

redesigning psychiatry

a strategic repertoire to stimulate
transition in the mental healthcare sector

/ appendix

Sophie Holierhoek

April 2020

3	/ appendix 1 research plan
6	/ appendix 2 case study youth GGZ
10	/ appendix 3 end-user research
34	/ appendix 4 interviews with experts from practice
65	/ appendix 5 clusters and corresponding insight cards
69	/ appendix 6 testing the framework
72	/ appendix 7 elaborate evaluation setup
78	/ appendix 8 project brief

**don't want to scroll endlessly?
if you open this document in adobe acrobat, you
can use the bookmarks created for each appendix**

appendix / 1

research plan

1.1 Academic research

As this project is built around a design approach that has not been fully defined yet, a large part of the project will focus on the theoretical exploration of overlapping or adjacent approaches. The knowledge drawn from these approaches will be used to bridge gaps in the methodology, and to tailor the methodology to this particular project context.

The academic research phase of this project will revolve around different theories of societal and individual change. The aim is to understand socio-economic and socio-technical transitions from different perspectives and on different scales (micro, meso, macro), and to understand what the role of design could be in guiding these transitions. This brings me to the research topics in figure XX1.

Transition design

Exploring the knowledge that *is* available, also in possible neighbouring areas.

Socio-technical transitions & management of socio-technical transitions

An area in which a lot is happening right now, because of the increasing need of energy transitions, for example. Knowledge in this area is expanding and can be very useful for this transition as well.

Sociological theories on societal change

Classic notions of how change happens in society

Networked innovation

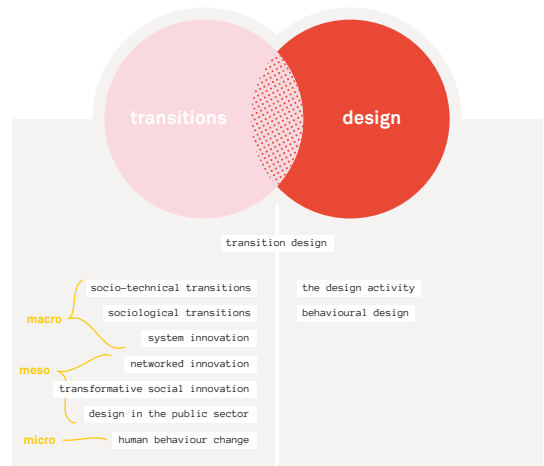
Strategies for large-scale collaborations with an innovative intent. As this is probably something that will be necessary to achieve change, it can be interesting to study this field.

Role of design in wicked problems

Design in wicked (policy) problems is the topic of the paper I'm writing next to this graduation project. It is adjacent to this project's topic, and can be valuable in finding the role of Redesigning Psychiatry in the transition to a new system.

Human triggers in (behaviour) change

The human element of transitions; people need to change, but they probably won't if they don't want to. How does this behaviour affect systems on a meso and macro level, and how can you get people to change?



Not all of these topics need to be researched to the same degree. Transition design, design for behaviour change, and transition management will be studied extensively, the other fields will be studied more superficially.

1.1.1 General approach

Topics that need in-depth research

- > Get a general understanding of the research area
- > Prepare interview with expert based on this understanding
- > Interview expert
- > Work insights of interview into existing knowledge
- > If necessary, do some additional desk research
- > Boil down to thick description of relevant knowledge, possibly in the form of key principles

Other topics

- > Get a thorough/general understanding of the research area
- > Boil down to thick description of relevant knowledge, possibly in the form of key principles

1.2 Contextual research

Next to an academic study, the project contains a practical investigation, which has the aim to gain understanding of the context on both a systemic and personal level. I want to find out how individuals, organisations and other actors within the system experience and achieve change. To understand this, you also need to have an understanding of the system itself to some extent. So, the goals of the contextual research can be defined as follows:

- > Gain understanding of the perception of change within actors of the system, on multiple scale levels.
- > Get an overview of the current system through a system map.

1.2.1 Perception of change on an individual level

I want to get a feeling of what how professionals perceive change in their daily work; how do they experience it when it is imposed on them, how do go about it when they change something themselves. To understand this, I also want to know their daily work is like, how they experience that. To these ends, I will use a slightly adapted version of the context mapping method. Instead of doing context mapping sessions, I will do individual interviews. This is to keep the project manageable time wise, but the sensitivity of the topic also plays a crucial role in the decision. That means that the steps are as follows:

- > Create sensitizing booklets for professionals
- > Interview three professionals with different roles in the system, and different levels of openness to the RP philosophy. Possibly use physical tools to support the conversation.
- > Use the rest of the information mined from the booklets as contextual information

1.2.2 Interviews with sector experts

In order to understand the difference in perspective between the 'pihip' and DSM, and what kind of change this would imply for the system, several interviews will be held with experts from the sector. In these interviews, I will also pay attention to the concept of change in the mental healthcare system.

1.2.3 Case study of similar transition in mental healthcare

As this specific transition is quite unique in the mental healthcare sector, it can be challenging to uncover blockers and enablers to change. However, a slightly similar transition has been attempted before in Youth mental healthcare. Therefore, this transition will be studied through an interview and desk research.

1.2.4 Mapping the current system

First of all, it is important to note that the system should be analysed from the perspective of the diagnosis-treatment combination, which means that the system needs to be interpreted with this perspective in mind, and that connections further removed from this part of the system can be left out or simplified. That being said, the steps of this part of the research are more or less:

- > Use the research from Steven's graduation project for Redesigning Psychiatry as a reference and starting point for the system mapping.
- > Use the above-mentioned research activities to map the current system
- > Get additional information and expand system as I go.
- > Discuss system overview with people inside Redesigning Psychiatry, and adapt where necessary.

appendix / 2

case study youth GGZ

In 2015, the 'Jeugdwet' was initiated by the Dutch government, shifting the responsibilities of child psychiatry from insurance companies to local government. The rationale behind this was that child psychiatry could have closer ties with other childcare organisations organised by local government (e.g. Child Protection), providing an integrated care plan. These aims have some overlap with Redesigning Psychiatry's goals, and as such a small case study was performed.

A visual overview of the findings can be found on page 9.

2.1 Purpose of the study

The transition into a new, more integrated system prompted by the introduction of the *Jeugdwet*, precludes the foreseen RP transition with 4+ years, giving me the opportunity to study this transition and use the main findings as guidance for, for example, design interventions.

As such, the main research goals of this case study are:

- > To find actions that (don't) work well in supporting the transition;
- > To identify dynamics in collaboration that (don't) work well in supporting the transition;
- > And to find enablers and inhibitors of the transition that might be relevant for the RP transition as well.

2.2 Research setup

The main component of this study is an interview with the Director of Care at an institution for youth psychiatry and addiction care (Los, 2019). She also works as a youth psychiatrist on a daily basis. This interview is supported by desk research into articles and (governmental) publications that evaluate the *Jeugdwet* from different viewpoints (Duurvoort, 2018; Van Elst, 2018; Friele, et al., 2018; De Koster, Wijkteams jeugdhulp moeten op de schop, 2018; De Koster, Toegang tot jeugdhulp moet beter, 2018; De Koster, Knelpunten Jeugdwet vooral in de uitvoering, 2018; Rijksoverheid, 2019; Willen, 2019)

2.3 Results

2.3.1 Initial goals

- 1 Focus on prevention and building on the responsibilities and possibilities of youth and their parents; possibly using their own social network;
- 2 De-medicalising, and de-caring by strengthening the pedagogic capabilities in families, neighbourhoods, schools and day care centres;

- 3 Being able to give the right help earlier, so that youth and families can be helped as soon, as close, and as effective as possible, while not losing focus on cost efficacy;
- 4 Providing integral help to families, following the principle of one family, one plan, one director;
- 5 More room for professionals to provide the right care, by reducing the administrative burden. (Stichting Movisie, 2015)

2.3.2 Conclusions

The results of the case study have been visualised, see page 9.

- > An envisioned system like this, in which people between different disciplines, organisations and legal systems collaborate, a strong network is imperative to make it work. However, there are several factors that detract from / undermine the forming of this network.
 - o The system is very bureaucratic and based on control at the moment. This undermines the building of bonds of trust. This is a reinforcing loop, because the absence of a strong network also (partly) keeps the need for a more controlling environment.
 - o Networks like this are dynamic and unpredictable because they are formed by people. A pregnancy or resignation can have the result that the network stops functioning properly.
 - o The people in the network are from different disciplines, organisations, etc. They have different interpretations of words, situations, etc. This hinders good collaboration.
 - o Some of the parties within the network are divided internally as well; the municipality is a good example (also the primary collaborating partner). Within the municipality there are several parties the GGZ needs to work with, and sometimes these parties contradict each other.
 - o GGZ is not in one, but in multiple networks.
- > System based on control: I think this is also a result of the increasingly 'transparent' world we live in, in which governing bodies are 'required' to justify certain actions; ensuring that everything went by the book.
- > To know how to handle special cases, you need to have seen a high number of these cases. However, in local systems the sample size is small. This has several consequences.
 - o The hood teams and municipality working with youth only have a few psychiatric cases. In all other cases, they have control over what is being done, but in psychiatric cases GGZ also has a say. In these instances, the level of trust is too low to hand-over control.
 - o The development of knowledge in municipalities and hood teams is slow.
- > Complexity you cannot prepare for and the variety of ways the GGZ needs to work, puts pressure on the GGZ employees.
- > This pressure strains possibilities to improve the services; there is no time to adjust when errors in (prior) judgement occur, and there are even less resources to truly innovate. Right now, the system is trying to close 'leaks' with every strength it has.

- > These errors in judgement are unavoidable, because the situation is complex to such a degree that unexpected things will always turn up.

2.4 Takeaways for Redesigning Psychiatry

- > The situation will always be too complex to plan in detail prior to the transition.
- > When initiating a transition, make sure you have enough time and space to adjust from errors in judgement.
- > Also, don't transition with a hard cut.
- > Small samples make it harder to create successful local networks, because the samples are too small to justify putting a psychiatric team on location for example.

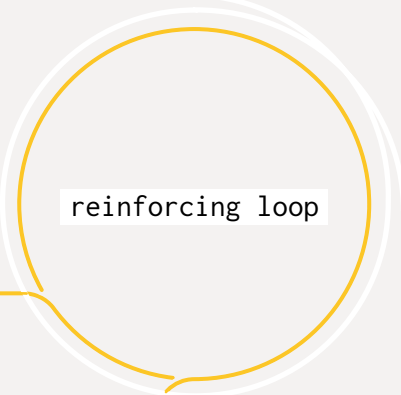
results taking their toll on the system

"At this point, there's almost no one entering the child psychiatry programme; the shortage of child psychiatrists is increasing rapidly."

"Where it goes wrong, is that [when we try new things] we need someone to help us set-up the whole [technological] system. And for these kinds of things, you need money. Which we don't have, because there are so many cost cutting policies in place."

circumstances hindering innovation

the situation is worsened by this reinforcing loop of facing new complexities everyday, and not having the room to deal with them. It is like a restricting rope, pulling tighter and tighter.



no room for failure

"As this evaluation also shows, the tight budget is an obstacle to the development and funding of preventive policies."

facing complexity you cannot prepare for

"So you think you've thought everything through, and you've talked about everything. And then you still come across things. All kinds of things that nobody has thought about."

"I have almost never encountered a case in which the psychiatry on its own is complicated. What makes it complex is that it's always problems that have been around for a long time, having all kinds of interactions with the environment."

a complex task

"The task [child psychiatry] is complex, regardless of the system we are working in"

ggz is not in one, but in multiple networks

so...

power of strong networks

"The unpleasant thing is, everyone wants it as efficient as possible, but networks are dependent on people. Controllers and managers find this very difficult, because they want to build a system on it."

having to adapt to different ways of working

"Specialised institutions are going crazy under the bureaucratic burden of having to deal with hundreds of municipalities in a different way. They are forced to move resources from psychiatric care to administrative work."

small samples make for little knowledge

"The epidemiology of [psychological] disorders makes it very difficult to organize that knowledge locally."

makes impossible

would decrease the need for

a system based on (thorough) control

"There's a very strong accountability culture. [...] We have to work with patient profiles; trying to fit every patient in a specific box. Of course, 80 percent of the patients doesn't fit in these boxes."

undermines

duality in collaborating parties

"We're talking to the municipality, but the municipality itself has 17 layers as well. [...] You're talking to different people, who all have different interests and different agenda's."

undermines

discongruency in language and worldview leading to worse collaboration

"Child Protection is talking about the word diagnostics, and so am I. But we mean something completely different. We're talking about different tests, different images, different things."

emotional or scientific decision making?

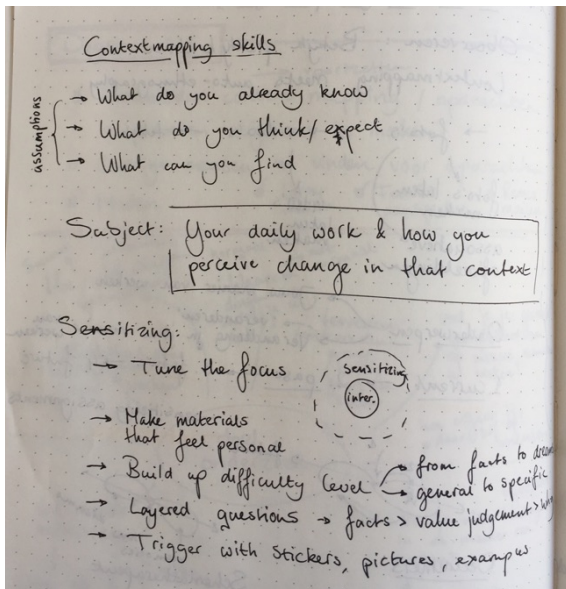
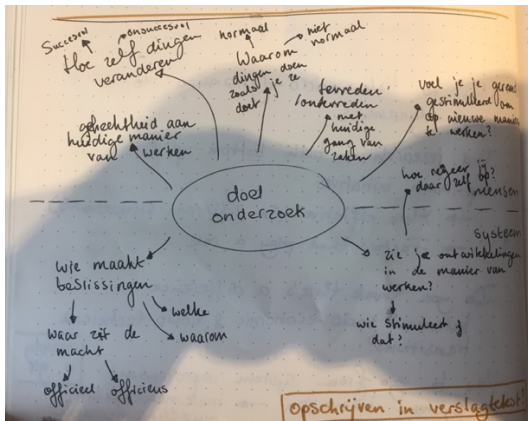
"People are constantly trying to do something, trying to provide more care, and the chaos only increases. [...] Sometimes it's also about tolerating, or deliberately doing nothing. And that's not sexy."

appendix / 3

end-user research

- > research setup
- > sensitizing booklets
- > results participant 1
- > results participant 2
- > results participant 3
- > codebook
- > personas

3.1 Research setup



3.2 Sensitizing booklets

Redesigning Psychiatry

Opdracht 1

- > Waar denk jij aan bij het woord 'psychische gezondheid'?
Schrijf zoveel mogelijk woorden op, tekenen of plaatjes
plakken mag natuurlijk ook!



- > Kijk er nog eens naar, en zet een streep onder de onderdelen die je het best vindt passen.
- > Waarom heb je deze woorden onderstreept?

.....

.....

.....

.....

- > Maak een aantal foto's van de plek waar jij dagelijks werkt. Stuur de foto's als bijlage mee in de mail.
- > Waarom is/zijn deze ruimte(s) zo ingericht? Geef zo nodig de foto's een nummer om uit te leggen waar je het over hebt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- > Welke dingen aan deze ruimte vind je prettig? Waarom?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- > Wat vind je minder prettig aan deze ruimte? Waarom?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opdracht 3

Redesigning
Psychiatry

- > Maak een tijdslijn van jouw werkdag vandaag. Als je vandaag een abnormale werkdag had, maak dan een tijdslijn van jouw gemiddelde werkdag.



- > Welke momenten van jouw dag waren positief of negatief? Geef dat aan met 😊 of ☹️
- > Waarom waren deze momenten negatief of positief? Schrijf dat bij de momenten.

Opdracht 4

Redesigning
Psychiatry

- > Maak nu een tijdslijn van jouw ideale werkdag, als je geen rekening zou hoeven houden met beperkende factoren als tijd, geld, gemaakte afspraken, behandelprotocollen, etc. Geef zo nodig toelichting bij de verschillende onderdelen.



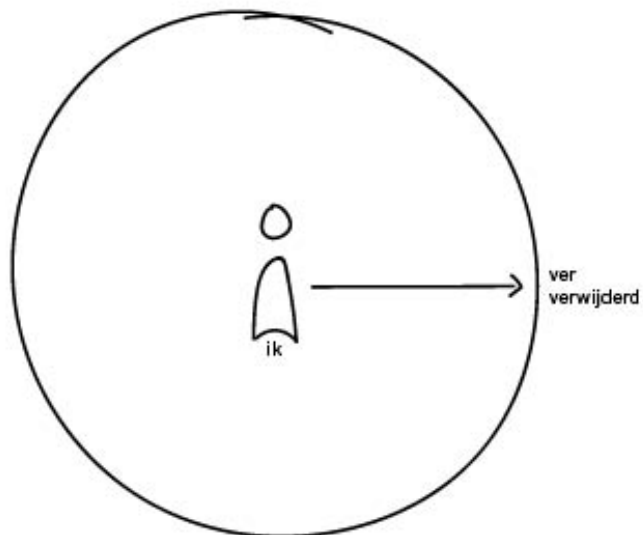
- > Wat houd je tegen om je dag op deze manier in te richten?

.....

.....

.....

- > Zet in de cirkel de namen van mensen met wie jij relatief vaak/nauw samenwerkt, en mensen met wie je wel samenwerkt maar minder vaak/nauw.



- > Wie van deze mensen beïnvloeden jouw manier van werken het meest? Zet een cirkel om die mensen.
- > Wat vind je daarvan? Fijn/niet fijn, waarom?

.....

.....

.....

.....

3.3 Filled out sensitizing assignments

3.3.1 Sensitizing assignments participant 1

Redesigning Psychiatry


Opdracht 1

- > Waar denk jij aan bij het woord 'psychische gezondheid'?
Schrijf zoveel mogelijk woorden op, tekenen of plaatjes plakken mag natuurlijk ook!

Identiteit, veiligheid, sociale interactie, perceptie, stemming, emoties, gedachten, gedrag, gelijkwaardigheid, autoriteit, autonomie, verbondenheid, wenbaarheid, weerbaarheid, ontwikkeling, bewustzijn, regulatie

- > Kijk er nog eens naar, en onderstreep de onderdelen die je het best vindt passen.
- > Waarom heb je deze onderdelen onderstreept? Geef per woord jouw reden.

Redesigning Psychiatry

Identiteit: dit betreft de mentale continuïteit van een persoon, continu (her)bevestigd in de verbondenheid en interactie met de omgeving, met name andere personen. 

Veiligheid: de beleving van veiligheid draagt sterk bij aan de korte en lange termijn verwachtingen en beslissingen die genomen worden. Onveiligheid en continue noodzaak belemmeren de autonomie, kosten veel energie en houden het stress en angstniveau hoog.

Perceptie: dit is de mentale weergave, de conclusie van de beleving van het bestaan, die synchronaal moet zijn met de verwachtingen binnen het fysieke bestaan. Hieraan ligt ook verbeelding ten grondslag, net als fantasie, dromen en hallucinaties.

Emoties: dit zijn de signalen die zowel de mentale continuïteit als de fysieke continuïteit bewaken op een persoonsgebonden manier, wat zich vertaalt naar alles dat als betekenisvol wordt ervaren.

Gedrag: dit is de operationalisering en invloed die wordt uitgeoefend op de eigen continuïteit, waarbij gevolgen van het gedrag overeen moeten komen met de verwachtingen in de situatie en de intentie van het gedrag.

Autonomie: dit betreft de individuele vrijheid en invloed die iemand ervaart. Het is een beleving afhankelijk van focus. Een individu moet steeds inschatten of nagaan waar de invloed en vrijheid ligt, noodzakelijk is, bedreigd wordt etc. Autonomie draagt bij aan de eigen regie en bewaking van bijvoorbeeld de eigen veiligheid, continuïteit, inbedding en energiehuishouding.

Wendbaarheid en weerbaarheid: betreft het vermogen om disruptie af te wenden of, bij onvermogen weerstand te bieden, erin mee te bewegen dan wel omheen te bewegen. Betreft ook aanpassingsvermogen.

Bewustzijn: is het vermogen om bovenstaande aspecten gewaar te worden, keuzes te maken, te overdenken, creatief te zijn, afstand te nemen, te reflecteren, aandachtvol te blijven, etc.

- > Maak een aantal foto's van de plek waar jij dagelijks werkt. Stuur de foto's als bijlage mee in de mail.
- > Waarom is/zijn deze ruimte(s) zo ingericht? Geef zo nodig de foto's een nummer om uit te leggen waar je het over hebt.

De ruimte is een praktijkondersteunersruimte voor de huisartsen. Een kleine behandelkamer. Deze is vergelijkbaar met overige kamers, zij het de een nog wat kleiner of de ander zo groot als een huisartsenkamer.

De inrichting is passend bij somatische zorg en zoals je van een spreekkamer kan verwachten.






- > Welke dingen aan deze ruimte vind je prettig? Waarom?

