



EQ DIGIDOC

# D-Day in de ggz

Paul van der Vlist

31 december 2013  
versie 1.0

---

## Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2	Transitie.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
3	Onderhandelingspositie .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
4	Verantwoording .....	5
5	Registratie.....	6
6	Spanning.....	8
7	Declaratiesysteem .....	9
8	Toezichthouden .....	11
9	Slag.....	12

### 1 Inleiding

Dit document is een bundeling van een achttal opiniestukken die vanaf 5 november tot en met 31 december 2013, behoudens kerstavond 24 december, gepubliceerd zijn op de website [www.vrijdagde13e.eu](http://www.vrijdagde13e.eu).

De instellingen in de zorg, en zeker ook de geestelijke gezondheidszorg, staan voor grote veranderingen op zorginhoudelijk, organisatorisch en financiële vlak. Nou zijn we inmiddels wel gewend aan grote veranderingen, maar de stelselwijzigingen per 2014 en 2015 – en waarschijnlijk ook nog wel de jaren erna – vragen meer dan ooit om leiderschap en moed.

Leiderschap en moed zijn lessen die we hebben kunnen leren van de meest bekende D-Day, de landingen in Normandië. In deze reeks wordt ingegaan op een aantal aspecten die relevant zijn om 'de slag' die ggz-instellingen aan moeten gaan, goed voor te bereiden en succesvol te slaan.

De website [www.vrijdagde13e.eu](http://www.vrijdagde13e.eu) richt zich op leiders die zich niet door bijgeloof en goedgelovigheid laten stoppen. Het is een initiatief om met een beetje vrijdenken te inspireren en te prikkelen. De gepubliceerde opiniestukken beogen een moment van persoonlijke reflectie.

## 2 Transitie

Afgelopen herfstvakantie heb ik Omaha Beach bezocht, één van de landingszones voor de invasie van Normandië op dinsdag 6 juni 1944. De landing leidde tot grote geallieerde verliezen, maar door goed leiderschap en de daarmee herkregegen moed lukte het om door de vijandelijke linies heen te breken. Verliezen, leiderschap, moed en overwinnen zijn begrippen die me deden denken aan de grote transitie waar de geestelijke gezondheidszorg momenteel – of misschien wel voortdurend – voor staat.

Vanuit zorginhoudelijk perspectief is vastgesteld dat teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de basiszorg (huisarts en praktijkondersteuner ggz - POH-GGZ) in de specialistische ggz terecht komen. Voorts is gebleken dat te weinig mensen na behandeling in de specialistische zorg terugkeren naar de basiszorg. Oogmerk is derhalve om de ggz-ondersteuning in de basiszorg te versterken en daarmee onder meer volumegroei in de buurt op te vangen.

De ggz-instellingen krijgen naast deze sterkere positie van de huisarts of POH-GGZ te maken met het onderscheid tussen generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Doel is om mensen met lichte problematiek niet onnodig naar de gespecialiseerde ggz te sturen. Verwachting is dat dit 20% van het huidige cliëntenpotentieel in de gespecialiseerde ggz betreft.

De langdurige ggz gaat per 2015 van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Nog onduidelijk is welke – zwaardere – zorg hieronder komt te vallen. In het kader van de WMO zouden gemeenten meer verantwoordelijkheden moeten krijgen voor de zorg die mensen thuis ontvangen. Het lijkt erop dat tot 2017 de huidige indeling – en bekostiging – in zorgzwaartepakketten van kracht blijft. De druk om zorg dichtbij de cliënt (thuis) te leveren is groot.

In 2013 is de ggz voor de Zvw overgegaan naar prestatiebekostiging, zij het nog met een vangnet. Vanaf 2014 wordt volledig afgerekend op de afspraken over productie en prijzen. Kostprijsonderzoek heeft ertoe geleid dat de maximumtarieven voor 2014 gemiddeld 6,4% hoger worden. In een bestuurlijk akkoord is echter afgesproken dat de kosten in de ggz in 2014 maximaal met 1,5% mogen stijgen.

