jeugd-GGZ aanbieders zijn niet hetzelfde maar ze zien beiden wel meer kansen in de uitgangspunten die de overheid voor zich ziet, zoals PCS en versterken van 0^{de} en 1^{ste} lijn. Zij veronderstellen ook dat de toevoer naar de 2^{de} lijn significant zal afnemen door een beter geëquipeerde 0^{de} en 1^{ste} lijn. Zij hechten veel waarde aan de gedachte dat bij veel aanmeldingen een sociale factor speelt, anders dan bij de andere groep die vooral vanuit een medisch biologisch model denkt.
- De jeugd-GGZ aanbieder met winstoogmerk is als nieuwkomer meteen zo ingericht dat het bijna naadloos aansluit bij het gedachtengoed van de overheid over lokaal geïntegreerde jeugdzorg. Dit is duidelijk 'market-driven'. Voor een gemeente is dit ongetwijfeld een interessante gesprekspartner maar wel een solist. Deze houding zal niet goed zijn voor samenwerking met de andere jeugdzorgaanbieders. Aan de andere kant, wat zou het voor een gemeente een zorg zijn, als zo'n instelling de hele organisatie jeugdzorg inricht? Voor het veld en de gebruikers lijkt dit scenario niet goed omdat dit niet uitgaat van samenhang van bestaande stakeholders.
- De zelfstandige praktijkhouder komt in het krachtenveld kwetsbaar over. De anderen hebben nog andere ijzers in het vuur (deelname CJG, FACT e.a.) en zij lijkt geheel afhankelijk van haar beroepsvereniging. Het is zeer de vraag wat die voor elkaar krijgt. Zal de gemeente ook met ZZP'ers om tafel gaan zitten? Toch is de groep ZZP'ers niet onbelangrijk. Vele kinderen worden door hen geholpen.
- Al met al veel verdeeldheid onder de verschillende aanbieders. De discussie 'nature-nurture' speelt weer op, de grootte speelt op, er worden allerlei posities ingenomen, men vraagt zich af "kun je elkaar wel vertrouwen?". "Verdeel en heers" ligt op de loer. Dit alles vreet energie en geld en komt de zorg niet ten goede. Wie moet hier regie nemen? De overheid?

De plannen van de regering lokken zeer verschillende reacties uit. Aanvankelijk leek er consensus te zijn over beoogde doelen betreffende een wijziging van de organisatie van de jeugdzorg (Baecke, 2011). Inmiddels is er een verdeeldheid ontstaan met name tussen de jeugdzorg en de jeugd-GGZ en ook nog eens tussen de aanbieders binnen de jeugd-GGZ. Het proces om tot meer samenhang te komen lijkt in een impasse te zijn gekomen. Kunnen we de onrust en verdeeldheid bij de jeugd-GGZ begrijpen? Hier wordt in het volgende hoofdstuk op ingegaan.

Hoofdstuk 4

Analyse gedrag bestuurders jeugd-GGZ

4.1 Het belang van coherentie in het (jeugdzorg) systeem

Wat opvalt in de conclusies van de reacties van de verschillende stakeholders is dat ze zo divers en uiteenlopend zijn. Een belangrijke vraag is in hoeverre deze verdeeldheid het doel van de overheid over de stelselwijziging (zie hst. 2.2) in de weg staat namelijk om te komen tot duurzaam samenhangende en geïntegreerde jeugdzorg waarin participatie, betaalbaarheid/duurzaamheid en uitvoerbaarheid de uitgangspunten zijn. Vooral de jeugd-GGZ is momenteel grotendeels tegen de transitie en binnen deze sector zijn de meningen ook nog eens heel verschillend. Zij krijgen de ziektekosten-verzekeraars nu ook mee. Kan met deze verdeeldheid samenhang bereikt worden? De meeste belanghebbenden, dit komt ook in de interviews naar voren, zijn het wel eens met de wenselijkheid om meer samenhang en afstemming in de jeugdzorg te realiseren (Baecke, 2011). Ook is men wel realistisch dat we beter met de collectieve middelen moeten omgaan. In die zin wordt er urgentie ervaren (het eerste aspect voor succesvol veranderen, Kotter, 1996) om antwoord te geven op de vier uitdagingen die de RVZ stelt (2010: 15) en hecht men belang aan een aantal conclusies uit de analyse 'Jeugdzorg dichterbij' (Heijnen, 2010).

Hoe dit er precies zou moeten uitzien is vers twee. Dit betreft ook de vraag wat ieder verstaat onder de uitgangspunten participatie, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid. In die zin lijkt er ook nog onvoldoende echte (door alle stakeholders) gedeelde visie en strategie te zijn ontwikkeld.

Kortom, er lijkt te snel een weg ingeslagen te zijn over hoe veronderstelde gedeelde urgentie van een samenlevingsprobleem opgelost moet worden. Hierover zijn nu meningsverschillen ontstaan en ieder neemt stelling hierin. Dit werkt divergerend terwijl de (reeds versnipperde) jeugdzorg juist convergentie zou kunnen gebruiken. De overheid lijkt in haar optreden hierin weinig consequent. Ze streeft naar samenhang en doet dit op een manier waardoor er meer versnippering lijkt te ontstaan.

Hoe kan teruggegaan worden naar het gezamenlijk sociaal maatschappelijk probleem, namelijk: op welke manier kan de gehele zorgsector omgaan met die gecombineerde kracht van vier uitdagingen (RVZ, 2010) en met de evaluaties over huidige jeugdzorg (Baecke, 2009 en Heijnen, 2010) en hoe kan de jeugd-GGZ hiervan deel uitmaken?

Hiervoor is als eerste van belang om de verschillende reacties te begrijpen. Want wil je verder komen dan is het begrip voor gedrag als eerste vereist. Baars (2008) noemt het begrijpen van dat wat er gebeurt en de samenhang zien, de eerste stap om het integratief vermogen te versterken (Antonovsky, 1987). Dit is nodig zodat iemand op een zinvolle wijze met belastende factoren om weet te gaan waardoor diegene niet uit evenwicht wordt gebracht. Hij beschrijft het belang van het integratieve vermogen, ook wel 'sense of coherence' genoemd, voor de gezondheid voor een individu. Als een systeem niet in een 'sense of coherence' is, kan gezegd worden dat het tijdelijk niet gezond is (Baars, 2008). Er kan een psychisch probleem zijn zoals een posttraumatische stress-stoornis of een somatisch probleem zoals hoge koorts. Uiteindelijk wil het systeem weer coherent zijn en zal het van daaruit haar ontwikkelingstaken weer kunnen opnemen. Tijdelijke incoherentie is daarom niet erg, maar uiteindelijk wil een systeem weer met een evenwichtig toestandsbeeld verder gaan (dit is een evolutionaire tendens). Dit kun je ook vertalen naar grotere systemen zoals een samenleving of de zorgsector en in dit verband de zorgsector jeugd (Beemster, 2010).

De processen die zich momenteel binnen en rondom de jeugd-GGZ afspelen kunnen vanuit een systeemtheoretisch perspectief bekeken worden.

De systeemtheorie beschouwt een organisatie als een systeem dat bestaat uit verschillende subsystemen die onderling verbonden en van elkaar afhankelijk zijn en samen één geheel vormen. Een subsysteem bestaat uit samenhangende entiteiten en kenmerken van deze entiteiten. De invloed hiervan wordt sterk bepaald door de kracht van de entiteiten van het subsysteem in kwestie. Welke krachten beïnvloeden de bestuurder waardoor zijn gedrag is te begrijpen? Dit gedrag heeft namelijk verstrekende invloed op de rest van het systeem (jeugdzorg).

Systemen en subsystemen kunnen als een open systeem gekenmerkt worden die een dynamische, intense wisselwerking met de omgeving kent. Ze oefenen er invloed op uit en ze worden er door beïnvloed. Waar wil je met dit systeem 'jeugdzorg' naar toe? Hoe kan de huidige, door velen ongewenste homeostase beïnvloed worden, want daarover zijn we het grotendeels wel eens geworden (zie hoofdstuk 1)?

Er zijn veel theorieën hoe systemen in beweging gebracht kunnen worden ter verbetering c.q. verandering (voor organisaties heet dit 'verandermanagement', voor gezinnen/echtparen 'systeemtherapie'). Hoewel men ook het begrip 'zelforganisatie' kent, waarbij in een chaotisch systeem spontaan structuren kunnen ontstaan, wordt toch belang gehecht aan de interventiekracht van buitenaf. Vanuit dit laatste kan men stellen dat opdat de eigen zelforganisatie beter kan plaatsvinden het systeem van buitenaf iets toegevoegd kan krijgen, gericht op het optimaliseren van de zelforganisatie. Dit wordt 'salutogenese' genoemd in de gezondheidszorg (Baars, 2008).

Kortom, er dreigt incoherentie binnen de sector zorg, jeugdzorg en jeugd-ggz. Tijdelijke divergentie hoeft geen probleem te zijn maar ter wille van het geven van een antwoord op de prangende vraag om reorganisatie van de zorg (dus ook de jeugdzorg) lijkt het van belang om te zoeken naar coherentie in dit systeem.

Coherentie binnen een systeem ontstaat:

1. wanneer men begrijpt wat er gebeurt en men samenhang ziet tussen de gebeurtenissen,
2. wanneer men hieraan betekenis kan geven waardoor in de beleving het perspectief wordt vergroot,
3. waardoor men in een zekere staat is om de gebeurtenissen te beïnvloeden door eigen mogelijkheden in te zetten of hulp in te roepen.

Als de coherentie binnen het systeem jeugdzorg toeneemt en er meer sprake is van een convergerende werking, zijn de kansen het grootst om met alle stakeholders de vier uitdagingen (RVZ, 2010) aan te gaan en de knelpunten in de huidige organisatie van de jeugdzorg op te pakken.

Hoe kunnen de bestuurders van de jeugd-GGZ hieraan meewerken? Welk gedrag wordt er van ze gevraagd? Wat belemmert en wat kan helpen om hier verder mee te komen?

4.2 Analyse gedrag vanuit “meervoudig besturen met duivelselastieken”

Om antwoord te geven op hier boven gestelde vragen wordt nu gebruik gemaakt van de begrippen die Kim Putters in zijn oratie van 9 oktober 2009 naar voren bracht.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt:

4.2.1 Putters benadering met “meervoudig besturen met duivelselastieken”.

- 4.2.2 De vier krachtenvelden (domeinen) van de jeugd-GGZ en analyses over het bestuurlijk gedrag van de jeugd-GGZ:
- er wordt per krachtenveld stil gestaan bij dynamiek die hieruit voortkomt voor de jeugd-GGZ,
 - dit wordt samengevat,
 - vervolgens wordt het gedrag van de jeugd-GGZ bestuurder van hieruit geanalyseerd.

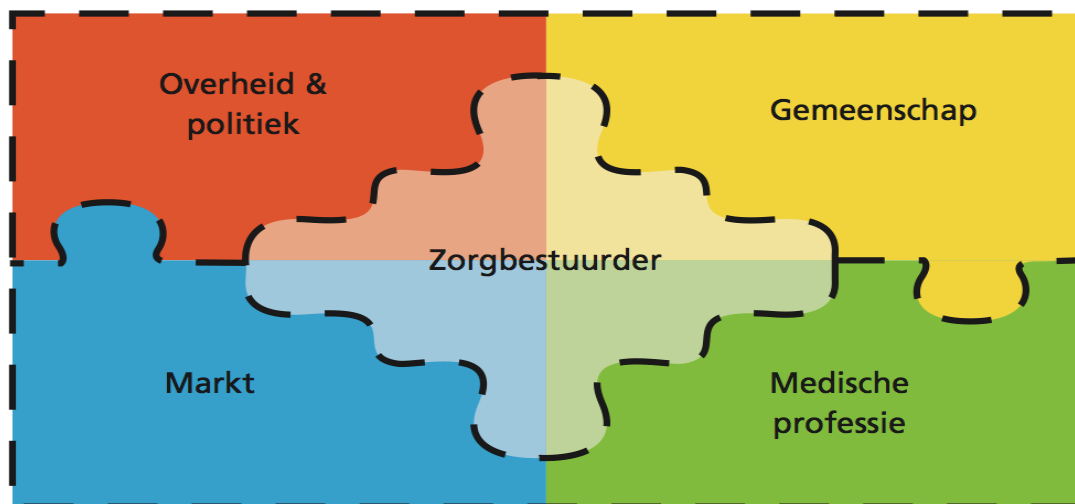
4.2.1 Putters benadering van “meervoudig besturen met duivelselastieken”

De eerste stap om tot coherentie te komen is dus het begrijpen en betekenis geven van het gedrag van bestuurders, directeurs en/of managers.

Kim Putters gaat in zijn oratie in op de vraag of zorgbestuurders hun instellingen nog kunnen besturen. De taak die ze heden ten dage dienen uit te voeren wordt steeds complexer. Ze moeten tegelijk marktkoopman, hoeder van het publieke belang en maatschappelijk betrokken zijn. De politiek en de overheid hebben steeds meer de neiging om zorgbestuurders aan banden te leggen via onder meer de registratie-eisen van toezichthouders. De markt rekent hen daarnaast vooral af op een keurslijf van prestatie-indicatoren. Bovendien maken zorgbestuurders zelf te weinig duidelijk waar het in de zorg echt om gaat: de patiënt (Putters, 2009).

Putters beschrijft dat er ruimte voor bestuurlijk handelen wordt verondersteld, maar dat dit steeds ingewikkelder wordt. Zorgbestuurders moeten tegelijkertijd reageren op vier krachtenvelden:

1. eisen en wensen van de markt,
2. de samenleving,
3. de medische professie en
4. de overheid.

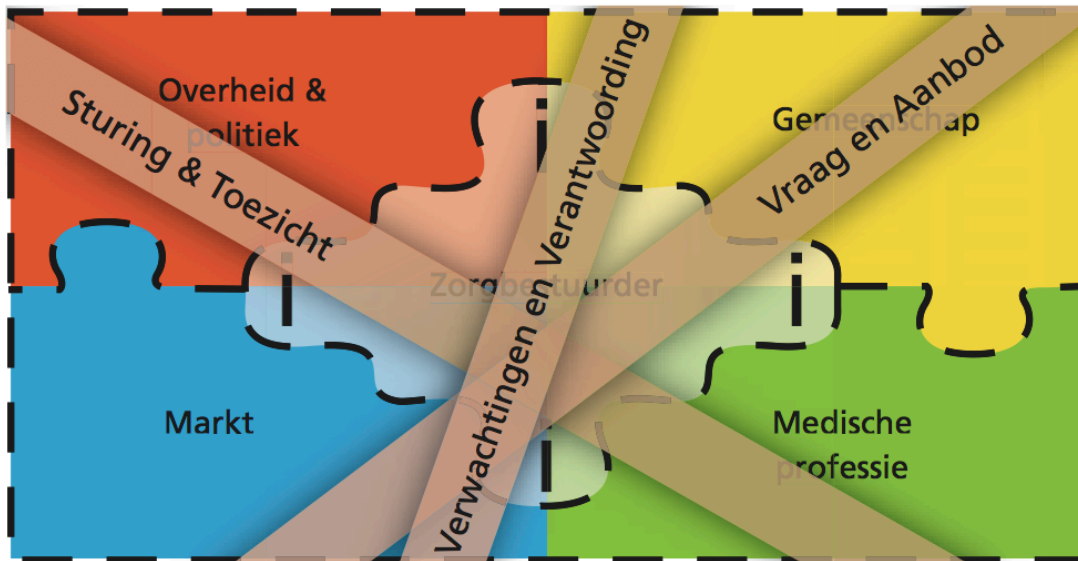


De zorgbestuurder tussen markt, overheid, gemeenschap en professie

De bestuurder moet inspelen op soms conflicterende eisen van deze verschillende krachten. Hoeveel onderhandelingsruimte heeft hij om zijn opdracht te vervullen? Welke keuzes worden er gemaakt, hoe afficheert de bestuurder zijn instelling (vanuit het marktdenken of meer vanuit het domein van de professional), kortom hoe legitimeert de bestuurder zijn gedrag hierin?