Het is prettig dat de ruimte er redelijk goed verzorgd uitziet

- > Wat vind je minder prettig aan deze ruimte? Waarom?

Het mag wat comfortabeler. Twee prettige stoelen. Ook mis ik bijvoorbeeld een whiteboard. De huisartsen inrichting is doorgaans erg klinisch al doen zij hun best wat warmte toe te voegen. Op sommige plekken ook wat rommelig. De ventilatie/verwarming per kamer is niet altijd goed te regelen. Kan benauwd worden. 

Redesigning Psychiatry

Opdracht 3

- > Maak een tijdslijn van jouw werkdag vandaag. Als je vandaag een abnormale werkdag had, maak dan een tijdslijn van jouw gemiddelde werkdag. Je kunt de verschillende elementen slepen of aanpassen.

08.30	09.10	10.10	10.50	11.50	12.30	13.00	13.40
Patiënt 1	Patiënt 2 (intake)	Patiënt 3	Patiënt 4 (intake)	Patiënt 5	Pauze	Administratie	Patiënt 6

14.20	15:20	16:00
Patiënt 7 (intake)	Patiënt 8	Patiënt 9

- > Welke momenten van jouw dag waren positief of negatief? Geef dat aan met een 😊 of een ☹️ (je kunt de smileys kopiëren)
- > Waarom waren deze momenten positief of negatief? Schrijf dat bij de momenten.

Redesigning Psychiatry

Opdracht 3

- > Maak een tijdslijn van jouw werkdag vandaag. Als je vandaag een abnormale werkdag had, maak dan een tijdslijn van jouw gemiddelde werkdag. Je kunt de verschillende elementen slepen of aanpassen.

😊	😊	😊	☹️	☹️	😊	😊	☹️
Eigenlijk zijn 3 gesprekken na elkaar de max, bij 4 en 5 verlies al aardig wat energie.				Even pauze, contact collega's, wandeling		Weer aan de slag	

😊	☹️	☹️
---	----	----

Smaak weer te pakken
 Toch wel weer laag in energie

- > Welke momenten van jouw dag waren positief of negatief? Geef dat aan met een 😊 of een ☹️ (je kunt de smileys kopiëren)
- > Waarom waren deze momenten positief of negatief? Schrijf dat bij de momenten.

Redesigning Psychiatry

Opdracht 4

- > Maak nu een tijdslijn van jouw ideale werkdag, als je geen rekening zou hoeven houden met beperkende factoren als tijd, geld, gemaakte afspraken, behandelprotocollen, etc. Geef zo nodig toelichting bij de verschillende onderdelen.

08.30	09.15	10.15	11.00	12.30	13.00	13.45
Patiënt 1	Patiënt 2 (intake)	Patiënt 3	Vrije inloop, korte contacten naar behoefte etc.	Pauze	Patiënt 4	Patiënt 5 (intake)
14.45	15:30	17:00				
Patiënt 6	Vrije inloop, korte contacten naar behoefte etc.	Afsluite n				

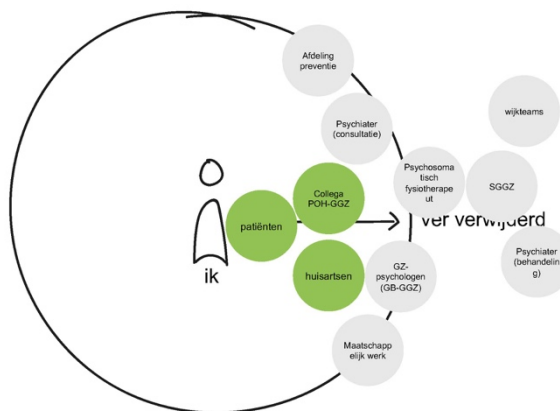
- > Wat houdt je tegen om je dag op deze manier in te richten?

Wanneer de juiste kennis, middelen en faciliteiten beschikbaar zijn voor mensen om zelfstandig aan de slag te kunnen, zal er meer lucht en bewegingsruimte op een dag kunnen ontstaan. Momenteel kan dit niet doordat financiering voor een groot deel fee for service is. Bovendien zijn mensen teveel gewend aan en afhankelijk van 1 op 1 gesprekken.

Redesigning Psychiatry

Opdracht 5

- > Zet in de cirkels met wie jij relatief vaak/nauw samenwerkt, en met wie je minder vaak/nauw samenwerkt. Sleep de cirkels daarvoor naar de passende plek binnen de cirkel.



- > Wie van deze mensen beïnvloeden jouw manier van werken het meest? Geef de figuren waar die mensen in staan een kleur.
- > Wat vind je daarvan? Fijn/niet fijn, waarom?

Ik ervaar relatief veel autonomie in mijn werkzaamheden, zij het dat werk sterk beïnvloed wordt door beleid. Hierin geldt financieel beleid, wat zich uit in de aantallen personen die op een dag gezien moeten worden. Daarnaast geldt er afhankelijkheid van de beschikbare faciliteiten in de omgeving. Wanneer verwijsprocessen met meer zekerheid en sneller kunnen verlopen, zal dit een hoop schelen.

De grootste invloed komt van de patiënten zelf en de verwachtingen die zij hebben. Wie het minst verwacht van zichzelf en het meest verwacht van een ander, komt doorgaans het meest teleurgesteld uit. Er wordt doorgaans tijdens behandelingen veel gesproken over verantwoordelijkheden en schuld (probleemeigenaarschap en oplossingeigenaarschap). Wanneer dit niet helder is, ontstaat er geen goed werkbaar klimaat.

3.1.2 Sensitizing participant 2

- > Waar denk jij aan bij het woord 'psychische gezondheid'?
Schrijf zoveel mogelijk woorden op, tekenen of plaatjes plakken mag natuurlijk ook!

Balans werk – thuis,
energie krijgen,
ontspanning, actief blijven,
gezin / vrienden, weten wie
je bent, emotioneel stabiel,
in contact staan met
behoefes

- > Kijk er nog eens naar, en onderstreep de onderdelen die je het best vindt passen.
- > Waarom heb je deze onderdelen onderstreept? Geef per woord jouw reden.

Emotioneel stabiel: als je ruimte geeft voor emoties waar nodig, of deze begrenst waar nodig – dan ben je volgens mij psychisch gezond

In contact staan met behoeftes: voelen wat je nodig hebt en daar naar handelen (dus heb ik nu rust nodig, of juist meer actie. Of moet ik mensen bellen etc).

Dit zijn de foto's van mijn werkplek van gisteren (en vandaag toevallig).
Ik vind het te onpersoonlijk – ik zou er meer kunst bijvoorbeeld ophangen, of
meer dingen die indirect meer mij laten zien. Daarnaast vind ik de kleuren te
klinisch.
En de indeling is niet fijn. Op deze manier kan ik goed psychologische
onderzoeken afnemen, maar voor behandelingen is dit echt niet fijn. Dan zou
ik juist een zijje willen zonder tafel of een zeer lage tafel,



Redesigning Psychiatry

Opdracht 3

- > Maak een tijdslijn van jouw werkdag vandaag. Als je vandaag een abnormale werkdag had, maak dan een tijdslijn van jouw gemiddelde werkdag. Je kunt de verschillende elementen slepen of aanpassen.

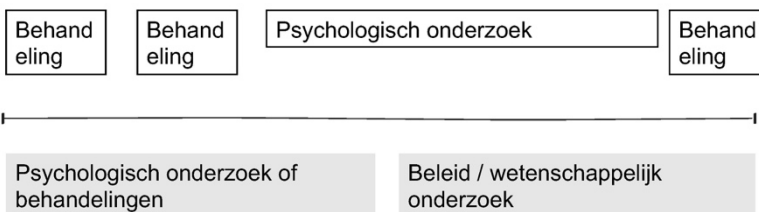


- > Welke momenten van jouw dag waren positief of negatief? Geef dat aan met een 😊 of een ☹️ (je kunt de smileys kopiëren)
- > Waarom waren deze momenten positief of negatief? Schrijf dat bij de momenten.

Redesigning Psychiatry

Opdracht 4

- > Maak nu een tijdslijn van jouw ideale werkdag, als je geen rekening zou hoeven houden met beperkende factoren als tijd, geld, gemaakte afspraken, behandelprotocollen, etc. Geef zo nodig toelichting bij de verschillende onderdelen.



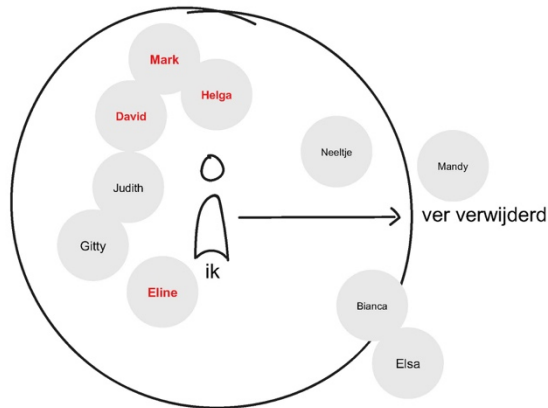
- > Wat houdt je tegen om je dag op deze manier in te richten?

Mijn dagen zijn eigenlijk op dit moment zo ingericht i.k.v. opleidingssituatie. Dus het enige waarom dit niet zo zou lopen is omdat de opleiding daar andere eisen aan zou stellen.

Redesigning Psychiatry

Opdracht 5

- > Zet in de cirkels met wie jij relatief vaak/nauw samenwerkt, en met wie je minder vaak/nauw samenwerkt. Sleep de cirkels daarvoor naar de passende plek binnen de cirkel.



Redesigning Psychiatry

Opdracht 5

- > Wie van deze mensen beïnvloeden jouw manier van werken het meest? Geef de figuren waar die mensen in staan een kleur.
- > Wat vind je daarvan? Fijn/niet fijn, waarom?

De mensen die een kleur hebben zijn me nu aan het inwerken, zijn werkbegeleider of supervisor. Het hoort ook bij hun functie om invloed te hebben. Omdat ik in een opleidingssituatie zit, vind ik dat tot nu toe fijn. Ik ben ook nieuw in dit team en heb het ook nog wel nodig. Ik moet nog wegwijs worden in de materie en de werkwijze van dit team.

3.4 Code book

codes	quotation	document
Administrative tasks are perceived as unimportant to the work	Ik vind het dus niet zo heel belangrijk om een uitgebreid dossier op te stellen.	Transcript-Participant 1.docx
Administrative tasks are perceived as unimportant to the work	Ik vind het echt dat we te veel administratie moeten doen en al die dingen.	Transcript-Participant 2.docx
Being in an educative institutions open yourself to change as well	Zeker, dit komt grotendeels ook omdat het een opleidingscultuur is. Zodra je mensen in opleiding hebt, stel je jezelf ook open voor verandering.	Transcript-Participant 2.docx
Diagnoses are often experienced as being part of someone's personality, instead of the other way around.	Ja, en eigenlijk wat ik belangrijk vind, ik maak altijd het verschil waarop je iets noemt, en de manier waarop iets werkt. Als je gaat kijken naar.. neem bijvoorbeeld een term als ADD of depressie; het verwijst naar wat het klachtenbeeld doet, maar het verklaart het klachtenbeeld niet. Bijvoorbeeld, ik had een patient bij PsyQ, die zei; mijn impulsiviteit is deel van mijn ADD, niet mijn borderline. En dat klopt allebei niet, want je impulsiviteit dat hoort bij jou, je bent impulsief of je bent het niet. En als het jou in de weg zit, dan moet je daar aan werken. Maar dat wordt niet verklaard door een afwijking. Slechts als wij een symptomenwolk waarnemen, dan noemen wij dat zo. Dus dat idee van iets een naam geven, betekent niet dat je het begrijpt. En als je het verstand daar meer van hebt, dan zul je daar ook anders mee omgaan. Ik denk niet dat we stoornissen moeten normaliseren, ik denk dat we vastlopen of problemen, of uitdagingen in het leven moeten gaan normaliseren. Als je stoornissen gaat normaliseren, dat heeft een soort onschuldige werking. Dan is het erkend en dan hoeft ik er nooit meer wat aan te doen, ipv dan is het erkend, en dan heb je recht op een oplossing.	Transcript-Participant 1.docx

Effective treatment often is about addressing the most critical element of the problem	doelgericht behandelen. En dan gaat het om het behandelen van hetgene waarvan we denken dat het de meeste knelling geeft. Het is altijd een samenhangend pakket, je hebt verschillende gebieden waar je op vast kunt lopen, en je probeert eigenlijk de meest knellende daarvan naar voren te halen en daarop verandering uit te lokken.	Transcript-Participant 1.docx
Efficiency measurement is connected to the financial part of mental healthcare	Dat doe je in de basis-GGZ ook; met de ROM (Routine Outcome Management). Daar zijn overigens ook de financiën aan gekoppeld, en niet iedereen is het daarmee eens.	Transcript-Participant 1.docx
eHealth applications take away some of the work burden of the psychologist, because it can for example explain the process	Ik werk ook veel met e-health modules. Het is een soort uitbesteding. Die leggen soort van uit hoe het proces werkt, zodat ik dat zelf niet hoeft te doen.	Transcript-Participant 1.docx
Entering the care system, you can experience resistance, because the system is becoming overcrowded	Hun taak is om de huisarts vrij te houden voor noodgevallen. Dus er zit iets blokkerends/afwerends in. Ik denk, als de zorg iets niet moet zijn, dan is het blokkerend of afwerend.	Transcript-Participant 1.docx
For the insurer, it doesn't matter what protocol you follow. This is decided by the institution	Ik hoef zelf niks te declareren bij de verzekering, wat ik doe valt gewoon onder behandelcontact, dus het maakt niet uit wat ik doe.	Transcript-Participant 2.docx
General practitioners do not have the time to take initiative when it comes to innovation, even though it is needed in the sector.	Veel innovatie rondom de huisartsenpraktijk is wel gewenst, maar er is gewoon geen tijd om het initiatief te nemen. Dus als je het initiatief neemt zijn ze allang blij.	Transcript-Participant 1.docx
Having high personal standards and high external pressure can be a toxic combination	Dus dan ga je er meer je best doen en dan komt natuurlijk die druk erbij en wil je nog meer je best doen?	Transcript-Participant 2.docx

High standards are not only internal, they are also imposed by health insurance companies	Dat de zorgverzekeraar die heeft bepaalde eisen gesteld aan ons psychologen, wat er allemaal goed moeten doen wat ze moeten doen en wij moeten wij moeten voldoen aan 95 procent van die norm. Dus we mogen bijvoorbeeld een keer een behandelplan vergeten. Terwijl als je naar huisartsen of artsen gaat, is dat percentage veel lager. Als wij niet aan de norm voldoen, dan krijgen we gewoon niet betaald. Dus de hoge eisen worden niet alleen gevoed door onszelf maar ook door die hoge eisen die opgelegd worden.	Transcript-Participant 2.docx
I always have this feeling in the back of my head that my time with a patient is limited, There's a constant pressure in the psychologists' work	maar ik zou me niet zo gedrukt voelen. Want nu blijft het toch vaak wel in mijn achterhoofd, dat ik niet te lang met een behandeling bezig zou zijn.	Transcript-Participant 2.docx
I like to combine different protocols	k vind het een fijn idee om al die modellen een beetje samen te voegen, dan maakt het eigenlijk niet uit welke je kiest.	Transcript-Participant 2.docx
I like to have a little wiggle room in the protocols I follow	Ik zit op een afdeling die heel gestructureerd is, meer dan ik ooit heb meegemaakt. Het wordt zelfs uitgeschreven welke stappen we moeten doen. Dat is aan de ene kant wel fijn, want dan heb je houvast, maar het is ook bijna benauwend omdat je niet je eigen ding erin kan doen. Zij doen heel erg CGT en heel erg volgens protocol, en ik kan heel goed protocollen volgen, maar ik heb de voorkeur om daarin ook bewegingsruimte te hebben. Om het als blauwdruk te zien, waar ik vooral de grote lijnen in volg.	Transcript-Participant 2.docx
I like to make an overview of the problem together with the patient, so that we know we both agree	Het is een schematisch overzicht van de problemen van de patient en de oorzaken daarvan. Ik vind het belangrijk om het met de patient samen te maken, zodat we dezelfde ziekte theorie hebben. Dan snapt de patient ook waarom bepaalde opdrachten gegeven worden.	Transcript-Participant 2.docx
I think it is important to handle your patients with care; you have a responsibility	Je bent ook wel een beetje verantwoordelijk voor het welzijn van de ander. Dus ik vind wel dat je daar dan ook secuur mee moet zijn.	Transcript-Participant 2.docx

I want people to have a feeling of continuity, knowing they can trust me	Ik wil een vorm van continuïteit bieden. Dat mensen een betrouwbare plek hebben waar ze met dit soort dingen terecht kunnen. En ook de mogelijkheden hebben om daarmee aan de slag te kunnen.	Transcript-Participant 1.docx
I want to be honest and myself to the patient	Ik vind het heel belangrijk om gewoon mezelf te zijn en eerlijk en transparant te zijn over dingen.	Transcript-Participant 2.docx
If people are not happy with their psychologist, they need to enter the waiting list again.	Dat mensen weten waar ze uit kunnen kiezen, weten wat ze te wachten staat. Zodat ze niet ergens naartoe gaan, en ze zich daar pas kunnen realiseren of het wel of niet is. Want dan moet je opnieuw op de wachtlijst.	Transcript-Participant 1.docx
In the nine years I've worked here, I've always felt a high work pressure.	Ik werk nu 9 jaar binnen Parnassia Groep, GGZ, ik heb altijd ervaren dat er een hoge werkdruk ligt,	Transcript-Participant 1.docx
In the psychiatric sector, the semantic discussion often beats the discussion about the actual problem	Waar ik me soms aan kan storen in het vakgebied, is dat er meer discussie ontstaat over hoe het heet, dan over wat het probleem is. Met als idee dat er andere behandelmethoden achter zouden zitten. Die discussie ontstaat gewoon heel gauw. Dat vind ik dus echt onbelangrijk eigenlijk.	Transcript-Participant 1.docx
In the specialistic GGZ you work with colleagues a lot, to discuss complex cases	Ja, in de S-GGZ werk je altijd met een team omdat de problematiek van een patiënt complex is. Dit betekent wekelijkse teamvergaderingen (inhoud) en maandelijks over beleid. Daarnaast loop ik regelmatig bij een collega binnen voor overleg als er een sessie niet goed loopt, of als ik iets anders wil bespreken (over patiënt of afdeling).	Transcript-Participant 2.docx
It is easier to initiate a project in your own network, as it is easier to gain support for the project	Maar ik denk dat het initiatief moet komen van mensen die al op zo'n plek zitten. Dan zit je in eigen netwerk. Als Indigo dit initiatief had genomen, waren die huisartsen waarschijnlijk al veel skeptischer geweest.	Transcript-Participant 1.docx
It is inevitable that you sometimes think of your patients out of work time	Als psycholoog houden sommige patiënten je gewoon bezig. Dat je dat niet altijd, dat het zou slecht zijn maar af en toe heb je gewoon een patient die gewoon meer bezighoudt. En dan neemt ook wel iets meer mee naar huis.	Transcript-Participant 2.docx

It is not common that you take your patients with you when you leave an employer, so the patient would have to switch psychologists	Maar dan moet ik echt wel verantwoorden maar daarvan kwamen er maar twee echt bij mij in behandeling en de rest nam ik mee zodat ze specialistische zorg van Psy-Q konden krijgen. Maar dit gebeurt niet vaak. Dat je mensen meeneemt.	Transcript-Participant 2.docx
It is quite hard for practitioners to gain support for innovation projects within their institutions	Uhh, nee <lacht>. Zeker niet. Dat is een soort persoonlijke drijfveer geweest. Ik merk ook wel dat het moeilijk is om daarmee voeten aan de grond te krijgen.	Transcript-Participant 1.docx
It is quite hard for practitioners to gain support for innovation projects within their institutions, If you ensure your own funds, it is possible to be supported by your GGZ institution	Ik heb in 2016 heb ik een gesprek gehad met mijn manager om ideeën te bespreken. Toen kreeg het de werktitel 'zelfhulppoli'. Mijn manager heeft toen gezegd dat het wel aansluit bij de richting waarop we zelf willen bewegen, maar ik kan jou niet de ruimte bieden om dat verder te onderzoeken. Toen heb ik in eigen tijd geprobeerd het idee rond te krijgen. Als je kijkt loopt het al heel lang, om iets voor elkaar te krijgen. Het is voor mij ook nieuw, ik weet niet hoe je goed zo'n project aanpakt. Dus het ook veel trial-and-error. Eerst wilde ik binnen Parnassa Groep proberen geld te krijgen. Daarna via Indigo om het als bottom-up project te proberen, zij waren daar al bezig met een soortgelijk project over digitale zelfhulp. Toen kreeg ik helaas een no-go omdat ze liever met de digitale poli doorwilden. Dat is dan een budgetkwestie, want ze vonden de ideeën wel goed. Dus toen ben ik gaan proberen mijn eigen budget te regelen	Transcript-Participant 1.docx
It is the psychologists task to unlock patients from unwanted behaviour patterns	De taak van de psycholoog is om mensen los te maken van gedragspatronen die geautomatiseerd zijn, en waarover geen vragen meer worden gesteld. Ruimte creëren om mensen hun eigen gedrag in twijfel te laten trekken, dan ben je al verder.	Transcript-Participant 1.docx
It is very tempting to talk about patients during your break as well	Het gevaar is, omdat je zo in die gedachte flow blijft zitten dat je het in de pauze ook nog hebt over patiënten.	Transcript-Participant 2.docx
Management sometimes has unrealistic expectations from psychologists	Ik helaas drie werkplekken gehad die echt heel naar waren, en dat had bijna altijd te maken met management dat niet aansloot bij de inhoud, en nog meer hoge eisen stelde, in het kort.	Transcript-Participant 2.docx