Voorname is zeker niet het volledige beeld aan veranderingen en complexiteiten waar ggz-instellingen voor staan. Een en ander heeft in ieder geval vergaande consequenties op zorginhoudelijk, organisatorisch en financieel vlak en vraagt om aanpassingen in de bedrijfsvoering, betreffende behandeling/begeleiding alsook administratief. Een vlucht naar voren met hap/snap-oplossingen is niet

voldoende en kan op zelfs redelijk korte termijn contraproductief blijken. Een integrale beschouwing van al voornoemde aspecten is derhalve noodzakelijk.

Grote verliezen zijn al geleden en nog te verwachten, zie bijvoorbeeld de ontslagen van personeel. Het komt nu aan op leiderschap en moed om te overwinnen c.q. te overleven. En dat vraagt om goed voorbereide en geplande actie en operatie: D-Day in de ggz.

*Gepubliceerd op dinsdag 5 november 2013*

### 3 Onderhandelingspositie

De onderhandelingen met de zorgverzekeraars over productie en prijzen 2014 bevinden zich in het laatste stadium. Het gaat er stevig aan toe, het moet allemaal steeds minder, zowel in volume als in geld. Er worden en eigenlijk, zijn al ondergrenzen bereikt. Bestuurders zullen de moed moeten hebben een aantal zorgprogramma's niet meer aan te bieden. Of ze moeten de moed hebben intern aanpassingen ofwel versoberingen van zorgprogramma's af te dwingen. In beide gevallen moeten ze een heldere en krachtige onderhandelingspositie innemen.

Voor een belangrijk deel van de zorg c.q. het zorgbudget hebben de zorgverzekeraars de sleutel van de geldkist gekregen. Dat geeft ze een zekere macht. De zorgverzekeraars hebben echter ook de plicht te bewerkstelligen dat de cliënt zorg in de buurt kan krijgen, zeer specialistische behandelingen daargelaten. De definities van welke zorg, hoe dichtbij, tegen welke kosten en dergelijke zijn nog niet scherp. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars verschillende voorwaarden.

Inmiddels hebben we tijdens de onderhandelingen nu en ook vorig jaar al voldoende kunnen ervaren dat zorgverzekeraars vooral financieel gedreven zijn. Het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 van 18 juni 2012 spreekt over een structurele jaarlijkse uitgavengroei van 2,5%, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. In de wandelgangen is dat vorig jaar al snel vertaald naar maximaal 2,5% groei en de loon- en prijsbijstelling zijn in dat maximum ook maar gelijk meegenomen.

Voor 2014 wordt het budget nog steviger gekort. Aanvullende afspraak tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de minister is dat de kosten in de ggz in 2014 maximaal met 1,5% stijgen. Door de NZA is 'gedegen kostprijsonderzoek' uitgevoerd, hetgeen geleid heeft

## D-Day in de ggz

---

Onderhandelingspositie

tot verhoging van de maximumtarieven voor 2014 van gemiddeld 6,4%. Echter, linksom of rechtsom moet binnen de afgesproken ruimte van 1,5% groei gebleven worden. De zorgverzekeraars zetten dat nog steviger aan. Uit de onderhandelingen betreffende 2013 ten aanzien van zorg in het kader van de zorgverzekeringswet (Zvw) is in plaats van de toen afgesproken groei van 2,5% een onderhandelingsresultaat in de orde van 0% gekomen. Door het veel stringenter controleren van en vasthouden aan de inkoopvoorwaarden is er veelal feitelijk sprake van krimp. Voor 2014 wordt direct al ingezet op 3 tot 5% krimp. En de controle en handhaving van de inkoopvoorwaarden zullen waarschijnlijk geïntensiveerd worden.

De meeste ggz-instellingen hebben in 2013 al personeel, ook zorgprofessionals, moeten ontslaan. Gegeven voornoemde krimp in budget betreffende de Zvw, vaak in de orde van 60-70% van het totale budget, is het onvermijdelijk dat er voor 2014 keuzen in termen van volume gemaakt moeten worden. Grofweg zijn er daartoe twee mogelijkheden: 1. het afstoten c.q. niet meer aanbieden van een aantal zorgprogramma's en 2. het versoberen van bestaande zorgprogramma's.