Putters heeft het over 'meervoudig besturen' met 'duivelselastiek'. Hiermee bedoelt hij dat de bestuurder, rekening houdende met die vier krachtenvelden, werkt met drie duivelselastieken die gespannen staan tussen:

1. *sturing en toezicht*, waar zowel de toenemende marktwerking als de overheidsregulering het zorgbestuur onder druk zetten.
2. *vraag en aanbod*, omdat de individuele keuzes van zorgvragers steeds meer botsen met collectieve afwegingen.
3. *verwachtingen en verantwoording*, omdat er hoge en soms tegenstrijdige ambities zijn die in steeds meer richtingen moeten worden waargemaakt.



In het zorgbestuur zien we dat op drie gebieden het elastiek steeds strakker staat.

Uitwerking van de drie elastieken

1. Het elastiek van sturing en toezicht

De druk op sturing (op de markt brengen) en toezicht neemt toe door twee trends:

- meetbaarheid en transparantie van zorgprestaties zoals voor www.kiesBeter.nl, de ziektekostenverzekeraars vanuit het markt-denken (wie is het voordeligst?),
- toename van afdragen verantwoording met diverse prestatie-indicatoren (wie levert de beste zorg inhoudelijk en bij wie zijn de cliënten het meest tevreden?).

Een effect hiervan kan volgens Putters zijn dat de zorginstelling toenemend inspeelt op de lijstjes van toezichthouders en minder op de behoeften van de patiënt. Het meten is weten geworden en dit doet afbreuk aan het karakter van de zorgverlening. Dat wordt immers gekenmerkt door betrokkenheid en dienstbaarheid. Zorgverleners herkennen zich steeds minder in de uitgangspunten 'sturing en toezicht'.

2. Het elastiek van vraag en aanbod

Er is een toename van de vraag naar gezondheidszorg. Kan en wil de samenleving dit blijven betalen? En is de zorg altijd medisch of sociaal nodig? Technologisch kan er steeds meer. Waar is iemand zelf nog verantwoordelijk voor? Het lijkt erop dat alle zorg geprofessionaliseerd wordt. De scheidslijn tussen cure, care en participatie wordt steeds dunner en samenwerking crucialer. Het aanbod van zorg vraagt om afstemming in de keten, terwijl systemen van financiering en organisatie dat vaak bemoeilijken.

3. Het elastiek van verwachtingen en verantwoording

Verwachtingen over de kwaliteit van de zorg nemen toe, blijkt o.a. uit toenemende schadeclaims en discussies in de media over de zorg. Hierover moet verantwoording worden afgelegd en dit vindt plaats tussen vrager en aanbieder, overheid en uitvoerder en tussen groepen en individuen in netwerken in de samenleving. Als er dingen fout gaan wordt de oplossing gezocht in betere structuren, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen, dwingende keurmerken en meer transparantie-eisen rond prijs én kwaliteit. Hierdoor werkt zowel 'de markt' als de overheid activerend in de hele verantwoordingscarroussel. Dit alles leidt tot instrumentalisering, centralisatie, bureaucratisering en angstig gedrag. Er is dus meer nodig in termen van verwachtingen en verantwoording.

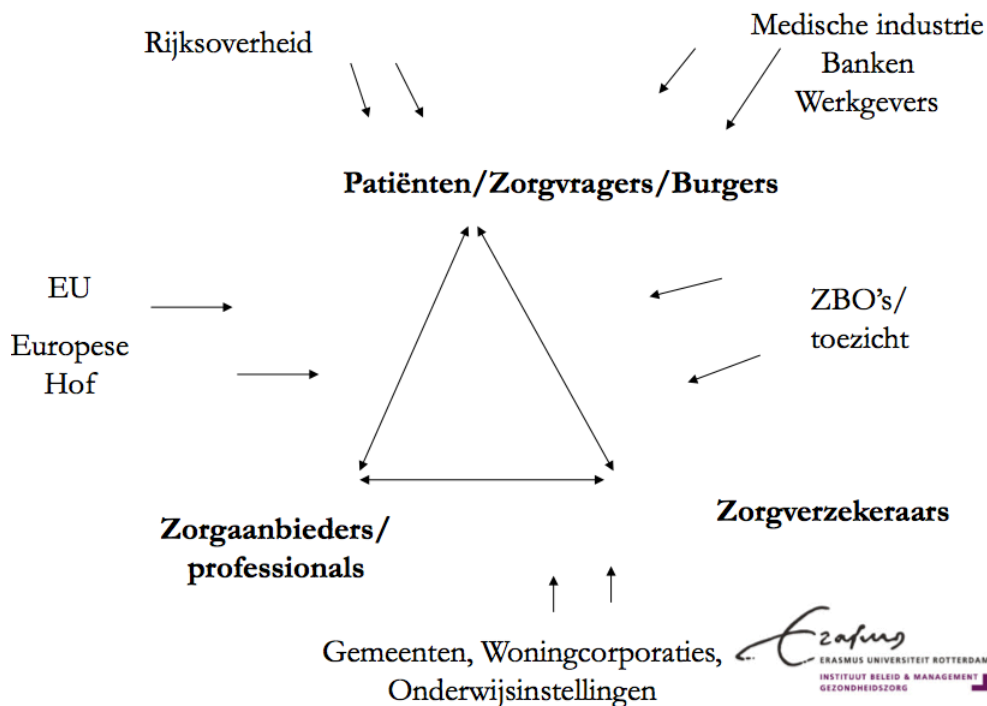
In zijn onderzoek is Putters op zoek naar een manier waarop bestuurders de ergste druk van het elastiek kunnen halen, handelingsruimte kan worden opgezocht en legitimiteit voor het handelen wordt gevonden. Dit geheel zal hen meervoudig bestuurder maken. Hij zegt in zijn oratie (Putters, 2009: 35):

"Waar economen met hun taal en kennis de financieel-economische discussie domineren, geldt dat voor kwaliteitsinstituten en de Inspectie rond kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarnaast praat de samenleving terug via media, cliëntengroepen en mantelzorgers. De politiek zelf spreekt zorginstellingen aan als ondernemer, maar ook als hoeder van het publieke belang. De bestuurder zit dus tussen al die trekkkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk 'ongrijpbare' bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het 'echte bestuur' zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken en schipperen tussen alle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard."

Meurs (1997) constateert dat het ontbreken van vaardigheden in het omgaan hiermee leidt tot onvrede bij de politieke en maatschappelijke omgeving over het bestuurlijk handelen. Bestuurders krijgen een gevoel van onmacht dat ze het nooit goed lijken te kunnen doen.

Putters schrijft in zijn oratie dat de gevolgen van de stelselherziening in de zorg bestuurlijk en democratisch niet goed zijn doordacht. Tijdens een les aan de MHBA (19 november 2010) geeft hij op een andere manier aan dat de zorgbestuurder moet laveren tussen publieke en private omgeving. Aan de ene kant moet hij zijn financiën uit de collectieve middelen halen en heeft hij te maken met veel overheids-verantwoordelijkheid (tot in de Grondwet!). Aan de andere kant is hij een private ondernemer, moet hij zich ook als zodanig opstellen met professionele autonomie. Kortom, we hebben met een publiek-private sector te maken met een mengeling van publieke, no profit en for profit organisaties. De bestuurder is privaat en streeft publieke doelen na. Hij noemt dit ook wel 'hybride organisaties': "A hybrid organisation is characterised by a mixture of pure but incongruent and conflicting rationalities" (Branden, Van de Donk and Putters, 2005).

Ondernemen in een meervoudige zorgcontext



Putters: MHBA 19-11 2010

Het is voor bestuurders schipperen tussen de vele belangen, eisen en wensen uit de omgeving.

4.2.2 De vier krachtenvelden van de jeugd-GGZ en analyses over het bestuurlijk gedrag

4.2.2.1 Het krachtenveld van de markt.

Een van de manieren om de collectieve uitgaven aan de zorg te beteugelen is om marktwerking toe te passen in deze sector. Hier zijn lange voorbereidingen aan vooraf gegaan. In de GGZ werd marktwerking gestimuleerd met bijvoorbeeld prestatiebekostiging met DBC's en de prijs die onderhandelbaar werd. Er werden vanaf die tijd steeds meer voorwaarden gesteld bij de jaarlijkse prestatieafspraken tussen ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder. GGZ-instellingen konden niet meer rekenen op de productieafpraak van het jaar ervoor en overproductie werd veelal niet uitbetaald. Instellingen werden met elkaar vergeleken, de instelling die de hoogste tariefkorting bood kreeg de meeste kans op een hogere productieafpraak. Metingen naar effect (Routine outcome monitoring, ROM) en cliënttevredenheid werden steeds belangrijkere prestatie-indicatoren. De ziektekostenverzekeraar droeg gaandeweg ook steeds meer risico waardoor zij dit risico overhevelde naar de zorginstellingen.

Het was de bedoeling dat we op deze manier een systeem zouden krijgen waarbij:

- jeugd-GGZ-aanbieders kunnen ondernemen in het publieke belang,
- in relatieve vrijheid ten opzichte van de centrale overheid geopereerd kan worden,

- verzekeraars de regie voeren en zorg inkopen op prijs en kwaliteit,
- de cliënt zijn verzekeraar kiest en de zorg kan beoordelen op prijs en kwaliteit,
- zorgverzekeraars en cliënten daarbij in staat zijn beleidsdoelen te realiseren: vraaggerichtheid, doelmatigheid, keuzemogelijkheden, kwaliteit en toegang (Putters, MHBA 2010).

De overheid ging ervan uit dat door marktwerking en concurrentie de kwaliteit zou verbeteren en de prijs relatief zou dalen. Met de introductie van het marktdenken in de zorg lijkt ook het Angelsaksische managementmodel mee te komen waarbij het veel meer gaat om marktwerking, concurrentiekracht en winst. Het management is dan meer 'top-down'. In Nederland voelen we ons meer vertrouwd met het zogenaamde Rijnlandse (polder) model. Hier wordt de nadruk gelegd op het middellange- en langetermijndenken. Daarbij staat niet de winst, maar de continuïteit van de onderneming centraal. In dit model staat consensus en samenwerking tussen de leiding en de werknemers centraal. Op macroniveau staat het model ook voor samenwerking tussen overheid, werkgevers en werknemers, die samen moeten zorgen voor een stabiele, rustig groeiende economie.

Marktwerking belooft door de invoering van vrije concurrentie minstens vier dingen (De Greef, 2007):

1. aanbidders zien zich genoodzaakt om efficiënter te gaan werken,
2. een verbetering van de efficiëntie belooft een verbetering van de kwaliteit van het geleverde product en een verlaging van de kostprijs,
3. een evenredige kans en vrije keuze voor aanbidders om deel te nemen aan de markt,
4. een gezonde markt impliceert een economische groei waar iedereen, dus ook de afnemer, baat bij heeft.

De overheid ging ervan uit dat bovengenoemde voordelen een oplossing zouden zijn voor de vele knelpunten in de zorg, zoals de wachtlijsten en overschrijdingen van het macrobudget. De vrije concurrentie zou uitkomst bieden. Want, onder de druk van concurrentie moeten aanbidders beter presteren. Hoe ze dit voor elkaar zouden krijgen werd aan de zorgaanbieder zelf overgelaten.

Bestuurders van zorginstellingen gingen de MBA volgen en marktprincipes deden hun intrede. Een aantal belangrijke begrippen kwamen voor handen om de gehele bedrijfsvoering te optimaliseren waarin de klant-, medewerkers- en de financiële waarde expliciete uitgangspunten werden. Zo werden er vanuit het bedrijfsleven instrumenten aangeboden om de macro-omgeving goed in beeld te krijgen (DESTEP-analyse) en het vijf concurrentiekrachten-model van Porter werd ook belangrijker.

De ideale vrije markt bestaat echter uit een omgeving waarin aanbidders en afnemers beschikken over volledige informatie met betrekking tot prijzen en kwaliteiten. De markt is zodanig transparant dat een afnemer een rationele keuze kan maken op basis van de prijs/kwaliteit verhouding. Aanbidders kunnen hun aanbod vergelijken met dat van de concurrent en het aanbod afstemmen op de vraag en positioneren naast of tegen de concurrent. Er bestaan in deze markt geen van boven opgelegde toe- of uittredingsbarrières, waardoor er sprake is van vrije mededinging. Aan het verkrijgen van informatie of het tot stand brengen van een overeenkomst zijn geen transactiekosten verbonden, zodat er een werkelijke vrije keuze bestaat voor de transactie (de Greef 2007).

Vanaf het begin ging het in de zorg om 'gereguleerde marktwerking'. Dit betreft marktwerking binnen door de overheid gestelde voorwaarden en beperkingen. De kwaliteitseisen en het macrobudget werden niet zomaar los gelaten.

Hieronder volgen een aantal verschillende reacties en onderzoeksresultaten over het effect marktwerking in de zorg om het lastige krachtenveld 'markt' enigszins 'tastbaar' te maken:

In de zomer van 2011 wordt Theo Langejan, voorzitter RvB Nederlandse Zorg autoriteit, geïnterviewd voor Fa-med: "Bij de invoering in 2006 van de marktwerking voor een deel van de ziekenhuiszorg, werd door pessimisten gevreesd voor een enorme kostenexplosie. Een paar jaar later blijkt hun vrees totaal ongegrond. De voormalig minister van VWS H. Hoogervorst hoopte met de maatregel de kosten juist te drukken. Dat lijkt vooralsnog te lukken, zo blijkt uit de door de Nza begin dit jaar uitgevoerde marktscan medische specialistisch zorg. De prijzen zijn in 2010 gemiddeld 3% gedaald." (www.famed.nl)

'Marktwerking in de zorg leidt tot verkwisting' en 'Marktwerking in de gezondheidszorg is een gedrocht.' Dit zegt hoogleraar Evelien Tonkens in het nieuwe boek 'Weten is meer dan meten' van journalist en publicist Tobias Reijngoud. Als toezichthouder in de zorg ziet zij zelf de nadelige effecten van de marktwerking. "Huisartsen laten steeds meer onderzoekjes doen." Door T. Reijngoud op www.socialevraagstukken.nl, 9 maart 2012.

Zorgprotest doet melding van enorme stijgingen van de ziektekosten voor de gemiddelde Nederlander zoals een stijging van 21% voor de basisverzekering t.o.v. 2006, een stijging van de aanvullende verzekering van 42%, een stijging van ziektekosten voor een alleenstaande van €575,- en voor een gezin van €1150,- vanaf 2006. De betaling van medicijnen, hulpmiddelen en therapieën is verschaald. (www.zorgprotest.nl)

In de studie 'The effect of competition on process and outcome quality of hospital care An empirical analysis for the Netherlands' analyseren Bijlsma, Koning, Shestalov en Aouragh (2010) de relatie tussen concurrentie en de kwaliteit van de geleverde zorg door ziekenhuizen in Nederland. Daar kwam als belangrijkste conclusie naar voren dat concurrentie effect heeft gehad op een aantal procesindicatoren, maar niet op de uitkomstindicatoren (o.a. mortaliteit).

Op de website www.artsenet.nl staat 27 februari 2012 het artikel 'Winstuitkering maakt de zorg beter'. Het gaat in op het wetsvoorstel dat minister Schippers naar de Tweede Kamer heeft gestuurd waarmee het voor ziekenhuizen makkelijker wordt om geld aan te trekken van pensioenfondsen, investeringsbedrijven en buitenlandse zorginstellingen. De verwachting leeft dat als er winstuitkering in de zorg bestaat dit de zorg beter, bereikbaarder en betaalbaarder zou maken.

KNMG-voorzitter Kruseman denkt echter dat er nog een lange weg te gaan is voordat in de zorg investeerders over de brug komen met vreemd kapitaal. "Voor de zorg moet gelden dat inhoudelijke ambities de kwaliteit van de zorg bepalen en dat de middelen en de vorm waarin deze worden ingezet daaraan dienend zijn. Vorm volgt inhoud en niet andersom", schrijft hij in zijn column op knmg.nl

In de NRC van 3 januari 2011 (www.nrc.nl) schrijft Reering dat Schippers tot 2015 de marktwerking in ziekenhuizen wil verminderen. "De minister wil dat ziekenhuizen tot 2015 niet meer uitgeven dan een door de overheid bepaald bedrag. En aan de vergoeding van behandelingen waarvan de prijzen de afgelopen jaren zijn vrijgegeven, wil zij alsnog een grens stellen. Het plan is opmerkelijk, omdat Schippers een dergelijke invloed van de overheid eerder steevast „pervers” noemde. Haar partij profileert zich ook altijd als voorstander van liberalisering.