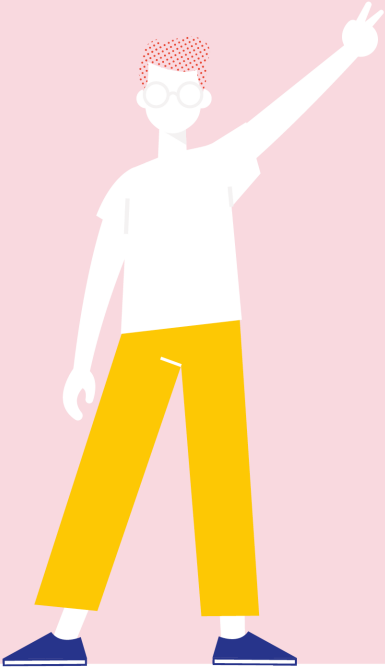
Of their 8-hour workday, psychologists need to spend 7 on patients	<p>Toen werkte ik 32 uur en toen moest ik 28 uur productie draaien.</p> <p>En productie houdt in dat je echt met patienten bezig bent, of zit bijvoorbeeld administratie daar ook in?</p> <p>00:10:10 Ja, dat zit er ook bij. Nog steeds van de 8 uren werkdag, je ongeveer 7 uur productief moet zijn, iets met patiënten moet doen.</p>	Transcript-Participant 2.docx
Psychologists are known to have very high demands for themselves	Wij psychologen leiden een beetje aan het hoge eisen syndroom. Ik vind dat ik alles goed moet doen, maar dat kan helemaal niet.	Transcript-Participant 2.docx
Psychologists only have one break during the day	want dat betekent ook dat ik bijvoorbeeld alleen maar een lunchpauze had. Volgens mij hebben we wettelijk recht op nog een keer 2 pauzes daarnaast. Die hebben we dus al niet.	Transcript-Participant 2.docx
Psychologists switch a lot between employers, because not all employers are nice to work at	maar psychologen wisselen gewoon heel veel omdat nou ja. De werkgevers zijn niet altijd even goed... Kies je voor jezelf of voor je patiënten, altijd een moeilijk dilemma.	Transcript-Participant 2.docx
Some people just need the know-how of effectively addressing problems, and can be helped in one conversation	Ook zie ik dat mensen slechts een gebrek aan know-how hebben, en daarin echt niet zelf de weg kunnen vinden, maar als ze dan een gesprek hebben gehad, dan hebben ze daar eigenlijk genoeg aan gehad.	Transcript-Participant 1.docx
Sometimes I'm skeptic about my coaches advice, but when I follow it they were often right	Dan moet ik meer informatie hebben. Maar het is nog geen een keer dat ik dacht dat het onzin was. Wel dat ik bedenkingen had, maar dat ik toch het advies opvolgde. En dan bleek achteraf dat de supervisie dan gelijk had.	Transcript-Participant 2.docx
Support for your innovation project is gained more easily when you pretend it is already concrete	Toen hebben we vaart gemaakt door een bijeenkomst te hebben, en te doen alsof het er al is.	Transcript-Participant 1.docx
The less experienced a psychologist is, the less they can go off protocol	Als je het team ziet, de basispsychologen zijn allemaal relatief nieuw, dus die zitten allemaal in de CGT en die kijken er eigenlijk niet vanaf	Transcript-Participant 2.docx

The less experienced a psychologist is, the less they can go off protocol	En dan heb je David, er worden ook mensen naar hem specifiek verwezen, want hij is gewoon expert op het gebied van psychoses. Dus hij krijgt vaak ook vanuit andere instellingen specifiek patiënten toegewezen. Dus hij wijkt heel vaak af van het protocol.	Transcript-Participant 2.docx
The POH-psychologist is in the first line of defence, and judges whether someone can be helped by POH or more specialistic care.	Als ik van tevoren inschat dat we dat niet redden, dan ga ik adviseren om door te verwijzen.	Transcript-Participant 1.docx
The POH-psychologist is in the first line of defence, and judges whether someone can be helped by POH or more specialistic care.	met als doel om te bepalen wat er aan de hand is en wat iemand nodig heeft. En ook om na te gaan of we iemand kunnen helpen vanuit de huisartsenpraktijk, of dat het beter is om het op een andere plek te doen. Dus je bent eigenlijk degene die het eerst contact maakt om het probleem te verhelpen.	Transcript-Participant 1.docx
The protocol you use is dependent on where you've been educated	Dus afhankelijk waar je je opleiding gevolgd hebt is dat het protocol wat je volgt.	Transcript-Participant 2.docx
The psychologist is not a caregiver, it is someone who enables you to take care of yourself	Je bent als psycholoog geen verzorger; je bent er om de zelfredzaamheid en de zelfzorg weer terug te kunnen geven.	Transcript-Participant 1.docx
The shortage of money makes that there are little resources for longterm innovation	Zorgbedrijven hebben veel moeite om de financiën rond te krijgen. Er gaat dan ook veel minder geld naar innovatie, en dus ook minder geld naar hoe het daadwerkelijk beter of efficiënter kan.	Transcript-Participant 1.docx
There are a lot of possibilities to build a buffer in the front-end of care	Daarom vind ik de voorkant van de zorg zo interessant, want als we daar buffer bouwen, meer faciliteiten neerzet, dan denk ik dat mensen minder de noodzakelijkheid ervaren om dieper in het GGZ-systeem geholpen te worden.	Transcript-Participant 1.docx
There are a lot of similar innovation projects running in parallel, that don't find each other, and thus don't learn from each other	versnippering; initiatieven vinden elkaar niet. Dat lijkt mij gewoon geldverspilling. En die versnippering is denk ik een van onze grootste problemen.	Transcript-Participant 1.docx

There is a lot of incorrect information about mental health on the internet, that can disinform a patient	Want er gaat ook een hele hoop verkeerde informatie rond. Dan komen mensen bij je langs met een idee van de klacht, en dat klopt dan gewoon niet.	Transcript-Participant 1.docx
There is a shortage of personel at GGZ institutions, resulting in a shortage of patient, in turn resulting in a shortage in money	Parnassia Groep ook met financiële problemen kampt. Dat zit m niet eens zozeer in dat er te weinig patiënten zouden zijn, maar het zit hem vooral in een personeelstekort. En dan kan je eigenlijk onvoldoende patiënten aannemen, en dan krijg je dus onvoldoende geld.	Transcript-Participant 1.docx
There is innovation in the form of new technology, but not everything is actually being used in practice	Er worden wel steeds nieuwe technologie toegepast, zoals een online omgeving om te declareren en te communiceren, of bijvoorbeeld een digitale poli. Anderzijds mis ik daarin visie en zie ik op de werkvloer weinig terug.	Transcript-Participant 1.docx
There's a constant pressure during a psychologist's workday to finish tasks	Ik voel ook die druk wel hè. Nog even die brief afmaken, of toch nog even wat voorbereiden. Toch van je pauze afsnoept eigenlijk. En dat ik denk dat het vooral te maken heeft met we gewoon onvoldoende tijd zo'n dag hebben om even stil te staan of of even m'n administratie te werken wat hem zo gezeten want ook die productie	Transcript-Participant 2.docx
When spending so much time on patients, psychologists don't have time to process everything, meaning that they spend a lot of time thinking about it at home.	Dan leer je eigenlijk hoe belangrijk is om stil te staan en ook gewoon een moment te hebben dat je kan reflecteren over de patiënt en over jou. En als je productie-eis hebt, dan heb eigenlijk niet, dan doe je dat thuis soort van	Transcript-Participant 2.docx
Within the fundamental activity of psychiatry (i.e. treatment), there is still little actual innovation	M.i. is het dominant dat er een klassieke manier van werken wordt gehandhaafd als het om de core-business gaat, mensen behandelen. Daarin zie ik onvoldoende verbeterslag of innovatievisie.	Transcript-Participant 1.docx
You can only go off protocol when it is explicitly discussed in the meeting	Dus als er iemand binnenkomt hier, en we hebben niet in de vergadering besproken dat we af moeten wijken, dan wijk je dus niet af van het protocol.	Transcript-Participant 2.docx

3.5 Personas

the innovator



Meet Dave, the innovator of the bunch. Dave works as psychologist but is unhappy about the way things work and sees possibilities for change.

He actively tries to change this in his own daily work, but also tries to improve the system by initiating small innovation projects, even though he doesn't have the time in his day to work on that. His motivation is enough to do it outside of work hours. It's not always easy, because there's little money for innovation with his employers, but his perseverance has made him succeed in setting up the project and securing funds anyway.

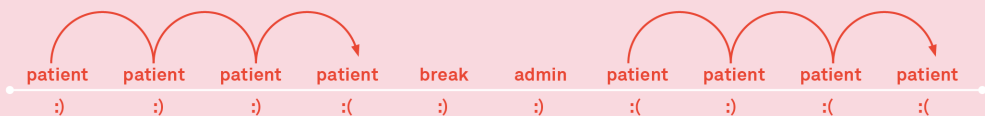
“Persoonlijk voel ik me daar soms alleen in staan en heb ik gemerkt dat collega behandelaren zich hier doorgaans minder om bekommeren of het als overbodig dan wel lastig beschouwen.”

His work as a psychologist

“Ik vind het dus niet zo heel belangrijk om een uitgebreid dossier op te stellen.”

“Ik wil een vorm van continuïteit bieden. Dat mensen een betrouwbare plek hebben waar ze met dit soort dingen terecht kunnen. En ook de mogelijkheden hebben om daarmee aan de slag te kunnen.”

a day in the life of Dave



the learner



Meet Laura, the enthusiastic young psychologist who just started a specialised training.

- > She is still very open to change in way of working, because she is being taught
- > Also still looking for her own way of treating patients, finding a way that really works for her
- > Now has more time for her professional development, and a lower work burden, which really helps her in the treatment of her patients, and increases her joy in her work
- > Someone who finds her own way of working within the existing system, but not to an extent that it is innovative or radical; this is not someone you would see changing the system very soon

“Ik zit op een afdeling die heel gestructureerd is, meer dan ik ooit heb meegemaakt. Het wordt zelfs uitgeschreven welke stappen we moeten doen. Dat is aan de ene kant wel fijn, want dan heb je houvast, maar het is ook bijna benauwend omdat je niet je eigen ding erin kan doen. Ik heb de voorkeur om daarin ook bewegingsruimte te hebben. Om het als blauwdruk te zien, waar ik vooral de grote lijnen in volg.”

Her work as a psychologist

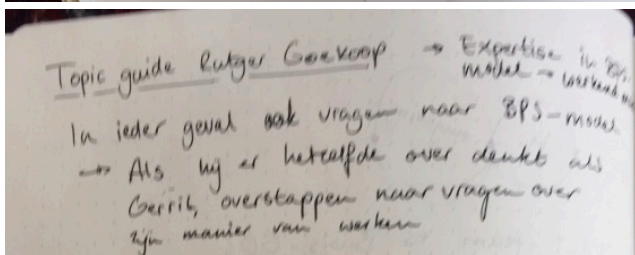
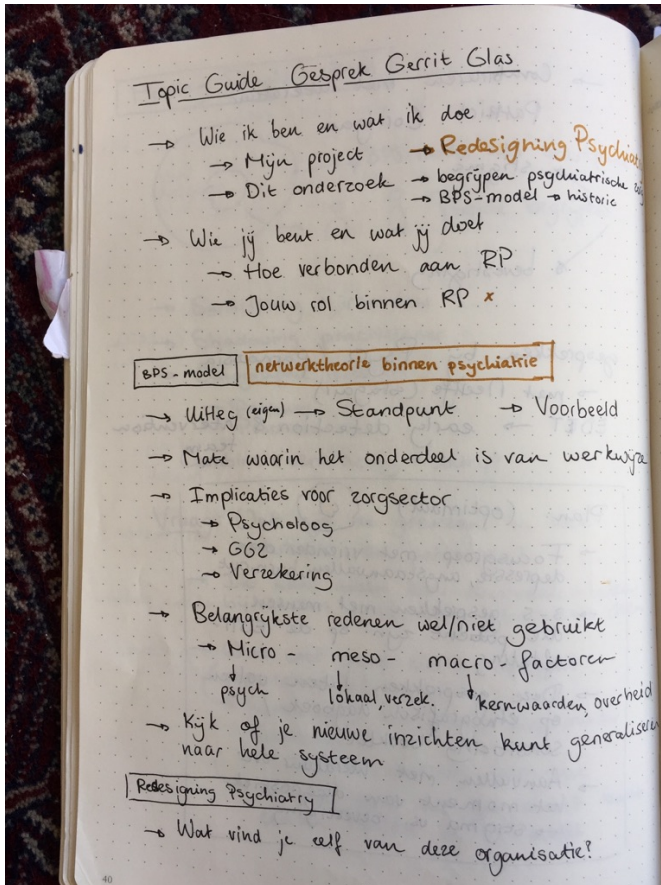
“Ik vind het heel belangrijk om gewoon mezelf te zijn en eerlijk en transparant te zijn over dingen. Daarmee kun je ook veel oprechtheid laten zien en een band creëren. Maar dat betekent ook dat ik daarmee directer kan zijn, of niet altijd de antwoorden geef die een patient wilt horen. Meestal lijken ze dat juist te waarderen.”

“Ik voel ook die druk wel hè. Nog even die brief afmaken, of toch nog even wat voorbereiden. Tijd die je toch van je pauze afsnoept. En dat ik denk dat het vooral te maken heeft met dat we gewoon onvoldoende tijd zo'n dag hebben om even stil te staan of om even administratie te doen.”

appendix / 4

interviews with experts from practice

4.1 Interview guides



4.2 Rutger Goekoop

Rutger Goekoop is a psychiatrist, neuroscientist, and researcher in patterns in mental healthcare. The interview aimed to get a better understanding of the 'pihip', and how the implementation of this concept could impact the mental healthcare sector.

05:06 "Voor het eerst is het mogelijk om een geïntegreerd model te bouwen. Tot nu was het heel anekdotisch en losjes, en nu kunnen allerlei begrippen die we al kennen, dingen als psychopathologie en homeostase en ontregeling, dat soort begrippen die zeg maar los verband leken te houden, die kunnen we ineens met elkaar in verband brengen. En dat vind ik echt fascinerend.

09:55 "Dat biopsychosociale model waar je het over had, dat was ongeïntegreerd. Die biologische, psychologische en sociale wereld, die waren niet op een logische, systematische manier aan elkaar verbonden door empirisch onderzoek. En dat wordt nu voor het eerst een beetje mogelijk.

05:32 Omdat de voorgaande indelingen die er tot nu toe waren wat betreft psychiatrische stoornissen volstrekt a-theoretisch waren, niet geschoeid op enige vorm van empirische wetenschap, het was niet wiskundig, het was niet natuurkundig, het was nauwelijks scheikundig en het was al helemaal niet geïntegreerd. Die DSM is een drama, laten we wel wezen. En het was ook niet de bedoeling om een volwaardig systeem af te leveren met die DSM, het was alleen de bedoeling dat alle neuzen dezelfde kant uitwezen, dat iedereen wereldwijd op dezelfde manier diagnose stelde. Maar het ontbrak eigenlijk volledig aan een theoretisch kader, en we leven in interessante tijden om het zo maar te zeggen, want we leven nu in een tijd waarin dat ineens wel kan."

07:27 Het aardige is dat je nu allerlei biologische wetmatigheden ziet, die je ook terugziet keren in ons mentale leven. Dat wordt ook wel het fenotype genoemd. [...] Dat kun je definiëren als 'inner experience' en 'overt behaviour'. Dus je kan je afvragen 'hoe voel je je'. Dat kun je natuurlijk niet echt meten, maar dan kan jij voor jezelf een soort score geven van 'zo ongeveer'. Dat is de enige manier waarop we tot nu toe toegang kunnen krijgen tot het innerlijk leven. Pas dan kun je natuurlijk kijken in de hersenen welke hersengebieden overeenkomen met dat gevoel, maar het begint natuurlijk met het definiëren van het fenotype.

09:29 Het blijft niet bij het individu. Want het blijkt het individu zodra het gaat interacteren met alle mensen om hem heen, dat het precies weer volgens dezelfde regels plaatsvindt. De sociale netwerkstructuren die worden gevormd, die hebben een bepaalde structuur die net zo goed opgaat voor de relaties tussen neuronen, of de relaties tussen hele hersengebieden.

The rapid developments within computing power now give us the ability to create a scientific, integrated model for mental health (Goekoop, 2019)

DSM was never meant as a complete system, but present day it does function as such (Goekoop, 2019).

The mental 'phenotype' is measured with rudimentary questions like scoring questions

Systems, no matter on what scale, show the same structures and patterns

10:09 Niet alleen omdat we nu tools hebben waarmee we ontzettend veel data mee kunnen verzamelen, dus big data. Die hele droom natuurlijk is dat je ontzettend veel verbanden tussen die gegevens kunt gaan leggen. We hebben nu ook dataverzamelingstechnieken, smartphones, computers wereldwijd die aan elkaar verbonden zijn, en alles wordt gelogd, alles wordt digitaal opgeslagen. Dus die mogelijkheid is er voor het eerst om aan zo'n megalomaan project te beginnen, aan de ene kant.

10:40 Maar aan de andere kant is er dus nog iets nodig, alleen data heb je niks aan. Je moet ook een uniformiteit van methode hebben. Waarbij je al die data, die op verschillende niveaus van organisatie slaan, bio, psycho en sociaal, dat je die met een uniforme wiskunde, niet alleen een wiskundige taal, dus met een soort logica, die je op wiskundig niveau kan definiëren, maar ook gewoon echt met een taal. Je praat over andere dingen. Je praat over hubs, over interacties, over transitiviteit, centraliteit. Dat zijn allemaal nieuwe woorden, maar die kun je vervolgens gebruiken voor alle niveaus van de organisatie. Dus je hebt bakken met data, maar je hebt nu ook een soort uniformiteit van methode.

11:23 Voor zo'n bizar vak als psychiatrie waarbij we proberen zowel proberen te kijken wat de invloed is van je schildklier op je stemming als van je schoonmoeder, heb je zoiets nodig.

12:10 Je ziet het [samenwerken tussen disciplines] vooral gebeuren op plekken waar dat nu eenmaal moet, omdat de aard van het vak dat bijna gebiedt. Je hebt bijvoorbeeld Danny Borsboom in Amsterdam, die dat voor de psychologie aan het doen is, maar die heeft al direct door dat de algoritmes die hij gebruikt om bijvoorbeeld tipping points te voorspellen, worden al lang in de ecologie gebruikt.

13:09 Het potentieel word ik zo enthousiast van. Dat mensen altijd in gescheiden werelden hebben geleefd, gescheiden vakgebieden, gescheiden talen spraken maar nu ook ineens elkaar kunnen vinden. Dat biedt een ongekende potentie voor samenwerking op onderzoeksgebied. Ja, het leven zoals dat is opgebouwd en met name dus ook niet alleen het biologische leven, maar ook het mentale leven, in hoeverre dat überhaupt te scheiden is van elkaar. Want je moet oppassen dat je niet weer in dualisme vervalt, want dat is waarschijnlijk niet eens nodig. Maar dat je dat gaat verbinden en begrijpen.

With big data we can get information that we've never had before.

We now have a universal tool, a universal language, to analyse and communicate all the data

We need a universal tool to analyse all the factors that can influence mental health

Cooperating between disciplines generally only happens in domains where this must be done.

13:49 Het is relatief makkelijk om relaties tussen moleculen of neuronen te meten. **De relatie tussen psychiatrische stoornissen, tussen innerlijke ervaringen, is een 'whole different ballgame'. Het is subjectiever-je gaat het scoren op een schaal waarvan je je afvraagt of die schaal zich er wel voor leent, voor die innerlijke ervaring.** Maar ja, je moet roeien met de riemen die je hebt. Je moet beginnen met wat je hebt. Bovendien gaat het niet om keiharde bedradingen, maar het is een **statistische relatie**. En dat is natuurlijk heel wat anders. Dus ik durf eigenlijk wel te zeggen dat dit een van de meest ingewikkelde uitdagingen is waar wij als mensheid voor gesteld staan.

14:50 Niet alleen vanwege de psychologische toepassing, maar überhaupt van wat het is om een mens te zijn. Wat een geest of een lichaam of een psyche is. Daar hebben filosofen zich tweeduizend jaar over het hoofd gebroken en elkaar soms ook de hersens over ingeslagen. Dit is werkelijk de meest vitale materie waarvan ik denk dat die voorrang moet hebben, omdat al het andere daaruit volgt.