De eerste optie heeft intern consequenties, maar brengt ook voor de zorgverzekeraar een probleem met zich mee. In het algemeen gaat de zorgverzekeraar met dit probleem makkelijk om: inkopen bij een andere zorgaanbieder, ook al betekent dit voor de bestaande cliëntengroep zorg minder dicht bij huis. De tweede optie heeft intern meer consequenties: zorginhoudelijke afwegingen en organisatorische herindeling. Ervan uitgaande dat de behandeling verantwoord uitgevoerd blijft, hebben cliënt en zorgverzekeraar hier weinig last (en weet) van.

Beide opties vragen om moed en leiderschap!

*Gepubliceerd op dinsdag 12 november 2013*

### 4 Verantwoording

We zijn het er allemaal wel over eens dat we ons moeten verantwoorden. De zorgverzekeraars stellen in hun inkoopvoorwaarden pittige eisen. En ze maken het nog lastiger door steeds nadrukkelijker te controleren, een trend die begin 2013 is ingezet en naar verwachting alleen maar geïntensiveerd gaat worden. Dat vinden we ongemakkelijk en tijdrovend. Bedoelde verantwoording wordt dan al snel als bureaucratisch getypeerd.

In het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 van 18 juni 2012 zijn diverse afspraken overeengekomen die door de zorgverzekeraars op prikkelende of slimme (?) wijze vertaald zijn in de inkoopvoorwaarden. Denk bijvoorbeeld aan afbouw van de bedden capaciteit, het vergelijken van uitkomstmetingen (ROM) en de ontwikkeling van zorgprogramma's en zorgpaden. Op zich allemaal onderwerpen waar we het wel over eens zijn dat ze betekenis hebben voor verbetering van de geestelijke gezondheidszorg.

Het ongemak ontstaat door de nadruk op tijd en geld. We willen wel maar vinden het te snel gaan. Bij voornoemde beddenreductie wordt uitgegaan van een beginsituatie in 2008 met een theoretisch jaarlijkse afbouw tot aan 2020. In diverse instellingen is het aantal bedden tussen 2008 en 2012 gestegen, mede door markt vraag c.q. marktwerking. In het kader van ROM zijn in het bestuurlijk akkoord van 5 juli 2010 afspraken gemaakt over aanleverpercentages: tot 50% begin- en eindmetingen in 2014 voor alle behandelgroepen! Naast het feit dat pas medio 2011 definitieve overeenstemming bereikt was over meetinstrumenten, meetfrequentie en dergelijke, zijn voor enkele behandelgroepen anno 2013 nog geen meetinstrumenten geselecteerd. Het schetst het beginstadium waar deze ontwikkelingen zich in bevinden.

Genoemde ontwikkelingen dragen bij aan transparantie in en van de zorg. Invoering vergt iedere keer weer een langdurige initiatiefase en een tijdrovende implementatie. De eerste discussies over de diagnose/behandelcombinaties (DBC's) had ik met ziekenhuisbestuurders al in 1995. Ruim tien jaar later was de invoering een feit. Ook over zorgprogramma's en zorgpaden hebben we het al enkele jaren. De uitwerking resulteert nu vaak in te hoge mate van detail, wat tot veel discussie en complexe invoering leidt.

Het aspect 'geld' weegt zwaar en vertroebelt. Geld is een betrekkelijk eenvoudig te hanteren stuurmiddel, of wellicht beter: dwangmiddel. Het al dan niet halen van doelen zonder financiële consequenties resulteert vaak in onachtzaamheid en gemakzucht. Dat de zorgverzekeraars het geldmechanisme inzetten is best redelijk en waarschijnlijk ook wel nodig. De wijze waarop is minder redelijk en niet handig, want het zorgt voor de hakken in het zand. Spreken over een bonus/malusregeling, vervolgens het volledige flexibele deel



eerst van het budget aftrekken en daarna stellen dat er bonus te verdienen is met het behalen van doelen, geeft weerstand. Het niveau van de kortingen, want dat zijn het, is hoog en heeft vergaande, veelal personele consequenties. Bestuurders en directies kunnen daar achteraf pas op anticiperen, immers je mag veronderstellen dat ze verwachten en hun best doen om afgesproken doelen te realiseren. Uiteindelijk gaat het alleen nog maar om het geld en nauwelijks over het wat en waarom van de doelstellingen zelf.