Gezien „de majeure impact” en „risico's” van verdere liberalisering zet Schippers nu echter „een tijdelijke stap terug in termen van concurrentie”, zo staat in de notitie over haar plannen. Het „risico” van doorgaan met liberalisering is een voortdurende groei van de overheidsuitgaven aan gezondheidszorg. Ook Schippers' christen-democratische voorganger, Ab Klink, wilde die uitgavengroei stoppen. De kosten van de zorg stijgen jaarlijks met 4 procent. Dat is meer dan de groei van de economie.”

Baecke (BMC en in opdracht van VWS) beschrijft in 'Marktanalyse in het kader van de transitie jeugdzorg' (2011) dat bij *“openbare aanbesteding de jeugdzorg in een mum van tijd op z'n gat ligt”*. Hij is projectleider van het onderzoeksteam dat een analyse maakte van de huidige en toekomstige verhoudingen in de sector. Hij beschrijft drie verschillende inkoopmodellen en weegt de maatschappelijke effecten daarvan. Zo noemt hij dat er voldoende andere instrumenten zijn om de kwaliteit te bevorderen. *“Met prestatiesturing, benchmarking, klanttevredenheidsonderzoek en persoonsvolgende budgetten kan hetzelfde doel worden bereikt”. “Ook moeten zorgaanbieders buiten hun eigen deelsector samenwerken”*. Dit BMC-rapport vormt naar verwachting een van de bouwstenen voor de conceptwet die begin 2012 wordt gemaakt. *“De betrokken organisaties binnen de jeugdzorg zijn over het algemeen voorstander van de stelselwijziging, maar vrezen tegelijk dat de tucht van de markt de kwaliteit en continuïteit van zorg niet ten goede komt. Hun standpunten met betrekking tot marktwerking krijgen in veel opzichten bijval van de opstellers van het BMC-rapport.”*

Arie C. Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter artsenfederatie KNMG schrijft voor de website www.artsennet.nl op 16 november 2010: "Er is de afgelopen jaren een groot aantal wetenschappelijk onderzoeken gepubliceerd waarin de kosten en zorgkwaliteit van for-profit en not-for-profit instellingen worden vergeleken. Vrijwel zonder uitzondering tonen deze onderzoeken aan dat een for-profit benadering in de zorg leidt tot hogere kosten en lagere kwaliteit. Ik kan er niets aan doen, dit is een evidence-based constatering. Een constatering ook die anders is dan wat je intuïtief zou verwachten. Maar begrijpen doe ik het wel."

Op www.zorgmarkt.nl verschijnt op 15 februari 2012 het bericht dat de Nma pas akkoord gaat met de fusie van de ziekenhuizen het Spaarne Ziekenhuis en de Stichting Kennemer Gasthuis in Noord-Holland als ze eerst een vergunning van de Nma aanvragen en krijgen. De twee ziekenhuizen concurreren vooral met elkaar en niet zozeer met omliggende ziekenhuizen, constateert de Nma. , " Door de fusie valt de concurrentiedruk weg die beide ziekenhuizen op elkaar uitoefenen. Dit kan gevolgen hebben voor de betaalbaarheid en kwaliteit van de ziekenhuiszorg."

De Socialistische Partij meldt op 24 oktober 2008 reeds dat steeds meer zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg vinden dat zij hun vak nauwelijks nog kunnen uitoefenen. De marktwerking in de sector leidt tot een doorgeslagen verzakelijking met verschrompelende zorg als gevolg. Steeds meer personeel verlaat gedesillusioneerd het vak. Dit blijkt uit een uitgebreide enquête van de SP en de actiegroep 'Zorg Geen Markt' onder 5.400 zorgverleners. De resultaten zijn gebundeld in het rapport 'De GGZ ontworcht'. Het rapport wordt morgen tijdens de manifestatie 'De GGZ spreekt' aan minister Klink (Volksgezondheid) overhandigd. www.sp.nl/zorg

Met de introductie van de marktwerking werd verondersteld dat de totale zorgkosten (relatief) zouden dalen en de kwaliteit van de zorg zou verbeteren. De praktijk is echter weerbarstig en uit bovenstaande blijkt dat dit in werkelijkheid niet helemaal zo uitpakt. Het blijkt bijvoorbeeld dat de voorwaarde voor vrije toetreding in een markt niet echt houdbaar is, zoals een 'vrije marktplaats voor eerste hulp'. Aanbieders zien dit ook en gebruiken deze toetredingsbarrière als strategisch concurrentievoordeel. Ook de transparantie laat te wensen over. Het is in de praktijk ondenkbaar om als zorgvrager via het systeem van de zorgverzekeringen een rationele keuze te maken voor een zorgaanbieder. De hoeveelheid te vergelijken informatie brengt zoveel inspanning met zich mee dat het praktisch onhaalbaar wordt om alles te vergelijken. Daarbij wordt het erg lastig om als leek de kwaliteitscriteria voor zorgaanbieders vast te stellen.

Het invoeren van concurrentie betekent in veel gevallen het opvoeren van prijsdruk. Dat is gunstig totdat het ideale prijsniveau is bereikt. De "onzichtbare hand" (De Greef, 2007) van marktwerking zorgt ervoor dat de markt zich stabiliseert op dit punt. Helaas blijkt in de praktijk de onzichtbare hand werkelijk onzichtbaar te zijn. Dat betekent dat prijzen onder het minimum van bestaansrecht kunnen dalen, waardoor aanbieders concessies gaan doen in de kwaliteit, bijvoorbeeld bij de thuiszorg destijds. Innovatie

wordt uitgesteld en gekwalificeerd personeel wordt minder snel aangetrokken (bij sommige GGZ-instellingen gaan momenteel de psychotherapeuten er het eerste uit!), of krijgt men een minder gunstige beloning (jonge psychologen worden aangetrokken). Het omgekeerde gebeurt bij de topsalarissen, waar de markt dwingt tot enorm hoge beloningen, want dat is wat de markt ervoor biedt (het aantal bestuurders in de zorg die meer dan de 'Balkenendenorm' verdienen is tot voor kort behoorlijk gestegen). Op deze manier verzorgt marktwerking excuses voor bedrijfsmatige beslissingen die aan het geleverde product schade berokkenen, niets toevoegen of juist kostprijsverhogend werken. Zo produceert het concept van marktwerking schade aan haar eigen beloften.

Op zich schuilen er zelfregulerende krachten in het idee van een vrije markt, maar in de praktijk van de zorg waar allerlei regulerende invloeden van buitenaf opgelegd worden, zullen deze zelden of nooit behaald kunnen worden. Het resultaat is dat mensen, met alle goede bedoelingen van dien, deze ideale voorstelling van zaken blijven nastreven en daarom altijd vinden dat het beter kan. Paradoxaal genoeg lijkt het juist dat het gebrek aan marktwerking, de onhaalbaarheid, het nastreven van marktwerking in de weg staat. Een voorbeeld van marktwerking was de invoering van de Persoon Gebonden Budget financiering. Zorgbehoeftigen mochten zelf hun zorg inkopen. Er ontstond een soort 'vrije markt' waar de zelf ordende principes tot uiting mochten komen. De 'genieter was nu de betaler' (wat bij Zorg in Natura niet het geval is). Toen zorgvragers en masse overstapten op deze manier van financiering was dit voor de overheid reden om deze financieringsvorm voor de extramurale zorg af te schaffen. Het marktmechanisme ging ten onder aan haar succes.

Samenvatting van het krachtenveld van de markt

Het paradoxale krachtenveld 'markt' wordt door deze schetsen duidelijk:

- Marktwerking met vrije concurrentie impliceert dat:
 - aanbieders efficiënter gaan werken,
 - wat een verbetering van de kwaliteit en een verlaging van de kostprijs oplevert,
 - met als voorwaarde dat er een evenredige kans en vrije keuze voor aanbieders is om deel te nemen aan de markt,
 - waardoor een economische groei ontstaat waar iedereen, dus ook de afnemer, baat bij heeft.

Door de regulering van de marktwerking kan het zelf ordenende principe moeilijk gehaald worden.

- Minister Schippers wil de liberalisering beteugelen door maximalisering van omzet en tarieven. Het gaat om een gereguleerde markt. Een contradictie in terminus. Instellingen investeren veel om 'koploper te zijn in de markt' maar het budgetplafond blijft gehandhaafd.
- GGZ-instellingen worden door de ziektekostenverzekeraars tegen elkaar uitgespeeld in het onderhandelen over verruiming van productieafspraken door kortingen te bedingen op het tarief. Aan de andere kant moeten aanbieders van de ziektekostenverzekeraar ook samenwerken om ketenzorg te organiseren. Een andere overheidsinstantie, NMA, houdt dit soort samenwerking nauwlettend in de gaten. Daarnet was je nog elkaars concurrenten, nu moet samengewerkt worden.

- Uit verschillend onderzoek komt naar voren dat een for-profit benadering in de zorg leidt tot hogere kosten en lagere kwaliteit (Nieuwenhuijzen Kruseman, 2010).
- Ondertussen is het Nza enthousiast dat kostenexplosie achterwege blijft na marktwerking. In de jeugd-GGZ zijn de kosten weliswaar de afgelopen jaren per behandeling (DBC) 1 a 2% per jaar gedaald (GGZ Nederland 2011), maar omdat dit een gemiddelde is en afhankelijk van andere uitkomsten is dit percentage tamelijk onbetrouwbaar. De totale omzet jeugd-GGZ is echter jaarlijks 8% gegroeid. De wachttijden zijn nagenoeg het zelfde gebleven. De totale kosten zijn in 10 jaar verdubbeld.
- De invoer prestatiebekostiging DBC, ROM, andere effect- en tevredenheidsmetingen en verantwoordingsinstrumenten, bedoeld om de zorg te vergelijken met de concurrenten, heeft een enorme investering in geld en aandacht gekost.
- De private zorguitgaven stijgen per jaar fors per inwoner.
- De overheid heeft de verwachting dat als er winstuitkering in de zorg bestaat dit de zorg beter, bereikbaarder en betaalbaarder zou maken. Door derden wordt dit zeer bekritiseerd.
- Uit onderzoek door de SP onder werknemers van de GGZ komt naar voren dat men de marktwerking in de GGZ als een doorgeslagen verzakelijking ervaart met naar hun beleving verschromelende zorg als gevolg (Palm et al., 2008).

Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld markt

Hoe kan een bestuurder zich vanuit deze dynamiek gedragen? Hij moet zich verhouden tot zijn rollen als hoeder van het publieke belang en die van marktkoopman. De koopman appelleert aan winstoordeel, efficiëntie en innovatie. De hoeder van het publieke belang aan gelijke toegankelijkheid, rechtvaardigheid en solidariteit (Putters, 2009). Aan de ene kant wordt hij gedwongen zijn instellingen 'bloot te stellen' aan marktwerking maar aan de andere kant wordt hij beperkt als hieruit succes mocht blijken te komen. Ook nemen de regels en verantwoordingseisen minstens recht evenredig toe. Hoe rijmt dit met de vrije markt?

Als we naar de reacties uit het GGZ-veld kijken, zie hoofdstuk 3, kunnen we het volgende gedrag begrijpen vanuit de dynamiek die voortkomt uit de marktwerking:

- Hoewel er door de NVvP forse kritiek wordt geuit op de overheid, wordt er ondertussen gewerkt aan een 'first customer-constructie' waardoor gemeenten als eerste bij diezelfde leden van de NVvP gespecialiseerde GGZ zullen inkopen. Survival of the fittest.
- Eén van de GGZ-aanbieders ziet duidelijk kansen bij een transitie en is hierover reeds met gemeenten in onderhandeling ('market-driven'). Hoewel de regionale ziektekostenverzekeraar een aantal toetredingsbarrières oplegt (hij wordt vooralsnog niet gecontracteerd als jeugd-GGZ aanbieder maar moet via de restitutieregeling de DBC's declareren waardoor ze maar 60% van de NZA-prijs betaald krijgen), richt hij zich sterk op de gemeenten en hoopt zich op die manier te bewijzen. Als nieuwe toetredster in de markt van de jeugd-GGZ vergroot hij zijn marktaandeel door ook het aanbieden van eerstelijnszorg (jeugdzorg die betaald wordt door de gemeente, PGB of provincie) en het declareren voor een veel lagere prijs. De hele instelling is hierop gericht. Hij gaat duidelijk de concurrentiestrijd aan binnen de bedrijfstak. Samenwerking met collega-instellingen staat op de 2^{de} of misschien wel 3^{de} plaats.

- Verandering van propositie. GGZ-aanbieders versterken hun 2^{de} en 3^{de} lijnszorg waarvan ze weten dat dit alleen maar bovenregionaal ingekocht kan worden door de gemeenten. Ze willen zich onderscheiden waardoor toetredingsdrempels voor de anderen toenemen. Het is de vraag in hoeverre dit concurrentiegedrag voortkomt uit het veilig stellen van de eigen instelling of dat men gericht is op de hele keten.
- Hoewel er veel kritiek wordt geuit op de komende transitie vinden er ondertussen op diverse manieren 'micro-politieke acties' plaats om het eigen marktaandeel veilig te stellen, bijvoorbeeld het aangaan en verzorgen van contacten met WMO-ambtenaren.
- Zorgaanbieders zijn bezig hun positie te verstevigen, willen daarom samenwerking en overwegen soms fusies met andere aanbieders. Hiervoor is vertrouwen nodig en respect voor elkaars positie. Maar tegelijkertijd is men concurrenten van elkaar en op de hoede voor de ander. Daarnaast houdt de NMA samenwerkingsvormen in de gaten om de concurrentie te laten voortbestaan.
- Binnen de gehele jeugdzorg wordt verschillend gereageerd op de komende transitie. De GGZ wordt al door de gemeente gefinancierd en ziet haar aandeel door de transitie toenemen. De jeugdzorg is ook al fors aan het lobbyen bij gemeenten om aan te sluiten op regionaal gemeentebestuur. Zij allen zien veel kans om in de 0^{de}, 1^{ste} en 1 ½^{de} lijn nieuwe activiteiten te ondernemen. Dit werkt versplinterend in het gehele veld.

Het krachtenveld markt leidt vanuit deze dynamiek tot verschillend gedrag met een accent op het veiligstellen en/of vergroten van het eigen marktaandeel. Op zich kunnen hier prima resultaten uit voortkomen, kijk bijvoorbeeld naar een winkelcentrum waar afstemming kan leiden tot een goede keten van diverse winkels. Maar door financiële regulering van de overheid, eisen rondom kwaliteit en diverse toetredingsbarrières functioneert de marktwerking maar gedeeltelijk en wringen velen zich in bochten om hiermee zo goed als het kan om te gaan. Het lijkt er nu op dat met name de nadelen opvallen omdat er niet 'doorgepakt' kan worden. Stel, de (zelfregulerende) wetten van de marktwerking zouden volledig mogen werken, dan weet je wel waar je aan toe bent als aanbieder. Nu is dat beperkt en gedeeltelijk diffuus. Het veld raakt verdeeld, wat de samenhang nadelig kan beïnvloeden. Een lastig krachtenveld dus dat geen stevige afzetpunt vormt, een soort 'moeraslandschap'.

4.2.2.2 Het krachtenveld van de samenleving

De krachten in de samenleving zijn sterk en divers aanwezig. De uitdagingen door de RVZ geformuleerd, hebben ook betrekking op de culturele waarden in de samenleving, bijvoorbeeld anders omgaan met 'ziekte en zorg'. Het is dus van belang om dit krachtenveld goed te kennen. Hieronder worden een aantal belangrijke ontwikkelingen genoemd, te beginnen met enige demografische gegevens.