15:50 Waar we nu voorzichtig mee gaan beginnen, is die innerlijke ervaring te meten. Er zijn andere dingen die je kunt doen, om dat menselijk functioneren beter te begrijpen, maar een heel belangrijke poot is al het meten van je ervaringen- **'experience sampling'**. Dat bestaat al sinds de jaren 80. Maar in de jaren 80 had je potlood en papier, en een computer die het niet goed bij kon houden. Experience sampling lijkt nog steeds alsof je een enorme bak zand aan het verzamelen bent, want je hebt geen theoretisch kader van waaruit je die gegevens kunt verzamelen. Mensen houden het niet lang genoeg vol om dat te doen. Kortom, genoeg praktische bezwaren en beren op de weg, maar als je werkelijk het belang van dit soort studies ziet, en niet alleen voor de psychologie, maar ook voor de sociologie en de economie, en noem maar op. Dan zie je de noodzaak dat we toch zo'n beetje die kant uit moeten gaan. **Alles gaat een beetje**

17:04 De praktische toepassing dan, is waar we terecht komen als we dit soort dingen gaan doen met de huidige modelletjes kunnen we voorzichtig gaan voorspellen of iemand terugvalt. Voorspellende psychiatrie, hadden we niet. **Alsof je een weerbericht kunt gaan voorspellen bij een individuele patiënt.**

17:34 Die meteorologen gebruiken precies dezelfde netwerkmodellen als wij ook gebruiken in de psychologie/psychiatrie. Ze doen dat alleen al veel langer. En heel veel van de inzichten die wij nu gaan toepassen, die uit de meteorologie komen, dingen over klimaat en weeromslagen en noem maar op. Zij zijn al jaren gewend om te rekenen in complex dynamische systemen. Daar beginnen wij nog maar net mee.

The factors we need to measure are not as exact as some physical factors. They are way harder to measure, and we might not yet have the right measurement tools.

In the future I foresee that we would be able to predict whether someone is going to portray certain behaviour.

18:01 **Vochtigheid, temperatuur en druk zijn veel makkelijker te meten dan hoe mijn stemming is, hoe mijn concentratie verloopt, etc.** Met name dat soort subjectieve ervaringen. Het onderwerp van studie is veel makkelijker toegankelijk, je kun het veel makkelijker vinden, meetbaar krijgen. Ten tweede is ook dat

18:48 **in de meteorologie veel meer mensen met een bèta achtergrond werken, die affiniteit hebben met deze manier van denken en die dat ook kunnen.** Heel veel psychiaters en psychologen op dit moment zijn dit vak niet gaan doen omdat ze computers zo leuk vonden, maar omdat ze mensen zo leuk vonden. En dan kom je eigenlijk bij dat oude onderscheid tussen alfa en bèta. omdat die persoon niet kan rekenen, en eigenlijk ook niet de juiste concepten kan en wil hanteren om verder te komen.

Dan zie je eigenlijk dat het bijna om verschillende menstypes gaat. Voor je het weet is dat in het begin een soort voordeel, want dan heb je in elk geval iemand voor je die iets met je wilt, iets met je wilt bereiken, jouw taal spreekt, probeert toenadering tot andere mensen te vinden. Maar voor je het weet wordt het een remmende voorsprong, 19:37 **De personeelssamenstelling werkt dus ook mee of tegen met dit soort ontwikkelingen.**

19:53 Je moet dus eigenlijk mensen hebben met zowel een bèta achtergrond als iets met mensen hebben. En dat is een schaars goed. Of de mensen die de alfa benadering of gamma benadering wat zijn toegedaan, die moeten vertrouwen leren krijgen in die bèta-benadering. En andersom, die bèta's spreken bijna geen interpersoonlijke taal. Die moet je natuurlijk ook gaan opvoeden-hoe verhoud je je nou eigenlijk tot mensen? Dit is natuurlijk een beetje extreem, maar in zekere zin is dit wel op de achtergrond aanwezig.

20:40 Dat is een van de redenen waarom we hier nu een digitale poli hebben geïntroduceerd. Het bleek dat eHealth toepassingen, dat patiënten dat wel wilden. De wat jongere garde, maar ook de oudere garde. **Maar de behandelaren bleken maar geen affiniteit hiermee te hebben.** Dat is dus ook weer een vertragende factor. Dan zijn dus digitale poli's ontwikkeld waarin de mensen die daar bij voorbaat al moeten aangeven dat ze affiniteit hebben met het doen van eHealth toepassingen.

Meteorologists use the same kinds of network models as practitioners, but the factors we need to measure are not as exact as their physical factors. They are way harder to measure, and we might not yet have the right measurement tools.

The skills and interests that are needed to do look at mental problems from a network perspective are not naturally present in psychiatrists and psychologists (α vs. β)(Goekoop, 2019).

Some of the tools that might help in measuring different kinds of factors causing mental problems, are not (yet) accepted by practitioners, because they don't have affinity with them (Goekoop, 2019).

21:21 Via beeldbellen kun je in z'n huis kijken, kun je meekijken naar de kunst aan z'n muur. Kun je kijken wat voor rommel er thuis ligt. Ongekende mogelijkheden. Eigenlijk veel persoonlijker dan die laboratorium benadering die wij hier hebben.

21:33 We zetten een patiënt achter een bureau, trekken hem uit zijn natuurlijke niche, uit zijn natuurlijke context. En plaatsen hem hier en gaan de week doornemen. Alsof je een specimen op een objectglasje legt. Met dit soort mobiele apparaten kun je mensen volledig volgen in hun natuurlijke gedrag.

22:01 Het moet allemaal nog empirisch onderzocht worden, maar de belofte hiervan is dat je menselijke gedrag op een professionele manier kunt gaan sturen en bewegen. Zeg maar in de ecologische niche, in de context van de patiënt waar dat gedrag nou juist optreedt. Waar dat problematisch wordt kun je ter plekke ingrijpen met direct feedback.

22:22 Er zal natuurlijk altijd contact nodig blijven, en dat moet ook altijd benadrukt worden. Logischerwijs in dat directe contact zit er ook iets wat er niet zit in dat digitale contact. Je zal iets complementairs moeten doen, en alle middelen moet aanwenden die er zijn om mensen beter te maken.

22:47 Maar bij voorbaat al een wantrouwen hebben of een gebrek aan affiniteit met dit soort dingen kun je je eigenlijk niet permitteren.

VRAAG: Zie je dat nu wel veel gebeuren dat mensen denken van, dit is iets menselijks, dus dat moet het ook blijven. 23:05 Ik denk dat bepaalde mensen altijd die mening zijn toegedaan, die zullen dus denk ik niet helemaal kunnen worden geholpen met deze vorm van technologie. En als ik mezelf over tien jaar zou horen praten zou ik denken 'ja dat was toen, toen moesten we echt nog een lans breken hiervoor, inmiddels is toch eigenlijk wel duidelijk wat de voordelen en nadelen zijn, wie er wel en wie er niet mee geholpen kan worden'

VRAAG: Zijn er volgens jou ook voordelen aan juist wel die menselijke kant van benaderen? 23:33 Ja, het is veel intenser, persoonlijker en directer. **Dus als je op anderhalve meter afstand zit en je kijkt iemand in zijn ogen dan is dat toch anders.** Laat staan als je iemand ruikt, want dat is soms ook belangrijk om te weten. Is het een goed verzorgd persoon, is iemand verwaarloosd, etc. [...] Er zal altijd een behoefte blijven, want het gaat over existentiële zaken.

Digitalisation offers new tools, that can provide different (complementary) ways to measure factors causing/explaining mental problems (Goekoop, 2019)

24:50 Daar zie je ook trouwens dat psychiaters erg van elkaar verschillen. Ik stelde laatst voor in een specialismegroep dat we misschien wat meer aandacht moeten geven aan zingeving en betekenisgeving, omdat er een enorm vacuüm is op dat gebied sinds die hele secularisatie. En het is ook aangetoond dat de stijging in depressies gecorreleerd is aan die secularisatie. Nou ben ik zelf vooral in de sociologische aspecten daarvan geïnteresseerd. Hoe belangrijk is het dat je een keer in de week met de mensen uit je gemeenschap bij elkaar gaat zitten en gaat nadenken over hoe het leven eruit zou moeten zien. **De preventieve waarde van dat soort sociale contacten is fantastisch.**

Ik wil ook niet pleiten dat we daarnaar terugkeren. Maar wel dat mensen een soort balans zoeken tussen het ongereflecteerde en het gereflecteerde leven. Als dat er niet is en niet geïnstitutionaliseerd wordt, dan zal je toch na een aantal decennia erachter komen dat er wel degelijk een bijna fysiologische behoefte is van mensen om stil te staan en te reflecteren. Dat zie je aan die wildgroei aan mindfulness bewegingen etc. Ik denk sterk dat de psychiatrie voor een belangrijke groep mensen nu eigenlijk in dat vacuüm gesprongen is, of dat er daar een behoefte ligt in elk geval. Die mensen op dit moment op weinig andere plekken kunnen vervullen.

26:58 Voortdurend met de blik op wat gezond is en wat minder gezond is, dat je probeert mensen te helpen met het op orde krijgen van hun gedachtewereld en gevoelswereld. En hun handelen daarnaar aansturen. Dat is eigenlijk iets wat je voortdurend in therapie zit te doen. En wat vroeger toen er nog geen psychiaters waren, wat de dominee deed. Eigenlijk zaten zij op onze (de psychiater) stoel. Vanuit gezondheidsoverwegingen is er wel een taak weggelegd voor psychologen, psychiaters, mental healthcare workers.

27:43 Het valt mij op dat bij depressie-bij een ander ziektebeeld is dat misschien anders-hebben we daar dagelijks mee te maken, met die zinsvraag. Het zal ook verschillen per patiëntengroep.

VRAAG: Kijk je in je onderzoek ook naar hoe het vanuit die netwerktheorie behandeld zou kunnen worden? 28:20 Ja, alleen daar is een beetje scepsis over gegroeid de laatste jaren. **Nogmaals, als je niet de relevante factoren die samen bijdragen aan de hoofdklacht, als je die niet in beeld hebt dan kun je meten wat je wilt, maar je zult nooit een valide netwerkstructuur krijgen.**

There is a lot of preventative value to be found in social communities, such as religious communities. These valuable communities are not present to the same extent in current society (Goekoop, 2019)

People have a natural need to reflect on life, something that signifies this is the exponential growth of mindfulness movements (Goekoop, 2019)

Network thinking is not trusted that much yet, because it is not (yet) possible to measure environmental and personal factors properly (Goekoop, 2019)

Een netwerkstructuur die de belangrijkste problemen in kaart brengt die voor de patiënt gelden. 28:45 Ik zou het voorlopig nog ondersteunend gebruiken, misschien word je een keertje op een andere gedachte gebracht, die je nooit had gekregen als je alleen maar gesprek zou zijn geweest met de patiënt. Een mooi voorbeeld is van Jim van Os, die hebben laten zien dat het verhaal wat een patiënt verteld aan een behandelaar vaak niet overeenkomt met het gedrag wat je meet als je iemand een smartphone meegeeft.

We bouwen hier achter dit bureau een beeld op van wat de hoofdklacht is van de patiënt. Maar dat zijn hypothesen. Die worden af en toe getoetst door een bepaalde interventie te doen, en dan klaart het op, en dan weet je eigenlijk helemaal niet hoe dat causale verband nou precies is geweest. Het aardige van deze benadering is dat je dat wel veel meer kan toetsen.

Dat je naar een soort 'n=1' beschrijvingen toegaat. **Dat je statistisch kunt toetsen of een interventie nou echt werkt of niet. [...] 30:31 Die correlaties vind je grappig genoeg wel, als je genoeg gegevens hebt.**

30:46 [Overlap met RP] Het leuke is dus dat je op zoek kunt gaan naar die in standhoudende interactiepatronen. Ik denk vooral dat het voordeel is dat je denkkader, je manier van denken veranderd. Daar heb je voor een deel ander personeel voor, maar voor een deel kun je mensen scholen. *Het is nieuwe kennis die bij de meeste psychiaters en psychologen nog niet aanwezig is, maar die dat wel zouden moeten leren. Je zei wel dat er niet een openheid voor is bij psychiaters?* 31:25 Het hangt er bij deze beroepsgroep enorm vanaf hoe je het brengt. Als je heel leeftijdsconform gaat roepen 'jongens dit is belachelijk we zijn jonge honden alles moet omver geschopt', dan werkt dat bij een bepaalde groep wel en een bepaalde groep niet. Wetenschap sociologisch gezien heel interessant dat de oudere garde, hoogleraren bijvoorbeeld, je kunt het ze drie, vier, vijf keer vertellen, maar op de een of andere manier missen ze het punt. Ze lijken fysiek niet meer in staat om bepaalde concepten te accepteren. Of daar zo enthousiast van te worden om zelfstandig door te denken wat de voordelen op de lange termijn zouden kunnen zijn. En dat zie je dus zelfs bij de intellectuele elite een beetje gebeuren. Dus je ziet dat het aan allerlei zaken vasthangt hoe zo'n nieuwe manier van kijken doorwerkt.

The story a patient tells its practitioner, often differs from results measured in, for example, smartphone research (Goekoop, 2019)

It's hard to know the exact relation between an intervention and its result (Goekoop, 2019)

Technology enables us to statistically measure the correlation between factors and interventions

32:49 [...] Hoe traag sommige veranderingen kunnen gaan. En er zitten veel sociologische aspecten bij. **Mensen die bang zijn voor hun baan, hun hele carrière op een bepaald idee hebben gebaseerd, en dan blijkt dat niet zo te zijn. Soms gaan mensen het zelfs tegenwerken.** Soms niet actief, maar ook nou niet heel erg warm gaan lopen voor dit soort dingen. De massa is traag en dat is ook een remming. Ik ben er zelf van overtuigd, we zitten hier in een soort paradigma-shift, dit is echt een hele andere manier van denken die we keihard nodig hebben. Het ontvullende beeld wat hieruit volgt is dat het een ongelofelijk complex vak is.

34:19 Het is echt een volwassen wetenschap aan het worden, maar om het te begrijpen heb je bijna een niveau theoretisch fysicus nodig om het echt helemaal te doorgronden.

34:37 Ik wil dat mensen weten wat ze er in de praktijk aan kunnen hebben. En dan valt het eigenlijk wel mee. Want patiënten, als je echt met ze praat en je gaat ervoor zitten, en je laat de DSM even los, dan praten ze in interactiepatronen.

35:39 Je kunt dus nu naar algemene patronen gaan kijken die opgaan voor al die mensen, maar je kunt ook naar hele specifieke patronen op zoek gaan die per persoon uniek zijn. *VRAAG: Welke denk je dat de overhand heeft? De algemene of specifieke patronen?* 35:51 Ik denk een mix, want mensen zitten heel dichotoom en categoriserend in elkaar want die zeggen 'is het dit of dit?

Terwijl Base die heeft laten zien dat als je nog niks weet van iemand, dan begin je met hele algemene vooroordelen die toch een beetje helpend kunnen zijn. **Je hebt hele globale, sturende principes, en op basis van apriori kans ga je met je vooroordelen aan de slag.**

Maar zo gauw je contact hebt met iemand groeit de hoeveelheid informatie en langzamerhand zie je dat die patiënt wel ergens binnen dat groepsgemiddelde scoort, **maar omdat het een individu is en geen groep, af begint te wijken van het gemiddelde. Zo kun je steeds meer weten komen over je patiënt, en hem steeds meer uniek en individueel gaan helpen.**

There are a lot of (personal) reasons why people might oppose to change; they might be afraid to lose their jobs, they might have built their career on an entirely different idea, etc. (Goekoop, 2019)

The shift from DSM to interaction patterns might be less big than we think, because people naturally talk and think in (interaction) patterns (Goekoop, 2019)

Even though it is wrong to judge people completely based on stereotypes, prejudice (in the scientific psychological field) does help to steer the practitioner in the right direction. These prejudices can be refined as the diagnosis, every individual is unique, and varies from the average. So treatment is still unique per patient (Goekoop, 2019)

37:19 Om een voorbeeld te geven, we hebben van alle patiënten die hier binnenkwamen, zonder uitzondering, hebben we een netwerk gemaakt, van hoe al die symptomen samenhangen. En als al die mensen werkelijk uniek zouden zijn, dan zou je dus ruis zien. Een netwerk met allemaal losse knoepjes, die allemaal gemiddeld evenveel verbindingen hebben die op toeval zijn gebaseerd. Het wordt niet significant. Maar dat zien we niet. We zien wel degelijk een non-random structuur ontstaan. **Dus we zien dat bepaalde symptomen gemiddeld die sterkte hebben om met elkaar verbonden te zijn. Dat ze gemiddeld 'dat' soort clusters vormen.** Zo zie je dat er wel degelijk een structuur is waar ieders geest aan voldoet, ieders psyche. Tijdens ontregeling dan.

VRAAG: Wat is dan het grote verschil met DSM-diagnoses? 38:26 Eigenlijk dat de DSM die heeft gekeken naar hoe al die symptomen met elkaar kunnen interacteren, maar van de belangrijkste patronen die er ontstaan, de belangrijkste 'pijps' die ontstaan, hebben ze gewoon een vierkant omheen getekend, terwijl het een soort continuüm is van cirkels die in elkaar kunnen gaan draaien en met elkaar nog grotere cirkels kunnen gaan vormen. **Die DSM heeft gewoon gezegd 'ongeveer hier is een cirkel' en daar zet ik dan een kader omheen. Zonder rekening te houden met cirkels die dat dan weer aanraken? Ja.**

En die kaders zijn niet echt gemeten, maar die zijn bedacht. Op basis van klinische ervaring zijn die gemaakt. Theoretisch zijn ze 'preconceived' en later ooit wel gemeten (maar dat is dus verkeerd om). **Een theoretisch construct wordt als een werkelijk bestaande entiteit beschouwd, en dat is natuurlijk helemaal verkeerd.**

40:12 Stel je gaat van tevoren bedenken 'dit is een ziekte, we noemen hem depressie, hij bestaat uit negen symptomen'. Moet je voorstellen, dat een echte depressie als je echt goed gaat kijken naar iemand, en je meet ook met vragenlijsten welke domeinen van het menselijk functioneren allemaal aangedaan zijn, dan zie je niet die negen symptomen van de DSM. Je ziet veel meer, je kan het niet vatten in negen symptomen. Dat was ook nooit de bedoeling, het was alleen maar bedoeld dat mensen in Amerika heel snel in de klinische praktijk konden kijken, is het ongeveer een depressie, en dat ze het dan in Europa precies hetzelfde doen. **De validiteit van sommige DSM-categorieën is vergelijkbaar met die van een eenhoorn.** 41:37

If people would truly be completely unique, it would not be possible to draw significant conclusions. However, this is not the case. Symptoms *do* present themselves in a non-random structure, and are connected to each other (Goekoop, 2019)

The current way of working; dividing mental health in disorders and symptoms, is actually just theoretical-psychologic concept, that people have started seeing as real (Glas, 2019; Goekoop, 2019)

VRAAG: Moet je als psycholoog ondersteund worden in het verzamelen van al die verschillende soorten data? 42:50 Ja, psychologen hebben hun handen vol aan het werk wat ze met de individuele mensen moeten doen, die het gewoon echt heel erg moeilijk hebben vaak, dus voor de wat lichtere gevallen kan ik me voorstellen dat je wat makkelijker de technologie gebruikt. Voor de zwaardere gevallen moet je echt maar kijken. **Per patiënt bijna wil je custom made technologie hebben.** Maar dan praten we over de hele verre toekomst. **En dan moet je ook nog naar de ethiek kijken. Dat maakt het nog complexer. En daarom gaat het ook zo traag.**

VRAAG: Wat zie je dan als eerste stap voor een psycholoog? Als iemand ook veel meer naar het netwerkdelen toe wil. 44:21 Wat eigenlijk al de eerste stap is, is **dat je psychiatrische ziektebeelden en patiënten überhaupt niet gaat zien als kaders-**bijna niemand ziet dat hoor-maar dat je zo'n psychiatrisch ziektebeeld gaat ontbinden in de factoren en de elementaire domeinen waar dat uit bestaat. Net als neurologen altijd de twaalf hersenzenuwen nalopen. Je weet pas dat echt dat je echt goed hebt gekeken naar de patiënt, als je de belangrijkste domeinen van het psychisch functioneren hebt nagewandeld. En die staat niet helemaal in de DSM. *Is het eigenlijk dat veel psychologen dat eigenlijk al doen? 46:34* Ik vind het eigenlijk wel tegenvallen, je ziet ze nog steeds praten over bepaalde ziektebeelden. We zullen ook nog die woorden nodig hebben om even snel naar mensen te kunnen verwijzen. Dat praat gewoon makkelijker. Maar je moet intussen wel die componenten in je hoofd hebben, dat je weet waar je over praat en dat je ze kunt herkennen en diagnosticeren. En dat laatste ontbreekt nog wel.