Oplossing voor het aspect 'tijd' ligt in eenvoud en vertrouwen. Instellingen moeten daar intern mee aan de slag. Dat vraagt leiderschap om keuzen te maken en ze geaccepteerd en gedragen te krijgen. Als dat binnen de instelling lukt, groeit ook het vertrouwen van de zorgverzekeraar.

*Gepubliceerd op dinsdag 19 november 2013*

## 5 Registratie

Worstelen met een elektronisch dossier. Niemand weet hoe een volledig dossier uit te draaien. Anderhalf jaar nodig om belangrijke documenten op te leveren. Tegenstrijdige informatie in dossiers. In een artikel in de Volkskrant van afgelopen zaterdag werd opgemerkt dat naast praktische problemen - elektronisch, dus niet geschikt voor papier - het een breder probleem betreft, namelijk dat dossiervoering een chaos is. Het ging in dit artikel over een ziekenhuis. Maar in de geestelijke gezondheidszorg kom je vergelijkbare situaties tegen. Met steeds meer en betere controles door zorgverzekeraars is een goede registratie vereist.

Met het opschrijven van de laatste zin in vorige alinea realiseer ik me dat ik allereerst kijk naar de financiële kant van het al dan niet goed registreren. Dat zal te maken hebben met een zekere beroepsdeformatie. Natuurlijk is goede registratie op de eerste plaats van belang voor betreffende cliënt en behandelaar(s) ter ondersteuning van het behandelproces. Wat ik in de praktijk zie, ook nu nog, is dat er zorginhoudelijk nog weinig gebruik gemaakt wordt van geregistreerde gegevens. Veelal beperkt het vastgelegde zich tot procesinformatie met als belangrijkste doel de vergoedingen door financiers veilig te stellen. Het nut van vastlegging voor zorginhoudelijke reflectie of intervisie wordt door de meeste behandelaren niet gevoeld.

Ordentelijke dossiervoering heeft te maken met aspecten als tijdigheid, volledigheid en juistheid van gegevensvastlegging. Door de beperkte tijd die aan een cliënt besteed mag worden, wordt vastlegging tijdens of direct na de sessie niet als werkbaar optie



gezien. Toch heeft registratie tijdens de sessie en samen met de cliënt veel voordelen. De betrokkenheid van cliënt is groter, over het wat en hoe de gegevens vastgelegd zijn is cliënt direct geïnformeerd en behandelaar krijgt direct feedback van cliënt betreffende volledigheid en juistheid. Het gebruik van een elektronisch dossier zorgt voor een zekere uniformering door de – hopelijk logisch samengestelde – formulieren c.q. invulvelden en draagt bij aan volledigheid en juistheid.

Ordentelijke dossiervorming vraagt om gemak en eenvoud voor de directe gebruikers: behandelaren, verpleegkundigen en dergelijke. Het elektronische dossier combineert veelal de gegevens betreffende het behandelproces en de zorginhoud. De administratieve en financiële gegevens worden vaak in een apart zorgregistratiesysteem vastgelegd. Gegeven de verschillende functies alsook kijkend naar de technologische ontwikkelingen is dat wel logisch. Het elektronisch dossier moet tijdens de behandelsessie – eigenlijk dus op ieder moment - up-to-date zijn en gemakkelijk en snel in het gebruik. De administratieve en financiële verwerkingen zijn minder tijdsgebonden. Ook de directe gebruikers en onderliggende processen zijn verschillend.

Goede registratie begint bij de bron ofwel bij cliënt en behandelaar. Daaromheen is veel te organiseren om gemak en eenvoud voor deze belangrijkste spelers in het zorgproces te bewerkstelligen. De stevige en vele regels die overheden en financiers opleggen vragen om keuzen ten aanzien van ex- en interne doelstellingen en de mate van diepgang (ambitie). Door onderscheid te maken tussen groepen belanghebbenden kan de ondersteuning in personele en technische zin meer gericht georganiseerd en opgezet worden.