Verandering demografie

Uit onderstaande gegevens blijkt dat de bevolking vergrijsd en het aantal kinderen gaat afnemen. Ook de beroepsbevolking vergrijsd (dubbele vergrijzing) en zal afnemen, waaronder het potentieel medewerkers in de zorg. Het appel op de beroepsbevolking zal toenemen. Het is van belang dat deze groep gezond en optimaal ontwikkeld is. Verantwoording hiervoor nemen is nu van belang.

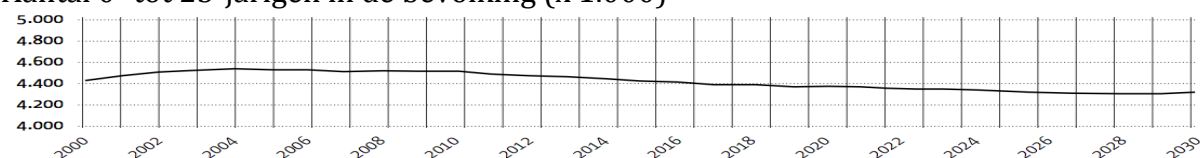
Vergrijzing in Nederland: 1960-2040

	1960	2000	2040
Aandeel 65+	9,0	13,6	25,5
Aandeel 80+	1,4	3,2	7,6
Afhankelijkheidsratio (65+/20-64jr)	16,9	21,9	48,1

Bron: OECD (2005)

(Erik Schut, MHBA maart 2011)

Aantal 0- tot 23-jarigen in de bevolking (x 1.000)



Bron: CBS Statline

Naast deze 'harde gegevens' zijn er een aantal sociaal-culturele ontwikkelingen in de samenleving en bij instellingen die van invloed kunnen zijn op de herinrichting reorganisatie van de jeugdzorg. Deze worden hier verder uitgewerkt.

Verschuiving begrip gezondheid

Er is een toename van bewustzijn over (on)gezondheid waardoor de zorgconsumptie toeneemt. Baars (2008) gaat in op enkele fenomenen die naar zijn idee de tijdsgeest goed weergeven en hij vindt bij Van Dyck hiervoor een aantal kaders waaruit blijkt dat de westerse mens gekenmerkt kan worden als een mens die gelooft in eigen mogelijkheden en naar harmonie en immateriële zaken streeft. Hij beschrijft verder dat in de loop van de 20^{ste} eeuw de mens zichzelf als gezond ervaart wanneer hij zich gelukkig voelt, sociaal en emotioneel welzijn ervaart en de kwaliteit van het leven als goed waardeert. Zie hiervoor ook de behoeftehiërarchie van Maslow (1943) waarin hij aangeeft dat men na het verkrijgen van de eerste levensbehoeften steeds meer sociale behoeften heeft en zelfactualisatie nastreeft.

Als mensen geïnterviewd worden over wat ze het belangrijkste vinden dan wordt de eigen gezondheid op nummer 1 geplaatst. De mogelijkheden om dit na te streven worden steeds groter, in de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Ook bij de kinderen zien we deze ontwikkeling. Afwijkend gedrag valt steeds meer op, wordt onderzocht, geclassificeerd en behandeld. Zo is het aantal 'rugzakjes' voor kinderen in het onderwijs zo schrikbarend gestegen dat dit nu afgeschaft moet worden. We willen bijzonder gedrag van onze kinderen optimaal begeleiden waardoor ze beter hun ontwikkelingskansen kunnen oppakken. Los van de vraag of dit naar bevredigende successen zal leiden, zal dit in ieder geval tot een enorme kostenstijging leiden van voorzieningen(school), begeleiding en behandeling. Dit staat op gespannen voet met de gelden die we momenteel willen uittrekken voor deze collectieve voorzieningen.

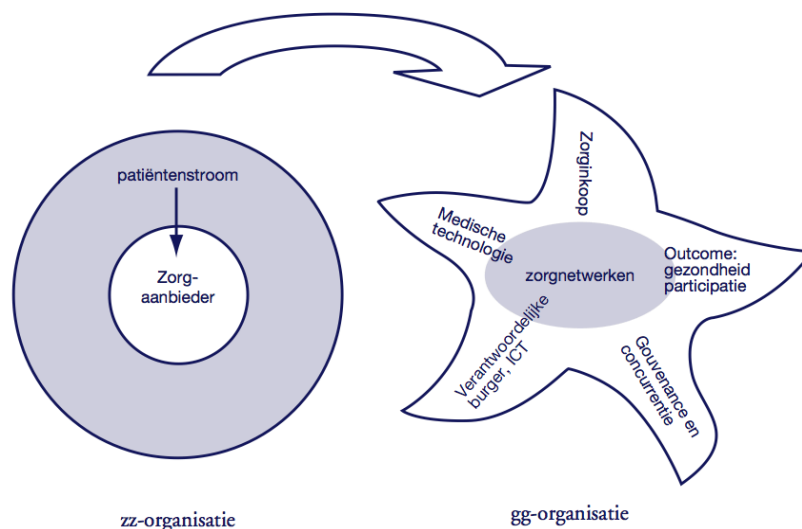
Van pathogenese naar duurzame gezondheidszorg

In 'Duurzame gezondheidszorg' (Van Gerven e.a., 2011) wordt ingegaan op de vraag hoe de gezondheidszorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar kan blijven. Er is een "masterplan nodig dat zich kenmerkt door duurzaamheid, hier bedoeld als een dienstbaar, samenhang scheppend principe". (Van Gerven e.a., 2011: 9)

Er worden in het boek een aantal bouwstenen voor duurzaamheid genoemd waaronder een meer gezondheid bevorderende boven een ziekte bestrijdende benadering en ontmoediging van medicalisering van de zorg en stimulering van humanisering. Deze ontwikkeling kan gezien worden in een bredere context waarin oog is voor samenhang tussen 'people, planet and profit'. Een balans hierin zou betere resultaten moeten opbrengen voor zowel het bedrijf als de samenleving en dit leidt weer tot duurzaamheid.

De ontwikkeling van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010) noemt in haar rapport een enorme groei in vraag en aanbod van zorg, terwijl de beschikbare middelen en menskracht volstrekt tekort schieten. Het huidige zorgaanbod kan deze uitdaging niet aan. Er is een ander paradigma nodig: kwaliteit van zorg gedefinieerd als bijdrage aan gezondheid en participatie. De burger is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid ('zorgplicht'). Het aanbod is nu nog te zeer gericht op zorg voor ziekte (zz). Het accent dient verlegd te worden naar gedrag en gezondheid (gg). De aanbieder dient zich te richten op kwaliteit en doelmatigheid. De overheid dient eisen te stellen aan maatschappelijk rendement. De verzekeraar handelt vanuit publiek belang als makelaar en coach van zowel vrager als aanbieder. De overheid dient hierin regie te nemen en zal als eerste de samenwerking dienen te organiseren. Zonder samenwerking met de sector, vragers en aanbieders gaat dit niet lukken.



Bron: RVZ, 2010.

Opkomst Pedagogisch Civil Society en werken aan een 'gezonde wijk'

Een belangrijke ontwikkeling voor de jeugdzorg is dat de laatste jaren de belangstelling toeneemt rondom het thema 'Pedagogische Civil Society' (PCS). Micha de Winter, hoogleraar Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken aan de Universiteit Utrecht en het Nederlands Jeugdinstituut, heeft zich door de jaren heen met burgerschapsvorming (PCS) bezig gehouden.

Onder de ‘pedagogische civil society’ wordt verstaan (zie website www.nji.nl):

“gemeenschappelijke activiteiten van burgers rondom het grootbrengen van kinderen. In een goed functionerende pedagogische civil society bestaat er bij burgers de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid rond het opgroeien en opvoeden van kinderen te delen. Ouders, jongeren en buurtbewoners, maar ook familieleden, leraren, sportcoaches, kortom: burgers, zijn op zo’n manier onderling betrokken dat het bevorderend is voor het opvoeden en opgroeien van kinderen en jeugdigen”.

De gedachten achter de PCS sluit goed aan bij de ontwikkeling voor het lokale jeugdbeleid. Daarin zijn eigen kracht van burgers, onderlinge betrokkenheid en sterkere sociale verbanden belangrijke uitgangspunten. Niet langer staat het oplossen van individuele problemen door de professional centraal, maar draait het om de burger en diens kracht. Sinds 2000 organiseert de ‘Eigen Kracht Centrale’ conferenties in heel Nederland. Men werkt zo aan een samenleving waarin “participatie en samenredzaamheid van burgers centraal staan en waarin burgers de zeggenschap houden over hun eigen leven, zeker in contact met organisaties en overheden” (www.eigen-kracht.nl).

Het pleidooi voor een sterke en coherente sociaalpedagogische omgeving baseert men mede op bevindingen van Robert Putnam (2000). Uit zijn grootschalig en vergelijkend onderzoek blijkt dat problemen in het Amerikaanse onderwijs niet met louter onderwijshervormingen zijn op te lossen. In plaats daarvan zijn bredere maatschappelijke oplossingen (sociaal kapitaal) nodig. De RMO (2011) stelt dat deze analyse ook van toepassing is op de jeugdzorg. De belangrijkste reden waarom het tot op heden fout is gegaan, is dat problemen aangepakt worden met individuele interventies, terwijl de oorsprong van de problemen het individuele niveau overstijgt.

Er bestaat een brede basis aan wetenschappelijke onderbouwing voor de positieve effecten van sociale verbanden voor opvoeden en opgroeien (De Winter, 2010), of te wel “it takes a village to raise a child” (Paes en Sohler, 2010):

- Sterke sociale verbanden dragen bij aan een vermindering van isolatie en een toename van opvoedingsvaardigheden en kennis (www.nji.nl/opvoedingsondersteuning).
- Sociale steun vergroot de draagkracht van gezinnen en helpt ernstige opvoedingsmoeilijkheden te voorkomen. Het zorgt voor ontspanning van de druk die ouders rond opvoeden ervaren, steunt relaties tussen ouders en hun kinderen en beschermt gezinnen tegen kindermishandeling en disfunctioneren. (De Winter, 2008; RMO/RVZ 2009, en www.nji.nl/opvoedingsondersteuning, zie onder ‘informele sociale steun’).
- Ook voor kinderen is het van belang op te groeien in een omgeving die rijk is aan sociale relaties, omdat zij leren van voorbeeldgedrag van anderen. In buurten waar meer mensen elkaar en elkaars kinderen kennen, groeien kinderen met minder gedrags- en emotionele problemen op.

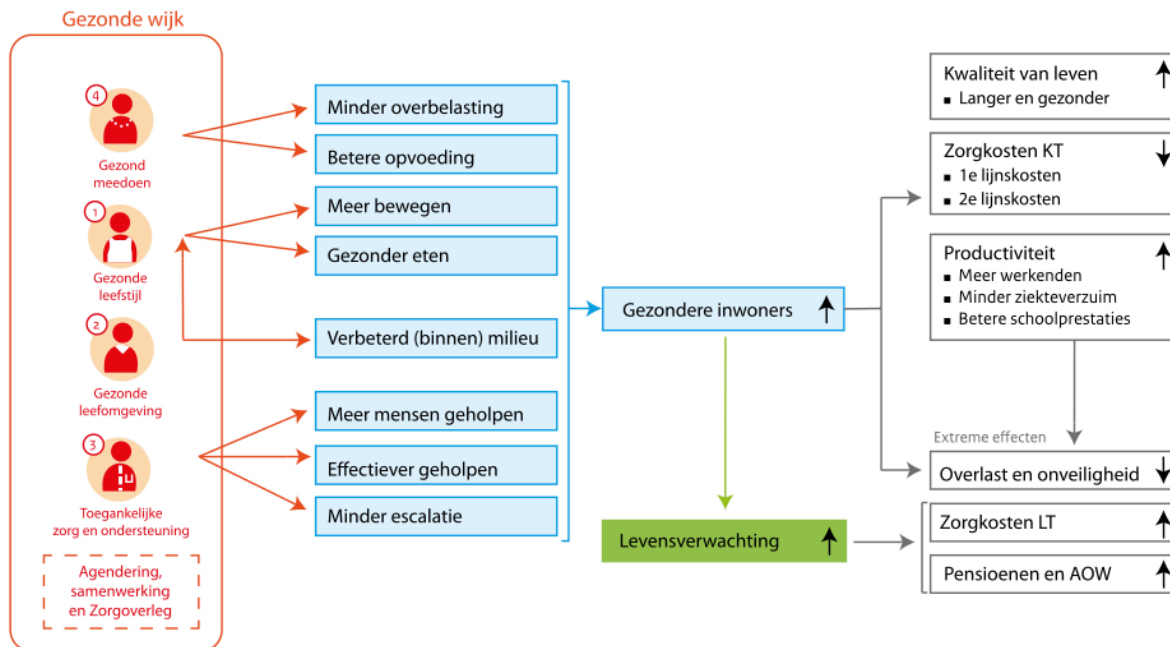
- Buurten waar jeugdigen meer onderlinge banden hebben, waar meer zicht is op jeugdigen en waar de bereidheid om iets voor de buurt te doen hoger is, kennen minder overlast en misdrijven. Zie voor meer informatie www.allemaalopvoeders.nl, onder 'achtergrond'. M.de Winter okt. 2009: Onderzoek: Versterking Pedagogische Civil Society (VPCS).
- Door wetenschappelijk onderzoek wordt steeds meer aangetoond dat er sprake is van een hersenen-omgevinginteractie (Hanna Swaab, 2011): "Het proces van groei en ontwikkeling van het zenuwstelsel leidt tot de specialisatie van bepaalde hersengebieden voor bepaalde cognitieve functies en derhalve voor aspecten van gedrag. Deze aangeboren specialisatie komt echter niet tot stand zonder interactie met de omgeving. Er is een duidelijke invloed van omgevingsfactoren op de hersenontwikkeling. Naast biologische omgevingsfactoren, zoals eerder besproken, is het gezinssysteem en de sociale omgeving daaromheen ook een belangrijke omgevingsfactor die van invloed is op de hersenontwikkeling. Het kind reageert op prikkels uit de omgeving, op een manier die wordt bepaald door zijn ontwikkelingsniveau en zijn mogelijkheden en onmogelijkheden."



(www.zazzle.co.uk)

Drie jaar lang hebben dertien gemeenten het experiment Gezonde Wijk uitgevoerd (Kuijpers et al. 2012). Dit deden ze samen met de ministeries van VWS en BZK. Het gemeenschappelijke kenmerk van deze experimenten is een structurele integrale aanpak die vroeg om inzet en geld in nieuwe en innovatieve samenwerkingsvormen van publieke en private organisaties. En het had resultaat! Juist de som der delen zorgt voor de wenselijke verandering. Al na drie jaar is verbetering zichtbaar. Bewoners voelen zich meer betrokken. Ze hebben bovendien minder overgewicht en bewegen meer. De zorgkosten zijn omlaag gegaan en nieuwe vormen van samenwerking zijn ontstaan. Uit een aantal recente CBS-cijfers blijkt dat tussen 2007 en 2009:

- het aantal mensen in aandachtswijken dat de eigen gezondheid als goed ervaart steeg met 5 procent;
- het aantal mensen met ervaren psychische problemen daalde met 4 procent (in de rest van Nederland bleef dat aantal gelijk);
- het aantal rokers in aandachts- wijken minder was dan in de rest van Nederland.



(uit: Kuijpers et al., 2012)

Opkomst sociale inclusie, Balanced Care en FACT

In het model van de PCS past ook het idee van de 'sociale inclusie' (Kröber en Van Dongen, 2011), met name ontwikkeld om mensen met een verstandelijke beperking weer mee te laten doen aan het sociale leven. Dit geldt in feite voor iedereen met een 'beperking'. Kwaliteit van bestaan is onlosmakelijk verbonden met begrippen als deelname aan de samenleving, maatschappelijke participatie, het onderhouden van relaties, burgerschap en inclusie. Het is een grote uitdaging om gelijkwaardigheid, inclusie en keuzemogelijkheden voor mensen met een beperking te realiseren. Overmars-Marx (2011) benoemt vijf beïnvloedende domeinen om inclusie optimaal te kunnen laten plaatsvinden:

1. Individuele kenmerken (de vaardigheden van de mens met een beperking en hoe kan deze zelf iets doen t.b.v. de sociale integratie?)
2. Informeel netwerk (heeft de cliënt een informeel netwerk en hoe krijg je dit?)
3. Professionele omgeving (de zorgverlener wordt meer ondersteuner, van 'zorgen voor...' naar 'zorgen dat...' = ook een cultuuromslag bij professionals!)
4. Buurtkenmerken (wat is het absorptievermogen van een buurt om mensen met een beperking op te nemen?)
5. Beleid (de-institutionaliserend of niet?)