47:26 **Dus zie een patiënt als een enorme zak met knikkers en dat je eigenlijk gewoon moet tellen welke knikkers er allemaal inzitten. Welke domeinen nou eigenlijk. In plaats dat je meteen zegt die verzameling knikkers en die verzameling knikkers, terwijl die afgrenzing van die verzamelingen gewoon niet klopt. Dat is wat het met de DSM is.**

DSM gives different collections of symptoms a specific name, but the collections that have been made are faulty. That's why it is very difficult to give someone a 'correct' diagnosis, or why someone might receive more than just one diagnosis (Goekoop, 2019)

47:51 Als psychiater, die mag medicijnen voorschrijven, merk ik al sneller het voordeel van die componenten manier van denken dan psychologen. Want de verschillende medicatieklassen die wij kunnen voorschrijven die passen heel mooi over die componenten heen die worden gevonden. We hebben antidepressiva tegen depressie, etc. etc. Zo heb je allerlei medicatieklassen en die passen er heel erg mooi overheen. En ik denk dat dat niet toevallig is, maar die medicijnen werken omdat die geest nou eenmaal modulair is opgebouwd. Psychologen die moeten echt helemaal gaan bedenken 'wacht even, ik heb een enorm arsenaal aan interventiemethodes [...], maar hoe passen die nou precies *Je zou kunnen zeggen dat het voor psychiaters nog ingewikkelder is, omdat zij actief weg moeten stappen van dat 'rechtlijnige' denken.* Ja, allemaal uitdagingen dus. 49:14 Psychologen denken al veel langer in termen van componenten. Bijvoorbeeld in persoonlijkheid is al heel lang in componenten gezien, neuroticisme, extraversie, etc. Daar hebben psychologen een voorsprong. **Maar waar ze dan bij toeval wat minder voorsprong bij hebben, is hoe nou precies al die domeinen van het psychisch functioneren, hoe die zich specifiek verhouden tot al die verschillende interventie strategieën die ze hebben.** Ze hebben bijvoorbeeld een CGT-protocol voor depressie, met allerlei interventies. Maar dat hele protocol passen ze toe op de unipolaire depressie, dus weer een categorie. 50:15

Gelukkig zie je nu dat er steeds meer protocollen komen die 'transdiagnostisch' zijn, die dus inderdaad een soort basisinterventies identificeren, en vervolgens van allerlei verschillende stoornissen, gaan ze kijken hoe die interventies passen op die componenten die je daar ziet. Dus ze zijn er mee bezig. Wat zou stap 1 zijn voor een psycholoog; ontbindt het probleem in factoren. Dat is voor een bèta duidelijk, voor psychologen niet. Met drie akkoorden kun je 150 liedjes spelen, en met 15 elementaire domeinen kun je ontzettend veel psychiatrische ziektebeelden samenstellen. Dit is niet eens netwerktheorie, dit is gewoon multidimensionaal denken. Dat heeft het ook nooit gehaald in de psychiatrie trouwens. 51:56 Stap 2 daarna is dat je naar die relaties gaat kijken en wat je eraan hebt om überhaupt te weten hoe je omgeving samenhangt met jouw innerlijk leven en jouw biologische context. Eigenlijk is het gewoon een ecologische analyse waarin ieder mens in een ecologische niche past. En mensen hoppen van niche naar niche.

53:52 *VRAAG: Helemaal in het begin zei je dat het BPS-model eigenlijk wel verwerkt zit in alles wat psychologen en psychiaters doen, op welke manier is dat dan eigenlijk?*

The mental medication system is built on the DSM system; medication often have names such as 'antidepressiva', etc, even though they might have a lot more functions than just battling depression. This stimulates the use of DSM over alternatives (Goekoop, 2019)

There are more and more treatment protocols that surpass just one diagnosis (Goekoop, 2019)

Bijvoorbeeld heel impliciet, psychiaters zijn vaak naar bloedwaarden aan het kijken. Die kijken naar de biologische bijdrage. Op deze poli zie je dat psychologische interventies, de invloed die iemand persoonlijkheidsstructuur heeft, op z'n klachten, hoe je omgaat met stress bijvoorbeeld, dat verschilt per persoon, dat wordt door psychologen vaak gedaan. *Het is dus heel erg opgedeeld nog in silo's?* Ja klopt, en dan heb je als laatste ook nog systeemtherapeuten, die nodigen soms de hele familie uit. En die zijn veel meer op dat sociale bezig. **Maar op deze poli werken we bijvoorbeeld vrij intensief samen, dus hier kunnen we wel heen kijken over het vakgebied, maar alleen samen maken we dat totaalplaatje. Maar ik heb niet het idee dat in alle disciplines die hier werken, ten alle tijden het totaalplaatje aanwezig is.**

4.3 Gerrit Glas

Gerrit Glas is a psychiatrist, and professor of philosophy in neuroscience. The interview aimed to get a better understanding of the 'pihip', and how the implementation of this concept could impact the mental healthcare sector.

Kijk de traditionele manier van biomedisch denken gaat ongeveer zo, dat je disfuncties hebt, iets in je hersenen of in je alvleesklier. En daardoor krijg je dan een ziekte. Die wetenschappers bestuderen disfuncties, of die mechanismes, of die determinanten, en die worden geacht die verschijnselen te veroorzaken. Zo denken wij eigenlijk ook in de psychiatrie. Dus verslaving, depressie, angst, psychose, dat zijn allemaal persoonlijkheidsproblemen die veroorzaakt worden door disfuncties. Alleen bij de psychiatrie speelt de context dan een grotere rol. Dit is eigenlijk zoals de meeste psychiaters denken, dit is klassiek biomedisch denken.

02:11 Maar, dit is het probleem. Waar mensen last van hebben en waarvoor ze bij je komen is vaak veel meer dan wordt verklaard door die wetenschap. Hierin spelen context en persoonlijke factoren een hele grote rol. De context heeft invloed op hoe je klachten codeert, interpreteert, er mee omgaat, maar wie jij bent zelf, als persoon, heeft ook invloed op hoe jij met je ziekzijn omgaat. En dat ziek zijn zelf, heeft ook weer een invloed op hoe jij met je probleem omgaat. Dus er zit al een cirkel in. Bijvoorbeeld als je depressief bent, je depressie maakt al dat je negatief over jezelf denkt, maar die maakt ook nog dat je op een negatieve manier met je eigen houding ten opzichte van je ziek zijn omgaat. Je voelt je hopeloos, maar die hopeloosheid maakt ook dat wat je eraan kan doen totaal nutteloos en hopeloos is.

Most psychiatrists have classic biomedical thinking mechanisms, meaning that they perceive mental problems as similar to physical diseases, just with a larger role for context (Glas, 2019).

03:29 VRAAG: *Ik kan me voorstellen dat dat bij diagnosticeren ook heel moeilijk los te trekken is.*

03:34 Demoralisatie, dat kan bijvoorbeeld liggen aan zo'n depressie zelf, aan een latent negatief zelfbeeld, etc. De goede clinici kunnen dat wel uit elkaar pellen, en dat is ook veel moeilijker en belangrijker dan symptomen tellen. Je kunt overal pijltjes trekken, maar eigenlijk moet je ook nog een soort tijdsas trekken. Je begint met symptomen, bepaalde klachten, en dan stresseer je omstandigheden die leiden tot klachten, en daarmee wend je je tot iemand die er iets van gaat zeggen. En dan komt er vervolgens een heel relationeel gebeuren op gang. Dat heb ik geprobeerd in schema te brengen. Het heeft twee elementen. Hoe je in het algemeen met jezelf omgaat heeft invloed op die ziekte, en je omgeving heeft er ook invloed op, hoe die verandert onder invloed van jouw ziek zijn. Je partner, je werkgever, etc. Dus dit worden allemaal cirkels. Die omgeving wordt zelf een stressor. Er zitten voortdurend van die lussen in.

06:50 En waar we nou met RP mee bezig zijn geweest, is dat je probleem-instandhoudende factoren hebt die daar een rol in spelen. En eigenlijk kan je zeggen, dat zijn de patronen die maken dat je niet meer terug kan in die cirkel. Dat je blijft steken op een bepaald punt. Als je goed naar patienten kijkt kan je dit gewoon reconstrueren. Goede diagnostiek houdt in dat je dit, al die verschillende interacties, uit elkaar pelt. *En dat je ook kan zien in welke volgorde dat is gegaan, welke van de symptomen waren oorzaken, en welke symptomen waren gevolgen?*

08:56 VRAAG: *Die relaties tussen patronen ontdekken, doe je dat dan ook door gesprekken te hebben met andere mensen uit zijn omgeving? Is dat iets wat je nu sowieso ook al doet? Ik doe het steeds meer, en ik zie ook dat andere mensen het steeds meer doen, maar het is nog niet helemaal ingeburgerd. Waar ligt dat dan aan?*

Globaal dat we toch te individualistisch over ziektes denken: dat dat gewoon iets van en in iemand is. Terwijl het tegelijkertijd ook vaak het product van een interactie is. Op zich ben ik het met de 'pihip'-gedachte eens, er zijn inderdaad van die factoren, en het is heel moeilijk om daar je vinger op te leggen in de praktijk. Maar dat moet je wel doen, want het wel belangrijk. *Soms heeft iemand wel bepaalde afwijkingen, zoals ADHD of autisme, maar dan is het een*

Talented practitioners are able to dissect the complex patterns in someone's mental issues, rather than counting symptoms. Not every practitioner has the ability or will to do this (Glas, 2019).

More practitioners are starting to have conversations with people in the patient's environment, to understand the problem from multiple perspectives, and to try to change the patient's context (personal experience)(Glas, 2019)

Globally, we (the practitioners) still see mental disorders as something individual, even though it is often a product of

samenkomst van allerlei andere omstandigheden die eigenlijk het echte probleem creëren, en de afwijking maakt het dan erger. Het hele verhaal was nooit gebeurd als hij geen ADHD had gehad. Daarvoor is een 'pihip' heel nuttig. Kwetsbaarheid voor bepaalde afwijkingen (ADHD, verslavingsgevoeligheid) moet niet vergeten worden in het hele verhaal.

11:56 *Maar dat zijn dan ook weer factoren op zichzelf, die een rol spelen in de pihip?*

Als er een begrijpende omgeving is dan kan die ADD net een beetje gecontained worden, maar vroeg of laat was hij er toch wel mee tegen de lamp aan gelopen.

12:34 *VRAAG: Is het dan, om bijvoorbeeld... Nu heb je dan niet per se een diagnose, maar een patroon met verschillende factoren die je dan hebt vastgesteld. Op welke manier ga je dan te werk om er vervolgens voor te zorgen dat het ophoudt, dat het patroon doorbroken wordt?*

Het is eerste is dus een helder beeld krijgen van wat de meest sterke onderhoudende factor is, en ook waar je het makkelijkst iets aan kan doen. En het hangt af van het niveau van bereidheid tot verandering die iemand heeft. Als dat laag is, dan kan je beter beginnen met de context te veranderen. Zorgen dat iemand uit het milieu komt, een andere omgeving krijgt. En dan hopen dat hij zelf ziet dat er beweging in zit, dat het niet helemaal hopeloos is. Zodat je als tweede stap iets aan zijn demoralisatie kan doen. Dat kan je doen door gesprekken te voeren, maar die gesprekken kunnen ook het ene oor in, het andere oor uit gaan, dus het is ook zo dat hij het aan den lijve moet ervaren, dat het anders kan. Vandaar dat de verandering van de context ook zo belangrijk is, want die bevestigt dat het anders kan.

14:44 *VRAAG: Heb je daar de middelen voor, om die context te veranderen?*

Als je in je eentje in de spreekkamer gaat zitten niet. Als je samenwerkt met een huisarts, met een maatschappelijk werker, met jeugdzorg, eventuele NGO's, dan wel. Nou, je vraagt ligt heel erg voor de hand, maar is niet eens zo makkelijk te beantwoorden. Soms kan je je ook behoorlijk machteloos voelen, omdat je het idee hebt van 'ik zit een probleem te behandelen wat eigenlijk op een heel ander niveau ligt'. Maar het is ook vaak omgekeerd. Dus het kan ook zijn dat er nog nooit echt een goed gesprek met die jongen is gevoerd. En dat die veranderingsbereidheid er wel is, op het moment dat die jongen gaat ervaren dat hij contact heeft met jou. Dus dat moet je inschatten. Soms heb ik dat soort gesprekken, en dan zie je echt dat binnen twee, drie gesprekken de

interaction with the environment (Glas, 2019).

The strategy of treating a patient varies depending on what the strongest problem sustaining factor is, but also what factor might be easiest to change (Glas, 2019)

More practitioners are starting to have conversations with people in the patient's environment, to understand the problem from multiple perspectives, and to try to change the patient's context (personal experience)(Glas, 2019).

zaak in beweging komt. Maar ik heb ook gesprekken dat het volkomen muurvast lijkt.

22:07 Het BPS-model is niet een theoretisch model, het is een paradigma. Er wordt gedaan alsof het BPS-model een wetenschappelijke benadering is, maar dat is het niet, het is een filosofisch model, heel abstract. Een ontologie / zijnsleer, alles is met elkaar vervlochten. Het is niet zo dat er een psychologische laag is die causaal invloed heeft op een andere laag, dat in het ene component van tijd een laag iets doet, en daaropvolgend een effect te zien is in een andere laag. Al die lagen hangen met elkaar samen, en die samenhang, daar kun je wel wetmatigheden in ontdekken, en er zijn vast wel causale processen. Maar het is veel abstracter dan een directe relatie. Het is een afzetting tegen Descartes, die mensen opdeelde in twee componenten, met een causale samenhang. Het is niet puur psychisch, of puur sociaal, etc. Dat is wat George Engel bedoelde. Het is niet een causale relatie, maar een relatie van entailment, van elkaar includeren. Nou ja, dat denken is nooit helemaal doorgedrongen tot de spreekkamer.

NOTE: De visie van RP is ook voor een groot deel filosofisch. --> het verschil is wel dat er actionable concepten mee gegenereerd zijn.

24:14 Maar kijk, ik denk niet dat we dat moeten proberen met RP, dan zou je eigenlijk een stap naar de volgende generatie systeemtheorie moeten hebben. Het werk van Thompson, Mind in Life, wordt veel naar gerefereerd. Je zelfwording kan nooit los gezien worden van jouw verhouding tot de wereld. Beiden, de wereld en ik, worden bepaald door de relatie die er is. Iedereen en alles is product van een interactie. Dat is nog steeds een heel erg filosofisch model wat je niet zomaar wetenschappelijk of klinisch kunt vertalen. De wetenschappelijke operationalisatie van filosofische theorie, dat is een uitdaging. Waar we nou precies naar op zoek zijn, ik zou het liever een soort holistisch model, geïnformeerd door filosofische inzichten, wat je kunt toepassen in de praktijk. En als het niet een wetenschappelijk model is, dan mag het ook gewoon een holistisch model zijn voor de klinische praktijk.

Dat is ook waar jullie nu naar op zoek zijn met de denktank toch?

26:54 Er wordt aan onderzoeksprojecten geschreven, maar die PhD's zijn er nog niet.

Stel dat we op de manier van RP gaan werken, wat impliceert dat dan voor hoe een psycholoog werkt?

27:08 In ieder geval de je interactioneler, dynamischer, en minder individualistisch denkt. En dat je beter beredeneerd beslissingen kunt nemen over waar het zwaartepunt ligt, als het gaat om beïnvloeding.

Is het niet ook dat het niet meer 1 persoon is die bezig is met de behandeling, maar dat het altijd meerdere mensen zullen zijn, die onderling ook over de patiënt praten?

27:55 Als psychische gezondheid een product is van interacties, inclusief de interactie met jezelf, gegeven bepaalde kwetsbaarheden, dan leidt dat tot een veel interactievere definitie van ziekte. Maar weet je, toevallig heb ik het er vanmorgen met Derek Strijbos over gehad. Je hebt twee cirkels die voortdurend in elkaar grijpen; hoe jij je ten opzichte van je probleem verhoudt, maar ook hoe de omgeving zich ten opzichte van jouw probleem verhoudt. En die cirkels interacteren met elkaar. De uitdaging is eigenlijk dat je weet waar iemand zit qua veranderbereidheid, en dat je vervolgens inzoomt op dat aspect van het functioneren waar jij en die betrokkene het over eens zijn dat het het meest waardevol en toegankelijk is om de gewenste verandering te bewerkstelligen.

Als het dan iets waar je zelf als behandelaar de meeste invloed op kunt hebben; het kan bijvoorbeeld ook een leraar zijn...

30:04 Dat gebeurt nu ook al wel, zeker in de jeugdzorg. Ik doe zelf veel second opinions, en mijn handen jeuken, en soms geef ik er ook aan toe om eens even de (telefoon)hoorn te pakken en met de bedrijfsarts te bellen; met toestemming uiteraard. Maar vaak kun je met een simpele switch in werkomgeving al zoveel goed doen. Ik kan zo twee of drie patiënten bedenken bij wie ik dat gedaan heb. Niet dat het altijd hielp hoor. <Geef voorbeeld> Een telefoontje met de werkgever hielp meer dan pillen of psychotherapie. Die werkgever zei iets, waardoor ik anders naar hem ging kijken. Dat ik dan iemand's anders perspectief hoor, helpt voor mij ook heel erg.

34:40 Je had het in het begin over DBC --> dat is eigenlijk het klassieke ziektemodel. Iemand heeft dan een diagnose, maar als er symptomen zijn die niet in die diagnose passen, dan gaat het eigenlijk al fout. En dan is behandeling 1 mislukt. Nou ja, dan probeer je er nog een, als die niet lukt, gooi je het over de schutting naar een ander zorgprogramma. En anders maar naar het FACT. Maar dan is er nog steeds niet integraal naar gekeken.

35:55 *Het is bij de GGZ wel normaal om de organisatie op te delen in verschillende soorten klachten toch? Een afdeling voor depressie, een afdeling voor angstaanvallen, etc. Dat houdt de integrale aanpak ook tegen, of niet?*

More practitioners are starting to have conversations with people in the patient's environment, to understand the problem from multiple perspectives, and to try to change the patient's context (personal experience)(Glas, 2019).

Patients often undergo multiple treatments, for different diagnoses, because each diagnosis does not completely cover the issue at hand (Glas, 2019).

Organising departments according to DSM-disorders has the effect that patients don't feel wanted. no one really fits

Ja, mensen zijn zich nog te weinig bewust, wat voor iatrogeen, dus ziekteverwekkend effect er uit gaat van de manier waarop we het organiseren. We zien bij de GGZ bijna nooit patiënten die er netjes in passen.

Het begint al met een signaal wat je krijgt als je binnenkomt; eigenlijk zijn we je liever kwijt dan rijk, want je bent al te veel, we zijn al overbelast. "We zullen eens even goed kijken of je hier wel hoort" Dan denk je al, "ik hou mijn mond wel dicht".

Hoe vaak gebeurt het nou dat iemand echt binnen een diagnose past? 37:09

Het gaat best vaak toch nog wel goed. De andere kant is natuurlijk dat je in die zorgprogramma's wel veel kennis opdoet over dat specifieke probleem. Maar daardoor kun je ook oogkleppen ophebben voor andere relevante dingen. Het houdt elkaar zo'n beetje in evenwicht. Specialistische expertise vs. gebrek aan holistisch denken.

Tussen de huisarts en de specialistische GGZ zit nog een laag toch, waar een psycholoog zit met een meer brede kennis? 38:05

Ja dat heet de basis-GGZ, die is bedoeld als uitloop voor de huisarts. Daar kan je pakweg 8-10 gesprekken krijgen per jaar. Er wordt ook vanuit gegaan dat dat de klus wel klaart binnen 3-6 maanden. Die hele basis-GGZ is nog volop in ontwikkeling. Het hangt ervan af waar je zit of daar wel holistisch behandeld wordt. Het kan super protocollair worden, alleen voor mono-problemen. Maar er is nu ook een beweging gaande om chronische patiënten in de thuissituatie te begeleiden met behulp van FACT-teams. En dat er meer contact is tussen de FACT en de basis-GGZ. Onze nieuwe directeur heeft dit net in Amsterdam gedaan, ze heeft een stuk of 25 FACT-teams ondergebracht bij de basis-GGZ in Amsterdam. Nou, dat is wel een grote prestatie. Die beweging gaat elders ook nog wel gemaakt worden.

39:58 Denk je dat dat een stap is in de goede richting?

Ja, maar dan moet er wel financiering bijkomen. Want de 1000 euro per patient die de FACT rekent (binnen de basis-GGZ) is echt te weinig. Zo lang het goed gaat wordt iemand 1x per maand bezocht en goed gesproken, misschien medicatie herzien. Maar als iemand in een crisis is, dan wil je opschalen. Als iedere opschaling betekent dat je naar een ander FACT-team moet, omdat het

within one disorder, so no one fits perfectly in one department. This feeling of not being wanted can worsen their mental problems (Glas, 2019).

When entering the system, patients can get a feeling of not being wanted because of the high work pressure in each institution. This hinders open communication (Glas, 2019).

Practitioners can be quite stubborn; they don't always listen to the rules their institution imposes on them, this can be both a good thing and a bad thing (Glas, 2019)

<basis-GGZ/FACT> budget te laag is, dan heb je weer hetzelfde probleem, dat je iatrogene schalen toebrengt.

41:23 *Als we gaan kijken naar het model van RP, de pihp, welke mensen denk je daar het meest gebaat zullen zijn; welke soort patienten?*

Nou wat ik zelf wel belangrijk vind, is dat het 'kwetsbaarheid' aspect (een kwetsbaarheid voor bijvoorbeeld autisme, depressie) erin blijft zitten, dat is nu te weinig expliciet. De ellende komt niet alleen uit de omgeving, maar ook uit jezelf, wat je hebt meegemaakt in de vroege fase van je leven. Daar is overweldigend veel bewijs voor, dus het zou heel onwetenschappelijk zijn om dat te vergeten.