Minder is Meer. Bepaal de richting en stuur daar strak op. Door vervolgens bij de inrichting eenvoud en gemak als leidraad te nemen, blijft de omvorming binnen de instelling eveneens op een goed beheersbaar niveau. En dan is zoiets als registratie te beschouwen en te hanteren als een logisch onderdeel van de zorgverlening.

*Gepubliceerd op dinsdag 26 november 2013*

### 6 Spanning

Het besturen van een zorginstelling staat onder druk in deze periode van bezuinigingen. Berichtgeving over het falen van de driehoek toezichthouders, bestuurders en medische staf of over directeuren die uit hun functie zijn gezet, is aan de orde van de dag. Zolang de financiële resultaten positief zijn, is er op het bestuurlijk niveau weinig aan de hand. Zodra de financiële druk toeneemt en zeker als dit gepaard gaat met gedwongen ontslagen, neemt ook de spanning toe.

De achterliggende periode zijn een redelijk aantal bestuurders en directeuren uit hun functie ontheven. Aanleiding is soms verschil van inzicht tussen bestuurders en directies. En zeker wanneer er personele consequenties zijn, verzetten ook adviesorganen zoals ondernemingsraden zich tegen voorgenomen besluiten. Nu na de onderhandelingen met vooral de zorgverzekeraars de mindere financiële ruimte vertaalt moet worden in de jaarplannen, geeft dat veel spanning en druk binnen de instellingen.

Al in de aanloop naar 2013 nam deze druk toe. Het was binnen veel instellingen onvermijdelijk dat arbeidsplaatsen kwamen te vervallen. Iedere halve miljoen minder omzet betekent zo'n tien voltijdbanen minder, ofwel, met de vele parttimers in dienst, raakt de werkgelegenheid van vijftien of nog meer medewerkers. De aanloop naar 2014 toont nog grotere bezuinigingen.

De gedwongen ontslagen hadden deels voorkomen kunnen worden als we in 2012 en eerder al gereorganiseerd hadden. Met de ontwikkelingen rondom de DBC-financiering in 2008 (of eigenlijk al eerder) en in het kader van transparantie (ROM gestart in 2009 en zorgprogramma's en zorgpaden in 2012) alsook meer algemeen ten gevolge van de financiële crisis in 2008 hebben we het zien aankomen of hadden we dat moeten zien. We hebben het echter niet aangedurfd om toen al keuzen te maken en het mes in de organisatie te zetten. Enkele instellingen hebben al wel in 2012 stevige stappen gezet door bijvoorbeeld het afstoten van hele vestigingen. Pijnlijk, maar wel duidelijk en resulterend in een overigens nog steeds niet makkelijke maar wel eenvoudiger opdracht op dit moment.

Tijdigheid van handelen in hier bedoelde zin brengt voordelen met zich mee. Enkele jaren geleden was het makkelijker om personeel te herplaatsen, buiten en soms ook binnen de instelling. Door zelf de regie in handen te houden, kan ook een meer geleidelijk traject gevolgd worden. Tijdigheid levert derhalve tijd op, onder meer om tussen leidinggevenden onderling, met adviesorganen en met de medewerkers te overleggen en af te stemmen.

Achteraf wordt vaak gesteld dat er geen visie was of is. Dat zogenoemde gebrek aan visie verbleekt echter bij het gewoon niet uitvoeren van gemaakte afspraken. Zolang we nog een positief resultaat hebben, spreken we elkaar er ook niet of onvoldoende op aan: het gaat toch goed zo. En als het resultaat negatief is en we hebben nog reserves, dan wordt de noodzaak ook niet snel gevoeld. Mijn eigen ervaring is dat wanneer de omzet achterblijft het heel erg snel mis kan gaan. En improductiviteit van medewerkers beïnvloedt de sfeer binnen de organisatie in negatieve zin.

Duidelijke afspraken maken, sturen op en controleren van die afspraken en tijdig handelen vraagt om leiderschap met durf. Bestuurders en directies moeten elkaar scherp houden, leidinggevendenden moeten elkaar en hun medewerkers aanspreken. Toezichthouders moeten controleren of doelen meetbaar zijn geformuleerd en of ze gehaald (gaan) worden. Als dat goed en vooral op een open wijze gebeurt, zal een gezonde spanning overblijven.