Met het concept 'sociale inclusie' valt een verschuiving waar te nemen van het medische model naar het burgerschapsmodel waarin de cliënt zorg krijgt in en vanuit de directe samenleving.

In de GGZ is men internationaal reeds lange tijd bezig om mensen met psychiatrische problematiek in hun eigen omgeving te behandelen en ondersteunen. Dit is een belangrijke trend die aansluit op PCS en sociale inclusie.

In de UK is in de jaren '90 de methode 'Balanced Care' ontwikkeld (Thornicroft en Tansella, 2003). Dit sluit aan op de WHO die community-based GGZ voorstaat.

Het Regionaal Kantoor van het WHO voor de gezondheid in Europa Evidence Network (HEN) beschrijft een aantal principes die belangrijk zijn in het begeleiden van de ontwikkeling van community-georiënteerde diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Een paar voorbeelden zijn de autonomie van de cliënt en het verzorgen van continuïteit waarin het erom gaat dat de betrokken diensten in een samenhangend en duurzaam hulpverleningsaanbod worden georganiseerd.

Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat er duidelijke voordelen zijn aan deze 'nonspecialized, community-based multidisciplinaire teams'. Het leidt tot meer tevredenheid bij de gebruikers. Er is sprake verhoogde continuïteit van zorg en flexibiliteit.

Er is veel verwantschap tussen Balanced Care en FACT. Dit laatste staat voor Function Assertive Community Treatment. In de VS is ACT ontwikkeld voor cliënten met de meest ernstige vormen van psychiatrische problematiek (schizofrenie, psychiatrie en verslaving, LVG en psychiatrie). Zij werkten in psychiatrische ziekenhuizen en kregen te maken met een groot aantal cliënten die steeds weer werden opgenomen. Zij ontwikkelden een methode om deze mensen buiten het ziekenhuis stabiel te laten blijven en te helpen overleven in de maatschappij. Aanvankelijk noemden zij dit 'training in community living' (Van Veldhuizen et al., 2008). De cliënten werden intensief en op assertieve wijze (bemoeizorg) voor hun aandoening behandeld waarbij ook aandacht was voor zorg en rehabilitatie. Het was als het ware een ambulante kliniek, die door hen ACT werd genoemd. Dit heeft in veel staten van Amerika een grote vlucht genomen. Dit concept is overgenomen door een aantal Nederlandse GGZ-instellingen ten tijde dat de zorg aan deze cliënten moest worden geëxtramuraliseerd. Er ontstonden wijkteams voor een regio van ongeveer 50.000 inwoners met gemiddeld zo'n 200 cliënten met ernstige psychiatrische problematiek (afhankelijk van de epidemiologische factoren). Het FACT-team is multidisciplinair samengesteld, er vindt multi-modulaire behandeling/begeleiding plaats en men richt zich op de cliënt in zijn eigen omgeving en het eigen netwerkperspectief. Men sluit aan op de eigen mogelijkheden.

Van het begin af aan is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van (F)ACT. In Amerika bleek dat het aantal heropnames sterk afnam waardoor de zorg veel goedkoper werd. Dit werd in Europa niet zozeer bevestigd, waarschijnlijk omdat hier de ambulante zorg al redelijk goed was georganiseerd. Cliënten waren ook over het algemeen meer tevreden. Er werd minder meerwaarde gevonden voor het verbeteren van symptomen en functioneren.

In het wijkgericht werken is er een tendens de presentietheorie van Baart (2001) te omarmen. Het kan een antwoord geven op de gevestigde GGZ die soms vast zit in de terminologieën van diagnostiek en interventies. "Met presentiebeoefening is bedoeld dat men in alle opzichten (qua tempo, doelen, ritme van werken, taal, werkvormen, interesse, rolneming etc.) poogt aan te sluiten bij de mensen zelf, vooral bij wie 'sociaal overbodig' is of anderszins niet in tel, en dat men dus ook een sterk accent legt op de vrijelijke aanwezigheid in hun leefwereld." (www.presentie.nl) Deze ontwikkelingen hebben allen invloed op het samenspel van krachten in de huidige samenleving.

Samenvatting van het krachtenveld van de samenleving

Een bestuurder kan niet om de dynamiek uit de samenleving heen. Zo had de GGZ in jaren zeventig te maken met een beweging die gericht was op de-institutionalisering van psychiatrische instituten (de 'anti-psychiatrie'). Momenteel lijkt deze trend, na een periode van 'biologisch georiënteerde psychiatrie' en ongebreidelde groei van diverse jeugdzorgmogelijkheden, voortgezet te worden in een beweging waarin normalisering, humanisering, duurzaamheid en behoefte naar samenhang en integratie centraal staan. Dit is een geheel ander krachtenveld dan bijvoorbeeld de medische professie.

Samengevat kunnen we spreken van de volgende kenmerken:

- Verschuiving van het begrip van en behoefte aan (psychische) gezondheid en de toenemende mogelijkheden om dit na te streven,
- Behoeft aan duurzame gezondheidszorg, onder meer als antwoord op de toenemende kosten en medicalisering, zoals:
 - gezondheidsbevordering i.p.v. cure, of "van zz naar gg", "eigen-kracht",
 - zorgverantwoordelijkheid bij burger vergroten,
 - binnen context triple-P (profit, planet, people).
- Opkomst PCS en 'gezonde wijk' als antwoord op verregaande individualisatie en 'survival of the fittest' waardoor kennelijk veel 'uitval' ontstaat bij burgers.
- Er wordt een appel op de overheid gedaan om hierin samen met publieke en private initiatiefnemers verantwoording te nemen.
- "It takes an entire village to raise a child". Dit concept wordt op diverse manieren reeds beoefend zoals: 'gezonde wijk' (VWS/BZK), 'sociale inclusie' (VGN) en 'PCS' (Nji, NIPO en VNG). Balanced Care en FACT zijn modellen die o.a. overeen komen met deze uitgangspunten en bereiken ook meer tevredenheid onder de zorgafnemers, verbetering van (psychische) gezondheid onder de burgers en lagere zorgkosten. Nieuwe ICT-mogelijkheden (social media) kunnen dit ondersteunen.
- Er zijn evidence based theorieën hierover waardoor bovenstaande ervaringen goed gegeneraliseerd kunnen worden op andere plekken. Het gaat telkens om een samenhangende aanpak (zie b.v. de 5 domeinen van Overmars-Marx).

Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld samenleving

Hier zie je een opvallend verschijnsel. De overheid legitimeert de komende wetswijziging jeugdzorg voor een belangrijk gedeelte vanuit het krachtenveld samenleving. Ze hamert op de-medicalisering, humanisering, verantwoordelijkheid bij de burger enzovoorts. Het gaat echter altijd gepaard met bezuinigingen waardoor de zorgaanbieder telkens bedachtzaam moet zijn of je niet het paard van Troje binnenhaalt. De overheid komt hierin dubbelzinnig over. De geïnterviewde bestuurders van de jeugd-GGZ zijn wantrouwend naar dit soort legitimaties voor de transitie. Daarom wordt een aantal keer de zin geformuleerd "is dit streven naar goed burgerschap niet naïef?". Er is wel degelijk een brede consensus tussen partijen over de inhoudelijk beoogde doelen met de transitie (Baecke, 2011), die deels gestoeld zijn op trends in de samenleving. De manier waarop dit door de overheid wordt aangestuurd roept echter vele protesten op, vooral als er dubbele boodschappen worden uitgezonden.

We kunnen het volgende gedrag van bestuurder begrijpen vanuit het krachtenveld samenleving:

- De bestuurders van de jeugdzorg (provincie) richt zich veel op multi-probleem gezinnen waardoor hun uitgangspunten redelijk aansluiten op het gedachtengoed van de PCS. Dit maakt dat deze bestuurders de transitie weliswaar risicovol vinden maar zeker niet onverstandig.
- Ook de GGD ziet grote kansen en omarmt dit domein! Logisch want zij zijn reeds speler op dit terrein en hoeven hun organisatie nauwelijks aan te passen op deze veranderende oriëntatie.
- Dit maakt de positie van de jeugd-GGZ kwetsbaar. Branche- en beroepsverenigingen van de jeugd-GGZ zien wel enige relevantie in de redenen voor transitie maar reageren nauwelijks vanuit dit sociaal maatschappelijke domein. Mogelijk zou een klein percentage overgeheveld kunnen worden naar versterking van de 0^{de} en 1^{ste} lijn maar verder wordt de 2^{de} lijn GGZ erg buiten het hele gebeuren gehouden door zich te beroepen op het andere domein: de professie.
- De 5 geïnterviewde jeugd-GGZ aanbieders reageren verdeeld. Met name de grotere geïnstitutionaliseerde instellingen en de ZZP'er hebben niet veel met dit domein. Ze vinden het eerder naïef om van hieruit de eigen strategie te bepalen. De kleinere jeugd-GGZ aanbieders lijken de genoemde signalen uit de samenleving wel waardevol te vinden en lijken zich te willen inspannen om hiervoor verantwoording te nemen. Dit verschil is opvallend. De discussie nurture-nature wordt erbij gehaald. Hoe meer belang gehecht wordt aan 'nature', hoe meer men zich legitimeert vanuit het domein van de professional/de dokter. De instelling die meer belang hecht aan de omgeving van het opgroeiende kind ziet meer noodzaak om die 'civil society' te helpen realiseren en wil hieraan mee doen, tot op zekere hoogte natuurlijk.

4.2.2.3 Het krachtenveld van de medische professie

De jeugd-GGZ valt van oorsprong in het domein van de medische professie ('Medisch Opvoedkundig Bureau' en 'Kinder- en Jeugd Psychiatrie'). De medische professie kent eigen waarden, normen en sturingsmechanismen. De missionstatement bij de jeugd-GGZ zal altijd gaan over het behandelen van een psychische aandoening. De missie gaat niet over het ingaan op samenlevingsvragen en staat in wezen ver af van een ambitie om de omzet te verdubbelen vanuit een commercieel belang. En om dit missionstatement waar te maken heeft men een organisatie nodig. Dus logisch dat dit domein de bestuurder van een jeugd-GGZ het meest zal beïnvloeden in zijn strategie, afhankelijk van zijn affiniteit met de professie. Maakt hij ook zelf deel uit deze medische beroepsgroep, dan kent hij als eerste het uitgangspunt dat medische urgentie altijd leidend moet zijn in de keuzes die gemaakt worden. Dit derde domein raakt de zorgafnemers op de meest persoonlijke wijze en daar waakt de professional voor.

Dit domein kan in een tweetal aspecten worden gerubriceerd waardoor duidelijk wordt welke krachten er zijn die aan de bestuurder trekken:

A. Zorginhoudelijk:

- Specialistische kinder- en jeugdpsychiatrie is een medische discipline waar het niet zozeer om welzijns- en opvoedproblematiek gaat. Het is van belang

om vroegdiagnostiek te doen om erger te voorkomen. Als deze van origine neurobiologische stoornis onvoldoende wordt onderkend en erkend loopt men het risico op te late en of onjuiste interventies.

- Dit brengt ons op de typische artseneed die in 2003 is aangepast maar nog wel steeds op basis van de oorspronkelijke eed van Hippocrates:

"Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig. Dat beloof ik."(www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/page2/artseneed2.html)

- Er moeten geen schotten gecreëerd worden tussen de somatiek en de psychiatrie. Veel psychische klachten presenteren zich via lichamelijke klachten. Daarom moet de huisarts de poortwachter blijven en niet een CJG. Ook moeten er geen schotten komen tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie. Het zorgaanbod moet voldoende gegarandeerd blijven.
- Kwaliteitsverbetering van deze zorg heeft grote prioriteit. Hiervoor is het van belang om specialisatie van zorg te waarborgen.

B. Wet- en regelgeving:

- Hoe worden de Rechten van het kind gewaarborgd?

Artikel 24: Een kind dat geestelijk of lichamelijk is gehandicapt, heeft recht op bijzondere zorg. De overheid waarborgt het recht van het gehandicapte kind op een waardig en zo zelfstandig mogelijk leven waarbij het kind actief kan deelnemen aan de maatschappij. De overheid zorgt ook voor bijstand om de toegang tot onder meer onderwijs, recreatie en gezondheidszorg te verzekeren.

Voor kinderen met een handicap zijn twee punten van belang: 1) Zij moeten zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van de algemene voorzieningen die er voor alle kinderen zijn; 2) Zij moeten, daar waar het nodig is, gebruik kunnen maken van speciale voorzieningen.

Artikel 25: Een kind dat uit huis is geplaatst voor zorg, bescherming of behandeling van zijn of haar geestelijke of lichamelijke gezondheid, heeft recht op een regelmatige evaluatie van zijn of haar behandeling en of de uithuisplaatsing nog nodig is. Tijdens de uithuisplaatsing hebben kinderen het recht om contact te hebben met hun ouders, tenminste als dat niet schadelijk voor ze is.

In het VN-Kinderrechtenverdrag staat dat kinderen recht hebben op gezinsleven, daarom moet er altijd eerst worden gekeken of het kind in een pleeggezin terecht kan. Ook hebben kinderen recht op continuïteit en stabiliteit in de verzorging en opvoeding. Dat betekent dat ze dus niet steeds ergens anders heen gestuurd mogen worden.

(<http://www.kinderrechten.nl/p/19/151/kinderrechten>)

- Recht op vrije artskeuze/keuzevrijheid zorg in Nederland.
- Wetgeving BOPZ, WGBO (medisch beroepsgeheim en tuchtrecht), BIG, etc. Hier volgen strikte richtlijnen uit. Toetsing kwaliteit van de instellingen en kwaliteitstoetsing professionals is strikt geregeld via Kwaliteitswet Zorginstellingen, Beroepsverenigingen en Inspectie.

Hoewel de jeugd-GGZ in het medische domein verkeert (de zorg wordt door de ziektekostenverzekeraar betaald), voelt het verwantschap met het sociaal culturele domein waarin de jeugdzorg, BJZ en welzijnszorgorganisaties zitten. Ook binnen het medische domein wordt waarde gehecht aan de invloed van de omgeving. Er wordt niet voor niets gesproken van een 'bio-, psycho- sociaal model'. Dit betekent dat de diagnostiek en behandeling gebaseerd wordt op invloeden van alle drie de grondslagen. De jeugd-GGZ-professional heeft dus wel degelijk kennis van de invloed van het systeem waarin het kind opgroeit en beschikt over interventiemogelijkheden om deze invloed te behandelen. De kennis hieromtrent valt dus ook binnen het domein van de professie. Het is opmerkelijk hoe weinig dit naar voren wordt gebracht in de discussie over de transitie. Men lijkt zich toch vooral te legitimeren vanuit de grondslag "biologisch genetisch" binnen de medische professie. Misschien door de polarisatie die er gaande is met de overheid die zich juist beroept op het belang van de sociale invloeden?

Samenvatting van het krachtenveld van de medische professie

De jeugd-GGZ valt van oorsprong binnen het medische domein (gezondheidszorg). Dit is altijd al verruimd geweest met kennis van en behandelmogelijkheden vanuit het sociaal-culturele domein (het systeem van het kind). De jeugd-GGZ onderscheidt zich echter met de medische professionele blik en kent van hieruit een groot aantal medisch zorginhoudelijke en wettelijke kaders waarbinnen men zich dient te houden. De professional beroept zich hierop als er onderscheid gemaakt moet worden tussen de jeugdzorg en jeugd-GGZ. Het lijkt erop dat men in dit eigen zwaard valt, nu de overheid jeugd-GGZ in het domein van de samenleving onder regie van de gemeenten wil onderbrengen.