42:59 Als je individuele hulpverleners spreekt, die doen ook wel weer andere dingen dan hun worden opgedragen. Dat zijn vrij eigenwijze figuren. (Dus wat je op internet leest over de GGZ is dus niet precies hoe het in de praktijk is.) En dat is soms heel goed, en soms heel irritant.

Jij doet dat ook toch, door bijvoorbeeld een bedrijfsarts te bellen?

Ja, dat is niet gebruikelijk. Maar als er bijvoorbeeld van hogerhand wordt gezegd, er is geld voor een intakegesprek van 1 uur, dan ga ik of protesteren, of ik doe het gewoon niet. Want zeker bij de moeilijke gevallen heb ik zeker 2 uur nodig om erachter te komen wat er aan de hand is. Maar dan heb je ook wat. Dan heb je een helder verhaal. Waarvan natuurlijk best wel inzichten kunnen worden herzien, maar je hebt wel een consistent groter geheel. Maar ik tref dus ook veel oppervlakkige (doorverwijs) brieven aan. En dan ben ik bang dat het behandlungsproces ook oppervlakkig is geweest. Dus dat soort behandelaren heb je ook

44:53 *Zijn dat mensen bij wie zouden moeten beginnen met de verandering, of juist eindigen?*

Ik denk eigenlijk eindigen. Maar voor je idee is het makkelijk om daar te beginnen, omdat je daar het snelst resultaat ziet. Wat er fout gaat is het meest duidelijk.

46:41 *Werkt het mee of tegen dat jullie manier van denken zo anders is dan de status quo? Is daar behoefte aan?*

Ja, daar is zeker behoefte aan, maar mensen vinden het moeilijk. Je hoort zelden... De hele psychiatrie is gebouwd op clinical trials (soort van A-B testen) <onduidelijk>. De hersenwetenschap was heel veelbelovend in de jaren 90,

Practitioners can be quite stubborn; they don't always listen to the rules their institution imposes on them, this can be both a good thing and a bad thing (Glas, 2019)

There is room for revolutionary ideas within the mental healthcare sector, but there is

maar dat liep uiteindelijk op niks uit. Ik ben zelf in de jaren 80 begonnen met mijn opleiding, toen psychotherapie nog in hoog vaandel stond. Jaren 90 werd de decade of the brain, met hele vergaande uitspraken; vanaf 2000, 2010 zou de psychiatrie er heel anders uitzien. Maar in feite is alles maar marginaal verbeterd. Dat hele farmaceutische onderzoek is inmiddels door die industrie zelf afgestoten. Om een nieuwe pil te ontwikkelen, heb je een miljard nodig aan geld. Dus dat kan de universiteit nooit doen.

49:35 Patroondenken heeft ook nog een wetenschappelijk model en onderbouwing nodig.

Ja dat is nu ook heel actueel; netwerkmodellen van de psychopathologie. Daar zijn ook weer allerlei soorten van. In Nederland is met name het werk van Danny Bosboom (andere naam, staat in boekje ergens), heeft veel invloed. Daar zit een grondgedachte achter, namelijk dat de psychologie - 50 jaar nadat het begrip is uitgevonden - blijkt helemaal niets te hebben aan het concept latente variabelen. Het idee is je hebt een soort puntenwolk van kenmerken, en die hebben samen een bepaalde frequentie van samen voorkomen. Nou die frequentieverdeling kan je met behulp van statistische technieken in verband brengen met onderliggende factoren.

Nou die onderliggende factoren, dat zijn latente variabelen. Dat is dus eigenlijk alleen maar theorie, constructie op basis van statistiek. Daar wordt een naam op geplakt, vervolgens gaat die factor bijna een eigen leven leiden, alsof het echt bestaat. Terwijl het eigenlijk een theoretisch-psychologisch concept is. Dus deze groep heeft gezegd, wij gaan een psychologie ontwerpen die alleen maar bestaat uit items die met elkaar correleren, en dan gaan we een soort causale padanalyse doen, en dat houdt in dat je die patronen door de tijd heen onderzoekt, en dan kijkt of je bepaalde voorkeustrajecten ziet. Dus dan krijg je bijvoorbeeld bij depressie de constructie; het begint vaak met slaapproblemen, en die leiden er toe dat je moe wordt. Die moeheid leidt tot concentratieproblemen en vergeetachtigheid, wat ertoe leidt dat je minder goed functioneert; dat je een negatief zelfbeeld krijgt; gaat piekeren, waardoor je weer minder slaapt, etc.

Wat zijn nou aan het doen zijn, is die manier van denken uitrollen over de hele psychiatrie. 52:52 *In zekere zin is dat ook al een manier van patronen identificeren.* Ja, alleen dit is nog heel beperkt, want de nodi in het netwerk zitten nog steeds allemaal binnen een persoon, maar ook gewoon ontleend aan de DSM. Dat is vooral om het model te proberen. Wat nu de uitdaging is, is om in die netwerkstructuur ook omgevingsvariabelen op te nemen, en de interactie met jezelf. Dus hoe jij als persoon reageert op hetgene wat er met je aan de

always a need for scientific backing, which makes the adaptation process very slow, and less impactful than initially thought (Glas, 2019)

The current way of working; dividing mental health in disorders and symptoms, is actually just theoretical-psychologic concept, that people have started seeing as *real* (Glas, 2019)

At this point, research is being done to make scientific interaction patterns within one person's psychology. The next step is to incorporate social and

hand is. Dat is nu nog een beetje toekomstmuziek, en het is ook niet heel makkelijk om je voor te stellen hoe het dan zou moeten in de praktijk, maar ook hoe je het in een theorie/model kunt gieten. Je kunt het wel tekenen, maar hoe je het zo opschrijft dat je er ook onderzoek naar kunt doen, dat is veel ingewikkelder.

Dat je het holistisch bekijkt, en dat je die verschillende factoren in samenspel met elkaar bekijkt, maakt het ook moeilijker om er een model aan vast te hangen denk ik? 54:10

Ja, dus dan wordt het een soort individueel model.

environmental factors as well
(Glas, 2019)

4.4 Interview with director of mental healthcare organisation

00:00:00 Dat is voor ons vaak wel een kunst; verzinnen dingen, beginnen eraan. En vaak lukt het ook, maar het echt ook borgen; plan, check, act. Plan & do daar zijn we heel sterk in maar plan, do, check and act. Daar moeten we echt dan heel erg op letten dat we ook afmaken wat we hebben gezegd of zorgen dat er geborgd wordt in de organisatie en het niet blijft hangen of zo.

00:00:27 Waarom is dat denk je?

00:00:29 Ja omdat ze bruisen van nieuwe dingen willen doen en die achterkant of die cirkel rond maken is ja soms iets minder spectaculair of dan ga je meer in de beheerorganisatie. Dat betekent wel dat.. is natuurlijk wel van belang maar dat vraagt een ander soort energie en een ander soort aansturen, ander soort mensen misschien ook wel ja.

00:00:52 Die mensen heb je niet aanwezig hier in de organisatie.

00:00:56 Ja het is een beetje niet de cultuur dus, wij moeten heel erg op letten dat we dat ook echt doen in plaats van weer iets nieuws verzinnen want dan heeft iemand weer een goed idee en dan voor je het weet zijn we daar heel druk mee. Dus dat.

00:01:18 gerelateerd aan de aan de kerngedachte; als jij je dan los van tijd en middelen en afspraken met externe partijen. Een perfect. Perfecte behandeling zou hebben voor voor een nou laten we zeggen gemiddeld iemand die niet heel kritisch is maar ook niet maar een uurtje hoeft te komen. Hoe zou dat u dan een ongeveer uitzien?

00:01:39 Ja dan zou ik hopen dat iemand voordat ie in zorg komt zelf al met behulp van online modules of zo, voor zichzelf al een beeld heeft gekregen van

Within my GGZ, it's often easier to be excited by and to start with new innovation projects, than to follow through on existing projects

To successfully implement innovation, you need different kind of energy and/or people, these people are not always present within the GGZ organisation

goh. Wat zijn precies mijn vragen, waar wil ik aan werken dus een soort ordening en goed formuleren van je vragen dus wel een stukje zelfregie zeg maar. Dan als het enigszins kan met gerichte vragen of ongerichte vragen maar dan weet je ook dat ze echt ongericht zijn, en de hulpverlening in en dan zo veel mogelijk met de blended formule dus. Ik denk altijd maar zelf, volgens mij hebben mensen liever... maar zo ver zijn we nog niet als organisatie... Hoogfrequent 10 minuten even contact via een chat of een app, of weet ik veel wat, dan dat je 1 keer in de 4 weken bij de psychiater langs mag komen en dan voel je misschien net goed of juist niet. Hoe kunnen we meer monitoren met nieuwe technologieën, maar ook een stuk zelfregie van mensen, dat mensen ja zo snel mogelijk op eigen kracht en hun eigen regie weer te pakken hebben. Dus veel zelf doen maar wel hulp als het nodig is maar eigenlijk op die momenten dat jij 't als client ook nodig hebt, en niet zoals het in de agenda gepland staat. Er is natuurlijk een planning, dat snap ik ook, het moet ook logistiek gezien, geld, middelen. Maar ik denk dat het mooiste zou zijn als je gebruik kan maken. Op die momenten dat je denkt ja en helpt nu slaat de paniek toe of waar je last van hebt.

00:03:17 Ja dat je juist in de dallen geholpen kan worden.

00:03:20 En ook op dat moment, dan niet 4 dagen later of 4 weken later.

00:03:27 Oké. Je zei ook iets over jezelf regie over dat de mensen dat mensen er al een beetje zelf aan gewerkt hebben als ze aankomen. Hoe zie je dat dan voor je dat mensen dat doen?

00:03:42 Nou ik denk dat de gemiddelde Nederlander als die iets heeft, heel snel aan het googlen is van 'wat is het precies'. Dus iedereen is al op zoek op internet naar informatie. Voordat je bij de psycholoog of psychiater whatever, bij de huisarts of bij wie je ook langsgaat. En dat zou denk ik nog meer...

Dat is nu rijp en groen, alles door elkaar op dat internet en onze wellshop is bedoeld bijvoorbeeld ook om die informatie meer te ordenen en te zorgen wat erop staat ook echt klopt. Dat het geen rommel is. Dat je weet, als ik met een bepaalde app ga werken, dan is het ook een serieus product. Kom ik niet in de spam terecht laat ik het zo maar zeggen, dus betrouwbaar is.

00:04:46 Ja. Ze is dus eigenlijk wel een beetje wat ze wat Nederlanders nu doen maar dan met een betere informatievoorziening.

00:04:55 Je krijgt natuurlijk straks PGO's, dat mensen hebben straks hun eigen gezondheids dossier... Daar kun je natuurlijk ook dingen inhangen, zelfhulpmodules en zo. Ons motto van de organisatie is "laat mensen groeien". Geldt zowel medewerkers als cliënten. En dat 'laat mensen groeien' geeft ook aan dat je het zelf mogelijk maakt, in plaats van dat je zorgt dat ze gaan groeien. Dus het is veel meer 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. Die kanteling moeten we ook op een aantal onderdelen nog maken hoor

Information on the internet about psychiatric problems is still very chaotic and not always correct

Hulpverleners van huis uit willen heel graag 'zorgen voor'. Dingen voor anderen regelen, oplossen, weet ik veel. Maar je moet eigenlijk. Weet je handen op je rug, 'zorgen dat' mensen zoveel mogelijk zelf doen. Terwijl je er wel nabij bent. Ook een belangrijke toevoeging, wij werken veel met ervaringsdeskundigen, en willen dat steeds meer. We willen nog meer met ervaringsdeskundigen die natuurlijk zelf ook de ervaringen hebben, en ook weten wanneer je wel of niet hulp nodig hebt of betutteld wordt, je afhankelijk maken. We willen toch allemaal op eigen kracht, dat is uiteindelijk het doel.

00:06:05 Jullie motto is dus 'laat mensen groeien'. Hebben jullie dat al lang?

00:06:13 Denk een jaar of 3 inmiddels.

00:06:17 Is daar nog een hele andere manier van werken daaraan achteraf gegaan of hebben jullie nog speciale acties op ondernomen nadat jullie die slogan hebben aangenomen?

00:06:27 We hebben 3 jaar geleden een nieuw concept in de organisatie. Organisatie ook opnieuw ingericht en vanuit het perspectief van 'goh als we vinden dat de cliënten in hun kracht moeten zitten, dan moeten we ook stoppen met onze medewerkers te betuttelen'. 'Preach what you act' Dus vanuit die lijn toen hebben we ook een nieuw meerjarig beleidsplan neergezet, met nieuwe uitgangspunten dus niet meer.

En we noemen onszelf ook een inspirerende community van mentale kracht. Dat is toch een andere geeft een andere footprint dan dat je zegt... Daarvoor waren we geloof ik 'Een GGZ-instelling voor hoog-specialiseerde bijzondere doelgroepen. Complexe vraagstukken instelling of zo. Ingewikkelde termen, ik kan ze niet eens precies herhalen. En inspirerende community van mentale kracht geeft een andere uitstraling. En in die tijd hebben we ook dat nieuwe motto neergezet dus het is meer een vervolg van de nieuwe visie. En een andere insteek, dichterbij de mensen. Meer vanuit geloof in eigen kunnen. Mensen hebben soms steunstructuur vanuit ons nodig. Met hoog gespecialiseerde expertise, dus het is geen amateurisme. In die tijd hebben we ook nog gezegd - maar dat was een brug te ver. Psychiaters en psychologen zijn ontwikkelcoaches, die helpen de mensen bij hun ontwikkeling. Dat is natuurlijk toch een diskwalificatie van hun beroep. Maar dat soort gesprekken hebben en hadden we toen wel. Want wij hebben hun specifieke kennis heel hard nodig en absoluut niet willen diskwalificeren. Maar weet ook waar je toegevoegde waarde wel of niet zit.

00:08:45 Is de jouw GGZ hier uniek in, in deze manier van denken en werken?

00:08:51 Ik denk wel dat wij ook landelijk bekend staan als een vernieuwende, vooruitstrevende organisatie. Wij zijn ook met elkaar verbonden in 'Volante' verband. Dat is met met Noord-Holland noord. Die heeft ook wel een

By nature, practitioners are tempted take care of clients and take things out of their hands. This is not always the best thing to do for the client

GGZ's attitude is changing

vergelijkbare energie, met andere accenten. Verder ook met Lentis en Dimence in het noorden. Dat zijn wel partijen verspreid door het land, dus we zitten niet op elkaars werkgebieden. Elkaar vinden op de ambitie om verder te vernieuwen. Wij hebben bijvoorbeeld hier ook een green deal, in het kader van duurzaamheid. Dat is een andere dimensie, maar die is die is ook van belang. Daar kunnen we elkaar ook op vinden. Het is de zorg, de omgeving, en de financieel gezonde organisatie, die driedeling heb je allemaal nodig.

00:09:47 Ik zag een interview met jou van toen je net begon, dat is volgens mij iets van 7 jaar geleden. En toen had je eigenlijk heel veel ambities voor je nieuwe functie. Je zei bijvoorbeeld ook: "We gaan laten zien dat het anders kan." Hoe heb je dat geprobeerd uit te voeren?

00:10:12 Ik denk dat de ontwikkeling die we hier doorgemaakt hebben, die ik net een schetste, daar ben ik zeker niet alleen voor verantwoordelijk, ook onder leiding van de raad van bestuur. We hebben die ontwikkeling veel meer naar voren..

Ik zeg wel eens onaardig "We stonden een beetje met onze rug naar de samenleving", maar we staan nu met ons gezicht naar de samenleving. Dus dat je ook voelt wat daar nodig is, dat je openstaat voor die dynamiek. Ik denk dat we enorme hoeveelheid, dus ook onze raad van bestuur, geïnvesteerd hebben in innovaties en die technologische en sociale vernieuwingen. Ja tegelijkertijd zitten we ook nu met een tekort aan regiebehandelaren, waar iedereen last van heeft

Dus het is ook een beetje twee stappen vooruit, een stap achteruit.

Deze tijd is... Ja de flow die we een aantal jaren gehad hebben, is ook een klein beetje... we hebben ook incidenten gehad, dat helpt niet altijd echt lekker. Zoals zo'n Anne Faber verhaal - dat was niet bij ons hoor, maar we hebben 2-3 jaar geleden hier een dubbele suicide gehad in onze forensische kliniek. Dat maakt dat er ook in de organisatie weer eventjes heel veel aandacht is voor beheersen en veiligheid, in plaats van entrepreneurship en risicos nemen. Dus als je die balans in acht neemt denk ik dat we veel bereikt hebben. Ik ga door verschillende omstandigheden binnenkort een stapje terug doen in de organisatie. Dus als je richting de toekomst wilt praten, kun je het best met onze nieuwe directeur, Bas van Oosterhout gaan praten. Dus ik wil me ook even wat bescheiden opstellen op dit moment.

00:12:14 Je zei dat jullie heel innovatief gericht zijn, en dat jullie moeite hebben met de implementatie. Is dat dan ook iets waar je de afgelopen 7 jaar tegenaan gelopen bent?

GGZ institutions are more and more placing themselves within society instead of at the border

Innovation at GGZ is often about taking two steps forward and one step backwards

Incidents within mental institutions cause a shift of focus to control and safety, which hinders innovation, entrepreneurship and taking risks

Practitioners don't all trust new ways of communicating with the patient

00:12:24 Ja. Ik denk dat de gemiddelde hulpverlener nog heel erg...
Bijvoorbeeld de kracht zo'n simpel iets als videobellen. De hulpverlener heeft daar nog toch nog weinig vertrouwen in, dat dat net zo effectief, klantvriendelijk is.

En ik wil niet zeggen dat je geen face-to-face contact meer mag hebben, maar doe bijvoorbeeld de helft van je contacten digitaal en de andere helft face to face. Wat mensen zelf geneigd zijn te doen, is het erbij te doen. Ja, dat is natuurlijk juist niet de bedoeling. Juist dat we het slimmer doen met elkaar, dat het goedkoper wordt dus niet er bovenop maar in plaats van. En het liefst nog in plaats van een uur een gesprek, drie keer tien minuten. Zonder reistijd.. ja dan kun je 2 klanten helpen in dezelfde tijd

En dat laten landen en mensen daar ook de ervaring in laten opdoen, dat dat ook goede zorg is, misschien zelfs nog wel betere zorg is, dat kost heel veel moeite, kost jaren.

00:13:32 Maar je ziet daar dus wel langzaam verbetering in?

00:13:36 Ja, we hebben bijvoorbeeld een doelstelling dat 10 procent van de hulpverlening die geboden wordt, in een e-health-achtige formule zit. Ja dat is echt een worsteling om dat in de teams te laten landen.

00:13:54 Is dat dan vooral een soort vasthouden aan..

00:13:58 Ja mensen zijn het gewend, doen het zoals ze het altijd deden. Hun cliënten doen soms ook een appel, van ik wil je wel zien. En we hebben hier bijvoorbeeld een aantal jaar geleden dus die nachtzorg vernieuwd met behulp van uitluisterapparatuur, camera's, deurverklippers. Waardoor we veel minder personeel hadden lopen. Maar een personeelslid wat in een hokje in een paviljoen zit, en drie keer per nacht een ronde loopt hoort en ziet minder dan iemand die vanuit een cockpit alles uitgeluisterd kan worden, en als er iets aan de hand is, dat verpleegkundigen daar direct naartoe gaan en dan ook handelingen kunnen verrichten. Dus het beroep is veel interessanter geworden. Vroeger was het ook wel zo dat mensen die in de dag niet goed functioneerden, in de nacht nog wel een baantje konden krijgen. Dus ook niet altijd de meest briljante mensen. Terwijl als je nu in de nacht werkt, moet je van goede huize komen, want je bent echt heel de nacht aan het werk, en je moet van alle markten thuis zijn, dus dat beroep is weer ontzettend geupgraded
We maken gebruik van technologie waardoor het veiliger is. Maar het voelt minder veilig als er niemand meer in je gebouw zit of slaapt, dan voelt dat minder veilig.

00:15:17 Voelen cliënten zich daar dan ook minder prettig bij?

00:15:20 Nu weten ze niet beter, maar ook hulpverleners die zeiden 'dit kan niet, het kan voor iedereen, maar niet voor mijn doelgroep'. En dat zeiden ze allemaal. Dus om daar dan doorheen te breken en te laten zien dat het wel kan,

Practitioners prefer to work the way they always worked, and preferably even better (this equals more expensive)

It takes years to let a whole organisation understand, experience, and support a new way of working

Practitioners as well as patients sometimes have difficulties adjusting to a new way of working

Even though a new technology or innovation is actually safer or better, it doesn't necessarily feel that way for practitioners and patients

dat is moeilijk. Maar het leverde ons 35 fte op jaarbasis op, die we minder hoeven te in te zetten of overdag konden inzetten. En je moest er wel een aantal miljoenen in de techniek investeren en het moest ook gebouwd worden. Maar ja dit zijn wel goede voorbeelden.