*Gepubliceerd op dinsdag 3 december 2013*

## 7 Declaratiesysteem

Al in 1995 was ik betrokken bij discussies over de DBC: de diagnose/behandel-combinatie. In de ziekenhuiszorg is dat in 2004 ingevoerd en in 2012 achterhaald of ingehaald door de DOT (DBC, Onderweg naar Transparantie). In de geestelijke gezondheidszorg is de DBC ingevoerd in 2008. Doelstelling was om met DBC's en DOT's alle betrokkenen beter inzicht in behandelkosten en zorggebruik te bieden. Inmiddels eind 2013 kunnen we vaststellen dat het declaratiesysteem beoogde transparantie niet opgeleverd heeft.

Oorspronkelijk werd bedacht dat met het vaststellen van de diagnose ook de behandeling en daarmee de kosten vastgesteld zouden zijn. Daar is al redelijk snel op teruggekomen. Nou is het echt niet zo dat, alhoewel vaak als argument gebruikt, iedere cliënt uniek is. Ook in de zorg blijkt zoiets als de 80/20-regel te gelden. Alhoewel veel zorgprofessionals gruwen van alleen al het idee van uniformering en standaardisering, proberen we toch te komen tot zorgprogramma's en zorgpaden. Het onderscheid tussen de huisarts/POH-GGZ, de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ geeft richting aan standaardisering.

Kijkend naar al deze ontwikkelingen blijft er toch iets wringen. Belangrijkste drijfveer is kostenbeheersing. Vanuit die gedachte zijn en worden de declaratiesystemen uitgewerkt. Vanuit deze financiële invalshoek vindt groepering plaats. Er is onvoldoende raakvlak met de

zorginhoudelijke aspecten, die worden er enigszins kunstmatig aan toegevoegd. Resultaat is dat declaraties niet aansluiten bij het gevoel dat behandelaar en cliënt hebben ten aanzien van behandelintensiteit en –duur. Het plakken van een pleister of stelpen van een bloedneus bij de spoedeisende hulp voor 450 euro, of enkele honderden euro's voor een behandelsessie van nog geen 10 minuten, wordt als niet redelijk ervaren en heeft een negatief effect op de waardering voor de zorgverlener of zorginstelling.

Je kunt stellen dat de significante verhoging van de eigen bijdrage met bijna 60% (2013 t.o.v. 2012) het kostenbewustzijn bij de cliënt eindelijk heeft losgemaakt. Dat is winst maar ook een eenzijdige blik op transparantie van de zorg. We hebben het voornamelijk over het geld en nauwelijks over de inhoud. Het gaat over de kosten van medicijnen, minder budget voor gemeenten en oh ja, misschien enigszins inhoudelijk - nou ja, eerder organisatorisch - welk deel van de AWBZ niet naar de gemeenten maar naar de zorgverzekeraars gaat.

Vraag is welk probleem we nou eigenlijk proberen op te lossen. Naar mijn mening zijn de meeste ontwikkelingen gericht op het verminderen en beheersen van kosten. Het is dan zeker niet verkeerd om na te denken over wie het beste de noodzakelijke zorg kan leveren en over het proces naar die zorg toe. Maar nadat dat gedaan is en er keuzen gemaakt c.q. besluiten genomen zijn, hetgeen inmiddels heeft plaatsgevonden, gaat het om eenvoud in de uitvoering. De uitvoering vindt plaats door mensen, de zorgverleners, die hun tijd geven en middelen - geneesmiddelen, hulpmiddelen, apparatuur, ruimten e.d. - gebruiken of voorschrijven. Het declaratiesysteem moet derhalve gebaseerd zijn op het schrijven van tijd en het registreren van middelengebruik.

In het tijdsbestek waarin we nu leven, met de technologie die ons nu ter beschikking staat, moet dat te realiseren zijn. Tijd schrijven doen we al, zij het niet door of voor iedereen. Systemen voor voorraadbeheersing en facilitair beheer zijn beschikbaar en al binnen veel instellingen in gebruik. Het vraagt vooral durf om het gewoon te gaan doen. Alleen dan krijg je goed inzicht in behandelkosten en zorggebruik.

