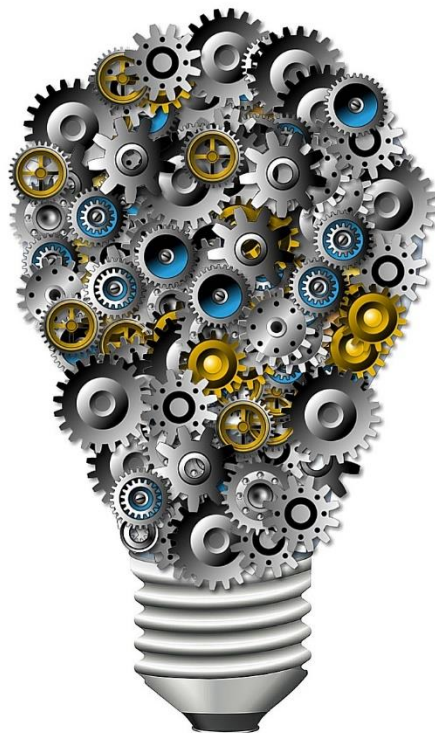

WANNEER BELEID HET PROBLEEM LIJKT TE
WORDEN:
OVER DE EFFECTEN VAN BELEIDSVERVREEMDING
OP WERKTEVREDENHEID



Masterthesis van Marije Okkersen



Utrecht University

astare | in de zorg

Marije Okkersen

marijeokkersen@live.nl

Studentnummer: 5696852

Universiteit Utrecht

26 juni 2017

Thesisbegeleider: dr. Matthijs Rooduijn

Tweede beoordelaar: dr. Tali Spiegel

Stageverlenende organisatie: Astore

Stagebegeleider: Pepijn van der Weide, MSc

Mailadres stagebegeleider: pepijn@astare.nl

Faculteit: Sociale wetenschappen

Opleiding: Contemporary Social Problems

VOORWOORD

Voor u ligt het eindrapport van mijn thesis, dit maakt onderdeel uit van het afronden van de master 'Contemporary Social Problems'. Na een HBO-bachelor Integrale Veiligheidskunde en de premaster van deze opleiding sluit ik daarmee een leuke en leerzame tijd af. Een master sociologie is voor iedereen met een brede interesse in sociale problemen een absolute aanrader.

Het laatste half jaar heb ik tijdens het schrijven van mijn thesis stage mogen lopen bij Astore. De afwisseling tussen onderzoek doen en het meedraaien in de praktijk hebben ervoor gezorgd dat ik tot het laatste moment met veel plezier aan mijn thesis gewerkt heb. Al mijn collega's van Astore hebben op een eigen manier bijgedragen aan de totstandkoming van dit eindproduct. De sfeer, de kansen en de gezelligheid hebben het beste in mij naar boven gehaald. Heel erg bedankt hiervoor. In het bijzonder bedank ik Pepijn: voor de kans die hij gegeven heeft en de betrokkenheid en interesse gedurende het onderzoek.

Daarnaast heb ik geluk gehad met de superfijne begeleiding die ik vanuit de universiteit heb gehad. Matthijs, heel erg bedankt voor je geduld, kennis en begeleiding. Vooral de (statistiek)duwtjes in de goede weg worden zeer gewaardeerd.

Ten slotte wil ik iedereen bedanken die de moeite heeft genomen om de vragenlijst in te vullen, te delen en te verspreiden. Ik ben heel blij met het enthousiasme en de bereidwilligheid van de professionals om mee te werken. Zonder data, geen onderzoek. Ik hoop met de resultaten van dit onderzoek een bijdrage te leveren aan vraagstukken rondom beleid in de publieke sector, in het bijzonder voor de zorgprofessionals.

Heel veel leesplezier toegewenst.

Utrecht, juni 2017

Marije Okkersen

SAMENVATTING

Beleid in de geestelijke gezondheidszorg richt zich steeds meer op transparantie en efficiëntie, hiermee verandert de rol van de professional. Lars Tummers ontwikkelde het concept beleidsvervreemding. Dit definieert hij als: een algemene cognitieve staat van psychologische disconnectie van het beleidsprogramma' (2012a, p. 14). Beleidsvervreemding kan gevolgen hebben voor de uitvoering van beleid en voor de professional zelf. Dit onderzoek richt zich op de effecten van beleidsvervreemding op werktevredenheid van zorgprofessionals. De volgende onderzoeksvraag staat daarbij centraal: Wat is het effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid van professionals?

Het door Tummers ontwikkelde concept van beleidsvervreemding is multidimensionaal en kan worden opgedeeld in dimensies en sub-dimensies (strategische, tactische en operationele machteloosheid, cliënt- en maatschappelijke zinloosheid). De verwachting is dat beleidsvervreemding en alle sub-dimensies een negatief effect hebben op werktevredenheid. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op verschillende theorieën die onder andere gaan over de negatieve effecten van het verlies van discretionaire ruimte, het niet betrokken worden bij besluitvormingsprocessen en over motivatie van publieke professionals (Hackman en Oldham, 1976; Lipsky, 1980; Miller en Monge, 1986).

Dit onderzoek kijkt naar de effecten van beleidsvervreemding van een specifiek beleidsinstrument in de GGZ: Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM is een kwaliteitsinstrument dat sinds 1 januari 2017 verplicht is gesteld voor alle zorgaanbieders in de GGZ (NVGzP, 2016). ROM kan volgens Hafkenscheid (2010) gedefinieerd worden als 'het geheel van meetinstrumenten, afspraken over het afnemen van metingen bij patiëntengroepen en het toepassen van meetuitkomsten'. ROM-vragenlijsten worden door zowel de behandelaar als de cliënt voor en na een behandeling ingevuld (Bramsfeld et al., 2016, p. 712).

Om data te verzamelen is onder 165 zorgprofessionals die met ROM werken of hebben gewerkt een vragenlijst afgenomen. Met behulp van een multipele regressie-analyse zijn de verwachtingen getest. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat beleidsvervreemding een negatief effect heeft op werktevredenheid. Als wordt gekeken naar het effect van de verschillende sub-dimensies, is te zien dat dit effect vooral gedragen wordt door machteloosheid en in het bijzonder strategische en operationele machteloosheid. Voor strategische machteloosheid betekenen deze bevindingen dat werktevredenheid afneemt wanneer professionals het idee hebben dat zij niet worden betrokken bij vormgeving van beleid op landelijk niveau. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek kan daarnaast ook gesteld worden dat meer operationele machteloosheid - oftewel een verlies van discretionaire vrijheid - leidt tot een afname van werktevredenheid. Voor de sub-dimensies van zinloosheid werden geen effecten gevonden op werktevredenheid. Al met al verklaart dit onderzoek een aanzienlijk deel van de variantie in werktevredenheid.

INHOUD

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1: Inleiding	7
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	10
Werkvervreemding	10
Beleidsvervreemding.....	11
Werktevredenheid	12
Machteloosheid en werktevredenheid.....	14
Zinloosheid en werktevredenheid.....	15
Hoofdstuk 3: Achtergrond: Routine Outcome Monitoring (ROM).....	19
Kwaliteitsontwikkeling GGZ	19
Implementatie ROM.....	20
Weerstand tegen Benchmark.....	21
Hoofdstuk 4: Data en Methodes.....	22
Data	22
Kenmerken van de steekproef	23
Operationalisering	24
Werktevredenheid	24
Beleidsvervreemding.....	24
Machteloosheid	25
Zinloosheid	25
Controle-variabelen.....	26

Hoofdstuk 5: Resultaten	27
Beschrijvende resultaten	27
Assumpties Regressie-analyse	28
Verklarende resultaten	29
Hoofdstuk 6: Conclusie en Discussie	32
Conclusie	32
Discussie	33
Hoofdstuk 7: Beleidsadvies	35
Complexe problemen.....	35
De nieuwe ggz en BuurtzorgT	37
Literatuurlijst	39
Bijlage I: Afkortingenlijst.....	44
Bijlage II: Vragenlijst ROM en werktevredenheid	45
Bijlage III: Originele template vragenlijst beleidsvervreemding.....	52
Bijlage IV: Histogram en Scatterplot	53
Bijlage V: Robustness-checks	55
Bijlage VI: Overige resultaten.....	61
Bijlage VII: Opmerkingen professionals	63

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

“Het roer moet om”, zo luidt de titel van een rapport van GGZ Nederland over de doorgeschoten administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit gaat ten koste van de directe tijd die zorgprofessionals aan de cliënt kunnen besteden (GGZ Nederland, 2017a). In een publicatie van Van Ark (2016) in Arts en Auto¹, een magazine van een ledenorganisatie in de zorg, wordt gesteld dat zorg in mindere mate lijkt te draaien om het feitelijk genezen, verzorgen en verlichten, maar meer om meten, verantwoorden en omzet maken. Een groter stelsel aan regels en meetinstrumenten lijkt een resultaat te zijn van marktwerking in de zorg. Volgens Duyvendak, Knijn en Kremer (2006) gaan marktwerking en de focus op consumentgerichte diensten ten koste van professionals. Ze benadrukken dat de rol van de professional verandert, zorgprofessionals raken autonomie en autoriteit kwijt. Ze verliezen grip op de kwaliteit van hun werk en tijd die zij aan cliënten kunnen besteden, wat ten koste gaat van hun discretionaire vrijheid. Door reorganisaties, bezuinigingen en nieuwe werkprocessen stijgt de professionele ontevredenheid in de zorg. (Duyvendak et al., 2006, p. 7, 15). Tonkens (in De Blok en Pool, 2016) beschrijft dat het ontbreken van ruimte van zorgprofessionals voor het uitoefenen van hun vak, ervoor zorgt dat er weinig eer meer aan hun werk te behalen valt (p. 19). Dit onderzoek richt zich specifiek op de effecten van beleid op werktevredenheid van professionals.

Zorg is niet de enige sector waarin negatieve gevolgen van beleid worden ervaren. Uit een onderzoek van de NOS in samenwerking met regionale omroepen blijkt dat leraren in het onderwijs de werkdruk te hoog vinden en klagen over de vele administratieve werklasten (Meindertsmā, 2017). Lars Tummers deed omvangrijk onderzoek naar ervaringen van professionals ten aanzien van beleid. Volgens Tummers, Bekkers en Steijn (2009a) ervaren professionals die werkzaam zijn in de publieke sector moeilijkheden om zich te identificeren met de beleidsprogramma's die zij moeten uitvoeren (p. 2). Dit heeft als gevolg dat professionals er soms zelfs voor kiezen om te stoppen met het uitoefenen van hun beroep (Tummers, 2011, p. 12). Nieuw, veelal prestatiegericht beleid is regelmatig in strijd met traditionele professionele waarden (Tummers, 2012a, p. 14). Belangrijke traditionele professionele waarden in de zorg zijn voorbeeld integriteit en deskundigheid (NIP, 2015). Tummers (2012a, p. 14) ontwikkelde het concept *Beleidsvervreemding*. Dit definieert hij als: 'een algemene cognitieve staat van psychologische disconnectie van het beleidsprogramma'.

Welke gevolgen heeft beleidsvervreemding? Weerstand tegen beleid kan gezien worden als gevolg van beleidsvervreemding (Tummers, Steijn en Bekkers, 2012b, Tummers, 2014). Weerstand kan de legitimiteit en effectiviteit van het beleid in gevaar brengen (Ewalt en Jennings in Tummers, 2014, p. 3). Daarnaast zorgt vervreemding er mogelijk voor dat er een scheiding tussen klant en publieke dienstverlener ontstaat (Lipsky, 1980, p. 80). Beleidsvervreemding kan daarmee zowel gevolgen hebben voor de uitvoering van het beleid als voor de professional zelf (Tummers, 2012b).

¹ Arts en Auto Magazine is een tijdschrift van Vereniging VvAA. VvAA is een ledenorganisatie in het hart van de gezondheidszorg die kennis, zekerheid en service biedt aan medici, paramedici, studenten voor die beroepen en zorginstellingen in Nederland (Arts en Auto, z.j.).

Tummers ontwikkelde het beleidsvervreemdingconcept en deed er uitgebreid onderzoek naar. Hij liet bijvoorbeeld zien dat wanneer professionals beleid zinloos vinden, er een grote kans op weerstand is (Tummers, 2014). Daarnaast toonde hij aan dat als professionals weinig autonomie ervaren bij uitvoeren van het beleid, er weinig steun zal zijn voor het beleid (Tummers, 2012d). Ten slotte vonden Tummers, Steijn en Bekkers (2011) ondersteuning voor het feit dat beleidsvervreemding een negatief effect heeft op werktevredenheid van professionals.

Welzijn op werk is een uitgebreid onderzocht fenomeen in de psychologie en in managementstudies. Werktevredenheid kan worden gezien als algemeen subjectief welbevinden (Sousa-Poza en Sousa-Poza, 2000, p. 518). De relevantie van een onderzoek naar werktevredenheid zit hem in een aantal punten. Een lage mate van werktevredenheid leidt tot hoge verzuimcijfers (Vroom in Sousa-Poza en Sousa-Poza, 2000). Mensen die ontevreden zijn met hun werk kunnen in het ergste geval zelfs op zoek gaan naar een andere baan en de organisatie verlaten. (Chen en Scannapieco, 2010; Wright en Bonett, 2007, p. 142). Een lage werktevredenheid heeft daarmee consequenties voor organisaties maar ook voor de samenleving als geheel. Het meten van werkprestaties van fabriekswerk is gemakkelijker dan van publieke dienstverleners. Om meer te weten te komen over werkprestaties van publieke dienstverleners, kan er gekeken worden naar indirecte indicatoren. Werktevredenheid is zo'n indirecte indicator en is daarom relevant om te onderzoeken (Sousa-Poza en Sousa-Poza, 2000, p. 521).

Indien beleidsvervreemding leidt tot minder werktevredenheid bij zorgprofessionals kan dit gevolgen hebben voor de individuele zorgprofessional, zorgorganisaties en de maatschappij als geheel. Deze thesis richt zich in het bijzonder op beleid in de GGZ en professionals die dit implementeren. In de GGZ alleen al werkten in 2014 bijna 86000 zorgprofessionals (Werknemersinzorg.nl, 2015). Er is een groeiende onvrede onder zorgprofessionals (Noordegraaf, Bos en Schiffelers, 2016). Daarnaast geven zorgprofessionals aan vaker werkdruk te ervaren dan professionals uit andere sectoren (TNO en CBS, 2015). Een studie naar de houding van zorgprofessionals ten aanzien van beleid, beleidsvervreemding en werktevredenheid kan zinvolle informatie geven over een grote groep werkzame professionals en de huidige gesteldheid van de GGZ.

Het doel van dit onderzoek is om de theorie van beleidsvervreemding van Tummers verder te ontwikkelen, vooral op het terrein van de effecten van beleidsvervreemding op werktevredenheid. Dit wordt gedaan door het toetsen van een set hypothesen ontleend uit theorie rondom vervreemding op een recent verplicht gesteld beleidsinstrument binnen de GGZ. Zoals al even benoemd deden Tummers et al. in 2011 onderzoek naar de effecten van beleidsvervreemding op werktevredenheid in de GGZ. Ze gebruikten hiervoor het beleidsinstrument Diagnose Behandeling Combinaties² (DBC's), dit onderzoek kijkt naar de effecten van beleidsvervreemding van het beleidsinstrument Routine Outcome Monitoring (ROM). Het is interessant om erachter te komen of de effecten, gemeten in 2011, in 2017

² In hoofdstuk 3 staat meer beschreven over DBC.

op een soortgelijk beleid in dezelfde sector ook zichtbaar zijn. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is het effect van beleidsvervreemding op de werktevredenheid van professionals?

Routine Outcome Monitoring (ROM) heeft een belangrijke plaats in dit onderzoek naar beleidsvervreemding. ROM is een kwaliteitsinstrument dat sinds 1 januari 2017 verplicht is gesteld voor alle zorgaanbieders in de GGZ (NVGzP, 2016). ROM bestaat uit een vragenlijst die de behandelaar en de cliënt apart van elkaar voor en na de behandeling invullen. Informatie uit deze vragenlijst kan iets zeggen over het effect van de behandeling (Nederlands Instituut van Psychologen Utrecht, 2013). Volgens minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2017) is ROM een manier om kwaliteit naar een hoger niveau te tillen. Het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) stelt dat ROM de 'black box' van de GGZ opent en een mogelijkheid biedt om op een objectieve manier de voortgang van de behandeling te meten (z.i.). Veel zorgprofessionals zien ROM echter als een 'ongemakkelijke verplichting' (GGZ Totaal, 2017, p. 28). Er zijn diverse vormen van verzet tegen dit beleidsinstrument. Zo is er onder andere een petitie gestart die in maart 2017 ruim 6000 keer is getekend en zijn er in februari 2017 Kamervragen over ROM gesteld. Tegenstanders van ROM zijn vooral kritisch op de manier waarop met cliënt-informatie wordt omgegaan (Stopbenchmark, z.i.).³ Vanwege de weerstand en de recente verplichtstelling van ROM is het interessant om te kijken naar ervaringen van professionals ten aanzien van dit beleid. Kennis over de gevolgen van beleid levert een bijdrage aan de publieke discussie omtrent ROM.

Wanneer resultaten uit dit onderzoek een negatieve relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid aantonen, is dit niet alleen interessant voor de zorgsector. Beleidsvervreemding komt ook voor in andere sectoren, zoals het onderwijs (Tummers, Bekkers en Steijn, 2012a). Daarnaast maakt het beleidsvervreemdingsconcept van Tummers het mogelijk om gericht te onderzoeken welke dimensie van beleidsvervreemding sterke of juist minder sterke effecten heeft op werktevredenheid. Heeft de mate van ervaren machteloosheid bij het ontwerp van beleid meer effect op werktevredenheid dan de mate van ervaren zinloosheid van het beleid? Antwoord hierop levert, naast wetenschappelijk relevante kennis, informatie op die de praktijk – beleidsmakers, organisaties en professionals – kan helpen om de effecten van beleidsvervreemding te begrijpen. Is er een manier om de gevolgen van beleidsvervreemding te beperken? Deze vraag zal beantwoord worden in de beleidsaanbevelingen aan het eind van deze thesis.