Afhankelijk van de sterkte van de affiniteit met dit krachtenveld zal de bestuurder zijn gedrag hierdoor laten bepalen. Vandaar dat binnen de jeugd-GGZ verschillend wordt gereageerd op de transitie. Als de bestuurder oorspronkelijk een psychiater is die sterke affiniteit heeft met de biologisch genetische component van de psychopathologie van een kind, dan zal hij zich anders opstellen in de discussie dan als hij een achtergrond heeft als socioloog.

Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld medische professie

De branche en beroepsverenigingen reageren heel sterk vanuit dit domein. Enkele citaten:

- Zou de jeugd-ggz uit het domein van de gezondheidszorg worden getild, dan is de kans groot dat de sector deze meerwaarde verliest (GGZ-Nederland).
- In een stelsel van verzekerde zorg is de inhoud het best gewaarborgd (NVvP).
- Door het medisch specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie uit de verzekerde zorg te halen, verliest het de verankering met regels die de zorg voor een psychiatrisch ziek kind waarborgen (NVvP).

- Psychiatrische ziekten zijn serieuze ziekten en geen maatschappelijk ongemak. We zullen ons als beroepsgroep hardmaken om de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie te voorkomen. Als professionals hebben we de plicht om voor onze patiënten op te komen. Er is een groot risico dat de jeugd-ggz ondersneeuwt bij de jeugdzorg. Er worden tal van medisch zorginhoudelijke en wettelijke eisen aangehaald om dit te onderschrijven (NVvP).

Jeugd-GGZ aanbieders legitimeren hun reactie ook grotendeels vanuit dit domein.

- 80% Van de curatieve GGZ kan het beste door de GGZ aanbieders verzorgd worden, daar hoeft geen gemeente tussen te komen. 20% is 'multivocaal', waarover samenwerking mogelijk is. Dit mag naar de voordeur (directeur jeugd-Riagg).
- Onze patiënten zijn ziek. De gemeente heeft een ander paradigma (bestuurder jeugd-GGZ klinisch en poliklinisch).
- 2^{de} Lijns psychotherapeuten blijven nodig omdat goede behandeling van de in ontwikkeling bedreigde kinderen een voorwaarde is voor optimale deelname aan de maatschappij. De 1^{ste} lijn is daarvoor onvoldoende geëquipeerd (vrijgevestigde psychotherapeut).
- Die beeldvorming over teveel medicaliseren is onjuist (manager jeugd-GGZ).
- Gemeenten zijn politiek-gevoelig, dit past niet bij gezondheidszorg (bestuurder jeugd-GGZ).
- De druk op de 2^{de} lijn zou verkleind worden, maar dit is een utopie: zieke kinderen blijven altijd bestaan ook bij goed burgerschap (bestuurder jeugd-GGZ).
- Of 30% GGZ 2^{de} lijn naar de 1^{ste} lijn kan, wordt zeer verschillend beoordeeld. De een zegt 20% de ander noemt dat dit minstens 40% kan. Dit is zeer afhankelijk van het referentiekader waaruit men denkt. Hoe meer waarde er wordt geschonken aan de omgevingsfactor hoe hoger dit percentage wordt.

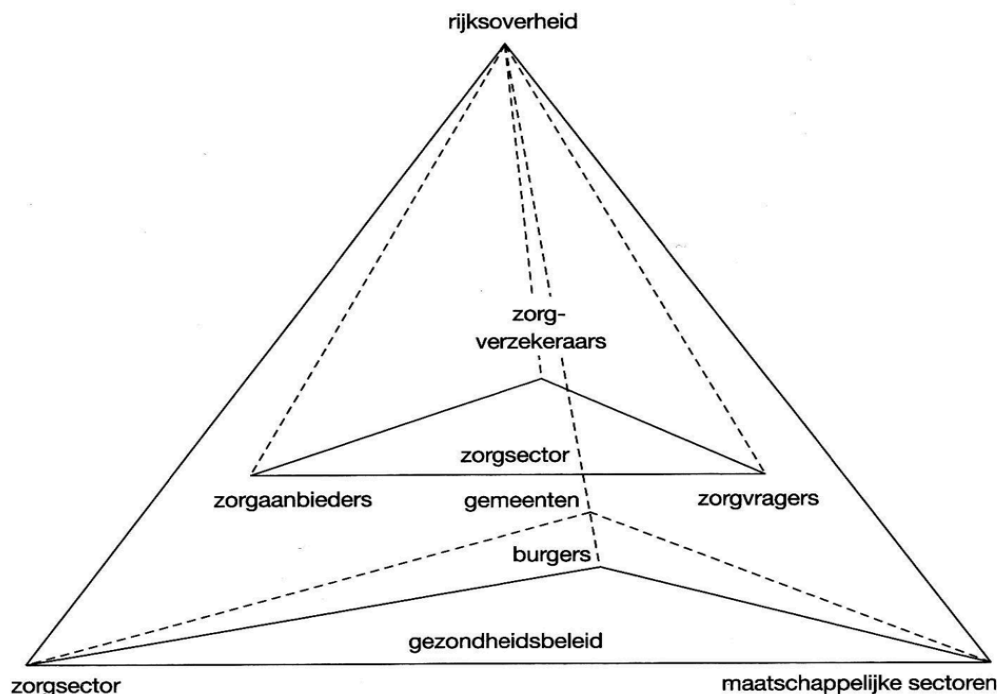
Binnen de sector wordt er ook gereageerd vanuit een meer orthopedagogisch systeemtheoretische referentie in plaats van een medische neuropsychiatrische. Hoe meer men opschuift naar het eerste, hoe meer belang men hecht aan verbetering van de omgeving van het opgroeiende kind en de betekenis van de jeugd-GGZ hiervoor. Hiermee schuift men ook op naar het domein van de samenleving.

De zorginhoudelijke referentie en in hoeverre deze in de cultuur van een instelling is verankerd, is dus van grote invloed op hoe men zich gedraagt naar de plannen rondom de transitie jeugd-GGZ naar de gemeenten. Afhankelijk van de kracht die uitgaat van de andere domeinen zal dit de discussie bepalen. In de reacties van de branche- en beroepsverenigingen en interviews kwam dit krachtenveld zeer sterk naar voren. Dit maakt het gesprek met de overheid en andere jeugdzorgaanbieders (GGD, BJZ, CJG) niet gemakkelijk omdat zij grotendeels vanuit een ander domein spreken.

4.2.2.4 Het krachtenveld van de overheid

De rol van de overheid is zeer groot en onderhevig aan veel veranderingen. De verhouding tussen overheid, verzekeraars, aanbieders van zorg en gebruikers is in de wetgevingsprogramma's tot in de jaren tachtig fundamenteel anders geregeld dan in het huidige verzekeringsstelsel, overeenkomstenstelsel en kwaliteitsstelsel (Boot en Knappen, 2005). Onder Hoogervorst werd afscheid genomen van centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Hoewel de overheid zich terug trok ten gunste van

marktwerking waardoor marktconform gedrag en zelfregulering kon ontstaan, blijft de rol van de overheid in de besturing van de gezondheidszorg van cruciale betekenis. Ze blijft van belang voor de werking van het systeem en zal daarvoor de wettelijke kaders blijven scheppen. Waar zelfregulering niet mogelijk is of faalt, treedt de overheid regulerend of corrigerend op. Voorbeelden zijn de Kwaliteitswet, BIG, WBG, Wet klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Wet Medezeggenschap Cliënten zorginstellingen (WMCZ). Met deze wetten werd de positie van de cliënt versterkt. De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) waren instrumenten voor kostenbeheersing, doelmatige zorgorganisatie en evenwichtige tarieven. Later is daarbij de Wet toelating Zorginstellingen (WTZI) bijgekomen waarbij de overheid uitgaat van verdere terugtreding. Het is echter wel de wet waarin een groot aantal voorwaarden (drempels) is opgesomd om toe te treden tot de overigens 'vrije toegang tot de zorgmarkt'. Eerder genoemde wetten zoals de WTG blijven van toepassing om een kostenexplosie te voorkomen.



Besturingsmodel Nederlandse gezondheidszorg (Boot en Knapen, 2005)

De bestuurder heeft hier eigenlijk als eerste mee te maken. Voordat hij sowieso de zorgmarkt mag betreden dient hij te voldoen aan een grote verscheidenheid aan wetten en regels.

Omdat de overheid ook de schatbewaarder is van de collectieve geldmiddelen bedenkt zij voortdurend nieuwe mogelijkheden om de explosieve kostenstijging van de zorg aan banden te leggen. Ze heeft aan de ene kant de verantwoordelijkheid om 'het individuele recht op zorg' waar te maken, aan de andere kant is ze verantwoordelijk voor de overheidsbegroting en exploitatie. Al decennia lang zien we de overheid in een spagaat verkeren om deze twee bij elkaar te houden, met vele beleidswisselingen en stelselwijzingen tot gevolg.

Zo staat nu de stelselwijzing 'zorg voor jeugd' op het program, zie hoofdstuk 2.

Marktwerking of niet, het belang van de professie is nu even minder evident en het scenario hoe de zorg over 20 jaar is georganiseerd even voor ons uitschuivend, er moet

nú 10% bezuinigd worden en de voortdurende kostenstijging moet binnen de perken worden gesteld. Het wordt nu een taak van de gemeenten om dit waar te maken. De zorgaanbieders mogen wat de overheid betreft straks weer aan bod komen.

Dat de overheid als een weinig consistent betrouwbare partner overkomt bleek onder andere uit een interview met minister Schippers in Psy van GGZ-Nederland van januari 2012. Hierover schrijft F. Zitman, emeritus hoogleraar psychiater LUMC, in de daarop volgende Psy (febr. 2012): “in Psy 1 van dit jaar staat een interview met minister Schippers. Op de vraag welke rol DBC’s spelen bij de prestatiebekostiging en of ze nog wel van nut zijn, antwoordt ze: “ach, die DBC’s. Iedereen die ik spreek in de GGZ zegt dat die dingen waardeloos zijn. Het is vreselijk, je kunt er niets mee. Ze zeggen heel weinig over het resultaat van de behandeling. Uiteindelijk moeten ze weg. Maar dat kan ook op termijn, want de GGZ heeft een enorme stap gezet op het punt van de ROM –routine outcome monitoring. Met dat systeem kun je financieren op basis van het resultaat van je behandeling, in plaats van het aantal behandelminuten, zoals nu gebeurt met de DBC’s in de GGZ.”

Zitman hekelt Schippers over haar gebrek aan kennis hierover. Ze heeft het idee dat de GGZ vooruit loopt op de somatische zorg maar dat is geenszins het geval. Bovendien moet er nog heel erg veel gebeuren wil zo’n systeem enigszins iets betekenen voor het benchmarken (waarvoor het bedoeld is), laat staan voor prestatiebekostiging. Er zal veel tijd en geld geïnvesteerd moeten worden om het systeem hiervoor geschikt te maken. En wie gaat dit betalen?

Het is bijzonder dat een minister van VWS zo lichtzinnig over de huidige prestatiebekostiging spreekt terwijl dit de GGZ-instellingen al zoveel geld heeft gekost.

Een ander voorbeeld is de invoering van het EPD. Het ministerie van VWS heeft van 2002 tot juli 2010 in totaal 217,5 miljoen euro uitgegeven aan de totstandkoming van de landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg (www.skipr.nl).

In de Senaat is dit begin 2011 hevig bekritiseerd, met name omdat de privacy niet goed geregeld was, waardoor Schippers het hele plan introk. Vervolgens eist nu de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), in samenspraak met het kabinet, dat het EPD toch voor 2013 moet worden ingevoerd. De IGZ wil zorgverleners desnoods opleggen gegevens uit te wisselen om het elektronisch dossier mogelijk te maken.

Een woordvoerster van IGZ verklaart dat de privacy regels die de Eerste Kamer in het voorjaar stelde, gerespecteerd zullen worden. Volgens de inspectie is een patiëntendossier nodig omdat zorgverleners nu van alles en nog wat over hun patiënten registreren, ‘maar één lijn is daar niet in te ontdekken’ (www.joop.nl 25-10 2011).

Hoe kan de zorgbestuurder op dit soort drijfzand nu zijn strategie bepalen?

Samenvatting van het krachtenveld van de overheid

Het is logisch dat de overheid nog steeds de regie heeft als het gaat om organisatie, kwaliteit en financiering van de zorg. Het was immers een verdienste halverwege de 20^{ste} eeuw dat de burger recht op gezondheidszorg kreeg en dat de overheid hiervoor verantwoordelijkheid nam. De financiering werd echter steeds meer een probleem waardoor er gezocht is naar middelen om dit aan banden te leggen.

De overheid wil een ‘gereguleerde marktwerking’ maar treedt regulerend en corrigerend op waar zelfregulering niet mogelijk is of faalt. Wet- en regelgeving die

hierdoor ontstaat verandert steeds om enerzijds ‘zelfregulering’ binnen de sector zorg te bevorderen maar anderzijds excessen te voorkomen. Dit maakt het domein overheid grillig en paradoxaal wat de overheid soms tot een onbetrouwbare partner maakt. Om geaccrediteerd te worden als zorgaanbieder moet de bestuurder zich wel houden aan de wetgeving van de overheid. Het is een partner waar hij niet omheen kan.

Voorbeelden van paradoxaal gedrag zijn:

- De overheid wil accent op preventie maar schaft preventieprogramma's af.
- Men wil ook accent op de 1^{ste} lijn maar verschaalt de betaaltitel van eerste lijns-psychologen (van 8 zittingen naar 5).
- Men wil PCS en goed burgerschap maar het huidige kabinet lijkt juist met een aantal wetvoorstellen segregatie te bevorderen (hoofddoekjeswet, geen afstand nemen van discriminerende acties van de PVV).
- De vorige Wet op de Jeugdzorg is mislukt, BJZ en CJG idem. Hiervoor ontbrak onder andere goed leiderschap van de overheid. Wat heeft ze hiervan geleerd waardoor de komende stelselwijziging wel een succes wordt?
- Er worden ideële doelen gesteld met de stelselwijziging, in hoeverre is het gedrag van de overheid niet louter ‘money-driven’?
- De overheid is eerst zeer sturend in het tot stand laten komen van b.v. EPD en DBC-financiering. Na grote (financiële) inzet door de zorgaanbieders en tegenvallende prestaties zien we van de minister van VWS laconiek gedrag naar de zorgaanbieders: er moet dan maar een andere weg worden ingeslagen. Het gaat vooral om het gedrag dat hierin opvallend is (Psy, 2012-1).
- De lagere overheden (gemeenten) zijn momenteel nog nauwelijks voorbereid op de transitie en laten gedrag zien dat vooral een sociologisch orthopedagogische referentie als basis heeft. Kennen zij de (medische) referenties van de jeugd-GGZ voldoende? Vaak blijkt dit niet zo te zijn en omarmen ze het gehele transitie-dossier maar kennen de ‘bewoners van het dossier’ onvoldoende waardoor verbinding hiermee moeizaam tot stand komt.
- Ook in de aansturing van marktwerking is paradoxaal gedrag waar te nemen. De PGB-regeling wordt voor extramurale AWBZ afgeschaft.

Analyse gedrag GGZ-aanbieders vanuit het krachtenveld overheid

In de hechtingstheorie kennen we het verschijnsel ‘gedesorganiseerde gehechtheidsstijl’ of met andere woorden ‘de onopgeloste gehechtheid’ (Beemster, 2010). Bij een kind ontstaat dit gedrag in de kindertijd wanneer de hechtingsfiguur wisselend beschikbaar was. Er werd onvoldoende zekerheid en vertrouwen geboden waardoor het kind zich als mens minder coherent heeft kunnen ontwikkelen. In de hechtingstheorie kennen we drie stijlen waarvan de gedesorganiseerde gehechtheidsstijl de meest zorgelijke is. In de interactie tussen verzorgers en kind is aanklappen noch vermijden effectief gebleken om zich veilig te voelen. Bij volwassenen zien we patronen in het gedrag van de boodschap: “kom dichtbij want ik heb je nodig, maar ga weg want ik stik”.