*Gepubliceerd op dinsdag 10 december 2013*

### 8 Toezichthouden

De rol van de toezichthouder staat weer even in de belangstelling. Morgen verdedigt Marc van Ooijen zijn proefschrift onder de noemer Toezichtdynamica. En de directeur van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn, Marius Buiting, stelt dat de toezichthouder een stevigere rol moet pakken. Al in februari 2009 heb ik een opiniestuk geplaatst (zie het archief) met als slotopmerking dat het besturingsmodel eenvoudig moet blijven.

Kijkend naar de artikelen van bijna vijf jaar geleden en de publicaties van nu, dan is er kennelijk nog niet veel veranderd en verbeterd. Van Ooijen dicht dat toe aan te grote passiviteit van de toezichthouders. Uit zijn onderzoek blijkt dat raden van toezicht meer dan 90 procent van hun tijd bezig zijn met zich laten informeren. Hij pleit ervoor om in toenemende mate meer actief te worden, van laten informeren naar toetsen, adviseren en, uiteindelijk, beïnvloeden. Dit laatste, beïnvloeden, zal waarschijnlijk geïnterpreteerd mogen worden als stevig ingrijpen ofwel ontslag van de bestuurder.

In een interview met het FD wijst Buiting op de vele transities die in kort tijdsbestek gerealiseerd moeten worden. Hij vreest dat bestuurders hiermee zo druk zijn dat ze vergeten dat er ook nog mensen verzorgd moeten worden. Hij pleit derhalve voor een radicale verandering in werkwijze van toezichthouders, achter de rug van de bestuurder vandaan komen en actief informatie verzamelen in de instelling en daarbuiten.

In mijn stuk van februari 2009 heb ik gesteld dat het bestuur beoordeeld moet worden op een beperkt aantal, van te voren overeengekomen heldere prestatie-indicatoren. De toezichthouders moeten erop toezien dat die indicatoren overeengekomen en vastgesteld worden en vervolgens enkele malen per jaar de prestaties (laten) toetsen. Op 3 december jl. heb ik gewezen op het belang van tijdigheid van handelen. Ik doel daarmee op niet te lang wachten en ook daadwerkelijk tot handelen, of in de terminologie van Van Ooijen: beïnvloeden, over te gaan.

Hier weergegeven meningen zijn niet strijdig. Een actieve houding en gevraagd en ongevraagd advies moet je verwachten of waarschijnlijk zelfs eisen van een goede toezichthouder. Ik denk dat het falen van toezichthouders vooral te maken heeft met te laat handelend optreden. Het vertrouwen van en in bestuurders vraagt ook om het tijdig laten informeren, ofwel iets meer gestructureerd kijken of doelstellingen gehaald worden. Het aantal indicatoren waarop gestuurd moet worden, kan en moet beperkt blijven. Met drie tot vijf indicatoren per bestuurder kom je al een heel eind. Gegeven de verschillende verantwoordelijkheden is het totaal aan indicatoren meestal iets groter. En derhalve voldoende voor toezichthouders om te toetsen en, zo nodig, te handelen.

De vele veranderingen die in relatief korte termijn bewerkstelligd moeten worden, is een terugkerend gegeven. De ontwikkelingen bijna vijf jaar geleden, enkele maanden na het begin van de bankencrisis, gaven een vergelijkbaar beeld van dat er veel moest veranderen. In de geestelijke gezondheidszorg zijn we de achterliggende jaren overvallen met de ene wijziging na de andere. Bestuurders moeten daar nu eenmaal mee om kunnen gaan.

De huidige situatie vraagt niet per se om een steviger rol van toezichthouders, maar vooral om tijdig handelen, ofwel vooral te doen waarvoor ze benoemd zijn. Laat de bestuurders besturen en de toezichthouders op afstand controleren of prestatie-indicatoren helder vastliggen en behaald worden. En verder, zoals ik in 2009 ook al concludeerde, een paar keer per jaar een goed glas en een dikke sigaar. Zeker zo vlak voor de Kerst.