³ Zie voor meer informatie over ROM hoofdstuk 3.

HOOFDSTUK 2: THEORETISCH KADER

WERKVERVREEMDING

Vervreemding is een begrip dat door veel wetenschappers in verschillende contexten is gebruikt. Eén van de meest klassieke denkwijzen is die van Karl Marx (1959 [1844]). Hij beschrijft hoe werknemers in een kapitalistische samenleving vervreemd raken van het werk wat zij uitvoeren, onder andere omdat zij het productieproces en het product dat zij maken niet zelf bezitten. Kapitalisme gaat volgens Marx altijd hand in hand met *werkvervreemding* (Jaffee, 2001). Marx heeft het over ‘objectieve vervreemding’, arbeiders zijn vervreemd omdat zij de wijze van productie niet kunnen toe-eigenen. De meeste, meer recente, sociologen spreken van ‘subjectieve vervreemding’: de vervreemding zoals hij door de werknemer wordt ervaren. (Kanungo, in Tummers, 2012a, p. 17).

Een andere klassieke benadering in de organisatietheorie is Weber en zijn werk over bureaucratie als organisatievorm (Weber, 1978, p. 958). Bureaucratische organisatiestructuren kunnen veel voordelen hebben, bijvoorbeeld als het gaat om efficiëntie en het voorkomen van vriendjespolitiek (Tummers, 2012a, p. 53). Het werk van Weber laat naast voordelen, ook potentieel negatieve vervreemdende effecten op werknemers in een bureaucratische organisatievorm zien (Tummers, 2012a, p. 54). Weber beschrijft het concept van ‘depersonalisatie’, wat gezien kan worden als overeenkomstig met Marx’ werkvervreemding. Depersonalisatie ontstaat door het depersonaliseren van sociale relaties in de ‘moderne kapitalistische samenleving’, individuen voelen druk om zich hieraan te conformeren, wat ten koste gaat van de eigen persoonlijkheid (Swedberg, 2005, p. 60). Het verlies van persoonlijkheid of identiteit kan ertoe leiden dat iemand vervreemd raakt van zichzelf.

Vervreemding wordt dus al herkend in het werk van Weber en Marx. Lipsky (1980) specificeert vervreemding nog verder en kijkt in het bijzonder naar de publieke dienstverlening. Dit onderzoek richt zich op publiek beleid en daarom is zijn werk erg interessant. Volgens Lipsky (1980, p. 3) kunnen professionals in de frontlinie van overheidsdiensten gezien worden als ‘street-level bureaucrats’. Voorbeelden van deze street-level bureaucrats zijn leraren, politieagenten en rechters. Street-level bureaucrats claimen een zekere hoeveelheid discretionaire vrijheid nodig te hebben. Discretionaire vrijheid gaat over de mate waarin een dienstverlener kan bepalen hoe beleid wordt uitgevoerd. Een politieagent kan er op een bepaald moment voor kiezen om iemand een bekeuring te geven of om een incident door de vingers te zien (p. 13). De noodzakelijkheid van discretionaire vrijheid komt volgens Lipsky (1980, p. 15) ten eerste door vaak ingewikkelde werkzaamheden van street-level bureaucrats, waardoor het niet mogelijk is om met geautomatiseerde of geprogrammeerde formats te werken. Ten tweede interacteren street-level bureaucrats bij het uitvoeren hun werkzaamheden met *mensen*, ze hebben ruimte nodig voor sensitieve oordeelsvorming. Gezien de mate van complexiteit van taken en de behoefte aan menselijke, sensitieve oordeelsvorming om effectieve service te verlenen, blijft discretionaire vrijheid volgens Lipsky een belangrijk onderdeel van het werk van publieke dienstverleners (p. 16).

BELEIDSVREEMDING

Bovenstaande beschrijvingen gaan over de vervreemding van werk, zoals Lipsky (1980) definieert: “alienation as used here is a concept summarizing the relationship of workers to their work.” (p. 75). Behalve van werk, kunnen mensen ook vervreemd raken van *het beleid* wat zij implementeren. Zoals in de inleiding reeds beschreven, wordt beleidsvervreemding gedefinieerd als een algemene cognitieve staat van psychologische disconnectie van het beleidsprogramma zoals deze wordt ervaren door de publieke professional die beleid implementeert (Tummers, 2012a, p. 14). Om beleidsvervreemding beter te begrijpen wordt allereerst gekeken naar kenmerken van publiek beleid. Een definitie van beleid wordt gegeven door Cunningham (geciteerd in Hill, 2014, p. 15) ‘policy is rather like the elephant – you recognise it when you see it but cannot easily define it’. Het ingewikkelde aan het definiëren van publiek beleid is volgens Hill (2014) dat het niet altijd te herkennen is. Beleid is soms identificeerbaar, bijvoorbeeld door een bepaalde concrete beslissing of wet. Meestal omvat beleid echter een opeenvolging van losse beslissingen. Het is vaak ook onduidelijk te duiden op welk moment een bepaald beleidsprogramma precies tot stand is gekomen. Hill onderstreept dat deze verwarring er ook voor zorgt dat het begrip beleid door actoren vaak op verschillende wijze wordt gebruikt en geïnterpreteerd. (p. 15) Aquina komt met een andere definitie van publiek beleid (geciteerd in Ringeling, 1978, p. 17): ‘Een min of meer weloverwogen streven bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en in een bepaalde tijdsvolgorde te bereiken’. Op het moment dat de beleidsmaker bepaalde doeleinden wenst, staat er nog weinig vast. De uitvoering van het beleid kan gevolgen hebben welke hij niet voor ogen had. Beleid wordt steeds opnieuw geformuleerd en gewijzigd tijdens de uitvoeringsfase. De meeste beleidsonderzoeken richten zich op de totstandkoming van beleid, minder studies gaan over het proces van beleidsuitvoering (p. 18). Beleid is een onderdeel van beleidsvervreemding. Het is van belang om als onderzoeker rekening te houden met het complexe karakter van beleid, zowel bij het onderzoeken van beleid als bij het geven van een beleidsadvies.

Professionals die werken in publieke en maatschappelijke organisaties zoals scholen, ziekenhuizen en politie houden zich bezig met het verlenen van publieke diensten. Denk bij publieke professionals bijvoorbeeld aan artsen, verpleegkundigen, politieagenten, rechters, thuiszorgmedewerkers en docenten (Van Loon en Noordegraaf, 2014, p. 207, 209). Het is van belang om te realiseren dat niet alle publieke professionals geclassificeerd kunnen worden als Lipsky’s ‘street-level bureaucrats’ (1980, p. 3). De publieke professionals die in de doelgroep van dit onderzoek vallen, zijn wel vergelijkbaar met Lipsky’s street-level bureaucrats. Deze publieke professionals werken in direct contact met hun klanten, in opdracht van het algemeen publiek belang. Juist omdat deze professionals werkzaam zijn in het publieke domein, worden zij geconfronteerd door overheidsregelgeving en -beleid die zij, hoe dan ook, dienen te implementeren (Hill en Hupe, 2009, p. 66). Publiek beleid refereert naar de toewijzing van waarden, voor de maatschappij als geheel, in een situatie waar sprake is van structurele schaarste. Deze schaarste kan bijvoorbeeld ontstaan door een gebrek aan geld of uitputting van natuurlijke hulpbronnen (Easton, in Tummers, 2012a, p. 18). De afweging tussen deze waarden, bijvoorbeeld tussen doelmatigheid en rechtvaardigheid, leidt tot een beleidsparadox (Stone, 2002). Professionals

die publiek beleid implementeren, moeten vaak zulke afwegingen maken. Daarnaast hebben zij, als lid van professionele verenigingen, ook rekening te houden met professionele normen en standaarden (Tummers, Bekkers en Steijn, 2009b, p. 687, 688). Wanneer professionals het beleid wat zij moeten uitvoeren bijvoorbeeld zinloos achten voor de cliënt, kan er beleidsvervreemding ontstaan. Dit onderzoek focust zich in het bijzonder op vervreemding die publieke professionals in zulke situaties ervaren.

Er zijn drie belangrijke verschillen tussen beleidsvervreemding en werkvervreemding. Allereerst wordt bij het concept beleidsvervreemding gekeken naar vervreemding van beleid, in plaats van algemene werkzaamheden. Daarnaast wordt bij beleidsvervreemding specifiek gerefereerd naar de publieke sector, daarentegen is werkvervreemding ontwikkeld op basis van inzichten uit de private sector. Ten slotte gaat beleidsvervreemding over professionals, waar werkvervreemding meestal over arbeiders gaat. (Tummers et al., 2009a, p. 109).

De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van beleidsvervreemding lijkt te maken te hebben met de waarden die achter een beleidsinstrument schuilen. Zo krijgen professionals steeds vaker te maken met beleid dat zich vooral richt op transparantie en efficiëntie. Een gevolg hiervan is dat professionals het gevoel hebben dat zij discretionaire vrijheid inleveren, waardoor zij moeite hebben met het leveren van maatwerk in sommige specifieke gevallen (Tummers, 2012a, p. 18). Problemen die ontstaan wanneer professionals zich niet kunnen identificeren met het beleid, hebben gevolgen voor de effectiviteit van het beleid: professionals kunnen weigeren het beleid uit te voeren of het mogelijk zelfs proberen te saboteren. Daarnaast kan het voor de publieke professionals resulteren in problemen op persoonlijk vlak: professionals kunnen ontevreden worden met hun werk, een burn-out krijgen of ontslag nemen (Tummers, 2017, p. 1).

WERKTEVREDENHEID

Hoewel *werktevredenheid* een veel gebruikt begrip is, zowel in de wetenschap als het dagelijks leven, is er geen algemene overeenstemming over wat het nou precies is. Hoppock (in Aziri, 2011, p. 77) definieert werktevredenheid als: “any combination of psychological, physiological and environmental circumstances that cause a person truthfully to say I am satisfied with my job”. In zijn benadering is er oog voor het feit dat werktevredenheid wordt beïnvloed door allerlei externe factoren, maar blijft het iets inwendigs wat vooral te maken heeft met hoe een werknemer zich voelt. Factoren die werktevredenheid beïnvloeden zijn onder andere: de aard van het werk, salaris, promotiemogelijkheden, management en werkcondities. (Aziri, 2011, p. 77, 81). Zoals in hoofdstuk 1 al is beschreven heeft werktevredenheid invloed op verzuimcijfers, kan het een reden zijn om de organisatie te verlaten en heeft het invloed op de maatschappij als geheel. (Chen en Scannapieco, 2010; Sousa-Poza en Sousa-Poza, 2000; Vroom in Sousa-Poza en Sousa-Poza, 2000; Wright en Bonett, 2007).

De werktaken van street-level bureaucrats kenmerken zich door een hoge werkdruk en een beperkte tijd die aan een klant besteed kan worden, waardoor zij niet goed kunnen voorzien in behoeften van

cliënten. Het idee van 'Public service motivation' laat zien dat publieke professionals een vanuit zichzelf gedreven wil hebben om bij te dragen aan maatschappelijke problemen (Perry en Wise, in Van Loon en Noordegraaf, 2014, p. 206). Wanneer publieke professionals niet kunnen voorzien in de behoeften van de cliënt kan dit hun werk minder zinvol maken (Tummers, 2012a, p. 57). Volgens Lipsky's (1980, p. 75) gedachtegoed is werk in de frontlinie van overheidsdiensten per definitie vervreemdend. Discretionaire vrijheid is een werkconditie die ervoor kan zorgen dat street-level bureaucrats minder vervreemd raken van hun werk. Lipsky linkte met zijn gedachtegoed vervreemding en werktevredenheid al aan elkaar. Hij stelt dat werkvervreemding leidt tot werktevredenheid (1980, p. 79).

Niet alleen Lipsky, maar ook DeHart-Davis en Pandey (2005, p. 134) stellen dat regels en procedures die discretie verkleinen en nutteloos bevonden worden, kunnen leiden tot gevoelens van vervreemding. Deze gevoelens zorgen mogelijk weer voor een afname van toewijding aan de organisatie, betrokkenheid en werktevredenheid. Conflicten tussen de afwegingen die professionals moeten maken tussen waarden, professionele normen, overheidsbeleid en voorkeuren van cliënten, kunnen zorgen voor stress. (Easton, in Tummers, 2012a, p.18; Hill en Hupe, 2009, p.166; Stone, 2002; Tummers, 2015).

Tummers et al. (2011) hebben de relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid onderzocht en vonden een negatief effect. Twee grootschalige surveys laten zien dat meer ervaren beleidsvervreemding zorgt voor minder werktevredenheid van zorgprofessionals (Tummers, 2012a). Deze inzichten gecombineerd, leidt tot de verwachting dat er een negatieve relatie is tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid. Dit resulteert in de eerste hypothese.

Hypothese 1: Hoe sterker professionals vervreemd zijn van beleid, hoe lager de werktevredenheid

Het concept beleidsvervreemding wordt gezien als multidimensionaal construct (Tummers et al., 2009a, p. 106). In de opvatting van Seeman (1959) over vervreemding, onderscheidt hij vijf dimensies: machteloosheid, zinloosheid, normloosheid, isolatie en zelfvervreemding. Bij de beleidsvervreemdingsschaal van Tummers (2012c) wordt specifiek gekeken naar machteloosheid en zinloosheid. Zijn argument hiervoor is gebaseerd op het idee van DeHart-Davis en Pandey (2005, p. 134). Zij stellen dat juist machteloosheid en zinloosheid 'the key psychological ingredients of alienation' zijn. ROM, het beleidsinstrument wat in dit onderzoek wordt onderzocht, kent veel weerstand en daarmee wordt verwacht dat professionals een hoge mate van machteloosheid en zinloosheid hebben. Door de focus te leggen op deze twee dimensies, kan gericht worden gekeken welke dimensies de sterkste effecten hebben op werktevredenheid.

MACHTELOOSHEID EN WERKTEVREDENHEID

Machteloosheid wordt gedefinieerd als de mate waarin professionals invloed hebben op het ontwerp van beleid. Deze invloed kan worden uitgeoefend op drie verschillende niveaus: strategisch, tactisch en operationeel (Tummers, 2012c, p. 518)

Strategische machteloosheid verwijst naar de ervaren invloed van professionals op beslissingen over de inhoud van het beleid (Tummers, 2012c, p. 518). Theorie die de samenhang tussen strategische machteloosheid en werktevredenheid beschrijft, is te vinden in de human-relations literatuur (McGregor, in Tummers, 2011, p. 7). Werknemers ervaren het als plezierig als zij beleid uitvoeren waar zij zelf een rol in hebben gespeeld. Wanneer werknemers de verantwoordelijkheid krijgen om mee te beslissen, kunnen zij erkenning ervaren. Van erkenning is bekend dat het werknemers motiveert en meer tevreden stelt (Wagner III, 1994, p. 312). In dit onderzoek worden professionals tevens gezien als werknemers, deze inzichten zijn dus goed toepasbaar op hen. De verwachting is wanneer professionals niet voldoende betrokken worden bij beslissingen over de inhoud van beleid, zij strategische machteloosheid ervaren, welke een negatief effect zal hebben op werktevredenheid.

Hypothese 2: Hoe groter de ervaren strategische machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid

Tactische machteloosheid gaat over de ervaren invloed van professionals op beslissingen over de manier waarop beleid uitgevoerd dient te worden binnen hun eigen organisatie (Tummers, 2012c, p. 518). Deze vorm van machteloosheid lijkt in de hand te worden gespeeld door ontwikkelingen rondom New Public Management (NPM). Volgens Van Loon en Noordegraaf (2014, p. 207) is de publieke dienstverlening door NPM verzakelijkt: dienstverleners moeten concurreren en management wordt gebaseerd op bedrijfsmatige inzichten. Deze ontwikkelingen worden gesteund door managers en andere 'overhead' (HRM en controllers). Dit heeft impact op primaire processen van dienstverlening: er zijn minder handen aan het bed, mede omdat uitvoerende professionals meer administratieve taken moeten verrichten. De tijd die zij kwijt zijn aan administratieve taken kunnen deze professionals niet besteden aan hun 'vakmanschap'; ze krijgen last van beroepszeer en de kwaliteit van de dienstverlening daalt. Deze verzakelijking zorgt ervoor dat de logica van de organisatie (en dus o.a. managers) niet aansluit op de belevingswereld van de professionals (Van Loon en Noordegraaf, 2014, p. 221). Het verschil in belangen tussen uitvoerende professionals en management wordt ook herkend door Lipsky. Volgens Lipsky (1980, p. 19) hebben street-level bureaucrats (dus ook professionals in dit onderzoek) zowel een professionele status als bureaucratistische status. Dit laatstgenoemde zorgt ervoor dat zij regels van leidinggevend moeten naleven. De belangen van street-level bureaucrats wijken af van de belangen van hun managers. Hierdoor zoeken street-level bureaucrats naar manieren om hun belangen te waarborgen.

Participatie in het besluitvormingsproces is een methode die op een positieve manier bijdraagt aan werktevredenheid. Volgens Tummers (2011, p. 7, 8) geeft participatie werknemers een bepaalde mate van controle en eigendom. Deze visie wordt ondersteund door onderzoek door Miller en Monge (1986,

p. 730). Zij concluderen dat participeren in belangrijke beslissingen binnen een organisatie bijdraagt aan werktevredenheid en productiviteit. Bij tactische machteloosheid wordt gesuggereerd dat professionals beleidsbeslissingen binnen hun organisatie niet of nauwelijks kunnen beïnvloeden. Hierop beredenerend wordt verwacht dat wanneer professionals minder kansen hebben om te participeren in het besluitvormingsproces (toename van tactische machteloosheid) de mate van werktevredenheid daalt.