00:16:10 Het voorbeeld wat je net noemde, is dat een makkelijkere innovatie om door te voeren dan bijvoorbeeld videobellen? Omdat het minder vanuit het eigen gedrag van de behandelaren zit.

00:16:23 Ja, heel veel mensen hebben natuurlijk jarenlang hard gewerkt om het te doen zoals we het nu doen. En om het dan anders te gaan doen, dat kost. Cultuurveranderingen of andere aanpakken, dat kost gewoon jaren. En dan kun je wel bedenken dat anders sneller, slimmer, beter is maar mensen moeten het ook intrinsiek gaan ervaren. Ja daar moet je soms dingen in forceren. Ja. Dus dat is wat ik ook eerder al zei, dat we beter zijn in innoveren dan implementeren.

00:17:25 Zie je buiten deze organisatie hier nog ontwikkelingen in het vakgebied? In het algemeen eigenlijk. De manier waarop de psychische gezondheid wordt gekeken bijvoorbeeld.

00:17:43 Psychiatrie is relatief nog een jonge wetenschap, een jonge discipline. Ik denk door Jim van Os met z'n uitspraken, Philippe Delespaul, die natuurlijk ook bij RP betrokken is, met z'n hele EPA-ontwikkeling. Wat nu binnenkomt, positieve gezondheidszorg, Redesigning Psychiatry. Ik denk dat heel veel mensen wel aan het kijken zijn "van hoe krijgen we die psychiatrie anders?" En het is allang niet meer wat het vroeger was. Nog steeds verder, meer in de samenleving en hoe hoe zorgen we ook dat een psychiatrisch probleem... we hebben natuurlijk ook met een imagoprobleem te maken.

Probleem of stoornis of kwetsbaarheid. Dat dat in heel veel mensenlevens voorkomt. En dat we daar iets minder spannend over doen. Iedereen vertelt gewoon dat je wel eens een keer je been gebroken hebt of een blinde darmontsteking. Maar zodra je toch een keer naar de psycholoog gaat dan wordt het al moeilijk om te vertellen. Die kwetsbaarheid en en dat soort dingen hebben ook de cursus hier vanuit Canada, Mental Health First Aid. En dat is eigenlijk de ehbo voor psychische signalen of problemen. Een korte cursus, 3 dagdelen. En dat leert mensen ook van, als mensen dan ander gedrag gaan vertonen of je denkt wat is er aan de hand met m'n moeder. Dat iemand dreigt in crisis te raken. Mensen zijn heel vaak handelingsverlegen. Dan geef je handvatten van wat wel te doen. Hetzelfde als je dus bij ehbo dat je ook weet dat je een ader dicht moet knijpen ofzo. Dus zo proberen we het ook weg te halen uit het verdomhoekje. Want het kan iedereen overkomen, zeker als je het ziet als een interactieprobleem. Ja als je effe toevallig op het verkeerde moment op de verkeerde plek ben. Dan dan kunnen dingen ontstaan dus.

Resistance to new things often comes the fact that people have put a lot of effort in doing it the way it is currently done

It takes years to let a whole organisation understand, experience, and support a new way of working

Psychiatric health still has a stigma around it, this also influences innovation in the sector

00:20:13 Dat is dus ook een manier hoe jullie jezelf meer richting de samenleving ge-positioneerd hebben? Hoe hebben jullie dat trouwens gedaan dan uiteindelijk, met je gezicht naar de samenleving gaan staan?

00:20:30 Door bijvoorbeeld de ontwikkeling van de FAC-teams, dus voor de mensen met langdurige chronische psychiatrische problemen, door die allemaal naar de wijk te brengen in plaats van in een centraal gebouw te zetten. We zijn nu verder bezig om te zien of er nog bij hulpverlening in de wijken kan, dus veel meer in die sociale context. In plaats van dat je geen idee hebt in wat voor buurt cliënten wonen als ze hier bij ons bij de ambulante teams komen. Ja ik kan me voorstellen dat door heel Eindhoven en De Kempen. Kijk ik kom niet uit deze stad ik weet ook niet alle buurten van Eindhoven, wat voor soort wijken dat zijn. Maar als ik in een buurt zit, dan weet ik wel waar daar de supermarkt is, of druk is verkeerspleinen, waar de scholen zijn, dan heb je een beeld voor ogen, wat vaak in het leven van mensen ook van belang is. En een rol spelen in hun herstel ja. Dus dat is echt fysiek de samenleving in.

00:22:02 Doen jullie eigenlijk ook innovatieprojecten met bijvoorbeeld externe partners?

00:22:06 Ja dit weet ik niet van nabij, maar we zitten in Brainport 2020, of Slimmer Leven 2020, we doen dingen met de universiteit hier samen met Philips. Ook in onze intensive care afdeling, onze crisisafdelingen hebben we enorme beeldschermen waarbij mensen hun eigen fotos, hun eigen muziek. Dus als je al niks meer hebt, hebben toch die dingen waar jij rustig van wordt. Bijvoorbeeld ook een bepaalde kleur lichten. Om mensen zo snel mogelijk weer in een rustiger iets te krijgen. Met Philips hebben we hele dingen ontwikkeld. Maar dan als je daar meer van zou willen weten, dan zou je naar ons e-lab moeten gaan, want die zitten er veel dichterbij.

00:23:13 Je had het ook over woningcorporaties. Als het echt gaat om verschillende kanten vanuit waar hulp of ondersteuning komt voor mensen, die doen jullie wel eens projecten samen met dat soort organisaties.

00:23:28 Met woningbouwcorporaties hebben we natuurlijk vooral als mensen hier uitbehandeld zijn dat ze terug de samenleving in moeten, dat we snel en voldoende sociale huurwoningen hebben. Nee het zit meer in het goede samenspel, we hebben ook bepaalde contracten dat wij sowieso zorgen voor het eerste jaar begeleiding, zodat ze ook weten dat iemand niet na 2 maanden zonder begeleiding.. Dat ze nog een beetje moeten oefenen, moeten leren. Zo hebben we daar veel meer dat soort afspraken, dat je zegt je doet het samen. Dan dat we speciale nieuwbouwprojecten of zo hebben. Hebben we overigens soms ook. In de ouderenzorg werken we ook wel met de verpleeg-verzorgingshuis samen. Dat mensen bijvoorbeeld wel in een verpleeghuis zitten maar ook psychiatrische hulp nodig hebben en dat wij daar dan naartoe komen,

More and more, practitioners visit clients at home, giving them more insight in the client's social context, and enabling them to provide better care

onze expertise daar brengen zodat mensen niet hier opgenomen hoeven worden. Dus dan ben je wel aan het cocreëren.

00:24:47 Daar is dus wel behoefte aan?

00:24:51 Ja, en het is ook leuk om te doen.

00:24:52 Nog even over het samenwerken en onderhandelen met zorgverzekeraars, daar ben ik ook nog wel benieuwd naar. Ik heb hier wel een voorstelling bij, maar ben toch benieuwd hoe dat dan precies gaat met zorginkoop onderhandelen.

00:25:12 Ja daar gaat op heel verschillende manieren. Je hebt verschillende verzekeraars. We hebben dus nu met 2 grote verzekeraars CZ en VGZ hier in onze regio. Daar zijn we heel druk bezig met meerjarenafspraken. Met CZ hebben we ze, bij VGZ bijna. Die zijn ook heel erg op zoek naar vernieuwingen. Dat kan via de digitalisering zijn, maar kunnen ook andere vernieuwingen zijn, zoals mentale kracht in de wijk waar ik net over had. Op zoek naar vernieuwingen omdat die natuurlijk ook... de zorgkosten stijgen, dus hoe zetten we daar een rem op, wat is daarvoor nodig. Voor hun verzekerden moeten ze natuurlijk wel zorg inkopen maar ook ervoor zorgen dat premies niet te hard stijgen.

Dus ze zijn heel erg op zoek van kunnen we samen investeren in innovaties. Maar dat moet wel renderen naar lagere kosten per client. Nou dat is een hele spannende, want de omgeving verandert, de vraag verandert, noem maar op. Dus dan maak je meerjarenafspraken, waarin je zegt 'Je mag innoveren', daar krijg je dan ook geld voor, maar je moet ook minder kosten per client maken. dus. Dus het geld wat je overhoudt - omdat je goedkoper wordt - mag je dan gebruiken voor innovatie. Maar ja, als je niet goedkoper wordt kun je niet innoveren.

00:26:30 Dus je gaat niet eerst meer geld investeren, en dat daarna de kosten per client verminderen door die innovatie?

00:26:42 Nou dat doe je dan door meerjarenafspraken. Na 3/5 jaar reken je dan pas af. We zitten daar nu middenin, maar hij is heel spannend. Dus de intentie is wel innoveren, en dat je na een aantal jaren weet wat je omzet plafond is, dus je weet ook waar je aan toe bent. Maar ja, cliënten, ontwikkelingen in de samenleving gebeuren ook. Dus wat is de impact daarvan, hoe verhoudt dat zich weer tot de behandelingen, et cetera.

Dus dus ik vind wel dat we met verzekeraars wel heel open het gesprek hebben, en niet alleen maar het P maal Q verhaal. Dat hoort ook wel bij, maar ook wel kijken van waar vinden we elkaar, hoe kunnen we samen een trustpartnership hebben, dat soort dingen. Zorgen dat we het in de toekomst ook allemaal mogelijk maken en houden. Dus ja, er zitten verschillende niveaus in zitten, er

The way health insurers fund innovation within GGZ institutions, is by letting them spend the money they save per patient, on innovation. Hence, if no money is saved, there is no money for innovation

Insurers don't always just look at the costs and amount of patients, they are prepared to have an open conversation

zit een ambitieniveau in, er zit een strategisch denken in, dat doen we met elkaar, maar onderaan de streep eind van het jaar, als de onderhandelingen zijn, is het toch ook heel vaak P maal Q, waarbij iedereen probeert om het zo goedkoop mogelijk voor elkaar te krijgen. En verdwijnen alle ambities en afspraken ook weer naar de achtergrond. Zij hebben ook een opdracht voor een bepaald bedrag per dag, of aantal bedden.

00:28:23 Praten jullie dan met andere mensen over die ambities dan met wie jullie afspraken maken over de prijs?

00:28:32 In principe hebben we relatiebeheerders, met wie we dat zelf doen. Je ziet wel bij meerjarenafspraken dat dan ook onze raad van bestuur en de raden van bestuur en management in de verzekeringswereld, of zelfs de bestuurders van de verzekeraars zich er dan tegenaan gaan bemoeien, in de goede zin van het woord. Dus die zetten dan vaak wel de context neer of dat soort dingen en daarbinnen moet je dan weer het P maal Q verhaal doen. Maar dat is niet altijd 1 op 1 sluitend.

36:16 Jullie hebben nu een meerjarenplan, deel je dan de plannen voor hoe je zou willen innoveren ook?

Ja, wat we zouden willen doen is gebaseerd op business cases of op aannames. Dat gaat dan volledig in de openheid, en bij VGZ is het ook de bedoeling dat wat we hier ontdekken of leren, dat zij dat ook mee kunnen nemen elders in het land, zodat ze 'best practices' kunnen delen met andere instellingen.

37:02 Als we dan meer naar prijsonderhandelingen gaan, wat zijn dan jullie behoeftes en belangen daarbij? Wat proberen jullie te bereiken?

Ik noem het nog weleens realistische ambitie. Dus je moet wel kijken waar we nu staan, naar de huidige werkelijkheid, en vanaf daar je ambities bedenken. Verzekeraars benchmarken ook vaak. Die hebben enorme databestanden, hoe anderen het doen. Dus dan zeggen ze bijvoorbeeld "ze doen het daar 100 euro per dag goedkoper, waarom kan dat bij jullie niet?" Maar ja, misschien hebben we net een andere doelgroep, meer uitstroom/instroom, zo vind iedereen natuurlijk zichzelf bijzonder. Je hebt ook een huidige realiteit, en daarvandaan moet je je ambitie definiëren vind ik.

37:59 Dat is wel een spanningsveld denk ik, de huidige realiteit en ambitie. Hoe pak je dat aan?

Ja, dat is het zeker. Zoveel mogelijk alsmaar het gesprek erover hebben, en dat lukt redelijk. Uiteindelijk kan je toch wel afspraken maken. En het verandert ook een beetje. Drie/vier jaar geleden hadden we ruzie over het laatste bed, we moesten bedden afbouwen, maar inmiddels zijn we een aantal jaar verder en heeft niemand het meer over bedden afbouwen. Het is nu weer gemiddelde

Even though there is a lot of talk about innovation and ambitions, when the 'zorginkoop' negotiations start, the insurer's main goal is to get the care as cheap as possible

Health insurers learn from GGZ institution's innovation projects and share best-practices between institutions

prijs per client. En misschien is het straks wel percentage online behandeling. Dus ook waar de focus op ligt ontwikkelt zich.

38:43 Zij hebben ook weer nieuwe benchmarks en parameters op basis waarvan ze onderhandelen?

Ja, zeker.

38:58 De afspraken die je maakt met de zorgverzekering, in welke mate werken die weer door naar de lagen onder het bestuur, naar de mensen die daadwerkelijk patiënten behandelen? Merken zij daar heel veel van?

Ja, want dat zijn toch wel afspraken... Als ze bedden afbouwen dan merken mensen heel erg dat je intern moet gaan reorganiseren bijvoorbeeld. Als de gemiddelde prijs per client omlaag moet, betekent dat dat mensen kortere trajecten moeten doen, met hetzelfde omzetkader meer cliënten helpen, nou hoe doe je dat, wat heb je daarvoor nodig.

Mensen blijven toch liever doen wat ze altijd deden, of doen zelfs liever nog een schepje erbovenop om het nog beter te doen. We vinden het basisidee van de ROM (Routing Outcome Monitor) heel goed. Dat waren landelijke instrumenten, waarmee je je behandelingen kunt evalueren. Ook tussentijdse metingen; begin, halverwege, eind. Verzekeraars zeiden ook, wij willen wel dat je dit minstens bij 40% van de cliënten doet. Kunnen ze ook weer benchmarken. Dan is iedereen hier verplicht om te 'ROMmen'. Het is zelfs echt een werkwoord. Daar hebben ze dan geen zin in, of vergeten het, of doen het niet goed. Dan halen wij onze doelstellingen bij de verzekering weer niet, krijgen we boetes, of kortingspunten.

. Maar wat ik eigenlijk belangrijker vind, als wij dingen afspreken met de verzekeraars moeten wij dingen afspreken die we zelf ook belangrijk vinden. Dat lukt gelukkig steeds beter. Dus dan moet het niet van de verzekeraar, maar wij hebben het afgesproken met de verzekeraar omdat we het zelf ook belangrijk vinden. Maar dit laten landen bij de hulpverlener is nog steeds heel lastig.

41:18 Zijn er dan ook momenten dat de verzekeraar bijvoorbeeld met een nieuwe benchmark aankomt, en dat jullie zeggen; dit werkt helemaal niet op deze manier. Kun je dat dan op een andere manier onderhandelen? Dat is ingewikkeld, omdat het vaak ook al landelijk is afgesproken met GGZ-Nederland bijvoorbeeld, of in de standaards van de beroepsverenigingen. Verzekeraars zijn natuurlijk ook op zoek naar handvatten. Zij willen ook iets van kwaliteitsmeting doen, niet alleen die geldroute hebben. Maar ja, fysieke problemen en bezuinigingen daarin zijn nou eenmaal beter te managen dan psychische problemen. Dat maakt het ook wel ingewikkeld om de kwaliteitsindicatoren goed vast te leggen.

Practitioners prefer to work the way they always worked, and preferably even better (this equals more expensive)

My GGZ tries to make deals with health insurers about what they both consider important (rather than about what the insurers consider important), this helps a lot in innovation and achieving goals

It is difficult to set quality indicators in psychiatric healthcare that can really provide insight in the quality of care

42:17 Is er binnen de kwaliteitsindicatoren en de afspraken met de verzekering wel ruimte om nieuwe dingen uit te proberen, bijvoorbeeld de manier van werken van RP te omarmen als organisatie?

Ja, als het past binnen de lijnen die we hebben uitgezet hebben wel. Maar goed het zou heel mooi zijn als er ineens een groep mensen zegt dat ze iets nieuws willen proberen <lacht>. Dan zijn wij wel een instelling die daar ruimte voor heeft en probeert te creëren, omdat we ook wel geloven dat het die kant op gaat. Alles wat van binnenuit in die beweging oppopt zullen we zeker stimuleren. Kijken hoe we het mogelijk kunnen maken. Nu moeten we meer pushen van bovenaf. Van onderaf laten groeien is veel krachtiger.

43:22 Merk je dat er af en toe initiatieven komen van onderaf, ongeacht het onderwerp?

Ja, dat merken we wel, en dat zijn dan vaak ook mensen die geloven in die nieuwe ontwikkelingen. Maar om de kritische massa mee te krijgen, dat is toch wel moeilijk. Het is een beetje de 20-60-20 regel; 20% voorlopers, 60% 'bulk', en 20% nakomers. De eerste 20% ondersteunen we wel, geven ze een podium, in de hoop dat de 60% daarmee ook langzaam mee komt.

Adoption at GGZ also follows the early adopters/majority/laggers rule

appendix / 5

clusters and corresponding insight cards

5.1 A step in the right direction

- > More and more, practitioners visit clients at home, giving them more insight in the client's social context, and enabling them to provide better care (Interview with director of mental healthcare institution, 2019)
- > The shift from DSM to interaction patterns might be less big than we think, because people naturally talk and think in (interaction) patterns (Goekoop, 2019)
- > More practitioners are starting to have conversations with people in the patient's environment, to understand the problem from multiple perspectives, and to try to change the patient's context (personal experience)(Glas, 2019)
- > There are more and more treatment protocols that surpass just one diagnosis (Goekoop, 2019)
- > At this point, research is being done to make scientific interaction patterns within one person's psychology. The next step is to incorporate social and environmental factors as well (Glas, 2019)
- > GGZ institutions are more and more placing themselves within society instead of at the border (Interview with director of mental healthcare institution, 2019)
- > Meteorologists use the same kinds of network models as practitioners, but the factors we need to measure are not as exact as their physical factors. They are way harder to measure, and we might not yet have the right measurement tools.

5.2 The gap between organisational intent and the people on the floor

- > The skills and interests that are needed to do look at mental problems from a network perspective are not naturally present in psychiatrists and psychologists (α vs. β)(Goekoop, 2019).
- > To successfully implement innovation, you need different kind of energy and/or people, these people are not always present within the GGZ organisation (Interview with director of mental healthcare institution, 2019)
- > Some of the tools that might help in measuring different kinds of factors causing mental problems, are not (yet) accepted by practitioners, because they don't have affinity with them (Goekoop, 2019).
- > By nature, practitioners are tempted take care of clients and take things out of their hands. This is not always the best thing to do for the client (GGZe, 2019)
- > Talented practitioners are able to dissect the complex patterns in someone's mental issues, rather than counting symptoms. Not every practitioner has the ability or will to do this (Glas, 2019).