In het gedrag van de jeugd-GGZ aanbieders valt vooral een kritisch angstige houding naar de overheid op. Met het paradoxale onvoorspelbare gedrag van de overheid ontstaan verschillende mengelingen van ‘gehechtheidsstijlen’ bij de zorgaanbieders. De samenwerking wordt niet vertrouwd, er is sprake van een zekere ‘onopgeloste gehechtheid’. Voorbeelden van dit gedrag bij zorgaanbieders dat hieruit voortkomt zijn:

- Afstootgedrag:
 - Liever geen politieke overheid als verantwoordelijke voor de inrichting van jeugdzorg, het gaat immers om invulling van gezondheidszorg dat niet politiekgevoelig hoort te zijn.
 - Om achterliggende doelen te bereiken is zo'n transitie geheel niet nodig.
 - Alle wetgeving betreffende de kwaliteit, inspraak cliënten, toelating nieuwe zorgaanbieders, tarieven, etc zijn nu toch goed geregeld, waarom zou dit anders moeten?
 - Blijft het zorg-geld geormerkt geld voor zorg of worden er straks wegen mee aangelegd?
 - Blijft de prestatiebekostiging met DBC en ROM nu bestaan, er is al zoveel geld voor uit getrokken?!
- Aanklampgedrag:
 - Ondertussen vinden er micro-politieke acties plaats met diverse overheden zoals VWS en de gemeenten om de 'eigen waar' veilig te stellen.
 - Er is een aanbieder die op een haast brutale manier zijn diensten aanbiedt zonder rekening te houden met de andere spelers op het veld.

Voor een bestuurder is dit een krachtenveld waar hij terdege rekening mee moet houden en op moet afstemmen, er dus niet buiten kan, maar waar hij zich ook niet senang/koosjer bij voelt.

Hoofdstuk 5

De impasse voorbij....

Welk gedrag wordt hiervoor gevraagd?

5.1 Samenvattende schets van het probleem waarvoor de jeugdzorg staat

Onze samenleving staat voor de queeste betreffende de gehele zorgsector om in te gaan op de gecombineerde kracht van vier uitdagingen (RVZ, 2010):

de gevolgen van de economische crisis en de vertraagde economische groei, die de ruimte voor groei van de zorguitgaven zullen beperken;

een toenemende, maar vooral veranderende zorgvraag en zorgaanbod dat daarop moet blijven aansluiten;



sterk toenemende mogelijkheden voor diagnostiek, behandeling en zorg: de burger van nu claimt dit;

een substantieel tekort aan zorgpersoneel.

Daarnaast blijkt uit de evaluatie van de huidige jeugdzorg (Baecke, 2009) en de analyses en adviezen van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (Heijnen, 2010), dat de huidige jeugdzorg niet goed functioneert waardoor de nieuwe ‘Wet zorg voor jeugd’ nodig is. Er zijn drie kern-uitgangspunten die de duurzaamheid van de jeugdzorg zullen versterken:

participatie

betalbaarheid

uitvoerbaarheid

De overheid ziet als oplossing dat vanaf 2015 de financiering en de organisatie van alle jeugdzorg, inclusief de jeugd-GGZ, onder de gemeenten moet worden gebracht (‘transitie jeugdzorg’). Bestuurders en brancheverenigingen van de jeugd-GGZ reageren hier dusdanig op dat er gesproken kan worden van een impasse in het proces waarin zij gezamenlijk genoemde uitdagingen en knelpunten dienen op te pakken. Welk duurzaam strategisch gedrag van de jeugd-GGZ bestuurder kan deze impasse doorbreken?

In voorgaande hoofdstukken is onderzoek gedaan naar de redenen voor deze impasse. De relevantie voor een verandering van de organisatie van de jeugdzorg is in het eerste hoofdstuk beschreven, gevolgd door de plannen die de overheid hieromtrent heeft in hoofdstuk 2. In het hoofdstuk daarna zijn de reacties van de jeugd-GGZ verzameld. Hieruit bleek de hevige kritiek op de plannen, het verzet en verdeeldheid onder de jeugd-GGZ aanbieders waardoor we kunnen spreken van een impasse, als we tenminste willen streven naar samenhangende jeugdzorg waarbij bovengenoemde kern-uitgangspunten gedeeld worden. Hoofdstuk 4 begint met het aantonen van relevantie van de aanname dat de jeugdzorg baat heeft bij een zekere mate van coherentie. Dit legitimeert het onderzoek naar mogelijkheden om de impasse te doorbreken.

5.2 Het krachtenveld van de bestuurder van de jeugd-GGZ

In het vervolg van hoofdstuk 4 is naar de dynamiek gezocht waar die impasse mee samenhangt. Hiervoor is gebruik gemaakt van de benadering van Kim Putters betreffende het meervoudig besturen van hybride organisaties. Het wordt duidelijk dat het besturen van jeugd-GGZ (of het nu om een ZZP'er of een grote GGZ-instelling gaat) plaatsvindt binnen een context met sterk divergerende *krachtenvelden* vanwege vaak conflicterende eisen van deze verschillende krachten, inclusief toenemende en haast *onoverbrugbare tegenstellingen* die door 'duivelselastiek' bijeengehouden moeten worden (Putters, 2009). De bestuurder moet tegelijkertijd reageren op de *vier krachtenvelden*:

1. eisen en wensen van de markt,
2. de samenleving,
3. de medische professie en
4. de overheid.

Concreet houdt dit in dat hij:

zich als marktkoopman moet richten op efficiëntie, innovatie en de financiële waarde van zijn instelling. Hij gaat uit van 'eigen belang' en zal zich veelal expansief gedragen vanuit de marktfilosofie 'stilstaan is achteruitgang'

als hoeder van het publieke belang en geëngageerd met de samenleving, zich zal willen bezighouden met gelijke toegankelijkheid, rechtvaardigheid, solidariteit en duurzame oplossingen voor samenlevingsvraagstukken



als aflegger van de eed van Hippocrates en daarom loyaal aan de medische professie, alles in het werk zal stellen om de patiënt het uitgangspunt te laten zijn voor zijn strategisch gedrag

als private ondernemer, de bestuurder is die belast is met een publieke opgave die hem door de overheid wel of niet wordt 'ge Gund'. Deze gunning gaat gepaard met paradoxaal gedrag vanuit de toewijzende overheid

Het gaat om overbruggingen tussen:



Dit krachtenveld is het huidige speelveld van de zorgbestuurder. Hij heeft vaak maar beperkte ruimte om zijn opdracht te vervullen. Vanuit Putters benadering kan duidelijk worden waarom de bestuurder bepaalde keuzes maakt en hoe hij deze legitimeert. Het maakt zichtbaar aan wie hij loyaal is en hoe dit soms ten koste kan gaan van andere belangrijke aspecten van het meervoudig besturen. Zo zal de ene bestuurder meer loyaal zijn aan de professionals, de ander heeft al veel contacten met de overheid, een derde is sterk geëngageerd met wat er in de samenleving gebeurt en welke noden er zijn en de laatste ziet zijn kans om meer marktaandeel te verkrijgen. Daarnaast heeft ieder nog eens te maken met het overbruggen van bovengenoemde tegenstellingen.

Einstein zei: *"je kunt een probleem niet oplossen met de denkwijze die het heeft veroorzaakt."* De transitie jeugd-GGZ dient in het grote context gezien te worden waarin vele krachten werkzaam zijn.

5.3 Duurzaam meervoudig bestuurders gevraagd.....

Nu het probleem is verkend en de dynamiek hierachter is verduidelijkt dringt de vraag zich op hoe dit de sector kan helpen om uit de impasse te komen. Ik wil de bestuurders van de jeugd-GGZ een aantal richtingen aangeven van wat naar mijn idee 'duurzaam meervoudig besturen' genoemd kan worden.

- De jeugd-GGZ is een belangrijke speler bij het samenstellen van een samenhangend jeugdzorgstelsel, dus laten we hier met elkaar op een constructieve manier uit willen komen. Dit vraagt een intrinsieke inzet. Er is binnen de jeugd-GGZ erg veel kennis die we hiervoor kunnen gebruiken. Laten we kijken of we de aloude discussie over nature-nurture goed kunnen voeren en het juiste van beide kunnen gebruiken.
- Het dossier dient in haar gehele context van onder andere de vier krachtenvelden met de duivelselastieken geplaatst te worden en de anderen dienen hiertoe ook uitgenodigd te worden. Diegene die dit het beste ziet kan hierin de meeste verantwoordelijkheid dragen.
- Er lijkt bij de gemeenten vooralsnog een tekort aan kennis te zijn over de curatieve tweedelijns-jeugd-GGZ. Dit is logisch gezien het specifieke karakter van deze sector. Het is goed om vanuit dit besef de ander op een juiste manier te informeren.
- Hiernaast dient de bestuurder te kunnen omgaan met de verschillende krachtenvelden die zijn genoemd. Hij zal zich moeten kunnen verhouden met alle trekkrachten afzonderlijk en met de kracht die van het geheel uitgaat. Met dit laatste bedoel ik dat juist de samenhang voor extra complexiteit zorgt: "het geheel is meer dan de som der delen", luidt niet voor niets het spreekwoord. Het

gedrag van de bestuurder past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Hij moet diverse afwegingen maken en rekening houden met álle belangen en die van het geheel. Hij zal dit in samenwerking moeten doen met andere belanghebbenden in de zorg (andere aanbieders, financiers, overheden, cliëntenbelangenorganisaties).

- De bestuurder verstaat de kunst om veelzijdig partijdig te kunnen zijn zoals dit in de systeemtherapie door Ivan Nagy in de jaren '70 is geïntroduceerd (Eerenbeemt, 1983). Hij kent de werking van de krachtenvelden voor zichzelf en herkent dit ook bij de ander zoals het loyaal zijn met de professie of juist met de markt. Hij ziet ook wat de trekkracht van de verschillende paradoxen met de ander doet, weet de ander van hieruit te herkennen en kan bruggen slaan om tot samenwerking te komen.
- De samenlevingskwesaties vragen geen solistisch gedrag net zomin als de samenleving de polarisatie tussen een 'guardian syndrome' en een 'commercial syndrome' tolereert, waarin de een zich als hoeder van het publieke belang en de ander zich als marktkoopman opstelt. De samenleving vraagt 'syndrome' van 'care, cure en charitas' met een eigen moraliteit (Putters, 2009). *"Deze refereert allereerst aan de zorg als waarde in zichzelf, dat gaat uit van de unieke situatie van zorgrelaties. Daarnaast richt het zich op compassie, lichamelijke mededogen, de verwachting van dankbaarheid, professionele deskundigheid, kwetsbaarheid en maatschappelijke ondernemerschap"* (Putters, 2009, blz. 33).
- De meervoudige bestuurder dient ook te weten dat ingaan op de vier uitdagingen en het reorganiseren van de jeugdzorg een immense opgave is die absoluut sector-overstijgend is en in alle lagen van de organisatie doordringt, tot en met de cultuur van alle betrokkenen (Witte, 2004). Het vraagstuk waar we als samenleving en als zorgaanbieders voor staan is van een andere orde dan zoals deze voorgesteld wordt door de overheid en waar zorgaanbieders dan ook op reageren. Zoals in de psychotherapie: een probleem kan soms heel goed behandeld worden met kortdurende cognitief gedragstherapeutische interventies ('first order change'). Als blijkt dat de persoonlijkheid elementair onevenwichtig is, dan dient de psychotherapie zich ook hierop te richten om het effect van de behandeling langdurig te laten zijn ('second order change').
- Daarbij vraagt een veranderproces een secure afstemming tussen álle deelnemers en dienen de wetmatige procesmomenten goed in de gaten gehouden worden (Kotter, 1996).

Bovenstaande richtingen zijn gedeeltelijk van inhoudelijke aard maar ze gaan vooral over het proces en het constructief onderhouden van de relatie. Ik veronderstel dat als we een duurzame 'transformatie' willen bewerkstelligen van de jeugdzorg hiervoor ten eerste samenwerking nodig is. We moeten 'de impasse voorbij...'.

Om deze houding verder te scholen en te verzorgen is al veel ontwikkeld. Inspiratie kan bijvoorbeeld gevonden worden bij Covey (persoonlijk leiderschap) of Van Loo (2008) over "soul management" waarbij het gaat om gezamenlijk streven naar samenhang en duurzaamheid, naar authenticiteit, pure betrokkenheid en het streven naar creativiteit. Ook is de overheid al jaren actief in het onderwerp 'duurzaam besturen' zoals te lezen valt in "Leren voor Duurzame Ontwikkeling 2004-2007, van marge naar mainstream" (Noordergraaf en Van Lierop, 2006/2007). Hierin wordt gesproken over een paradigmaverandering naar 'bestendig besturen'. Dit zijn maar enkele voorbeelden waaruit geput kan worden.

“Gaan we het hiermee dan wel redden?” hoor ik de lezer nu denken. Dat houdt mij natuurlijk ook bezig. We hebben al zoveel inzichten ontwikkeld over verandermanagement en over welke kant het op moet met de jeugdzorg.

Andere opkomende kritische gedachten die we hebben, kunnen zijn:

- “moeten we maar door blijven ‘polderen’ terwijl de noodzaak voor verbetering dagelijks urgenter wordt?”
- “moet de overheid niet gewoon ‘top-down’ ingrijpen en chaos laten ontstaan waardoor na zo’n zondvloed pas echte nieuwe ontwikkelingen kunnen plaatsvinden?”
- “gaat het niet gewoon om een belangenkwestie waarbij de agenda ‘onder tafel’ bepaald wordt door het willen zekerstellen van de eigen instelling”?
- “is dat idee over ‘integrale zorg in de buurt, meer gezondheidsresultaat per euro’. (Berenschot en Van Geest, 2012) nu echt wel de oplossing?”

Dit speelt ook allemaal. Dit zijn ook de krachten waarmee we moeten dealen. Het maakt alleen nog maar duidelijker hoe ingewikkeld het krachtenveld is waarin we ons begeven. Ook hier is een objectieve geïnteresseerde houding nodig. Ik wil maar zeggen: “voorbij de impasse.... dan zijn we er nog niet.” Maar we kunnen wel een stap zetten. Moge dit stuk hierin een bijdrage bieden.

Nawoord

Als directeur van Queeste, een instelling waar ook jeugd-GGZ wordt aangeboden, ben ik zeer betrokken bij de plannen die de overheid heeft met de jeugdzorg. Als de jeugd-GGZ over enkele jaren gefinancierd en georganiseerd gaat worden vanuit de gemeenten zullen ook wij voor de grote opgave staan hoe de uitvoering van deze zorg te gaan organiseren. Omdat wij regionaal en met name centralistisch zijn georiënteerd (d.w.z. dat de cliënten uit verschillende gemeenten naar ons kantoor komen), zullen we ons de komende jaren veel meer lokaal moeten gaan oriënteren en richten op intensieve samenwerking met de andere lokale jeugdzorgaanbieders (0^{de} en 1^{ste} lijn). Ook nu werken wij al met veel andere jeugdzorgaanbieders samen en zie ik overeenkomsten tussen onze ideeën over hoe de jeugdzorg het beste georganiseerd zou kunnen worden en de plannen die de overheid heeft. Maar desondanks zal een transitie erg veel verandering teweeg brengen die ons enigszins huiverig maakt. Hoe zal de aanbesteding gaan? Wie gaat zich waarin specialiseren? Zoeken we elkaar op om samen op te trekken of gaat ieder zijn eigen weg? Hoe zit het dan met de samenwerking tussen alle jeugdzorgaanbieders die moet leiden naar een geïntegreerd jeugdzorgaanbod?

Omdat ik de knelpunten in de jeugdzorg goed ken en de uitdagingen wil aangaan die de RVZ (2010) kernachtig heeft geformuleerd, ben ik voorstander van het zoeken naar een verbetering van de organisatie van de jeugdzorg. Ik vind de richting die de overheid heeft uitgestippeld grotendeels niet verkeerd. Ik zie mezelf als loyaal aan de trends in de samenleving en ik houd van het vak (de professie) jeugd-GGZ dat zeker niet ondergesneeuwd moet raken in een carrousel jeugdzorg. Ik ben sceptisch naar de verwachting dat marktwerking het ei van Columbus is, alhoewel ik ook zie dat dit de ontwikkeling van klantwaarde ten goede is gekomen. De overheid zou ik graag als partner willen begroeten.