Hypothese 3: Hoe groter de ervaren tactische machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid

De invloed die professionals wel of niet hebben gedurende het werkelijk implementeren van het beleid wordt gezien als *operationele machteloosheid*. Discretie is een onderdeel van operationele machteloosheid. Hoe groter de ervaren discretie van een professional is, hoe minder operationele machteloosheid zij ervaren (Tummers, 2012c, p. 518). Wanneer discretie op een schaal wordt geplaatst, dan staat volledige discretie aan de ene kant en volledige operationele machteloosheid aan de andere kant van de schaal (Tummers et al., 2009a, p. 109). Het hebben van minder discretie en autonomie resulteert in gevoelens van operationele machteloosheid. Recente ontwikkelingen binnen overheidsbeleid hebben opzettelijk discretionaire vrijheid van professionals ingeperkt (Duyvendak et al., 2005, p. 7). Als autonomie wordt ingeperkt, stelt Lipsky (1980, p. 19), creëren street-level bureaucrats andere manieren om met dezelfde mate van discretie te kunnen blijven werken waaraan zij gewend zijn. Volgens Hackman en Oldham (in Tummers, 2012c, p. 522) zorgt meer autonomie voor een grotere mate van werktevredenheid. Op basis hiervan wordt verwacht dat wanneer professionals meer operationele machteloosheid (minder autonomie) ervaren, hun werktevredenheid zal afnemen.

Hypothese 4: Hoe groter de ervaren operationele machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid

ZINLOOSHEID EN WERKTEVREDENHEID

Zinloosheid is de perceptie van de professional met betrekking tot de toevoeging van het beleid aan een hoger, maatschappelijk doel (Tummers et al., 2009a, p. 107). In dit onderzoek wordt er een onderscheid gemaakt tussen maatschappelijke zinloosheid en cliënt-zinloosheid (Tummers, 2012c, p. 518).

Zinloosheid die refereert naar de perceptie van professionals over de toegevoegde waarde van het beleid met betrekking tot maatschappelijk relevante doelen wordt gedefinieerd met *maatschappelijke zinloosheid*. Wanneer een professional het idee heeft dat een beleidsprogramma niet bijdraagt aan belangrijke doelen in de samenleving kan een professional maatschappelijke zinloosheid ervaren (Tummers, 2012c, p. 518). Zoals eerder dit hoofdstuk benoemd, wordt er aangenomen dat publieke dienstverleners een autonome – vanuit henzelf gedreven motivatie - hebben om te werken aan maatschappelijke problemen (Van Loon en Noordegraaf, 2014, p. 206). Organisaties waar publieke professionals met sterke motivatie om bij te dragen aan de maatschappij werken, presteren beter

(Brewer, 2008, p. 137). Professionals beschuldigen politici ervan dat zij niet genoeg middelen hebben om verandering te kunnen beïnvloeden (Turnbull, in Tummers, 2012c, p. 518). Hierdoor voelen zij zich niet in staat gesteld om de gewenste publieke services te verlenen. Volgens Tummers (2012c, p. 158), resulteert dit in een wantrouwen richting nieuw beleid en een hoge mate van gevoel van maatschappelijke zinloosheid van professionals.

Cliënt-zinloosheid gaat over de percepties van zorgprofessionals van de toegevoegde waarde van het beleid voor hun cliënt. Waar maatschappelijke zinloosheid gaat over maatschappelijk relevante doelen, gaat cliënt-zinloosheid over het nut van beleid voor de individuele cliënt. Wanneer professionals het idee hebben dat zij de cliënt heel erg kunnen helpen door het implementeren van een bepaald beleid, zullen zij minder cliënt-zinloosheid van het beleid ervaren. Daarnaast laten May en Winter (2009, p. 455) zien dat de rol van kennis en percepties over een specifiek beleidsinstrument een rol spelen bij het implementeren van beleid. Uit werk van Van Loon en Noordegraaf (2014) blijkt dat professionals in de publieke sector motivatie halen uit contacten met burgers.

Hackman en Oldham (1976, p. 256) hebben een model ontwikkeld over baan karakteristieken en werkmotivatie. Een deel van hun model veronderstelt dat kritische psychologische toestanden resulteren in uitkomsten op persoonlijk- en werkgebied (waaronder werktevredenheid). Eén van die kritische psychologische toestanden is zinvolheid van het werk. Een mechanisme dat zij veronderstellen is dat zinvolheid van het werk en werktevredenheid met elkaar in relatie staan. Al deze inzichten gecombineerd, wordt voor zowel maatschappelijke als cliënt-zinloosheid verwacht dat wanneer de zinloosheid toeneemt, professionals minder tevreden zullen zijn met hun werk. Dit leidt tot de laatste twee hypothesen.

Hypothese 5: Hoe sterker professionals het beleid zinloos vinden voor de maatschappij, hoe lager de werktevredenheid.

Hypothese 6: Hoe sterker professionals het beleid zinloos vinden voor de cliënt, hoe lager de werktevredenheid

In tabel 1 is de opbouw van het concept beleidsvervreemding uiteengezet. Definities helpen een beeld te geven waar de dimensies inhoudelijk overeenkomen en verschillen. Deze definities komen voort uit de theorie van beleidsvervreemding die ontwikkeld is door Tummers (2012a). Tevens wordt inzichtelijk gemaakt op welke wijze de theoretische concepten worden gebruikt in het praktische gedeelte van het onderzoek. Een verdere operationalisering is te vinden in hoofdstuk 4.

Tabel 1

Vijf dimensies van beleidsvervreemding

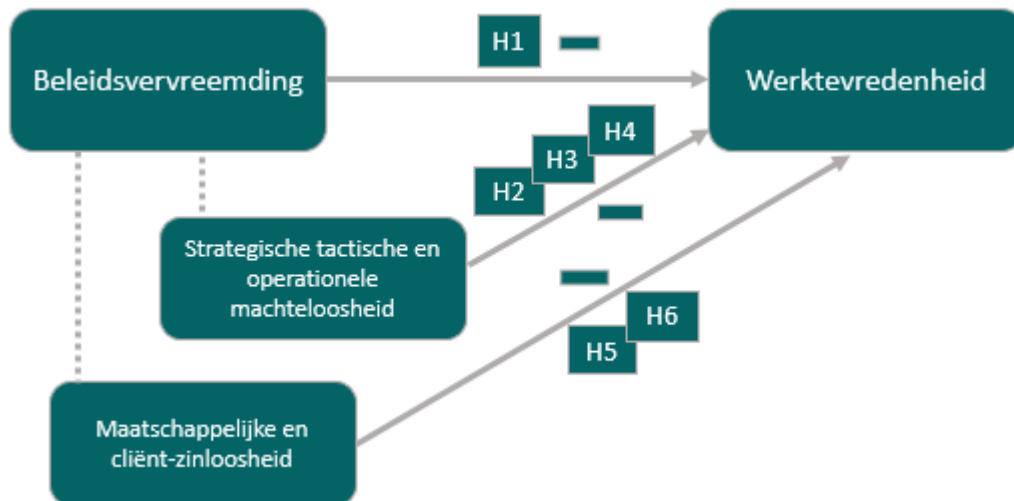
Dimensie	Sub-dimensie	Definitie	Voorbeelden van hoge score
Machteloosheid	Strategische machteloosheid	De mate van ervaren invloed van professionals op de inhoud van het beleid, zoals vastgesteld in wetten en regels.	Wanneer professionals het idee hebben dat het beleid is ontworpen zonder hen te betrekken.
	Tactische machteloosheid	De beleving van professionals ten aanzien van de wijze waarop hun organisatie het beleid implementeert.	Een professional die aangeeft dat hij door het management niet betrokken wordt bij het uitwerken van beleid binnen hun organisatie.
	Operationele machteloosheid	De hoeveelheid invloed professionals ervaren te hebben wanneer zij het beleid uitvoeren.	Wanneer de professional het idee heeft dat het uitvoeren van het beleid zijn autonomie inperkt.
Zinloosheid	Maatschappelijke zinloosheid	De visie van de professionals ten aanzien van de toegevoegde waarde van het beleid aan belangrijke doelen voor de maatschappij.	Als de professional van mening is dat beleid niet bijdraagt aan het maatschappelijke doel.
	Cliëntzinloosheid	De visie van professionals ten aanzien van de toegevoegde waarde van het beleid voor hun eigen cliënten.	Op het moment dat professionals aangeven dat zij het idee hebben dat beleid niet bijdraagt aan welzijn van hun cliënt.

Noot. Herdrukt van "Policy alienation: analyzing the experiences of public professionals with new policies" Door Tummers, L.G., 2012a, p. 304, Rotterdam: Erasmus University.

In hoofdstuk 1 is benoemd dat de verschillende concepten in 2011 reeds zijn onderzocht door Tummers et al.; zij bevestigden de hypothesen van tactische en operationele machteloosheid (hypothese 3 en 4 in dit onderzoek). Er werd een significante negatieve relatie tussen tactische machteloosheid en werktevredenheid en tussen operationele machteloosheid en werktevredenheid gevonden. De overige hypothesen uit dit onderzoek werden niet door hen bevestigd. Tummers et al. vonden wel een significant interactie-effect tussen tactische machteloosheid, 'politieke spelletjes' en werktevredenheid. Wanneer professionals een hoge mate van aanwezigheid van politieke spelletjes ervaren, neemt

invloed van tactische machteloosheid op werktevredenheid toe (Tummers et al., 2011, p. 15, 16). Zoals weergegeven in figuur 1, richt dit onderzoek zich enkel op de directe effecten van beleidsvervreemding op werktevredenheid.

De verschillende concepten zijn met elkaar in relatie geplaatst in figuur 1. De pijlen representeren de zes hypothesen waar dit onderzoek zich op focust. Bij alle hypothesen is er sprake van een negatieve verwachte richting.



Figuur 1. Conceptueel model

HOOFDSTUK 3: ACHTERGROND: ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM)

KWALITEITSONTWIKKELING GGZ

De laatste jaren is er in Nederland een ontwikkeling in de zorg gaande, waarbij de overheid zich terugtrekt en meer ruimte wordt gegeven voor marktwerking. Volgens Van Sambeek, Tonkens en Broër (2011) wordt er meer verantwoordelijkheid gelegd bij marktpartijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en moeten zij onderling gaan concurreren (p. 47). Marktwerking gaat volgens GGZ Nederland (in Van Es, Schoch en Korrelboom, 2012) over: 'Beslissingen over het produceren, afnemen en verdelen van goederen en diensten die worden genomen door individuele producenten, consumenten en bezitters van productiemiddelen. Daarbij spelen prijs en kwaliteit van het aanbod een belangrijke rol'. Systematisch meten van onder andere kwaliteit, is in de Nederlandse GGZ daarom de afgelopen jaren in toenemende mate in de belangstelling komen te staan (Nugter en Buwalda, 2012, p. 111). Meten van behandeluitkomsten komt oorspronkelijk uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (Nugter en Buwalda, 2012, p. 113). Volgens Van Es et al. (2012) is het voor een goede werking van het zorgstelsel wenselijk dat GGZ-aanbieders werk gaan maken van meetbaarheid van hun eigen prestaties. Informatie over de effectiviteit van behandelingen zou cliënten en zorgverzekeraars beter in staat stellen om te beoordelen welke GGZ-aanbieder de beste kwaliteit levert. Een kritische beschouwing van de duur van bepaalde behandelingen zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot een verbetering van kwaliteit. Gegevens afkomstig uit ROM-vragenlijsten zou volgens van Es et al. een bijzonder bruikbaar middel voor kwaliteitsmonitoring zijn. Informatie gegenereerd uit ROM-vragenlijsten kan helpen om te bepalen of een behandeling zorgt voor vooruitgang, of dat het beter is om de behandeling te beëindigen (p. 36, 37).

Kwaliteitsmonitoring in de GGZ is op dezelfde manier geregeld als kwaliteitsmonitoring van de zorg in het algemeen. Net als bij andere sectoren binnen de zorg, valt monitoring van kwaliteit daarom onder de verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In 2007 is Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht. Hierdoor is naast de IGZ, SBG betrokken bij monitoring van kwaliteit in de GGZ. SBG is een gezamenlijk initiatief van zorgverzekeraars, GGZ-instellingen en vertegenwoordigers van cliënten- en familieorganisaties. De stichting heeft als doel om benchmark-instrumenten te ontwikkelen en om zorgverzekeringen te ondersteunen bij het evalueren van de kwaliteit van de zorg. (Bramesfeld et al., 2016, p. 712). Benchmarken is volgens Stichting Benchmark GGZ (z.i.): 'jezelf verbeteren door te leren van vergelijken'. Het is een strategie voor kwaliteitsverbetering. Volgens SBG kan dit echter alleen wanneer alle onderliggende gegevens op dezelfde manier worden verzameld (Stichting Benchmark GGZ, z.i.).

IMPLEMENTATIE ROM

In het Bestuurlijk Akkoord 2013/2014 hebben partijen (onder andere GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ en de Nederlandse Vereniging voor de Psychiatrie) overeengestemd dat zij zouden bijdragen aan 'een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen'. Twee onderdelen van deze doelstelling zijn transparantie en kwaliteit. Onder *transparantie* wordt gestreefd naar één taal voor kwaliteit en uitkomsten die onderling vergelijkbaar zijn. Volgens dit akkoord is ROM een instrument om transparantie te bereiken: zorgaanbieders in de GGZ leveren structureel ROM-gegevens aan. Daarnaast wordt *kwaliteit* nageleefd door een 'ambitieuw kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren' (Schippers, 2012). Betrokken partijen benadrukken het belang van transparantie en kwaliteit; het kwaliteitsprogramma werd ook in het navolgende bestuurlijk akkoord (2015-2017) doorgezet (Schippers, 2013). ROM lijkt dus een belangrijk instrument te zijn om vastgestelde doelen binnen de GGZ te verwezenlijken. De verplichting van het gebruik van ROM-vragenlijsten en het aanleveren van gegevens bij SBG is ontstaan uit het 'model-kwaliteitsstatuut ggz'. Sinds 1 januari 2017 is het naleven van dit kwaliteitsstatuut – en dus ROM – wettelijk verplicht geworden voor alle zorgaanbieders (Schippers, 2017).

ROM is een middel om de behandelvoortgang van een cliënt op individueel niveau te volgen met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het idee achter outcome monitoring is dat men de relatie tussen medische interventies, uitkomsten en kosten beter in kan schatten (Nugter en Buwalda, 2012, p. 112). ROM kan volgens Hafkenscheid (2010, p. 11) gedefinieerd worden als 'het geheel van meetinstrumenten, afspraken over het afnemen van metingen bij patiëntengroep en het toepassen van meetuitkomsten'. Het doel is daarmee om het effect van behandelingen *inzichtelijk* te maken, om op deze manier te komen tot een optimale *kwaliteit* van de zorg. ROM kan gebruikt worden voor: het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijstellen van behandelplannen voor cliënten. Deze bestaat uit toetsfasen: een voor- een tussentijdse en een eindmeting (Nugter en Buwalda, 2012, p. 113). ROM-vragenlijsten worden ingevuld door zowel de behandelaar als de cliënt voor en na een behandeling (Bramsfeld et al., 2016, p. 712). De motivatie om ROM te gebruiken neemt toe als de behandelaar scores direct kan gebruiken (De Jong en Nugter in Nugter en Buwalda, 2012, p. 114). Als de behandelaar dit doet, zijn ook cliënten eerder bereid om de vragenlijsten in te vullen. Gedurende het implementeren van ROM dienen volgens Nugter en Buwalda (2012, p. 114) de behandelaar en cliënt centraal te staan.

Volgens Stichting Benchmark en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2016) is ROM niet nieuw. Zorginstellingen maken al tijden gebruik van voor- en nametingen om inzicht te krijgen in resultaten van werk. Gegevens kunnen worden gebruikt ter verantwoording of ter verbetering van de eigen dienstverlening, waarbij resultaten van instellingen kunnen worden vergeleken. In dat geval spreken we van benchmarking.

WEERSTAND TEGEN BENCHMARK

Om beter te begrijpen waar weerstand tegen ROM vandaan komt, is het relevant om ook naar het beleid rondom DBC's te kijken. Het in 2008 ingevoerde beleid (systeem van bekostiging van diagnose behandeling combinaties) moet leiden tot minder kosten, meer transparantie en meer keuzemogelijkheden voor cliënten. Door zorg als een 'product' te beschrijven met behulp van de zogenoemde DBC's, moet marktwerking in de zorg mogelijk gemaakt worden. Voor professionals in de GGZ betekent het DBC-systeem een toename van administratief werk. Er is een breed debat tussen voor- en tegenstanders van dit beleid. Het meest kenmerkende aan dit debat is dat er consensus lijkt te zijn over de doelstellingen, maar gaat de discussie over de manier waarop deze doelstellingen bereikt dienen te worden. (Tummers, 2011; Van Sambeek et al., 2011). Verzet tegen de implementatie van DBC's gaat veelal over de wijze waarop met gevoelige informatie wordt omgegaan⁴. In 2012 zijn beroepen van onder andere de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Stichting de Koepel van DBC-vrije praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters en een aantal individuele psychiaters tegen het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit door het College van Beroep voor het bedrijfsleven gegrond verklaard. Het bezwaar gaat specifiek over de aan hen opgelegde verplichting om diagnose-informatie op declaraties te verwerken (DBC), omdat dit in strijd is met beroepsgeheim en een schending van privacy van de cliënten (College van Beroep voor het bedrijfsleven, 2012).