*gepubliceerd op dinsdag 17 december 2013*

## 9 Slag

Morgen begint het nieuwe jaar, 2014, en staan alle tellers weer op nul. Binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten de resultaten over 2014 echter behaald worden in een, door de stelselwijziging, sterk veranderde zorgmarkt. En we weten wat er nog allemaal gaat veranderen per 2015. De laatste aanpassingen in de jaarplannen zijn gemaakt. Nu komt het aan op leiderschap en moed. De slag moet nu echt geslagen worden.

Mijn eerste stuk in deze reeks over D-Day in de ggz d.d. 5 november jl. begon ik over de invasie van Normandië en de slag bij Omaha Beach op dinsdag 6 juni 1944. Duidelijk is dat het bij dit soort grootschalige acties gaat over verliezen, leiderschap, moed en overwinnen. De achterliggende jaren hebben we binnen de ggz al de nodige verliezen geleden. Met name in 2013 is dat met grote personele consequenties gepaard gegaan. De veranderingen voor 2014 en daarna zullen zeker ook tot verliezen leiden op meerdere en elkaar beïnvloedende gebieden: organisatorisch, personeel en financieel. Voor het gemak neem ik maar aan dat de kwaliteit van de zorgdienstverlening op niveau blijft.

Alleen al de term "zorgmarkt" doet een aantal zorgverleners en zelfs leidinggevenden nog steeds gruwen. Wat nu "markt" in onze zorgwereld, laat staan dat we het hebben over begrippen als "marketing" en "verkoop". Met de zorgverzekeraars hebben we het over de

## D-Day in de ggz

Slag

zorginkoop. We hebben nog steeds weinig benul van het feit dat wij de (zorg-) verkopende partij zijn. Althans, het gedrag is daar binnen veel ggz-instellingen niet naar.

De inrichting van veel instellingen is nog gebaseerd op de oude vertrouwde situatie. In 2013 kwam het nog voor dat cliënten in eerstelijnszorg net zo uitgebreid – nou ja? – besproken werden als cliënten in de tweedelijnszorg. Een typisch geval van gebrek aan leiderschap en moed. Er zijn instellingen die VPT – Volledig Pakket Thuis, hetzelfde niveau aan zorg als intramuraal, maar dan bij de cliënt thuis – inzetten als oplossing voor beddenreductie. Organisatorisch, personeel en financieel een uitermate risicovolle oplossing. Je kunt het creatief noemen, maar waarschijnlijk is gebrek aan leiderschap en moed een treffender kwalificatie.

De grootste financiers voor de meeste instellingen, de zorgverzekeraars, zijn stevige c.q. harde onderhandelaars. Een geluk is dat de onderhandelingen betreffende 2014 niet nog enkele maanden in het nieuwe jaar doorlopen, zoals tot 2013 het geval was. De jaarplannen zullen nu op de onderhandelingsresultaten aangepast zijn, althans in rekenkundige zin. Bij veel instellingen zal het vooralsnog bij deze rekenkundige aanpassingen gebleven zijn.

Gegeven alle veranderingen die de achterliggende jaren al hebben plaatsgevonden, die vanaf morgen gerealiseerd moeten worden en waar we ons voor 2015 en verder op moeten voorbereiden, is van belang om dat waar we zelf invloed op kunnen uitoefenen beheersbaar te krijgen en te houden. Dat vraagt om eenvoud in organisatie, met betrekkelijk kleine, redelijk zelfstandige organisatorische eenheden. Met daarbinnen grote vrijheid – en dus verantwoording – voor leidinggevend en medewerkers. En om planmatige uitvoering van onze werkzaamheden.

Makkelijker gezegd dan gedaan. Want de uitdagingen zijn groot. Hiervoor bedoelde eenvoud vereist vooraleer leiderschap. Leiders met moed om te vertrouwen op de kennis en kunde, het gevoel en de creativiteit van hun werkers. Dat is de basis voor eenvoud in het leiden van organisaties, mensen en projecten.

D-Day in de ggz. Sla nu uw slag! Een moedig 2014 toegewenst!

*Gepubliceerd op dinsdag 31 december 2013*