5.3 Scattered innovation attempts

- > Health insurance companies also initiate their own innovation projects to improve quality of care. (End-user research)
- > If you ensure your own funds, it is possible to have your innovation project be supported by your GGZ institution (End-user research)
- > It is quite hard for practitioners to gain support for innovation projects within their institutions (End-user research)

- > There are a lot of similar innovation projects running in parallel, that don't find each other, and thus don't learn from each other (End-user research)

5.4 Personal willingness vs. personal resistance

- > Not all practitioners necessarily do their best; there are also practitioners that treat patients very superficially (Glas, 2019).
- > Of their 8-hour workday, psychologists need to spend 7 on patients
- > Resistance to new things often comes the fact that people have put a lot of effort in doing it the way it is currently done (Interview with director of mental healthcare institution, 2019)
- > There are a lot of (personal) reasons why people might oppose to change; they might be afraid to lose their jobs, they might have built their career on an entirely different idea, etc. (Goekoop, 2019)
- > There is innovation in the form of new technology, but not everything is actually being used in practice
- > Even though a new technology or innovation is actually safer or better, it doesn't necessarily feel that way for practitioners and patients (GGZe, 2019)
- > Practitioners as well as patients sometimes have difficulties adjusting to a new way of working (GGZe, 2019)
- > Practitioners prefer to work the way they always worked, and preferably even better (this equals more expensive)(GGZe, 2019)
- > Practitioners can be quite stubborn; they don't always listen to the rules their institution imposes on them, this can be both a good thing and a bad thing (Glas, 2019)
- > Practitioners don't all trust new ways of communicating with the patient (GGZe, 2019)
- > Being in an educative institutions opens yourself to change as well (end-user research)
- > Psychologists are known to have very high demands for themselves
- > Psychologists switch a lot between employers, because not all employers are nice to work at (end-user research)

5.5 A self-sustaining paradigm

- > Globally, we (the practitioners) still see mental disorders as something individual, even though it is often a product of interaction with the environment (Glas, 2019).
- > One the one hand, organising the GGZ by DSM enables the development of expert knowledge, on the other, it blocks the holistic thinking that can enable transcendence of DSM (Glas, 2019).
- > The current way of working; dividing mental health in disorders and symptoms, is actually just theoretical-psychologic concept, that people have started seeing as real (Glas, 2019; Goekoop, 2019)
- > Most psychiatrists have classic biomedical thinking mechanisms, meaning that they perceive mental problems as similar to physical diseases, just with a larger role for context (Glas, 2019).
- > DSM gives different collections of symptoms a specific name, but the collections that have been made are faulty. That's why it is very difficult to give someone a 'correct' diagnosis, or why someone might receive more than just one diagnosis (Goekoop, 2019)
- > Organising departments according to DSM-disorders has the effect that patients don't feel wanted. no one really fits within one disorder, so no one fits perfectly in one department. This feeling of not being wanted can worsen their mental problems (Glas, 2019).
- > Patients often undergo multiple treatments, for different diagnoses, because each diagnosis does not completely cover the issue at hand (Glas, 2019).
- > The mental medication system is built on the DSM system; medication often have names such as 'antidepressiva', etc, even though they might have a lot more functions than just battling depression. This stimulates the use of DSM over alternatives (Goekoop, 2019)
- > When trying to transform complex systems, the situation will always be too complex to plan the transition in detail. Unexpected problems will allways turn up (Case study, 2019)

5.6 Organisational pressure undermines innovation

- > As opposed to many other industries, the healthcare sector provides services that are hard to automate. Inflating wages cause the total costs to rise as well (Baumol, 2012).
- > When entering the system, patients can get a feeling of not being wanted because of the high work pressure in each institution. This hinders open communication (Glas, 2019).
- > An organisation under pressure strains possibilities to improve or innovation current activities; there is no time to adjust when errors in (prior) judgement occur, and there are even less resources to truly innovate. (Case study, 2019)
- > Healthcare is increasingly perceived as a 'right', rather than a service that can have a commercial value (Schut, 2018)
- > There's a constant pressure during a psychologist's workday to finish tasks (end-user research)
- > There's a constant pressure in the psychologists' work (end-user research)
- > High standards are not only internal, they are also imposed on practitioners by health insurance companies (end-user research)
- > General practitioners do not have the time to take initiative when it comes to innovation, even though it is needed in the sector.
- > More welfare leads to a higher demand in care, both in quality and in quantity (Varkevisser, 2018)
- > Management sometimes has unrealistic expectations from psychologists (end-user research)
- > Psychologists only have one break during the day
- > The shortage of money makes that there are little resources for longterm innovation (end-user research)
- > Within the fundamental activity of psychiatry (i.e. treatment), there is still little actual innovation (end-user research)
- > There is a shortage of personnel at GGZ institutions, resulting in a shortage of patients, in turn resulting in a shortage in money (end-user research)
- > The development of healthcare systems in OECD countries has followed the same pattern (Cutler, 2002):
 - > A system based on universal and equal access to care
 - > A focus on cost reduction
 - > A focus on improvement of efficiency

5.7 Organisational inertia

- > You can only go off protocol when it is explicitly discussed in the meeting
- > Within GGZ(e), it's often easier to be excited by and to start with new innovation projects, than to follow through on existing projects (GGZe, 2019)
- > It takes years to let a whole organisation understand, experience, and support a new way of working (GGZe, 2019)
- > The less experienced a psychologist is, the less they can go off protocol (end-user research)
- > Innovation at GGZ is often about taking two steps forward and one step backwards (GGZe, 2019)
- > Adoption at GGZ also follows the early adopters/majority/laggards rule (GGZe, 2019)

5.8 Growing public interest in mental healthcare

- > Incidents within mental institutions cause a shift of focus to control and safety, which hinders innovation, entrepreneurship and taking risks (GGZe, 2019)
- > Psychiatric health still has a stigma around it, this also influences innovation in the sector (GGZe, 2019)

5.9 Delaying yet enabling effect of science

- > There is room for revolutionary ideas within the mental healthcare sector, but there is always a need for scientific backing, which makes the adaptation process very slow, and less impactful than initially thought (Glas, 2019)
- > It's hard to know the exact relation between an intervention and its result (Goekoop, 2019)
- > Network thinking is not trusted that much yet, because it is not (yet) possible to measure environmental and personal factors properly (Goekoop, 2019)

5.10 Tension between financial incentives and qualitative care

- > Health insurers still need to grow in terms of buying qualitatively good and affordable care (Varkevisser, 2017)
- > In 2006, the Dutch care system has been reformed to one based on market mechanism principles, in which health insurers are the ones responsible for buying qualitative and well-priced care (Schut, 2018). With that, they have a primary role in the healthcare system.
- > Health insurers are legally obliged to accept anyone wanting to take out insurance from them. Every citizen is obliged to have health insurance.
- > Even though there is a lot of talk about innovation and ambitions, when the 'zorginkoop' negotiations start, the insurer's main goal is to get the care as cheap as possible (GGZe, 2019)
- > "Hoewel de heersende opinie vaak anders is, is de feitelijke machtspositie van zorgverzekeraars veel zwakker dan hun doorgaans grote marktaandeelen suggereren. Dit komt vooral omdat zij maar weinig mogelijkheden hebben om hun verzekerden te sturen naar zorgaanbieders waarmee gunstige afspraken zijn gemaakt." (Schut & Varkevisser, 2016)
- > The way health insurers fund innovation within GGZ institutions, is by letting them spend the money they save per patient, on innovation. Hence, if no money is saved, there is no money for innovation (GGZe, 2019)
- > Insurers don't always just look at the costs and amount of patients, they are prepared to have an open conversation (GGZe, 2019)
- > GGZ(e) tries to make deals with health insurers about what they both consider important (rather than about what the insurers consider important), this helps a lot in innovation and achieving goals (GGZe, 2019)
- > It is difficult to set quality indicators in psychiatric healthcare that can really provide insight in the quality of care (GGZe, 2019)
- > Health insurers learn from GGZ institution's innovation projects and share best-practices between institutions (GGZe, 2019)
- > Overigens zijn bijna alle zorgverzekeraars coöperatieve instellingen die niet naar winst streven en hun positieve resultaat toevoegen aan de noodzakelijke reserves of teruggeven in premies. (Nederlands zorgstelsel)
- > In NL, we have Bismarck's system for universal access. This means:
 - > Social insurance
 - > Care is an insured right
 - > Execution by health insurance companies
 - > Private care providers
- > Health insurers act as intermediaries because:
 - > They can carry the financial burden
 - > They have buying power
 - > It is in their interest to have effective care
 - > They have knowledge on care providers
 - > They are able to coordinate and substitute

appendix / 6

testing the framework

When it became clear that the framework would be this project's final deliverable, it was necessary to know whether the framework is actually clear enough to inform strategic decisions on a daily, monthly, or yearly basis. To this end, a test was performed with three people of the Redesigning Psychiatry team.

6.1 Test goal and setup

The main goal of this test is to determine the extent to which the framework can be used to inform strategy, in particular by the people in the Redesigning Psychiatry core team. In other words, whether the RP-team understands the framework, and is able to apply it on the context. In order to test this, the framework is divided into two main functions:

6.1.1 The framework as a tool for analysis

When using the framework for analysis, the goal is to use the framework to structure contextual findings; which of those findings can be seen as blockers to reach a certain goal, and which of them can be seen as enablers or accelerators? The main questions surrounding this function are whether the RP-team is able to understand the framework, whether they can correctly place contextual findings on the framework, and finally whether this contextualised framework provides additional insight in the context, in comparison to regular context analysis.

Test setup

- 1 Explanation of framework and its theoretical foundation.
- 2 The test subjects will be given a cluster that emerged from the context analysis, including the corresponding insight cards. They are asked to discuss the cluster together, and try to familiarise themselves with the story that is being told.
- 3 The test subjects are asked to summarise the cluster by placing blockers and enablers on post-it notes on the framework.
- 4 Evaluation of the framework; was it easy to use; did it provide new insights in comparison to RP's current knowledge?

6.1.2 Using the framework to prospect and consequently strategize

Another important question that would preferably be answered by this test, is whether the framework can be used a stand-alone object to prospect and strategize. Can the framework, in combination with internalised knowledge on the sector the user is operating in, be enough to globally predict the

Case used for this test

Redesigning Psychiatry is one of the subjects in an episode of 'Tegenlicht', a documentary series produced by a public broadcasting station. Considering the popularity of Tegenlicht documentaries, the feature will probably generate a lot of new attention, both for the RP-organisation as mental healthcare sector in general.

consequences of changes in the landscape, organisation or individual level? Also, does structuring this existing knowledge on the framework provide new insights that in creating a strategy?

Test setup

- 1 Use one of the situations RP currently finds itself in, as a case (see XX).
- 2 Try to predict blockers, enablers, and possible reactions on the framework.
- 3 Try to create some strategic decisions based on these insights, possible even a strategy to react on the case
- 4 Evaluation of the framework; did it help in making strategic decisions, did structuring internal knowledge on the framework provide new insights?

6.2 Test results

6.2.1 Goal 1: Use for analysis

The placement of the cards and labels went quite well; after the explanation, the test subjects were able to place most of the cards in the same place as I had placed them individually.

The time aspect was something that was sometimes done wrong; some labels were placed on **arrow ★3**; however, when you are looking at the current situation, **arrow ★3** is a consequence, whereas the labels serve as causes

Also the idea that sometimes no action also means action (the active decision to do nothing) can also be placed on **arrows ★1** and **★2**.

For this one theme, the framework didn't appear to provide a lot of new insights. It was mentioned that it might provide more insight if you mapped the whole context on the framework. On the one hand, I don't agree, because placing everything on the framework can get very chaotic. On the other, I can imagine that seeing the whole context on the framework can allow one to see new connections between problem fields that otherwise go lost. Of course, it has often been stated that system's problems cannot be solved by looking at separate parts of the system, so taking this in mind, it might be a mistake to divide the context in different themes. *Another* thought; these themes don't divide the system; they merely identify cause and effect loops.

It should be noted that the theme I chose was quite a negative theme, with no positive news, I don't think this helped in the giving of new insights

6.2.2 Goal 2: Use as a prospecting and strategizing tool

It was easier to think of the positive effects an intervention might bring, than it was to think of negative effects. This might also have been because of the subject they were supposed to analyse; the effects of Tegenlicht. Something like this; being in the media and raising awareness for the cause, can almost only be something positive. Linked to this was also that the test subjects had the inclination to start looking for blockers, because the framework was almost only "green".

What you saw in this approach, was that the focus was mainly on effects; things that might block these effects are very hard to think of, because you have to remember them on the spot. Also

Partly, I had wanted to see whether the test subjects' own knowledge of the context would be sufficient to use it as a strategizing tool. This turned out not to be the case. Considering the number of factors that can come into play if certain things happen or not, it is very hard to know what will happen and how you can address this. I do think that you *can* get skilled in the use of this framework, in the way that when you have seen different blockers and enablers on the framework, that you can also think of possible blockers/enablers more easily when trying to use the framework for strategic purposes.

Based on the points above, I would say that the framework is not capable of informing strategy, unless it is filled with findings from the context that can inform the strategy, i.e. using past data to inform future decisions.

6.3 Possible applications of and improvements on the framework

The application as tested here, might not be the best application of the framework. The core team of Redesigning Psychiatry doesn't have a lot of time to spend on RP (around half a day a week), so using this framework on a daily basis wouldn't be possible. Purposes the framework might serve:

- > Use it to analyse possible new transition paths/experiments;
- > Make a game out of it, that can be used during training days such as the Summer School;
 - o Mapping activities → your actions have impact
 - o For organisations to plan different strategies
- > Use to analyse experiments (looking back);
- > Set a goal, and try to find ways that can lead towards it;

6.3.1 Other notes

If the target group of the framework is changed, it is important to give examples; because right now the explanation is very abstract.

In my own view, before the test, the things I needed to add to make the framework a worthy deliverable are:

- > Strategies from theory and practice linked to the framework; what can you do when blockages arise?
- > The whole context mapped on the framework

appendix / 7

elaborate evaluation setup

7.1 Evaluation of context findings in practice

7.1.1 Goal

The evaluation with people from practice has a focus on theme narratives and strategies for change, as these are actionable parts of the project that can be evaluated on its usefulness. There will however be attention for the framework as well.

The goal is to assess the descriptive value of the themes and its depictions on the framework, and the fit of the strategies with the mental healthcare sector. By evaluating together with experts from practice, the themes can be enriched, and the strategies can be nuanced. The deliverables of this project have both a descriptive and generative element, that are interesting to explore separately in the evaluation. The table below shows different goals for these explorations. Within this evaluation, the main focus is to evaluate the descriptive value of the results, evaluation of generative value is only done when there is time left.

	Descriptive value	Generative value
Themes	In what way are the theme narratives and depictions on	Do the themes inspire new courses of action?
Themes on framework	the framework recognisable for the expert?	In what way is the framework – in combination with insights – used to strategize or inform actions?
Framework	Does the framework give a good understanding, does it help in forming understanding?	
Strategies	Do the strategies inspire, ignite? In what way?	Do the strategies inspire applications in specific situations?

7.1.2 Expert

Marijke van Putten is in the Board of Directors of GGZ Noord-Holland Noord, one of the more innovative MHCI's in the sector. Being a key person in the approval of new projects and change trajectories, her perspective on factors influencing change and ways to address this can be interesting.

7.1.3 Approach

- 1 Short introduction of project and session 2 minutes
- 2 Explain theme narratives 10 minutes
- 3 Evaluation of theme narratives 15 minutes
- 4 Explanation of strategies 10 minutes
- 5 Evaluation of strategies 15 minutes
- 6 Bonus: Explain framework *5 minutes

- | | | |
|---|------------------------------------------------|-------------|
| 7 | Bonus: Show filled out framework with barriers | *5 minutes |
| 8 | Bonus: Give scenario and ask for approach | *15 minutes |

Short introduction of the project

Ask permission for recording the session

This evaluation session is divided into **two parts**. I've developed a **theoretical framework** that I used to structure the insights from context, and subsequently craft strategies for addressing enablers and blockers found in this research. So first, because this part of the evaluation is practical, I will focus on this, and only discuss the framework if we have time left. I invite you to be critical and honest, as this will really help me in proposing improvements of the results.

Explaining theme narratives

Switch to presentation. Explain and evaluate one narrative at a time. Subsequently, discuss the strategies for this theme.

Evaluating theme narratives

Questions to ask for evaluation:

- > Discuss the familiarity with the narratives.
- > Do you recognize the themes? In what way?
- > Can they give examples of similar situations they've come across?
- > Is there anything you would add or remove?

Concepts to judge on:

- > Accuracy
- > "Newness"

Evaluating strategies

Questions to ask for evaluation:

- > What are normally your strategies to overcome these kinds of barriers? Could you give an example of how you used it?
- > What is your opinion on the strategies I propose?
 - o Do you think the strategies inspire, ignite?
 - o Do you think the strategies are realistic? Why (not)?
 - o Do you think the strategies fit with GGZ institutions?
 - o What would be necessary to use these strategies in GGZ institutions?

Concepts to judge on:

- > Applicability
- > Usefulness
- > Feasibility
- > Viability

7.2 Academic evaluation

7.2.1 Goal

The focus for the academic evaluation mainly lies on the use of the framework and its resonance with other theoretic ideas. Similar to the practical evaluation, there will also be attention for the contextual findings, in this case the theme narratives will provide the necessary context to judge the project. Goal

is to have these experts' perspectives on the depiction of change in the framework and whether it resembles their own experiences. Also, their perspective on achieving change can be interesting to expand or enrich strategies.

Questions that come to mind:

- > Does the framework give a good understanding, does it help in forming understanding?
- > Are the portrayals of change in the framework recognisable for the expert? In what way? Can the expert give examples from their own line of work?
- > Do the strategies inspire, ignite? In what way? Do they show similarities with strategies the expert has deployed? In what way?
- > Do the themes inspire new courses of action?

7.2.2 Experts

Marco Steinberg

Marco is an expert in the field of complexity and design in the public sector. This closely resembles the bureaucratic and inert conditions present in the mental healthcare sector.

Jotte de Koning

Jotte has a lot of knowledge on societal transitions and the role design can play to influence those. She is also part of 'Drift': the Dutch Research Institute for Transitions.

7.2.3 Approach

As in the context evaluation, the evaluation will be done in 1-hour Skype sessions. However, for this evaluation some material explaining the theoretic foundation of the framework will be sent beforehand, as the explanation of this over the phone might take a lot of time. The course of action for the Skype sessions is as follows:

1	Short introduction of project and sesion	2 minutes
2	Explanation of framework	15 minutes
3	Evaluation of framework	15 minutes
4	Explanation of theme narratives and strategies	15 minutes
5	Evaluation of strategies	15 minutes

Short introduction of the project

Ask permission for recording the session

This evaluation session is divided into **two parts**. I've developed a **theoretical framework** that I used to structure the insights from context, and subsequently craft strategies for addressing enablers and blockers found in this research. So first, I would like to evaluate this theoretical part **on its own**. After, I would like to talk to you about the **strategies** I've developed for my findings **from context**. I invite you to be critical and honest, as this will really help me in proposing improvements of the results.

Explanation of framework

Switch to presentation.

Overview of topics if no material has been sent beforehand:

- > Two perspectives
- > Organisational perspective

- > Sociological perspective
- > Combination of the two perspectives into one model

Overview of topics if material has been sent beforehand:

- > Shortly go over the framework and the meanings of each movement.

Evaluate together > focus of the session

how they interpret the framework and the ways in which it can be useful.

Questions to ask:

- > Before we continue, is there anything that is still unclear to you?
- > Do you think this framework can help in structuring and understanding the dynamics of change within a society? In what way?
- > In your own line of work, would such a model help you? In what way?
- > Do you have a model of your own to help you in your work? What is that model like, what function does it fulfil? If not a model, is there a certain philosophy or key idea you stick to?

If out of questions, think of the following evaluation elements:

- > Descriptive value: is it clear?
- > Accuracy: Does other research support the framework?
- > Practical value: Are there real-world examples to be found?
- > Simplicity: Not needlessly complex, nor overly simple
- > Acuity: Does the framework provide insight in the complex issue?

Theme narratives and strategies

Explain and evaluate one theme at a time

- > Do you recognize this in your own line of work? In what way?
- > What are normally your strategies to overcome these kinds of barriers?
- > What is your opinion on the strategies I propose?
 - o Do you think the strategies inspire, ignite?

Concepts to judge on:

- > Applicability
- > Usefulness
- > Feasibility
- > Viability

7.3 Redesigning Psychiatry evaluation

7.3.1 Goal

This is where context and theory come together, and thus a chance to evaluate the entire project. The goal here is to see in what way the theme narratives inspire and activate, and the degree to which the framework helps in understanding those narratives. There's more focus here on the generative element of the results as well, as Redesigning Psychiatry is the target group.

7.3.2 Expert

Sander Voerman is a philosopher and part of the Redesigning Psychiatry core team. His task within the team is to think about high-level dynamics in society and connect those to micro-level activities. He has not been closely involved with the project, which is why it could be interesting to get his perspective.

7.3.3 Approach

1	Introduction of the project and session	2 minutes
2	Explanation of framework	10 minutes
3	Evaluation of framework	15 minutes
4	Explanation of theme narratives	15 minutes
5	Evaluation of theme narratives	15 minutes
6	*Discuss filled out framework	5 minutes
7	*Give scenario and ask for approach	15 minutes
8	Explanation of strategies	10 minutes
9	Evaluation of strategies	15 minutes

Explanation of framework

Switch to presentation. Some material has been sent beforehand, so that the material is not completely new. Material provides information on the following:

- > Two perspectives
 - > Organisational perspective
 - > Sociological perspective
- > Combination of the two perspectives into one model, and how the model can be used

Topics to be discussed during session:

- > Shortly go over the framework
- > Before we continue, is there anything that is still unclear to you?

Evaluation of framework

Questions to ask:

- > What is your first impression when seeing this?
- > Do you think this framework can help in structuring and understanding the dynamics of change within a society? In what way?
- > Do you think the framework can help RP? In what way?
- > Is there anything missing that you think would provide more clarity?

If out of questions, think of the following evaluation elements:

- > Descriptive value: is it clear?
- > Accuracy: Does other research support the framework?
- > Practical value: Are there real-world examples to be found?
- > Simplicity: Not needlessly complex, nor overly simple
- > Acuity: Does the framework provide insight in the complex issue?

Explaining theme narratives

Switch to presentation. Explain and evaluate one narrative at a time. Subsequently, discuss the strategies for this theme.

Evaluating theme narratives

Discuss the familiarity with the narratives. Do they recognize it? Can they give examples of similar situations they've come across?

Explain and evaluate one theme at a time

- > Discuss the familiarity with the narratives.

- > Do you recognize the themes? In what way?
- > Can they give examples of similar situations they've come across?
- > Is there anything you would add or remove?
- > What are normally your strategies to overcome these kinds of barriers?

Concepts to judge on:

- > Accuracy
- > "Newness"

Evaluating strategies

Questions to ask for evaluation:

- > What are normally your strategies to overcome these kinds of barriers? Could you give an example of how you used it?
- > What is your opinion on the strategies I propose?
 - o Do you think the strategies inspire, ignite?
 - o Do you think the strategies are realistic? Why (not)?
 - o Do you think the strategies fit with GGZ institutions?
 - o What would be necessary to use these strategies in GGZ institutions?

Concepts to judge on:

- > Applicability
- > Usefulness
- > Feasibility
- > Viability