Zoals in de inleiding al kort benoemd, is de petitie (Stopbenchmark) tegen de huidige implementatie van ROM al ruim 6000 keer ondertekend. De motivatie achter de petitie Stopbenchmark.com (z.j.) gaat niet wezenlijk over weerstand tegen kwaliteitsmetingen, maar tegen ROM als instrument hiervoor. In een notendop gaat het verzet over drie punten: informatie over cliënten wordt zonder toestemming/medeweten verzonden, gepseudonimiseerde gegevens zijn te herleiden en het zou een niet-wetenschappelijk, duur en tijdrovend instrument zijn zonder het beloofde zicht op kwaliteitsverbetering.

De implementatie rondom DBC en ROM lijken drie belangrijke overeenkomsten te hebben. Allereerst gaat weerstand in beide gevallen onder andere over het waarborgen van cliënt-informatie. Daarnaast lijkt de weerstand bij allebei de beleidsinstrumenten niet te gaan over de te bereiken doelen, maar om het gebruik van het beleidsinstrument zelf. Ten slotte zijn de beleidsinstrumenten in elkaar verstrengeld: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) beheert het systeem waarin DBC's verwerkt worden (DIS) en tevens leveren zij het aantal afgesloten DBC's aan Stichting Benchmark GGZ. Met behulp van deze informatie kan SBG controleren hoeveel ROM-data van behandelingen ze niet ontvangen hebben (Stopbenchmark, z.j.).

Naar aanleiding van de beantwoording van Kamervragen, gesteld aan minister Schippers (ministerie VWS), is gebleken dat er meer onderzoek nodig is naar wetgeving van ROM (Schippers, 2017). In een artikel van Zorgvisie (28 maart 2017) staat beschreven dat de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) in een

⁴ Zie voor meer toelichting de uitzending van Zembla van 17 april 2014: <https://zembla.vara.nl/dossier/uitzending/de-jacht-op-uw-medische-gegevens>

uitspraak heeft bepaald dat het dubbel pseudonimiseren niet meer voldoende is om data te verwerken. De enige wettelijke grondslag voor het verwerken van ROM-gegevens is hierdoor de toestemmingsvereiste (het verkrijgen van uitdrukkelijke toestemming van de cliënt). GGZ Nederland vindt de toestemmingsvereiste onvoldoende als wettelijke grondslag. Als gevolg hiervan adviseerde GGZ Nederland eind maart zorgverleners om nog wel te blijven 'rommen', maar geen ROM-data meer bij het SBG aan te leveren. (GGZ Nederland, 2017b; Zorgvisie, 2017).

HOOFDSTUK 4: DATA EN METHODEN

DATA

Data in dit cross-sectioneel onderzoek zijn verzameld door zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg een vragenlijst voor te leggen. Voorwaarde van deelname aan de vragenlijst was dat de professionals werken of hebben gewerkt met het beleidsinstrument ROM. De vragenlijst is bijgevoegd als bijlage II van dit document. Er is gebruik gemaakt van gesloten vragen, maar respondenten is wel de mogelijkheid geboden om opmerkingen kwijt te kunnen. In totaal hebben 165 respondenten de vragenlijst ingevuld. Onder de respondenten zijn twee toegangskarten voor Meet the Xperts 2017 verloot. Om de anonimiteit van respondenten te waarborgen is ervoor gezorgd dat de verloting niet te herleiden is naar de ingevulde vragenlijsten.

In dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van een non-random steekproef. Onder andere door het gebrek aan tijd, geld en onzekerheid over de mate van response, is er gebruik gemaakt van een 'convenience'-steekproef. Doelgroep van dit onderzoek zijn zorgprofessionals die met ROM-vragenlijsten werken of hebben gewerkt. Via het netwerk van mijn stage-organisatie Astore zijn veel zorgprofessionals bereid gevonden om de vragenlijst in te vullen⁵. Deze respondenten zijn werkzaam in diverse organisaties, waarbij is gevraagd om de vragenlijst binnen de organisatie verder uit te zetten. Daarnaast heb ik zelf ook directe contacten, werkzaam in de ggz, benaderd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen en verder te verspreiden. Dit heeft ertoe geleid dat de vragenlijst op verschillende manieren via diverse, niet altijd te herleiden, kanalen is uitgezet. Zo is de vragenlijst verspreid op sociale media: Facebook, Twitter en LinkedIn. Oproepen om de vragenlijst in te vullen zijn verschillende malen door willekeurige personen gedeeld. Om een gevarieerde en een zo groot mogelijke steekproef te verkrijgen, kon iedereen via de URL de vragenlijst invullen. Er is bewust geprobeerd om de vragenlijst niet langer dan 10 minuten te laten duren. Er is niet precies in kaart gebracht naar wie de vragenlijst allemaal verspreid is, waardoor de response onbekend is.

De vragenlijst is deels gebaseerd op een door Tummers (2012a, p. 307) ontwikkelde template voor het meten van beleidsvervreemding. Dit meetinstrument is door Tummers zo opgesteld dat algemene sjablonen te gebruiken zijn voor verschillende beleidsinstrumenten in specifieke situaties, zie bijlage III voor de oorspronkelijke vragenlijst. Om te voorkomen dat de vragenlijst te lang zou worden, is ervoor gekozen om het aantal items per variabele van de originele vragenlijst terug te brengen. Dit is

⁵ Voor een uitgebreide organisatiebeschrijving, missie en visie, zie: <https://www.astare.nl/>

mogelijk omdat sommige stellingen binnen sub-dimensies veel op elkaar lijken. Voor de sub-dimensies van machteloosheid betekent dit dat het aantal items is teruggebracht van 6 naar 3, voor maatschappelijke zinloosheid van 8 naar 4 en cliënt-zinloosheid van 4 naar 3. Hiermee wordt elke sub-dimensie ongeveer door een gelijk aantal items gemeten.

KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF

Bijna alle data die met de vragenlijst is verzameld, wordt gebruikt in de analyses. Naast de items die beleidsvervreemding meten, is respondenten gevraagd naar de mate van werktevredenheid (afhankelijke variabele). Vragen over leeftijd, geslacht, dienstverband en functie zijn voorgelegd om mee te kunnen nemen als controle-variabelen. De vraag 'hoe vaak werk je met ROM', is niet gebruikt in analyses. Dit is een gevolg van het antwoord van Minister Schippers op de Kamervragen, waaruit bleek dat er onvoldoende wettelijke basis was om te benchmarken met ROM-informatie.⁶

Zoals te zien is in tabel 2, bestaat de steekproef uit 89 vrouwen en 60 mannen. De grootste groep zorgprofessionals in deze steekproef is psycholoog. Daarnaast is het interessant om te weten op welke manier respondenten bij de vragenlijst terecht zijn gekomen. Een aanzienlijk deel van de respondenten hebben bij deze vraag 'Op welke manier bent u bij deze vragenlijst terecht gekomen?' de categorie 'anders' ingevuld (63, zie tabel 2). Het blijkt dat veel respondenten uit deze categorie via de website stopbenchmark.com bij de vragenlijst terecht zijn gekomen⁷. Respondenten die via deze weg hebben deelgenomen aan dit onderzoek, kenmerken zich hoogstwaarschijnlijk door meer weerstand dan de gemiddelde zorgprofessional. Bij het interpreteren van onderzoekresultaten dient hier rekening mee gehouden te worden. Verdere specificaties met betrekking tot de steekproef en de variabelen zijn te vinden in tabel 3 in hoofdstuk 4. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat de gemiddelde leeftijd van de steekproef ruim 51 jaar is. Om respondenten mee te nemen die op alle onderzoeksvariabelen een geldige score hebben, is de *n* gelijkgetrokken. Dit betekent dat er 149 respondenten worden meegenomen in dit onderzoek.

⁶ Zie hoofdstuk 3.

⁷ Zie voor de oproep om deel te nemen aan het onderzoek: <https://www.petities24.com/a/165922>

Tabel 2

Frequentietabellen van variabelen functie, herkomst en geslacht

Functie		Herkomst		Dienstverband		Geslacht	
Verpleegkundige	31	Sociale media (Facebook, Twitter of LinkedIn)	38	Tijdelijk contract	8	Vrouw	89
Sociotherapeut	4	Via collega's	32	Vrijgevestigd	5	Man	60
Psychotherapeut	29	Via mijn werkgever/ leidinggevende	16	ZZP	65		
Psycholoog/ psychotherapeut (combi)	9	Anders	63	Vast contract	68		
Psycholoog	46			Anders	3		
Psychiater	24						
Anders	6						
Totaal	149	Totaal	149	Totaal	149	Totaal	149

Noot. n=149

OPERATIONALISERING

WERKTEVREDENHEID

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is werktevredenheid. Respondenten werden gevraagd naar de mate waarin zij, in het algemeen, tevreden zijn met hun werk. Zij konden hierbij een score geven van 1 (helemaal niet tevreden) tot 10 (heel erg tevreden). Om werktevredenheid te meten is ervoor gekozen om gebruik te maken van één vraag. Uit onderzoek van Wanous, Reichers en Hudy (1997) blijkt dat het aanvaardbaar is om met een enkelvoudig instrument werktevredenheid te meten. Daarnaast zorgt een enkelvoudig meetinstrument ervoor dat een vragenlijst niet onnodig lang wordt.

BELEIDSVREEMDING

In het theoretisch kader van dit rapport is beschreven dat beleidsvervreemding kan worden onderverdeeld in twee dimensies: machteloosheid en zinloosheid. Deze kunnen vervolgens weer worden onderverdeeld in sub-dimensies (Tummers, 2012a, p. 303). Een overzicht wordt gegeven in tabel 1. De vijf dimensies van beleidsvervreemding worden gemeten door stellingen met likert-schalen.

Alle sub-dimensies worden gemeten door de respondent stellingen voor te leggen. Respondenten hebben hierbij de mogelijkheid uit vijf opties, van 'helemaal mee oneens' tot en met 'helemaal mee eens'. Soms betekent een hoge score (van bijvoorbeeld vijf) op de ene stelling, iets anders dan op de andere stelling. Op alle sub-dimensies van beleidsvervreemding zijn de waarden van de items zo aangepast, dat ze allemaal dezelfde richting hebben en daarmee hetzelfde betekenen. Voor de interpretatie van de items betekent dit: hoe hoger de score op het item, hoe hoger de mate van beleidsvervreemding.

MACHTELOOSHEID

Eén van de twee dimensies is machteloosheid. Deze kan worden onderverdeeld in sub-dimensies op drie verschillende niveaus: strategisch, tactisch en operationeel. De sub-dimensies van machteloosheid worden gemeten door de respondent drie stellingen voor te leggen.

Ten behoeve van de interpreteerbaarheid van de analyse is het handig om schalen te maken met de gemiddelde score per sub-dimensies van machteloosheid. Met behulp van een betrouwbaarheidsanalyse is gekeken naar de interne consistentie van de schalen. De waarde van Cronbach's alpha van tactische machteloosheid geeft een hoge interne consistentie (.737), de interne consistentie van strategische machteloosheid (.688) en operationele machteloosheid (.601) is middelmatig. Echter, het verwijderen van geen van de items zou de interne consistentie van strategische en operationele machteloosheid verhogen. Daarnaast is de interne consistentie van deze schalen niet lager dan .6. Om deze reden is ervoor gekozen om de drie items die strategische, tactische en operationele machteloosheid meten, samen te voegen tot ieder één schaal met gemiddelde scores. De voorkeur heeft om deze schalen te maken met zoveel mogelijk respondenten die geldige scores hebben op alle items, echter sluiten we in dat geval 22 respondenten uit. Om evenwicht te vinden in het aantal geldige scores en de hoeveelheid uitgesloten respondenten is er gekozen om als voorwaarde te laten gelden dat respondenten op de sub-dimensies van machteloosheid minimaal twee van de drie items een geldige score dienen te hebben⁸. Deze manipulatie zorgt ervoor dat er 14 respondenten worden uitgesloten.

ZINLOOSHEID

De tweede dimensie van machteloosheid is zinloosheid, welke bestaat uit twee sub-dimensies. Maatschappelijke zinloosheid is gemeten door vier items waarin de respondent stellingen werd voorgelegd over de doelen van het beleid. Hoofdstuk 3 van dit document laat zien dat 'transparantie' en 'kwaliteit van de behandeling' de belangrijkste doelen van ROM zijn. Ieder doel wordt gemeten door twee stellingen. Cliënt-zinloosheid kent vier stellingen over het nut van het beleid voor de cliënt. Alle acht items van de dimensie machteloosheid (4 per sub-dimensie) zijn gehercodeerd en in de goede richting gezet.

De betrouwbaarheidsanalyse laat met cronbach's alpha zien dat zowel maatschappelijke zinloosheid (.877) als cliënt-zinloosheid (.942) een hoge tot zeer hoge interne consistentie kennen. Voor de twee sub-dimensies van zinloosheid zijn daarom ook schalen met gemiddelde scores gecreëerd. Als gevolg van de gemaakte keuzes bij de manipulatie bij de sub-dimensie van machteloosheid zijn al 14 respondenten uitgesloten voor de analyse. Bij deze variabele is het daarom van belang om niet veel extra respondenten uit te sluiten. Er is om deze reden gekozen om respondenten in de analyse mee te nemen die op maatschappelijke zinloosheid en cliënt-zinloosheid minstens 3 van de 4 stellingen een

⁸ Er zijn robustness checks gedaan door van iedere schaal twee versies te maken om na te gaan of er een verschil in het effect te zien is wanneer een respondent maar op één item of op alle items geldige scores dient te hebben. Voor meer informatie, zie hoofdstuk 5.

geldige score hebben⁹. Deze voorwaarde heeft als gevolg dat er bij maatschappelijke zinloosheid geen enkele en bij cliënt-zinloosheid één respondent wordt uitgesloten.

Ten slotte is er nog één variabele geprepareerd. Om de eerste hypothese van dit onderzoek te kunnen testen, is een algemene schaal van beleidsvervreemding nodig. Hiervoor zijn alle items van de vijf sub-dimensies (17 items in totaal) samengevoegd tot één schaal. De interne consistentie van deze schaal is hoog met een cronbach's alpha van .892. Deze nieuwe variabele gaat over beleidsvervreemding waarbij gestreefd wordt om zoveel mogelijk geldige scores op sub-dimensies mee te nemen. Net als bij het prepareren van de schalen voor de sub-dimensies van machteloosheid en zinloosheid, is er een robustness check gedaan. Ook bij deze schaal is geen verschil in richting of significantie in effect op werktevredenheid te zien. Om niet opnieuw respondenten uit te sluiten is daarom op deze schaal de eis dat respondenten op 16 van de 17 items een geldige score dienen te hebben.

CONTROLE-VARIABELEN

Zoals in het eerste deel van dit hoofdstuk is beschreven, wordt er in de analyses voor factoren gecontroleerd waarvan de verwachting is dat zij van invloed zijn op werktevredenheid. Uit verschillende studies komen uiteenlopende resultaten over de relatie tussen geslacht en werktevredenheid. Ondanks dat in veel studies geen relatie werd gevonden, wordt er nog steeds veel onderzoek naar gedaan (Dawson, Veliziotis en Hopkins, 2017). Een redenering waarom gender effect zou kunnen hebben op werktevredenheid baseert zich op verschillen in percepties. Zo zouden vrouwen minder verwachtingen hebben van werk en beloningen (zoals bonussen en promoties), waardoor zij sneller tevreden zijn met hun werk (Spector, 1997, p. 28). Het is interessant om te kijken wat het effect van gender in deze studie is. Geslacht is daarom als dummy-variabele opgenomen in de analyses, waarbij 1 staat voor 'man' en 2 voor 'vrouw'.

De tweede variabele waar in dit onderzoek voor wordt gecontroleerd is leeftijd. Leeftijd en werktevredenheid lijken een ingewikkelde relatie te hebben. Zo laten Clark, Oswald en War (1996) zien dat deze relatie een non-lineaire U-vorm heeft: jongeren zijn gelukkig, dit daalt en vervolgens stijgt het weer aan het eind van hun loopbaan. Kalleberg en Loscocco (1983) vonden echter weer een direct lineair effect van leeftijd op werktevredenheid. Leeftijd is een continue variabele (Min = 23, max = 81, M=51.54, n=149, zie tabel 3).

Een andere controle-variabele is functie. In de vragenlijst konden respondenten kiezen uit verschillende, veel voorkomende functies binnen de GGZ (Arts, psychiater, psychodiagnostisch medewerker/psychologisch medewerker, psycholoog, psychotherapeut, sociotherapeut, verpleegkundige en anders). De verdeling van scores op deze variabele liep echter heel erg uiteen. Zo was er maar één respondent die 'arts' in had gevuld. Om te voorkomen dat SPSS deze respondent uit de analyse verwijdert, is ervoor gekozen om de 8 categorieën van functie terug te brengen naar een dummyvariabelen:

⁹ Er zijn robustness checks gedaan door van iedere schaal twee versies te maken om na te gaan of er een verschil in het effect te zien is wanneer een respondent maar op één item of op alle items geldige scores dient te hebben. Voor meer informatie, zie hoofdstuk 5.

'behandelaar' (arts, psychiater, psycholoog en psychotherapeut) en 'anders' (zorgprofessionals die niet direct behandelen: verpleegkundige, psychodiagnostisch/ psychologisch medewerker, sociotherapeut en anders).

Ten slotte wordt er gecontroleerd voor dienstverband. Over het algemeen wordt gevonden dat mensen met een tijdelijk dienstverband minder werktevredenheid ervaren (Zijl, 2006, p. 71). De duur van het dienstverband lijkt daarom werktevredenheid te kunnen beïnvloeden. Respondenten konden kiezen uit de opties: Tijdelijk contract, uitzendbasis, vast contract, ZZP en anders. Vooral in de categorie 'anders' werd vijf keer 'Vrijgevestigd' ingevuld. Ook in deze variabele was een uiteenlopende spreiding. Zo waren er maar 8 respondenten die aangaven een tijdelijk dienstverband te hebben. Om toch voor een tijdelijk contract te kunnen controleren zonder dat deze cases worden uitgesloten door SPSS en omdat de verwachting is dat er vooral een verschil is tussen mensen met een niet-vast (vrijgevestigd, ZZP tijdelijk of anders) of een vast dienstverband, zijn de opties voor dienstverband teruggebracht naar twee: flexibel en vast.