Vanuit deze (tot voor kort impliciete) betrokkenheid met de diverse krachtenvelden hield mij de vraag bezig wat er gedaan zou kunnen worden om de jeugdzorgaanbieders een zelfde richting op te laten kijken ten behoeve van duurzaam samenhangende jeugdzorg. De jeugd-GGZ mag in dit samenspel niet ontbreken, vind ik. We zijn van grote waarde voor de jeugdzorg alhoewel er zeker nog veel valt te verbeteren.

Vanuit deze betrokkenheid duurde het niet lang voordat ik mijn onderwerp had gevonden voor de thesis die ik zou schrijven. Het onderwerp gaat ons erg aan en vanuit mijn professie als systeemtherapeut, maar ook vanuit mijn 'drive' om samenwerking na te streven, ben ik vrij snel collega-directeuren en bestuurders gaan interviewen over dit onderwerp. De aanvragen hiertoe werden telkens enthousiast begroet, waarvoor overigens nogmaals mijn dank aan de geïnterviewden. Ook heb ik mij verder verdiept in de reacties van de branche- en beroepsverenigingen en ging ik op zoek naar andere meningen over de naderende transitie.

Uit dit onderzoek bleek dat de sector jeugd-GGZ grotendeels tegen de plannen van VWS was en dat dit verzet eerder zou leiden tot segregatie dan integratie van de jeugdzorg. Daarbij waren er ook onderling verschillen van opvatting hoe op de plannen te reageren wat het veld nog meer versnipperde. Een mogelijke transformatie van de jeugdzorg waarin de jeugd-GGZ m.i. niet mag ontbreken, leek in een impasse terecht zijn gekomen.

Ik heb mijn onderzoeksvraag veranderd in de vraag wat er nodig was om die impasse te doorbreken. Gek genoeg werd ik voor deze vraag nog enthousiaster. In mijn huidige rol

als directeur vind ik het begeleiden van verbeteringen c.q. veranderingen nog steeds het boeiendste. Hoewel ik enthousiast ben over methodieken die 'first order change' bewerkstelligen vind ik het zoeken naar de dynamiek die de 'second order change' tot stand laat komen het meest boeiend. Dit geldt bij individuen maar ook voor systemen in algemene zin. Ik ben dus met dit onderzoek aan mijn trekken gekomen want gaandeweg kon ik ook veel van de theorie die tijdens de opleiding aan bod kwam gebruiken voor de analyses van de vier domeinen.

Het doen van objectief onderzoek was door mijn enthousiasme soms lastig. Gelukkig werd ik begeleid door Lucie Boonekamp, docent van de MHBA, die me telkens weer in de rol van de onderzoeker bracht. Hiervoor mijn grote dank!

Ik wil Sylvia ook van harte bedanken voor al haar geduld en het redigeren van de tekst.

Sint Pancras, 12-04 2012

Erik Beemster



In 'Über das Geistige in der Kunst' stelde Kandinsky dat kleur en klank psychologische effecten hebben op de menselijke ziel. Hij stelde een klankkleurtheorie op, die een grote invloed heeft gehad op de ontwikkeling van de twintigste-eeuwse kunst. Volgens Kandinsky spreekt iedere kleur een eigen taal met een eigen expressie en zit in elke kleur en vorm een ziel. Verschillende kleuren samen zullen een innerlijke beleving bij de beschouwer bewerkstelligen. Ook de verschillende klanken in muziek, die samen een harmonieus geheel vormen, zullen een innerlijke beleving bij de luisteraar opwekken. Deze krachtige uitwerking die kleur en klank hebben op de menselijke psyche, noemt hij 'innerlijke klank' of 'seelische Vibration'.

6. Bronnen

A. Brieven van VWS/V&J aan de Tweede Kamer over stelselwijziging en beleidswijziging kinder- en jeugdzorg

1. Ministerie VWS en V&J (30-09 2011). 'Stelselwijziging zorg voor jeugd', brief aan Tweede Kamer van Veldhuizen van Zanten en Teeven.
Website: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/09/30/kamerbrief-over-stelselwijziging-zorg-voor-jeugd.html>
2. Ministerie VWS en V&J (08-11 2011). 'Geen kind buiten spel', brief aan Tweede Kamer van Veldhuizen van Zanten en Teeven.
Website: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/11/09/beleidsbrief-stelselwijziging-jeugd-geen-kind-buiten-spel.html>
3. Ministerie VWS (14-10 2011). 'Zorg en ondersteuning in de buurt', brief aan Tweede Kamer van Schippers.
Website: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/10/14/kamerbrief-zorg-en-ondersteuning-in-de-buurt.html>
4. Ministerie VWS en V&J (22-04 2004). 'Wet op de jeugdzorg', wet, geschreven door C.I.J.M. Ross-van Dorp, staatssecretaris VWS en J.P.H. Donner, minister van Justitie.
Website: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/geldigheidsdatum07-04-2012>
5. Ministerie VWS en V&J (14-12 2011). 'Beantwoording schriftelijke vragen naar aanleiding van de beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. Brief aan Tweede Kamer van Veldhuizen van Zanten en Teeven.
Website: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/12/15/beantwoording-schriftelijke-vragen-naar-aanleiding-van-de-beleidsbrief-stelselwijziging-jeugd-geen-kind-buiten-spel.html>

B. Stukken van brancheorganisaties die hiervoor ondersteuning geven en hierop ingaan zoals de VNG, GGZ-Nederland, VGN, RVZ, RMO e.a.

6. Baecke, J.A.H. (2009). 'Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg'. In opdracht van Programmaministerie Jeugd en Gezin Ministerie van Justitie. Website: http://www.tweedekamer.nl/images/32201nr1bijlage_118-201102.pdf
7. Deloitte (01-11 2011). 'Verslag van consultatierondes met zorgaanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties over aandachtspunten ten aanzien van specifieke doelgroepen bij de transitie van de jeugdzorg', opdracht van VWS.
8. Gaag, R.J. van der (31-05 2011). Brief aan VWS betreft: 'Overheveling Jeugdzorg, Utrecht. Website www.nvvp.net.
9. GGZ-Nederland (22-11 2011). 'Reactie GGD Nederland op beleidsbrief stelselwijziging jeugd'. Website www.ggznederland.nl
10. GGZ-Nederland (2011). 'Jeugd-GGZ: Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011-2014', visiedocument van GGZ-Nederland. website www.ggznederland.nl
11. Heijnen, P. et al (2010). Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg. 'Jeugdzorg dichterbij'. 18-05 2010. Website: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/17/726.html>

12. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (januari 2012). 'Overheveling Kinder- en Jeugdpsychiatrie'. website www.nvvp.net
13. Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (april 2011). 'Briefadvies 'Bevrijdend kader voor de jeugdzorg'. Op te vragen bij www.adviesorgaan-rmo.nl
14. Rijk, VNG, IPO en UvW (10-09 2010) 'Bestuursakkoord 2011-2015'. Ondertekend door diverse Ministeries (Rijk), Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Interprovinciaal Overleg en Unie van Waterschappen. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2011/04/21/bestuursakkoord-2011-2015.html>
15. VNG (02-11 2011). 'VNG positief over beleidsbrief stelselwijziging jeugd'. Website www.vng.nl
16. VNG (19-01 2012). 'Ledenbrief geeft update over decentralisatie jeugdzorg'. Website www.vng.nl
17. NVvP (oktober 2011). Stukken over overheveling kjp op website: <http://www.nvvp.net/nieuws/actueel-overhevelingkjp/>
18. NVVP (2011/2012). Stukken over overheveling jeugd-GGZ op website: <http://www.nvvp.nl/nieuwsbrief.php?id=68>

C. Boeken/artikelen/tijdschriften

19. Anker, B. (17-10 2011). 'Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel van de zorg voor jeugd'. Op te vragen bij: Bram Anker (www.ankeradvies.eu)
20. Antonovsky, A. (1987). 'Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well'. An Arbor: Proquest Info & Learning.
21. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (10-11 2011). 'Kabinet wil medicalisering van de jeugd halt toeroepen: geen kind buiten spel'. Website www.ajn.artsennet.nl
22. Baars, E.W. & Bie, G.H. van der (2011). 'Health promotion: preventief en curatief'. Amsterdam: SWP.
23. Baars, E.W. (2005). 'De bijdrage van de antroposofische eerstelijnszorg aan de vermindering van de "Burden of disease" in Nederland. Een explorerende pilotstudie'. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
24. Baars, E.W. (2008). 'Antroposofische gezondheidszorg. De professionele ambachtelijkheid van gezondheid bevorderen'. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
25. Baart, A. (2003). 'Ongemakkelijk – zoals het hoort. In gesprek met kritische bemerkingen bij de presentietheorie'. Sociale interventie-2003-2. Website: www.presentie.nl
26. Baart, A. (2004). 'Een theorie van de presentie'. Utrecht: Lemma
27. Baecke, J.A.H. (dec. 2011). 'Marktanalyse in het kader van de transitie jeugdzorg'. BMC in opdracht van VWS. Website: <http://www.bmc.nl/marktanalyse>
28. Beemster, E (2010). 'Psychiatrie, disbalans in de samenhang van de wezensdelen'. Book on demand Alkmaar: Multicopy.
29. Berenschot, L. en Geest, L. van der (2012). 'Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro'. Nyfer. Breukelen: Quina design.
30. Bijlsma, M., Koning, P., Shestalova, V. en Aouragh, A. 'The effect of competition on process and outcome quality of hospital care An empirical analysis for the Netherlands.' September, 2010 website: www.cpb.nl

31. Boonstra, J.J. (2000). 'Lopen over water; over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren'. Amsterdam: Vossiuspers.
32. Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2005). 'De Nederlandse gezondheidszorg'. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 11^{de} druk.
33. Cambell, D. et al. (2008). 'Business Strategy'. Uitg. Elsevier Butterworth Heinemann, gedrukt in Hongarije.
34. Dijk, N. van, & Gemmeke, M. (2010). 'De kracht van de pedagogische civil society', in opdracht van het Nederlands Jeugd Instituut. Website www.nji.nl
35. Eerenbeemt, E.M. van der en Heusden, A. Van (1983). 'Balans in beweging'. Haarlem: Toorts.
36. Eigen Kracht *Centrale* (www.eigen-kracht.nl).
37. Gemmeke, M. (2011). 'De rol van de Centra voor Jeugd en Gezin bij versterking van de pedagogische civil society'. NJI. Website www.nji.nl
38. Gemmeke, M., Geschiere, M. en Kesselring, M. (2010). 'CJG kan opvoedkundige kracht van de omgeving versterken'. Jeugd en CO Kennis 2010; 3
39. Gerven, van M., Huisman, J., Nijnsen, H. et al. (2011). 'Duurzame gezondheidszorg'. Zeist: Christofoor.
40. Greef, H. de (2007) 'De zin en onzin van marktwerking'. website <http://sync.nl/de-zin-en-onzin-van-marktwerking>.
41. Kotter, J.P. (1996). Leading Change. Harvard Business Press, Boston.
42. Krober, H.R.Th. & Dongen, H.J. 'Sociale inclusie'. Amsterdam: Nelissen.
43. Kröber, H.R.Th. (2008). 'Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren. Proefschrift Universiteit voor de Humanistiek.' Rotterdam: Stichting Pameijer.
44. Nieuwenhuijsen Krusenman, A. C. (2010). 'Marktwerken in de zorg, vorm volgt inhoud'. Website: <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers/Columns/column/Marktwerking-in-de-zorg-vorm-volgt-inhoud.htm>
45. Kuijpers, L. et al. (2012). 'Gezonde Wijk in Praktijk, successen, lessen en tips van de experimenten Gezonde Wijk binnen de wijkenaanpak.' In opdracht van het ministerie BZK en VWS. Website: <http://www.experimentgezondewijk.nl/gezondewijk/eboek/eboekgezondewijk.pdf>
46. Loo, H.v.d. (2008). 'Soul Management, eigenzinnig excelleren door bezieling'. Luister CD. Uitg.: MainPress BV
47. Maslow, A. H. (Review in 2000). 'A Theory of Human Motivation 1943'. Oorspronkelijk gepubliceerd in Psychological Review, 50, 370-396. augustus 2000. Website: www.Abika.com
48. Meurs, P.L. (1997). Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam.
49. Moen, J. & Ansems, P. (2004). Brevet van leiderschap. Maarsen: Elsevier.
50. Noordergraaf, M. & Lierop, K. van (2006/2007). 'Duurzaam besturen'. Op website: www.levanvoorduurzameontwikkeling.nl
51. Overmars-Marx, T. (2011). 'Meedoen en erbij horen in je eigen wijk: wat is er nodig?' NTZ jaargang 37, nr. 4 – december 2011.
52. Palm, I. et al. (2008). 'De GGZ ontwricht'. Website: http://www.sp.nl/service/rapport/081025GGZ_ontwricht.pdf
53. Paes, M. en Sohler, R. (2010). "It takes a village to raise a child. Steun van ouders, buurtbewoners en vrijwilligers bij het opgroeien" in opdracht van de provinciale raad voor de volksgezondheid en maatschappelijke zorg in Noord-Brabant. Op website: www.provincialeraadgezondheid.nl/cms_file.php?fromDB=366...

54. Peeters, P.H. (2011). 'Mensen moeten leren samenleven', interview met Micha de Winter in Tijdschrift voor sociale vraagstukken, 2011;6.
55. Putman, R. (2000). 'Social capital'. website:
www.infed.org/biblio/social_capital.htm
56. Putters, K. (2009). 'Besturen met duivelselastiek'. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht 'Management van instellingen in de gezondheidszorg' aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam op 9 oktober 2009.
57. Raad voor Volksgezondheid en Zorg, RVZ (2010). 'Perspectief op gezondheid 20/20'. Advies uitgebracht door de RVZ aan de minister van VWS. Website:
http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Perspectief_op_gezondheid.pdf
58. Raad voor volksgezondheid en zorg (2010). 'Van zz naar gg, Acht debatten, een sprekend verhaal'. Website: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_van_ZZ_naar_GG.pdf
59. Rijk (2011). 'Nota over de toestand van 's rijks financiën 20-09 2011 Miljoenennota 2012', website www.prinsjesdag2011.nl/miljoenennota
60. Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). 'De sociale staat van Nederland 2011'. Website: http://www.google.nl/search?client=safari&rls=en&q=25.%09Sociaal+en+Cultureel+Planbureau+'De+sociale+staat+van+Nederland+2011'&ie=UTF-8&oe=UTF-8&redir_esc=&ei=VTaHT_LzG4iphAfxp7HQCA
61. Swaab-Barneveld, H. (2011). 'Diagnostiek'. In: Swaab H., Bouma A., Hendriksen J., König C. (Eds.), *Klinische kinderneuropsychologie*, pp. 239-295. Amsterdam: Boom.
62. Thornicroft G. en Tansella M. (2003). 'Wat zijn de argumenten voor community-based geestelijke gezondheidszorg?' WHO Regionaal Kantoor voor de gezondheid in Europa Evidence Network (HEN), 2003, Website
www.euro.who.int/document/E82976.pdf.
63. Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (2008). 'Handboek FACT'. Utrecht: De Tijdsstroom.
64. Waal, S.P.M. de (mei 2011). 'Een betere Zorg voor Jeugd. Decentralisatie van de Jeugdzorg als kans.' Publicatie van PublicSPACE Foundation in opdracht van GGD Nederland, website www.ggd.nl
65. Winter, M. De (01-10 2009). 'Onderzoekvoorstel: Versterking Pedagogische Civil Society (VPCS)'. Website: www.allemaalopvoeders.nl
66. Witte, M. de (2004). 'Organiseren is veranderen met inzicht laveren tussen dilemma's.' Website: www.hgrv.nl
67. Zitman, F. (2012). ROM of Rommel? Psy febr. 2012. Website:
http://www.psy.nl/fileadmin/files/Psyarchief/Files_2012/Rom_of_rommel.pdf