HOOFDSTUK 5: RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven. De beschrijvende statistieken laten zien hoe de variabelen eruitzien. Voordat we verder gaan met het presenteren van de resultaten uit de analyses is het van belang om de eigenschappen van de variabelen goed te begrijpen. In dit onderzoek zijn we immers niet alleen nieuwsgierig naar verklarende kennis, informatie over de kenmerken en eigenschappen van beleidsvervreemding kan een bijdragen leveren aan actoren in het werkveld die met beleidsvervreemding te maken hebben.

BESCHRIJVENDE RESULTATEN

In tabel 3 staan de beschrijvende statistieken weergegeven. De variabele beleidsvervreemding bestaat uit alle items die de sub-dimensies van beleidsvervreemding los van elkaar meten. Dit moet in ogenschouw gehouden worden omdat het dus geen op zichzelf staande variabele is. Wat direct opvalt in tabel 3 is dat respondenten uit deze steekproef hoger scoren op de sub-dimensies zinloosheid dan op machteloosheid, dit geldt voor zowel cliënt-zinloosheid ($M = 4.11$) als maatschappelijke zinloosheid ($M=4.28$). De gemiddelde score van tactische zinloosheid is het laagst van alle sub-dimensies ($M= 3.49$). Deze beschrijvende statistieken dragen niet bij aan het verklaren van de relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid, maar ze geven wel inzicht op welke sub-dimensie deze steekproef gemiddeld het hoogst scoort. Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven is het goed mogelijk dat de steekproef die gebruikt is voor dit onderzoek hoger zal scoren op beleidsvervreemding dan de populatie. Daarom is het relevant om te analyseren wat het effect van beleidsvervreemding is.

Tabel 3

Beschrijvende statistieken

	n	Min	Max	M	S.D.
Afhankelijke variabele					
Werktevredenheid ^a	149	1	10	7.477	1.671
Onafhankelijke variabelen^b					
Beleidsvervreemding	149	1	5	3.934	.724
Strategische machteloosheid	149	1	5	4.1	.842
Tactische machteloosheid	149	1	5	3.49	1.162
Operationele machteloosheid	149	1	5	3.508	1.02
Maatschappelijke zinloosheid	149	1	5	4.277	.869
Cliënt-zinloosheid	149	1	5	4.119	1.063
Controle-variabelen					
Leeftijd	149	23	81	51.54	10.29
Geslacht ^c	149	1	2	1.60	
Functie		0	1		
Behandelend ^d	149	0	1	.723	
Dienstverband					
Vast ^e	149	0	1	.456	

Noot.

^a Het theoretische minimum = 1 en het theoretische maximum = 10 voor werktevredenheid

^b Het theoretische minimum = 1 en het theoretische maximum = 5

^c Dummy-variabele, waarbij 1 = man en 2 = vrouw

^d Dummy-variabele, waarbij 0 = anders en 1 = behandelend

^e Dummy-variabele, waarbij 0 = niet-vast en 1 = vast.

ASSUMPTIES REGRESSIE-ANALYSE

Om de relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid te toetsen, wordt er een multipele regressie uitgevoerd met behulp van het statistiek softwareprogramma SPSS. Zoals het conceptueel model (figuur 1) laat zien, bevat dit onderzoek zeven onderzoeksvariabelen. Daarnaast wordt er voor bepaalde factoren gecontroleerd.

Voordat gestart kan worden met de regressie-analyse, dient er allereerst getest te worden of er is voldaan aan verschillende assumpties. Aan de assumptie van een normaalverdeling van de afhankelijke variabele lijkt te zijn voldaan, zie bijlage IV voor een histogram. Twee variabelen van zinloosheid (maatschappelijke en cliënt) correleren onderling hoog¹⁰. Met behulp van Tolerance VIF is multicollineariteit tussen deze variabelen uitgesloten. Geen waarde van VIF is hoger dan 10 of kleiner dan 1 (Field, 2013). Wanneer er wordt gekeken naar de normaalverdeling van de residuen is er één gestandaardiseerde score die eruit springt ($z_{\text{residu}} = -3.64$). Na een check met Cook's distance blijkt dit ook geen probleem te zijn, geen case is groter dan 1. De assumptie over de onafhankelijkheid van de

¹⁰ $r = .739$

residuen is gecontroleerd met de waarde van Durbin-Watson, en geeft geen reden tot zorg.¹¹ Ten slotte is een scatterplot opgenomen in bijlage IV. Op basis van de vorm in de scatterplot ontstonden wat twijfels over de aanname van homoscedasticiteit. Ook al zijn regressie-analyses over het algemeen robuust tegen problemen met heteroscedasticiteit, voor de zekerheid is gebruik gemaakt van een bootstrap bij de regressie-analyse. Een bootstrap is robuust tegen het overtreden van assumpties en outliers.

VERKLARENDE RESULTATEN

De hypothesen van dit onderzoek zijn uitgebreid beschreven in het theoretische kader van deze thesis, een overzicht hiervan is te vinden in tabel 4. Tabel 5 geeft de resultaten van deze analyses weer. Het Alpha-level is minimaal 10 procent bij tweezijdige toetsing. In de tabel staat weergegeven welke predictor significant is bij welk Alpha-level. De eerste hypothese van dit onderzoek wordt getest in model 1. In dit model zijn de controlevariabelen, de samengestelde variabele van beleidsvervreemding en werktevredenheid getoetst. Het tweede model toetst hypothese 2 tot en met 6. Hierin zijn alle sub-dimensies van beleidsvervreemding en controle-variabelen meegenomen.

Tabel 4

Overzicht hypothesen

H1	Hoe sterker professionals vervreemd zijn van beleid, hoe lager de werktevredenheid
H2	Hoe groter de ervaren strategische machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid
H3	Hoe groter de ervaren tactische machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid
H4	Hoe groter de ervaren operationele machteloosheid van professionals, hoe lager de werktevredenheid
H5	Hoe sterker professionals het beleid zinloos vinden voor de maatschappij, hoe lager de werktevredenheid.
H6	Hoe sterker professionals het beleid zinloos vinden voor de cliënt, hoe lager de werktevredenheid

¹¹ Durbin-Watson voor model 1 = 1.703, model 2 = 1.734.

Tabel 5

Resultaten regressieanalyse. Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven

	Model I		Model II	
	b	(SE)	b	(SE)
Intercept	10.148 (7.705, 12.560)	(1.215)	10.299	(1.258)
Beleidsvervreemding ^a	-.676*** (-.933, -.377)	(.170)		
Strategische machteloosheid ^b			-.309* (-.575, -.009)	(.170)
Tactische machteloosheid ^b			-.075 (-.292, .162)	(.143)
Operationele machteloosheid ^b			-.330** (-.589, -.054)	(.164)
Maatschappelijke zinloosheid ^b			.246 (-.052, .535)	(.179)
Cliënt-zinloosheid ^b			-.243 (-.503, .025)	(.162)
Controle-variabelen				
Leeftijd	-.010 (-.034, -.011)	(.014)	-.011 (-.033, .010)	(.013)
Geslacht ^c	.157 (-.329, .688)	(.308)	.079 (-.437, .637)	(.320)
Functie ^d	.278 (-.258, .840)	(.338)	.289 (-.273, .896)	(.356)
Dienstverband ^e	.152 (-.352, .696)	(.328)	.084 (-.446, .613)	(.320)

Noof. N=149, $R^2 = .098$ voor Model I, $R^2 = .131$ voor Model II, * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

^a Theoretisch minimum = 1, maximum = 10 ^b a Theoretisch minimum = 1, maximum = 5

^c Dummy-variabele: 1 = man en 2 = vrouw ^d Dummy-variabele: 0 = niet-vast en 1 = vast

^e Dummy-variabele: 0 = anders en 1 = behandelend.

Uit de analyse is allereerst gebleken dat zowel model 1 ($F(5, 143) = 3.097, p < .05$) als model 2 ($F(9, 139) = 2.328, p < .05$) significant betere voorspellers zijn dan het gemiddelde van de afhankelijke variabele. Het is daarom relevant om naar de resultaten van de regressie-analyse te kijken.

De belangrijkste resultaten van de regressie-analyse zijn gepresenteerd in tabel 5. Uit deze resultaten is op te maken dat de eerste hypothese kan worden bevestigd. Er is een significant effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid: deze neemt af bij een hogere mate van beleidsvervreemding ($b = .676, 90\% \text{ BCa CI } [-.933, -.377]$). Wanneer beleidsvervreemding met één punt toeneemt, resulteert dit in een afname van bijna .7 op de tienpuntschaal van werktevredenheid. Model 1 verklaart 9,8% van de totale variantie van werktevredenheid. Daarnaast is te zien dat de

controle-variabelen in geen van de modellen een significante bijdragen leveren in het voorspellen van werktevredenheid.

Resultaten uit het tweede model van tabel 5 laten zien wat er gezegd kan worden over de andere onderzoeksverwachtingen. Strategische machteloosheid blijkt een significante predictor van werktevredenheid ($b = -.309$, 90% BCa CI $[-.575, -.009]$). Naast de eerste hypothese, kan hiermee ook de tweede hypothese worden bevestigd. Hoe meer respondenten het gevoel hebben niet betrokken te worden bij vormgeving van de inhoud van het beleid op landelijk niveau, hoe lager hun werktevredenheid. Er is geen ondersteuning voor de derde hypothese. Dit betekent dat tactische machteloosheid voor deze steekproef geen noemenswaardige voorspeller is van werktevredenheid ($b = -.075$, 90% BCa CI $[-.292, .162]$). Operationele machteloosheid daarentegen is wel weer significant ($b = -.330$, 90% BCa CI $[-.589, -.054]$). Zorgprofessionals die ervaren dat hun discretionaire vrijheid door het uitvoeren van beleid wordt ingeperkt, zijn minder werktevreden. Van de drie hypothesen over machteloosheid en werktevredenheid, kan dit onderzoek er twee bevestigen. Er kan gesteld worden dat een toename van gevoel van machteloosheid resulteert in een lager gevoel van werktevredenheid voor deze groep zorgprofessionals.

Maatschappelijke zinloosheid ($b = .246$, 90% BCa CI $[-.052, .535]$) en cliënt-zinloosheid ($b = -.075$, 90% BCa CI $[-.503, .025]$) blijken allebei geen significante voorspellers van werktevredenheid. Ondanks verwachtingen uit de literatuur, zorgen gevoelens van zinloosheid er bij deze steekproef niet voor dat de werktevredenheid afneemt. De regressiecoëfficiënt van maatschappelijke machteloosheid heeft – in tegenstelling tot alle andere dimensies van beleidsvervreemding – zelfs een positieve waarde. Hoewel deze predictor geen significante bijdrage levert, is het toch bijzonder dat deze waarde niet negatief is. Juist gezien het feit dat uit beschrijvende statistieken is gebleken dat respondenten gemiddeld hoger scoren op zinloosheid dan op machteloosheid.

Hoewel een bootstrap-regressie ons niet voorziet in beta-waarden, kunnen we de regressiecoëfficiënten van de sub-dimensies van beleidsvervreemding toch onderling met elkaar vergelijken. Dit is mogelijk omdat de sub-dimensies op dezelfde 5-punt likertschalen zijn gemeten. Aan de regressiecoëfficiënten is te zien dat strategische machteloosheid ($b = -.309$) en operationele machteloosheid ($b = -.330$) in vergelijking met de andere sub-dimensies van machteloosheid en gecontroleerd voor leeftijd, functie, geslacht en dienstverband het sterkst met werktevredenheid samen te hangen. Dit is niet geheel verrassend, omdat dit ook de enige twee sub-dimensies zijn die significante predictoren zijn van werktevredenheid.

De totale variantie die door model 2 wordt verklaard is 13,1%. De verklaarde variantie (R^2) van de modellen kan worden gekwalificeerd als zeer zwak tot zwak, echter voor een begrip als werktevredenheid is dit niet heel verrassend. Veel factoren zijn van invloed op werktevredenheid. Dit gaat tevens over dingen die niet goed te meten zijn, zoals sociale omstandigheden, economie, etc. Het feit dat deze twee modellen van beleidsvervreemding (inclusief controlevariabelen) ruim 13% verklaren is dus helemaal niet slecht. In totaal worden drie van de zes hypothesen bevestigd.

Ten slotte is er met behulp van robustness-checks gekeken of de richting en significantie van het effect verandert wanneer gebruik gemaakt zou worden van andere schalen van algemene beleidsvervreemding en de subsimensies van beleidsvervreemding. Geen van de alternatieve schalen toont een ander effect in richting of significantie dan de gebruikte schalen. De output van deze schalen is te zien in bijlage V.

HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE EN DISCUSSIE

CONCLUSIE

Er zijn veel ontwikkelingen in de zorgsector. Er wordt geklaagd over doorgeschoten administratieve lasten en de toenemende focus op 'meten en verantwoorden' (GGZ Nederland, 2007; Van Ark, 2016). Publieke professionals worden geconfronteerd met overheidsregelgeving en -beleid, die zij hoe dan ook dienen te implementeren (Hill en Hupe, 2009, p.66). Tummers ontwikkelde het concept van beleidsvervreemding. Hij definieert dit als een algemene cognitieve staat van psychologische disconnectie van het beleidsprogramma' (2012a, p. 14). Beleidsvervreemding kan zowel gevolgen hebben voor de uitvoering van het beleid als voor de professional zelf (Tummers, 2012b). In dit onderzoek is gekeken naar de gevolgen van beleidsvervreemding voor werktevredenheid van professionals. De volgende onderzoeksvraag stond daarbij centraal: 'Wat is het effect van beleidsvervreemding op de werktevredenheid van professionals?' Hiervoor is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar beleidsvervreemding van een specifiek, recent ingevoerd beleidsinstrument in de GGZ (ROM). De belangrijkste onderzoeksbevinding is dat beleidsvervreemding een negatief effect heeft op werktevredenheid: meer beleidsvervreemding zorgt voor minder werktevredenheid. Voor de specifieke groep zorgprofessionals uit dit onderzoek betekent dit dat beleidsvervreemding van ROM zorgt voor een afname in werktevredenheid.

Volgens Lipsky is werk in de frontlinie van overheidsdiensten – en daarmee de werkzaamheden van de professionals uit dit onderzoek – per definitie vervreemdend. Hij stelt dat vervreemding leidt tot werkontevredenheid (1980, p.75, 79). Steeds meer beleid in de zorg richt zich op transparantie en efficiëntie. Hierdoor verliezen professionals volgens Duyvendak et al. (2006) grip op de kwaliteit van hun werk en tijd die zij aan cliënten kunnen besteden, wat ten koste gaat van hun discretionaire vrijheid. Het idee van Lipsky wordt met de resultaten uit dit onderzoek bevestigd: meer vervreemding leidt tot minder werktevredenheid. Niet alleen Lipsky, maar zelfs Marx en Weber schreven al over vervreemding (Jaffee, 2001; Swedberg, 2005, p. 60). Deze klassieke benaderingen houden stand: vervreemding kan worden gezien als een serieuze kwestie.

Om te kijken hoe de relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid er precies uit ziet, is er gekeken naar het effect van de verschillende dimensies van beleidsvervreemding. Beleidsvervreemding bestaat volgens de benadering van Tummers (2012a) uit dimensies, welke vervolgens weer onder te verdelen zijn in losse sub-dimensies: machteloosheid (strategische, tactische en operationele) en zinloosheid (voor de cliënt en voor de maatschappij). Resultaten uit dit onderzoek zijn in lijn met

bevindingen uit eerder onderzoek van Tummers et al. (2011): het effect van machteloosheid is het sterkst. Hoe machtelozer professionals zich voelen, hoe minder tevreden met hun werk zij zijn. In dit onderzoek geldt dit in het bijzonder voor strategische en operationele machteloosheid. Voor strategische machteloosheid betekenen deze bevindingen dat wanneer professionals het idee hebben dat zij niet worden betrokken bij vormgeving van beleid op landelijk niveau, hun werktevredenheid afneemt. Het idee van Wagner III (1994, p. 312) - dat werknemers erkenning krijgen door een rol te spelen in belangrijke beslissingen en dat deze erkenning bijdraagt aan werktevredenheid – wordt met dit onderzoek bevestigd. De verwachtingen over de gevolgen van operationele machteloosheid worden tevens bevestigd. Volgens Hackman en Oldham (in Tummers, 2012c, p. 522) zorgt meer autonomie voor een grotere mate van werktevredenheid. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek kan gesteld worden dat meer operationele machteloosheid - oftewel een verlies van discretionaire vrijheid - leidt tot een afname van werktevredenheid.

Van de andere dimensie van beleidsvervreemding zinloosheid, werd tevens verwacht dat deze negatief zou samenhangen met werktevredenheid. Deze ideeën kwamen voort uit een model van baancharacteristieken en werkmotivatie, waarin verondersteld wordt dat zinvolheid van werk samenhangt met werktevredenheid (Hackman en Oldham, 1976, p. 256). Professionals uit dit onderzoek scoorden van alle sub-dimensies gemiddeld het hoogst op zinloosheid. Dit betekent dat deze groep professionals ROM niet erg zinvol vinden. De verwachte relatie tussen de sub-dimensies van zinloosheid en werktevredenheid werd in dit onderzoek echter niet gevonden. Het idee dat professionals beleid nuttig moeten vinden – voor de maatschappij of de individuele cliënt – heeft geen effect op werktevredenheid. Deze inzichten tonen dat het gevonden negatieve effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid gestuurd wordt door machteloosheid en niet zozeer door zinloosheid. Ervaringen van machteloosheid zijn een betere voorspeller van werktevredenheid dan ervaringen van zinloosheid van het beleid. Deze resultaten komen opnieuw overeen met de bevindingen van Tummers et al uit 2011. Tummers liet in een ander onderzoek (2014) zien dat juist de zinloosheid, meer dan machteloosheid, van invloed is op weerstand tegen beleid. Wanneer er wordt gekeken naar weerstand tegen beleid als gevolg van beleidsvervreemding, is zinloosheid dus een belangrijkere voorspeller dan machteloosheid. Uit deze inzichten lijkt dus te kunnen worden opgemaakt dat dimensies van beleidsvervreemding (machteloosheid en zinloosheid) allebei verschillende gevolgen hebben.

DISCUSSIE

Dit onderzoek heeft een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van theorievorming rondom beleidsvervreemding. Hoewel dit onderzoek geen sluitende replicatie is van het werk van Tummers, worden in 2017 bijna soortgelijke resultaten gevonden als Tummers et al. in 2011. Hiermee wordt niet alleen aangekaart dat beleidsvervreemding een negatieve werking heeft op werktevredenheid, maar laat ook zien dat het effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid vooral wordt gedragen door machteloosheid.

Ten tweede levert dit onderzoek concrete kennis waarmee beleidsmakers in de praktijk aan de slag kunnen. Het gevaar van beleidsvervreemding zit hem in de gevolgen. Naast de weerstand en ophef die is ontstaan over ROM, heeft dit onderzoek laten zien dat beleidsmakers serieus rekening dienen te houden met het feit dat vervreemding van ROM negatieve gevolgen heeft voor zorgprofessionals. Hoewel dit beleidsinstrument pas vanaf 1 januari 2017 verplicht is gesteld, laat dit onderzoek binnen een half jaar na verplichtstelling al zien dat beleidsvervreemding zorgt voor een afname van werktevredenheid. Een afname van werktevredenheid heeft niet alleen gevolgen voor de professional zelf, maar ook de organisatie waar hij werkt en – bij een afname van werktevredenheid bij grote groepen mensen – voor de hele maatschappij.

Om de onderzoeksresultaten op een juiste manier te interpreteren, is het van belang om oog te houden voor de beperkingen van dit onderzoek. Hiermee worden tevens kansen gegeven voor toekomstig onderzoek. Allereerst is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een ‘convenience’-steekproef. Er zijn verschillende voor- en nadelen aan het gebruik van deze wijze van dataverzameling. Het grootste nadeel is dat de steekproef niet representatief is, waardoor generaliseren niet mogelijk is. Daarnaast is in het methoden-hoofdstuk benoemd dat het zou kunnen zijn dat een aantal van de professionals die deel uitmaken van de steekproef, een negatieve houding hebben ten aanzien van ROM. Uit de beschrijvende statistieken in tabel 3 is op te maken dat er voldoende variantie in werktevredenheid en beleidsvervreemding te zien is. Hoewel er rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat een deel van de zorgprofessionals uit deze steekproef sterker vervreemd zou kunnen zijn van ROM dan de onderzoekspopulatie, is het effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid voor deze steekproef wel gevonden. Daarnaast vonden Tummers et al. met een andere steekproef soortgelijke effecten. Dit wijst erop dat de effecten voor de twee verschillende steekproeven niet heel erg van elkaar afwijken. Het zou wel aanvullend interessant kunnen zijn om te kijken of het effect op de relatie tussen beleidsvervreemding en werktevredenheid verschilt per functie. De scope van dit onderzoek heeft ervoor gezorgd dat functie enkel als controle-variabele is meegenomen. Een vervolgonderzoek zou zich bijvoorbeeld kunnen richten op de effecten voor verschillende beroepsgroepen.

Waar het onderzoek van Tummers et al. (2011) gericht was op beleid van DBC, focust dit onderzoek zich op ROM. Zowel dit onderzoek als het werk van Tummers is gebaseerd op cross-sectionele data, dit betekent dat er niks gezegd kan worden over de ontwikkelingen over tijd. Een tweede onderzoeksaanbeveling is daarom om een longitudinaal onderzoek naar beleidsvervreemding te doen. Doel van longitudinaal onderzoek is om een ontwikkeling in kaart te brengen. Het is interessant om te weten te komen of beleidsvervreemding en het effect hiervan over een periode verandert. De inhoud van beleid is aan (politieke) veranderingen onderhevig. Wanneer er een effect over tijd gevonden wordt, kan dit meer informatie geven over de ernst van de gevolgen van beleidsvervreemding. In het theoretisch kader van dit rapport is reeds beschreven dat publieke dienstverleners een autonome – vanuit henzelf gedreven motivatie - hebben om te werken aan maatschappelijke problemen (Van Loon en Noordegraaf, 2014, p. 206). Op basis van deze en andere theorieën is in dit onderzoek aangenomen dat beleidsvervreemding een negatief effect heeft op werktevredenheid. Voor een

mogelijk omgekeerd effect van werktevredenheid op beleidsvervreemding is in dit onderzoek geen rekening gehouden. Ondanks dat de theorie geen aanleiding geeft om een omgekeerd effect te verwachten, zou een longitudinaal onderzoek uitsluitsel kunnen geven over de oorzakelijkheid van het verband. Ten slotte is zowel dit onderzoek als het werk van Tummers uitgevoerd in het veld van de Geestelijke Gezondheidszorg. Aan de ene kant is dit een interessante factor, omdat het laat zien dat er in de GGZ een duidelijk effect te zien is van beleidsvervreemding. Aan de andere kant kan hiermee niet gezegd worden of dit effect voor alle publieke dienstverleners kan gelden. Een derde onderzoeksaanbeveling is daarom om te kijken of het effect van beleidsvervreemding ook gevonden kan worden voor andere publieke professionals.

HOOFDSTUK 7: BELEIDSADVIES

Zoals in hoofdstuk 3 van dit rapport staat beschreven resulteert marktwerking in de zorg in een toenemende focus op het meten van prestaties en kwaliteit. Veel literatuur laat zien dat marktgericht beleid, wat zich richt op transparantie en efficiëntie, negatieve gevolgen kan hebben voor de zorgprofessional (Ewalt en Jennings in Tummers, 2014, p. 3; Tummers, 2012b; Tummers et al., 2011; Tummers et al., 2012b). ROM is een kwaliteitsinstrument dat moet zorgen voor transparantie en het verbeteren van kwaliteit van behandelingen. Sinds 1 januari 2017 is ROM verplicht gesteld voor alle zorgverleners (NVGzP, 2016; Schippers, 2012). Dit onderzoek toont aan dat vervreemding van het beleidsinstrument ROM leidt tot minder werktevredenheid onder zorgprofessionals.

Beleidsvervreemding bestaat uit twee dimensies, welke kunnen worden opgedeeld in sub-dimensies. Resultaten uit dit onderzoek hebben laten zien dat vooral gevoelens van machteloosheid – in het bijzonder strategische machteloosheid en operationele machteloosheid – een effect hebben op werktevredenheid.¹² Doel van dit hoofdstuk is om beleidsaanbevelingen te doen die effecten van beleidsvervreemding zouden kunnen beperken. Het is allereerst van belang om het probleem beter in kaart te brengen. Hoe kan het gebeuren dat beleid negatieve consequenties heeft? Volgens Engbersen (2009) worden sociale problemen juist opgeroepen door gebrekkige beleidsinterventies (p.23). Het idee dat beleid niet alleen oplossing maar soms ook een onderdeel van het probleem kan zijn, wordt daarmee bevestigd.

COMPLEXE PROBLEMEN

Problemen ontstaan door discrepantie tussen de gewenste en daadwerkelijke situatie. Complexe problemen kenmerken zich door conflicterende belangen en onzekerheden die het ingewikkeld maken om ze te duiden en op te lossen (Klijn en Koppenjan, 2016, p. 41, 42). Beleid rondom kwaliteitsmonitoring in de GGZ kan worden gezien als zo'n 'complex probleem'. Er spelen veel verschillende belangen en percepties welke een oplossing in de weg staan. In het theoretisch kader (hoofdstuk 2) van dit document is de complexiteit van publiek beleid benoemd. Maar niet alleen publiek beleid zelf, de gehele context waarin beleid tot stand komt is complex. Klijn en Koppenjan (2016) maken in hun werk onderscheid tussen verschillende vormen van complexiteit. Gebaseerd op

¹² Zie voor verdere uitleg van de sub-dimensies hoofdstuk 2 en specificatie van resultaten hoofdstuk 5.

inzichten uit dit rapport zijn substantieve en strategische complexiteiten het meest relevant. Substantieve complexiteit is de onzekerheid of onenigheid over de aard van het probleem (Klijn en Koppenjan, 2016, p. 42). In beleid rondom kwaliteitsinstrumenten in de GGZ is er onduidelijkheid over de aard van het probleem. Is het meten van kwaliteit in de GGZ nodig? Professionals zijn het hierover niet eens met organisaties of beleidsmakers, maar vinden soms onderling ook geen consensus (Van Es et al., 2012; Van Os et al., 2012; Sambeek et al., 2011). Daarnaast is het interessant om je af te vragen waarom er behoefte is naar het meten van kwaliteit en welke belangen daarbij een rol spelen. Dit brengt ons naar de tweede vorm van complexiteit. Strategische complexiteit gaat over het interactieproces tussen actoren die betrokken zijn bij het ontwikkelen en implementeren van publiek beleid (Klijn en Koppenjan, 2016, p.66) Ringeling (1978) beschrijft dat beleid pas vorm krijgt tijdens de uitvoering, dit maakt dat professionals die beleid implementeren ook als belangrijke actor dienen te worden beschouwd. Actoren hebben verschillende en conflicterende percepties en deze percepties kunnen ook nog eens veranderen over tijd. Dit resulteert in een hoge mate van dynamieken, onzekerheden en onvoorspelbaarheid. Niet alleen de aard van het probleem, maar ook de strategische complexiteit die ontstaat om deze te willen oplossen is van invloed (Klijn en Koppenjan, 2016, p.66). Het is aannemelijk dat deze complexiteiten bijdragen aan beleidsvervreemding van professionals.

Niet alleen marktwerking, maar ook andere ontwikkelingen veranderen het beleidsveld van de geestelijke gezondheidszorg. Ambulantisering zorgt ervoor dat er sinds de jaren 80 geprobeerd wordt om minder mensen permanent gebruik te laten maken van de GGZ. Daarnaast verschuiven door decentralisaties verantwoordelijkheden van zorg (landelijk naar lokaal niveau) en resulteert dit in onduidelijkheden rondom financiering en verantwoordelijkheden (Huber, 2016). De Volkskrant bericht in juni 2017 dat professionals een brandbrief over het lot van kinderen met ernstige problemen schrijven, volgens hen kunnen deze kinderen door de decentralisatie niet de juiste behandeling verkrijgen (Huisman, 2017). Hoewel deze ontwikkelingen buiten de scope van dit onderzoek vallen, is het wel relevant om oog te houden voor de context waarin de sector zich bevindt.

Helaas geven resultaten uit dit onderzoek geen klinkklaar antwoord op hoe substantieve en strategische complexiteiten kunnen worden opgelost. Klijn en Koppenjan (2016) doen wel een poging: zij dragen procesmanagement aan als één van de mogelijke oplossingen van strategische complexiteit. Met behulp van procesmanagement kunnen taken worden gecoördineerd. Hierdoor kunnen actoren die van elkaar afhankelijk zijn interessante uitkomsten behalen voor zichzelf, zonder dat dit resulteert in ongunstige resultaten voor anderen (Klijn et al., in Klijn en Koppenjan, 2016). In het bijzonder hebben Klijn en Koppenjan het over een vorm van procesmanagement die gaat over het verbinden en samenbrengen van de actoren waarbij nieuwe kansen voor verbetering kunnen ontstaan (p.156). Deze nieuwe kansen vormen de basis van dit beleidsadvies.

DE NIEUWE GGZ EN BUURTZORGT

Naast negatieve associaties die weerstand oproepen, kan tegenstand ook resulteren in veelbelovende initiatieven. De Nieuwe GGZ (DNG) is een beweging van onder andere zorgprofessionals en organisaties die streven naar een meer mensgerichte GGZ. Vooral als wordt gekeken naar verbinden door procesmanagement als oplossing voor strategische complexiteit, is dit een interessante ontwikkeling. In een YouTube video wordt de visie van DNG uitgelegd: het belang van de cliënt moet meer centraal staan. Het idee is om cliënten zelf regie te laten voeren, waardoor behandelingen succesvoller worden en een groot deel van zorg buiten de GGZ opgelost kan worden. Op de lange termijn kan dit leiden tot een doelmatigere besteding van geld (Milo, 2016). Volgens informatie uit het pamflet van DNG (de nieuwe ggz, 2015) - welke door diverse professionals, wetenschappers en bestuurders van GGZ-instellingen is ondertekend - is er in de sector 'een gecompliceerde interactie tussen partijen door opeenvolgende budgettaire maatregelen en groeiende administratieve en organisatie lasten. Dat leidt tot zorgvershraling in organisaties met gedemotiveerde professionals en vervreemding voor patiënten en hun omgeving'. Deze gecompliceerde interactie is een typisch voorbeeld van wat kan worden geclassificeerd als strategische complexiteit.

Dit onderzoek liet zien dat het effect van beleidsvervreemding op werktevredenheid vooral wordt gestuurd door strategische en operationele machteloosheid. Op basis hiervan kan worden verondersteld dat – ongeacht het soort beleidsinstrument – effecten van beleidsvervreemding vooral worden gedragen door de mate waarin professionals ervaren dat zij door het beleid discretionaire ruimte verliezen en de mate van ervaren gebrek aan betrokkenheid om de inhoud van beleid te kunnen bepalen. Dit advies tracht deze twee inzichten aan elkaar te verbinden: liggen er kansen in de beweging rondom DNG om de effecten van beleidsvervreemding te beperken?

Om dit advies verder te specificeren wordt het beleidsinstrument ROM losgelaten en wordt meer gekeken naar kansen voor het organiseren van zorg in het algemeen. Daarbij wordt in het bijzonder gezocht naar een wijze waarop gevoelens van strategische en operationele machteloosheid kunnen worden verminderd en welke ruimte geeft voor procesmanagement door verbinden van actoren. Een werkwijze die hier mogelijk in kan voorzien is die van buurtzorgT. BuurtzorgT is ontstaan uit het Buurtzorgmodel (een zelfsturend team in de wijkverpleging) en is een reactie op de huidige structuren binnen de GGZ. Vanaf 2014 werkt BuurtzorgT als zelfstandige zorginstelling voor de gespecialiseerde GGZ. BuurtzorgT is sinds 2016 aangesloten bij de beweging DNG. Volgens Klaasen (2016) wijkt BuurtzorgT onder andere af van de reguliere huidige GGZ door meer te werken vanuit vertrouwen en door de cliënt samen met de hulpverlener te laten bepalen welke ondersteuning wordt geboden. BuurtzorgT biedt zoveel mogelijk zorg aan huis en betreft altijd de omgeving bij het herstel. Het kantoor van een BuurtzorgT-team staat altijd in de buurt waar de cliënten van BuurtzorgT wonen, hierdoor kan er gemakkelijk worden samengewerkt met het wijkteam en huisartsen. De werkruimte van de zorgprofessional is vooral bij de cliënten thuis. De behoefte aan controle verdwijnt en professionals krijgen het vertrouwen dat zij in staat zijn om kwalitatieve zorg te leveren. Teams van BuurtzorgT zijn zelfsturend, waardoor er geen management nodig is. Niet de zorgverzekeraar, ministerie van VWS of

van buitenaf opgelegde protocollen bepalen de invulling van zorg, maar de professional. Hiermee kunnen zorgprofessionals zich ontdoen van een harnas van regelgeving, administratie en bureaucratie en de inhoud van hun werkzaamheden vooropstellen. De cliënt en de behandelaar bepalen welke zorg nodig is en wat goede zorg is. Door zelfsturing zijn medewerkers verantwoordelijk voor bedrijfsvoering, hun eigen inkomsten, uitgaven en acquisitie. (Klaassen, 2016).

De zorgprofessionals hebben binnen buurtzorgT-teams dus een redelijke vrije rol. Ze mogen – in samenwerking met de cliënt – bepalen hoe zorg eruitziet. Dit getuigt van een grote mate van discretionaire vrijheid en daarmee kunnen gevoelens van operationele machteloosheid worden verminderd. Daarnaast wordt de inhoud van het beleid voor deze zorgprofessionals minder vaak op strategisch niveau vastgelegd, wat de mate van ervaring van strategische machteloosheid kan verminderen. Bovendien toont de aansluiting van BuurtzorgT bij DNG aan dat zij deel uitmaken van een netwerk van actoren die samenwerken voor verbetering. Dit kan gezien worden als ‘procesmanagement door verbinden’ en een bijdrage kan leveren aan het verminderen van strategische complexiteit.

ROM is een top-down ingevoerd beleidsinstrument. Volgens Van Os en Delespaul (2011) is de wijze waarop ROM nu wordt geïmplementeerd – als middel om data te verzamelen voor SBG – bedacht door ‘kantoormensen uit de systeemwereld’ (p.7). Hoewel dit onderzoek verder niet ingaat op motieven voor beleidsvervreemding, is het voor dit advies interessant om te kijken naar de houding van professionals ten aanzien van dit beleidsinstrument. De vragenlijst die gebruikt is voor dit onderzoek bood ruimte voor professionals om opmerkingen op te schrijven. Een greep uit deze opmerkingen is te vinden in bijlagen V en VI. Deze informatie leert ons dat sommige professionals opmerken dat ROM potentie heeft als beleidsinstrument, maar dat verzet vooral ontstaat door de doelen waarvoor ROM nu wordt ingezet en de wijze waarop ROM wordt geïmplementeerd. De kwantitatieve analyse van dit onderzoek laat zien dat vooral machteloosheid bij implementatie van ROM effecten heeft op werktevredenheid. Niet alleen de substantieve en strategische complexiteiten omtrent ROM, maar opeenvolgende beleidsontwikkelingen – onder andere decentralisatie en ambulantisering – maken de gehele sector complex. Substantieve en strategische complexiteit binnen de GGZ-sector houden problemen rondom beleid in stand. Een kansrijke, vernieuwende en verbindende manier van organiseren is die van DNG en BuurtzorgT. Procesmanagement kan strategische complexiteiten verminderen. Het advies wordt daarom gericht aan beleidsmakers op het allerhoogste niveau: zoek actiever de samenwerking op met initiatieven die van onderaf – vanuit uitvoering – een veelbelovende functie vervullen in het organiseren van processen en verbinden van actoren.

LITERATUURLIJST

- Ark, E. van. (2016, 9 februari). Zorg bureaucratie. *Arts en Auto*, pp. 24-26. Geraadpleegd op 19 april 2017, van: <https://www.artsenauto.nl/zorgbureaucratie/>
- Arts en Auto (z.j.) *Vereniging VvAA*. Geraadpleegd op 9 juni 2017, van: <https://www.artsenauto.nl/vereniging-vvaa/>
- Aziri, B. (2011). Job satisfaction: A literature review. *Management research and practice*, 3(4), 77-86.
- Blok, J. de, & Pool, A. (2016). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Bramesfeld, A., Amaddeo, F., Caldas-de-Almeida, J. Cardoso, G., Depaigne-Loth, A., Derenne, R., . . . Killaspy, H. (2016). Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. *Health Policy*, 120, 706–717.
- Brewer, G.A. (2008). Employee and Organizational Performance. In: J.L. Perry & A. Hondeghem (Eds.), *Motivation in Public Management: The Call of Public Service*. Oxford: Oxford University Press, 136-156.
- Chen, S. Y., & Scannapieco, M. (2010). The influence of job satisfaction on child welfare worker's desire to stay: An examination of the interaction effect of self-efficacy and supportive supervision. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 482-486.
- Clark, A., Oswald, A., & Warr, P. (1996). Is job satisfaction U-shaped in age?. *Journal of occupational and organizational psychology*, 69(1), 57-81.
- College van Beroep voor het bedrijfsleven (2014). AWB 11/317, 11/358 en 11/372. Geraadpleegd op 19 mei 2017, van: <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:CBB:2012:BV8297>
- Dawson, C., Veliziotis, M., & Hopkins, B. (2017). Temporary employment, job satisfaction and subjective well-being. *Economic and Industrial Democracy*, 38(1), 69-98.
- Duyvendak, J.W., Knijn, T., Kremer, M. (2006). Policy, People and the new professional. An introduction. In J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer (ed). *Policy, People and the new professional* (p. 7 – 16). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- DeHart-Davis, L., & Pandey, S. (2005). Red tape and public employees: Does perceived rule dysfunction alienate managers? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(1), 133 148.
- De nieuwe ggz (2015). *Pamflet De Nieuwe GGZ*. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van: <http://www.denieuweggz.nl/ondertekenaars/>
- Engbersen, G. (2009). *Fatale remedies. Over de onbedoelde gevolgen van beleid en kennis*. Amsterdam: Pallas Publications.
- Es, S. van, Schoch, S., & Korrelboom, K. (2012). De andere kant van marktwerking in de GGZ. *Psychopraktijk*, 4(1), 35-37.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Londen: Sage.

- GGZ Nederland (2017a). Het roer moet om. Geraadpleegd op 7 maart 2017, van:
<http://www.ggznederland.nl/pagina/het-roer-moet-om>
- GGZ Nederland (2017b, 27 maart). Aanlevering ROM-Gegevens. Geraadpleegd op 22 mei 2017, van: <http://www.ggznederland.nl/actueel/aanlevering-rom-gegevens>
- GGZ Totaal (2017). Hokjesgedrag in de GGZ. Geraadpleegd op 12 maart 2017, van:
http://www.ggztotaal.nl/content/29166/download/clnt/73689_magazine_maart_17_.pdf
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279.
- Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, 2(8), 12-17.
- Hill, M. (2014). *The Public Policy Process*. London: Routledge
- Hill, M., & Hupe, P. (2009). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance*. Londen: Sage.
- Huber, M.A. (2016). TUSSEN ZELF EN SAMEN. Zelfbeheer in de residentiële maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Huisman, C. (2017, 21 juni). Psychiaters slaan alarm over hulp aan suïcidale kinderen. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 23 juni 2017, van: <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/psychiaters-slaan-alarm-over-hulp-aan-suicidale-kinderen~a4501823/>
- Jaffee, D. (2001). *Organization Theory: Tension and Change*. New York: McGraw-Hill Book Companies.
- Kalleberg, A. L., & Loscocco, K. A. (1983). Aging, values, and rewards: Explaining age differences in job satisfaction. *American sociological review*, 78-90.
- Klaassen, H.W. (2016). *BuurtzorgT werken in de nieuwe ggz*. Almere: BuurtzorgT.
- Klijn, E. H., Koppenjan, J. (2016). *Governance networks in the Public Sector*. Londen: Routledge.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation
- Loon, N. van, Noordegraaf, M. (2014). Professionals onder druk of professionele tegendruk?: Gebalanceerde motivatie voor de publieke zaak in professionele publieke dienstverlening. *B en M: tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij*, 41(3), 205.
- Marx, K. (1959, [1844]). *Economic & Philosophic Manuscripts of 1844*. Moskou: Progress Publishers.
- May, P. J., Winter, S. C. (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), 453-476.
- Meindertsma, B., & Panne, H. van der. (2017, 10 april). Basisschoolleraars: werkdruk vooral door administratieve rompslomp. NOS. Geraadpleegd op 19 april 2017, van:
<http://nos.nl/artikel/2167480-basisschoolleraars-werkdruk-vooral-door-administratieve-rompslomp.html>
- Miller, K. I., & Monge, P. R. (1986). Participation, satisfaction, and productivity: A meta-analytic review. *Academy of Management Journal*, 29(4), 727-753.

- Milo, M. (2016, 18 februari). *De nieuwe GGZ* [YouTube]. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van: <https://www.youtube.com/watch?v=IkT3VGzReVs>
- Nederlands Instituut van Psychologen. (z.i.). *Routine Outcome Monitoring*. Geraadpleegd op 3 juni 2017, van: <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/routine-outcome-monitoring-rom/>
- Nederlands Instituut van Psychologen Utrecht. (2013, 10 december). *ROM: Ervaringen van zelfstandig gevestigde psychologen* [YouTube]. Geraadpleegd op 17 juni 2017, van: <https://www.youtube.com/watch?v=rdhpQzDoTGM>
- Nederlands Instituut van Psychologen Utrecht. (2015). *De Beroepscode*. Geraadpleegd op 17 juni 2017, van: <https://www.psynip.nl/uw-beroep/beroepsethiek/beroepscode/>
- Noordegraaf, M., Bos, A., & Schiffelers, M. (2016). *REDEN TOT ZORG?! Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals* (Een essay op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016). Geraadpleegd op 26 april 2017, van: https://conferentie2016.raadrvs.nl/uploads/bestanden/Reden_tot_zorg._Kritische_reflectie_p_ongenoegens_onder_zorgprofessionals_.pdf
- Nugter, M. A., & Buwalda, V. J. A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 111-120.
- NVGzP (2016, 2 mei). *Rommen ook verplicht voor vrijgevestigden zonder contract*. Geraadpleegd op 27 maart 2017, van: <http://www.nvgzp.nl/rommen-ook-verplicht-vrijgevestigden/>
- Os, J. van, & Delespaul, P. (2011) *Een kwaliteitskader voor de GGZ*. Geraadpleegd op 21 juni 2017, van: <https://www.stopbenchmark.com/wp-content/uploads/2017/04/Kwaliteitskader-GGZ-2017-J.-van-Os.pdf>
- Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Hoogendijk, W. J. G., ... Leentjens, A. F. G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(3), 245-253.
- Ringeling, A. B. (1978). *Beleidsvrijheid van ambtenaren: het spijtoptantenprobleem als illustratie van de activiteiten van ambtenaren bij de uitvoering van beleid*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Sambeek, N. van, Tonkens, E., & Bröer, C. (2011). Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. *Beleid en Maatschappij*, 38, 47-64.
- Schippers, E.I. (2012). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2012-2013*. Geraadpleegd op 2 mei 2017, van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>
- Schippers, E.I. (2013). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014 – 2017*. Geraadpleegd op 18 april 2017, van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017>

- Schippers, E.I. (2017, 23 maart). Beantwoording Kamervragen over de protesten tegen het verplicht in moeten vullen en aan moeten leveren van routine outcome measure (Rom) gegevens in de ggz [Kamerstuk]. Geraadpleegd op 22 mei 2017, van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/03/23/beantwoording-kamervragen-over-de-protesten-tegen-het-verplicht-in-moeten-vullen-en-aan-moeten-leveren-van-routine-outcome-measure-rom-gegevens-in-de-ggz>
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American sociological review*, 24(6), 783-791.
- Sousa-Poza, A., & Sousa-Poza, A. A. (2000). Well-being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *The journal of socio-economics*, 29(6), 517-538.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences* (Vol. 3). Thousand Oaks: Sage publications.
- Stichting Benchmark GGZ (z.i.) ONDERZOEKSAGENDA WETENSCHAPPELIJKE RAAD. Geraadpleegd op 10 mei, 2017, van: <https://www.sbggz.nl/Benchmarken?contentitem=e7f263cc-6c13-49fe-ae7c-2a0e79daaafd>
- Stichting Benchmark GGZ (2016) *Routine outcome monitoring en benchmarking, een zaak van velen! White paper Expertraad Kinderen en Jeugd*. Geraadpleegd op 24 juni 2017, van: https://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/20160908_Whitepaper_Routine_outcome_en_benchmarking_DEF.PDF
- Stopbenchmark (z.i.). *Stopbenchmark met ROM*. Geraadpleegd op 2 april 2017, van: <https://www.stopbenchmark.com/>
- Stone, D. A. (2002). *Policy paradox: The art of political decision making*. New York: Norton.
- Swedberg, R. (2005). *The Max Weber dictionary: key words and central concepts*. Stanford University Press.
- TNO & CBS (2015). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2014*. Geraadpleegd op 24 juni 2017, van: http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SPUB0102/view.php?pub_Id=100307&att_Id=4911
- Tummers, L. G., Bekkers, V., & Steijn, A.J. (2009a). *Beleidsvervreemding van publieke professionals*. *B en M*, 36(2), 104-116.
- Tummers, L.G, Bekkers, V., & Steijn, A.J. (2009b). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review*, 11(5), 685-706.
- Tummers, L. G., Steijn, A. J., & Bekkers, V. (2011). *Explaining job satisfaction of public professionals: Policy alienation and politicking in organizations*. Paper gepresenteerd op de International Labour Process Conference, Leeds, Verenigd Koninkrijk. Geraadpleegd op 12 april 2017, van: <https://repub.eur.nl/pub/22897/>
- Tummers, L. (2011). De spagaat van de GGZ en manieren om hieruit te komen. *ZM Magazine Boardroom ZORG*, 5, 12-14.

- Tummers, L.G, Bekkers, V., & Steijn, A.J. (2012a). Policy alienation of public professionals: A comparative case study of insurance physicians and secondary school teachers. *International Journal of Public Administration*, 35(4), 259-271.
- Tummers, L., Steijn, B., & Bekkers, V. (2012b). Explaining willingness of public professionals to implement public policies: Content, context, and personality characteristics. *Public Administration*, 90(3), 716-736.
- Tummers, L.G. (2012a). *Policy alienation: Analyzing the experiences of public professionals with new policies*. Rotterdam: Erasmus University.
- Tummers, L.G. (2012b). *Professionals zijn vervreemd van beleid*. Geraadpleegd op 27 maart 2017, van: <http://www.socialevraagstukken.nl/professionals-zijn-vervreemd-van-beleid-en-vinden-veranderingen-vaak-onzin/>
- Tummers, L.G. (2012c). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516-525.
- Tummers, L.G. (2012d). Beleidsvervreemding in de gezondheidszorg: De ervaringen van verloskundigen en echoscopisten met overheidsbeleid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 28(3), 332-352.
- Tummers, L. (2014). Verandermanagement en beleid: Waarom vertonen professionals weerstand tegen nieuw beleid? *Bestuurskunde*, 2014, 1-16.
- Tummers, L. G. (2015). *The effect of coping on job performance*. Paper gepresenteerd op de IRSPM Conference, Birmingham, Verenigd Koninkrijk. Geraadpleegd op 12 april, van: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/334863>
- Tummers, L. G. (2017), Bureaucracy and Policy Alienation. In A. Farazmand (ed.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance (3rd edition)*. Geraadpleegd op 3 juni 2017, van: <https://ssrn.com/abstract=2932240>
- Wagner, J. A. (1994). Participation's effects on performance and satisfaction: A reconsideration of research evidence. *The Academy of Management Review*, 19(2), 312-330.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., Hudy, M. J. (1997). Overall Job Satisfaction: How Good Are Single-Item Measures? *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 247-252
- Weber, M. (1978). Bureaucracy. In M. Weber (Ed.) *Economy and society* (pp. 956-1005). Londen: University of California Press.
- Werknemersinzorg.nl (2015). CAO GGZ 2015-2017. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van: <http://www.werknemersinzorg.nl/overzicht-inhoud/caos-en-ledentallen/cao-ggz-2011>
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (2007). Job satisfaction and psychological well-being as nonadditive predictors of workplace turnover. *Journal of management*, 33(2), 141-160.
- Zijl, M. (2006). *Economic and social consequences of temporary employment*. Amsterdam: Tinbergen Institute.
- Zorgvisie (2017, 28 maart). GGZ Nederland: 'Lever geen Rom-gegevens aan SBG'. Geraadpleegd op 22 mei 2017, van: <https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/nieuws/2017/3/ggz-nederland-lever-geenrom-gegevens-aan-sbg/>

BIJLAGE I: AFKORTINGENLIJST

Tabel 6
Veelgebruikte afkortingen

Afkorting	Uitleg
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DIS	Het landelijke DBC-Informatie Systeem
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
NPM	New Public Management
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
ROM	Routine Outcome Monitoring
SBG	Stichting Benchmark GGZ
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BIJLAGE II: VRAGENLIJST ROM EN WERKTEVREDENHEID

Bedankt voor uw interesse. Dit is een vragenlijst om de gevolgen van gebruik van het beleidsinstrument Routine Outcome Monitoring (ROM) op de werktevredenheid van zorgprofessionals te onderzoeken en duurt ongeveer 10 minuten.

U wordt gevraagd om deze vragenlijst alleen in te vullen indien u een hulpverlener bent die met ROM werkt (of heeft gewerkt) binnen de geestelijke gezondheidszorg. Onder de deelnemers wordt 2 x 1 toegangkaart voor de volgende editie van Meet the Xperts verloot. Wilt u hier kans op maken? Volg de instructies aan het eind van deze vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit vier delen: deel 1 (algemeen), deel 2 (ontwerp/invoering en werken met ROM), deel 3 (nut van ROM) en deel 4 (werktevredenheid).

Voor vragen en meer informatie kunt u mailen naar marije@astare.nl.

Deel 1: algemeen

1. Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man
- Wil niet zeggen

2. Wat is uw geboortjaar?

.....

3. Wat is uw functie?

- Arts
- Psychiater
- Psychodiagnostisch medewerker / psychologisch medewerker
- Psycholoog
- Psychotherapeut
- Sociotherapeut
- Verpleegkundige
- Anders, namelijk:

4. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- Basisschool / lager onderwijs
- Lager Beroepsonderwijs
- MAVO/VMBO

- HAVO/HBS
- VWO
- MBO
- HBO
- WO
- Anders, namelijk:

5. Voor welke GGZ-organisatie bent u werkzaam?

....

6. Hoeveel uur werkt u ongeveer gemiddeld per week? (exclusief reistijd)

- 0-5 uur
- 6-10 uur
- 11-15 uur
- 16-20 uur
- 21-25 uur
- 26-30 uur
- 31-35 uur
- 36-40 uur
- 41 uur of meer.

7. Wat voor een dienstverband heeft u? (Indien u meerdere dienstverbanden heeft, vink aan waaronder u de meeste uren werkt)

- Tijdelijk contract
- Uitzendbasis
- Vast contract
- ZZP
- Overige, namelijk:

8. Hoe vaak werkt u met ROM?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Een paar keer per jaar
- Ik werk niet meer met ROM.

9. Op welke manier bent u bij deze vragenlijst terecht gekomen?

- Via mijn werkgever/leidinggevende
- Via collega's

- 0 Sociale media (LinkedIn, Twitter of Facebook)
- 0 Overige, namelijk:

Deel 2 Ontwerp van ROM: Landelijk niveau

De volgende stellingen gaan over de mate waarin zorgprofessionals werden betrokken bij het ontwerp van ROM-instrumenten op landelijk niveau. Let op: de antwoordcategorieën zijn verdeeld over een schaal: 1 (helemaal niet mee eens) tot en met 5 (helemaal mee eens). Laat de vraag oningevuld indien u de stelling niet kunt invullen.

10. Naar mijn idee kregen zorgprofessionals te weinig macht om ROM te beïnvloeden.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

11. Op landelijk niveau konden zorgprofessionals meebeslissen hoe ROM werd opgezet.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

12. Gedurende het ontwerp van ROM, hebben politici/ambtenaren niet naar zorgprofessionals geluisterd.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

Heeft u opmerkingen over de toepassing van ROM op landelijk niveau? (optioneel)

....

Deel 2 Invoering van ROM: Organisatie

De volgende stellingen gaan over de mate waarin zorgprofessionals werden betrokken bij het ontwerp van ROM-instrumenten binnen de organisatie.

13. In mijn organisatie konden vooral de zorgprofessionals bepalen hoe ROM werd geïmplementeerd.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

14. Het management van mijn organisatie had zorgprofessionals meer moeten betrekken bij de uitwerking van ROM.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

15. Mijn collega-zorgprofessionals en ik stonden compleet machteloos tijdens de invoering van ROM in mijn organisatie.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

Heeft u opmerkingen over de toepassing van ROM binnen uw organisatie? (optioneel)

...

Deel 2 Werken met ROM

De volgende stellingen gaan over de mate waarin professionals vrijheid hebben om met ROM te werken.

16. Ik heb vrijheid om te beslissen hoe ik ROM gebruik.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

17. Wanneer ik werk met ROM, kan ik blijven voorzien in de behoeften van een cliënt.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

18. Wanneer ik met ROM werk, dien ik mij aan strenge procedures te houden.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

Heeft u opmerkingen over het werken met ROM? (optioneel)

...

Deel 3 Nut van ROM: Maatschappelijk

De volgende stellingen gaan over het maatschappelijke nut van het gebruik van ROM-vragenlijsten.

19. Ik denk dat gebruik van ROM op termijn zal leiden tot meer transparantie in de geestelijke gezondheidszorg.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

20. Ik denk dat ROM reeds heeft geleid tot meer transparantie in de geestelijke gezondheidszorg.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

21. Ik denk dat gebruik van ROM op termijn zal leiden tot betere kwaliteit van behandelingen.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

22. Ik denk dat ROM reeds heeft geleid tot betere kwaliteit van behandelingen.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

Heeft u opmerkingen over maatschappelijk nut van ROM? (optioneel)

...

Deel 3 Nut van ROM: Cliënt

De volgende stellingen gaan over het nut van gebruik van ROM-vragenlijsten voor de cliënt.

23. Dankzij gebruik van ROM, kan ik de problemen van mijn cliënt beter oplossen.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

24. ROM draagt bij aan het welzijn van mijn cliënt.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

25. Dankzij ROM kan ik nu cliënten efficiënter helpen dan voorheen.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

26. Ik denk dat ROM uiteindelijk gunstig is voor mijn cliënten.

1. Helemaal mee oneens	2.	3.	4.	5. Helemaal mee eens
0	0	0	0	0

Heeft u opmerkingen over het nut van ROM voor de cliënt? (optioneel)

...

Deel 4 Werktevredenheid

Ten slotte wordt er een stelling over uw werktevredenheid voorgelegd.

27. Al met al ben ik tevreden met mijn werk.

1: helemaal niet mee eens	2	3	4	5	6	7	8	9	10: Helemaal mee eens
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

...

Dankzij het invullen van de vragenlijst heeft u een bijdrage geleverd aan het onderzoek naar effecten van ROM op zorgprofessionals. Resultaten van deze vragenlijst worden gebruikt voor van mijn thesis van mijn masteropleiding sociologie. Bij vragen of opmerkingen kunt u een e-mail sturen naar marije@astare.nl.

Indien u wilt deelnemen aan de loting van een toegangskaart voor de volgende editie van Meet the Xperts, stuur dan een aparte mail met uw voornaam, achternaam en e-mailadres naar marije@astare.nl.

BIJLAGE III: ORIGINELE TEMPLATE VRAGENLIJST BELEIDSVERVREEMDING

Tabel 7

Originele template vragenlijst

Meetinstrumenten voor beleidsvervreemding

Strategische machteloosheid

1. Professionals hadden volgens mij veel te weinig macht om het beleid te beïnvloeden
2. Wij als professionals stonden compleet machteloos bij de invoering van het beleid
3. De professionals konden de ontwikkeling van het beleid op nationaal niveau (Minister, Ministerie, Tweede Kamer) helemaal niet beïnvloeden
4. Op landelijk niveau konden de professionals meebeslissen hoe het beleid werd opgezet (R)
5. Professionals hebben, via hun professionele verenigingen, actief meegedacht over de opzet van het beleid (R)
6. Politici hebben bij de opzet van het beleid helemaal niet geluisterd naar de professionals

Tactische machteloosheid

7. In mijn organisatie konden vooral professionals bepalen hoe het beleid werd uitgewerkt (R)
8. In mijn organisatie hebben professionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van het beleid (R)
9. Het management van mijn organisatie had de professionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van het beleid
10. Bij de invoering van het beleid werd er in mijn organisatie helemaal niet naar de professionals geluisterd
11. In mijn organisatie konden professionals meepraten over de uitwerking van het beleid (R)
12. Ik en mijn collega professionals stonden compleet machteloos bij de invoering van het beleid in mijn organisatie

Operationele machteloosheid

13. Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met het beleid omga (R)
14. Bij het werken met het beleid kan ik goed aansluiten op de behoeften van de cliënt (R)
15. Werken met het beleid voelt als een harnas waarin ik me niet goed kan bewegen
16. Als ik met het beleid werk moet ik me aan strakke procedures houden
17. Bij het werken met het beleid kan ik veel te weinig maatwerk voor mijn cliënten leveren
18. Bij het werken met het beleid kan ik mijn eigen afwegingen maken (R)

Zinloosheid voor de samenleving

19. Ik denk dat het beleid op de lange termijn leidt tot doel 1 (R)
20. Ik denk dat het beleid op de korte termijn leidt doel 1 (R)
21. Ik vind dat het beleid nu al heeft geleid tot doel 1 (R)
22. Alles bij elkaar genomen denk ik dat het beleid leidt tot doel 1 (R)

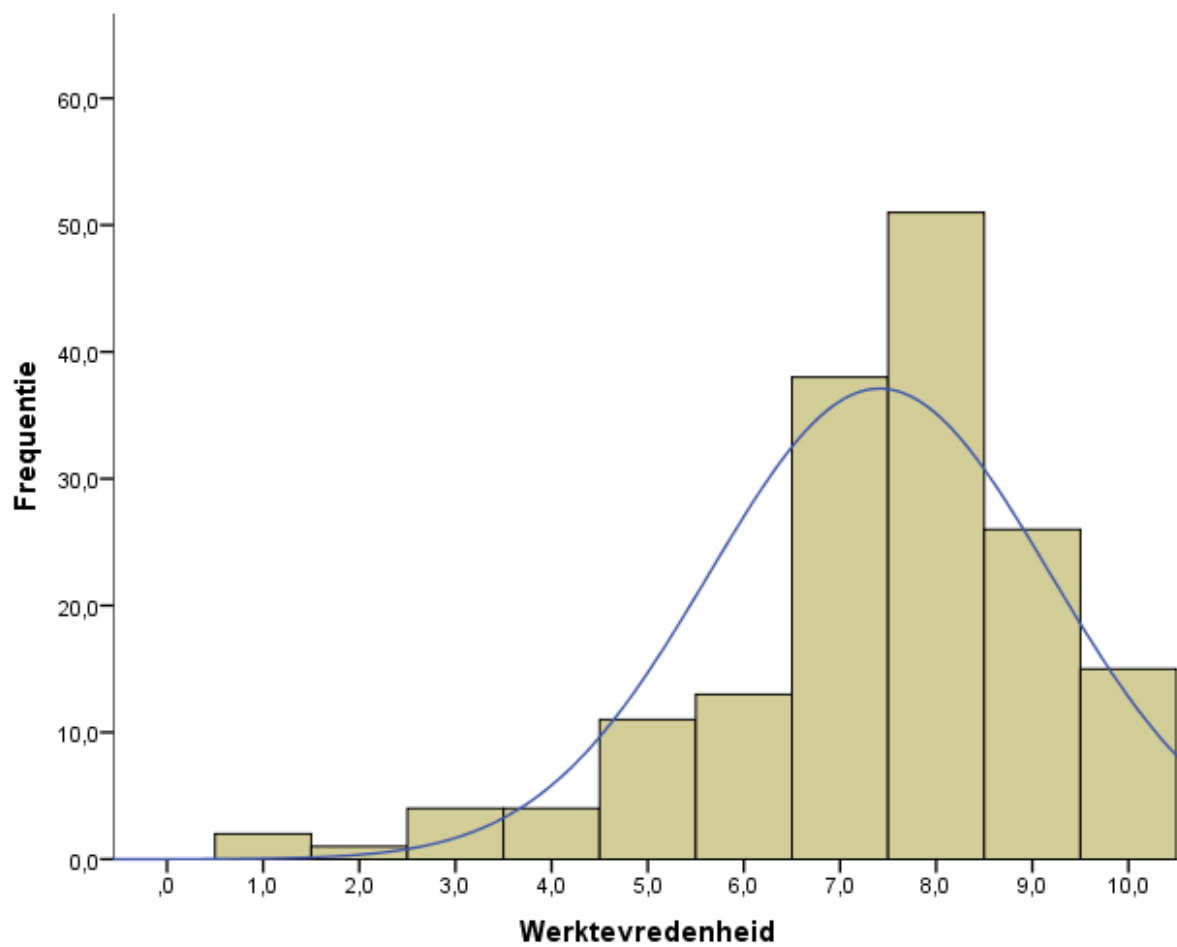
Zinloosheid voor de cliënten

23. Dankzij het beleid kan ik de problemen van mijn cliënten beter oplossen (R)
24. Het beleid is bevorderlijk voor het welzijn van mijn cliënten (R)
25. Het beleid zorgt ervoor dat ik cliënten efficiënter kan helpen dan hiervoor (R)
26. Ik denk dat het beleid uiteindelijk goed is voor mijn cliënten (R)

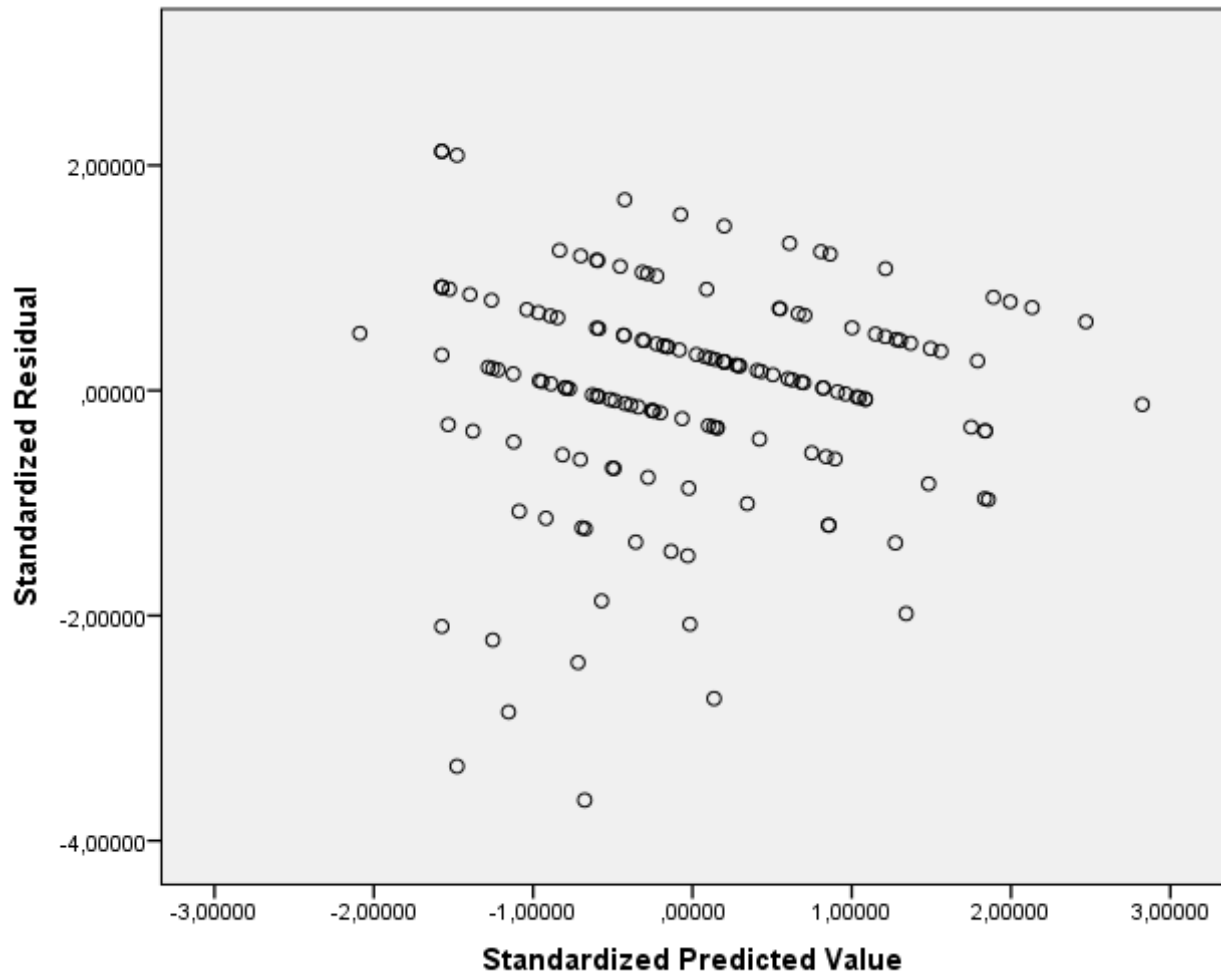
Sjablonen zijn onderstreept. Deze kunnen vervangen worden voor woorden die passen bij de specifieke casus.

Noof. Herdrukt van "Policy alienation: analyzing the experiences of public professionals with new policies" Door Tummers, L.G., 2012a, p. 307, Rotterdam: Erasmus University.

BIJLAGE IV: HISTORGRAM EN SCATTERPLOT



Figuur 2. Histogram



Figuur 3. Scatterplot

BIJLAGE V: ROBUSTNESS-CHECKS

Tabel 8

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven.
Controle-variabelen niet weergegeven.*

	Model I	
	<i>b</i>	(SE)
Intercept	10.914 (9.245, 12.662)	(1.053)
Beleidsvervreemding ¹³	-.602*** (-.874, -.330)	(.162)

Tabel 9

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse.
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven
Controle-variabelen niet weergegeven.*

	Model I	
	<i>b</i>	(SE)
Intercept	10.148 (8.2, 12.181)	(1.236)
Beleidsvervreemding ¹⁴	-.676*** (-.960, -.403)	(.169)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

¹³ De vereiste van de schaal van beleidsvervreemding is hierbij dat respondenten op alle 17 items een geldige score dienen te hebben.

¹⁴ De vereiste van de schaal van beleidsvervreemding is hierbij dat respondenten op één item geldige score dienen te hebben.

Tabel 10

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.237)
Strategische machteloosheid ¹⁵	-.309* (-.560, -.014)	(.165)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.304, .173)	(.147)
Operationele machteloosheid	-.330** (-.611, -.074)	(.161)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.047, .510)	(.177)
Cliënt-zinloosheid	-.243 (-.484, .030)	(.155)

Tabel 11

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.104	(1.248)
Strategische machteloosheid ¹⁶	-.287* (-.570, .030)	(.191)
Tactische machteloosheid	-.047 (-.283, .216)	(.147)
Operationele machteloosheid	-.3* (-.578, -.033)	(.167)
Maatschappelijke zinloosheid	.242 (-.065, .525)	(.177)
Cliënt-zinloosheid	-.265 (-.520, .024)	(.165)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

¹⁵ De vereiste van de schaal van strategische machteloosheid is hierbij dat respondenten op één item geldige scores dienen te hebben.

¹⁶ De vereiste van de schaal van strategische machteloosheid is hierbij dat respondenten op alle drie de items een geldige score dienen te hebben.

Tabel 12

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.275)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.586, -.017)	(.171)
Tactische machteloosheid ¹⁷	-.075 (-.313, .161)	(.143)
Operationele machteloosheid	-.330** (-.596, -.075)	(.159)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.058, .535)	(.181)
Cliënt-zinloosheid	-.243 (-.491, .031)	(.156)

Tabel 13

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.480	(1.231)
Strategische machteloosheid	-.295* (-.575, -.046)	(.187)
Tactische machteloosheid ¹⁸	-.074 (-.318, .18)	(.147)
Operationele machteloosheid	-.331* (-.609, -.054)	(.166)
Maatschappelijke zinloosheid	.271 (-.034, .592)	(.191)
Cliënt-zinloosheid	-.293 (-.536, .039)	(.156)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

¹⁷ De vereiste van de schaal van tactische machteloosheid is hierbij dat respondenten op één item geldige scoren dienen te hebben.

¹⁸ De vereiste van de schaal van tactische machteloosheid is hierbij dat respondenten op alle drie de items een geldige scoren dienen te hebben.

Tabel 14

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.280)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.586, -.024)	(.169)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.309, .193)	(.151)
Operationele machteloosheid ¹⁹	-.330** (-.623, -.065)	(.167)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.094, .548)	(.189)
Cliënt-zinloosheid	-.243 (-.5, .033)	(.170)

Tabel 15

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.260)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.576, -.007)	(.172)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.313, .171)	(.145)
Operationele machteloosheid ²⁰	-.330** (-.606, -.084)	(.164)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.045, .533)	(.178)
Cliënt-zinloosheid	-.243 (-.496, .039)	(.162)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

¹⁹ De vereiste van de schaal van operationele machteloosheid is hierbij dat respondenten op één item geldige scores dienen te hebben.

²⁰ De vereiste van de schaal van operationele machteloosheid is hierbij dat respondenten op alle drie de items een geldige scores dienen te hebben.

Tabel 16

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.235)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.570, -.015)	(.174)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.303, .174)	(.147)
Operationele machteloosheid	-.330** (-.612, -.075)	(.165)
Maatschappelijke zinloosheid ²¹	.246 (-.079, .553)	(.187)
Clïënt-zinloosheid	-.243 (-.490, .034)	(.160)

Tabel 17

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.987	(1.113)
Strategische machteloosheid	-.371** (-.616, -.113)	(.154)
Tactische machteloosheid	-.095 (-.324, .153)	(.146)
Operationele machteloosheid	-.277** (-.567, -.022)	(.165)
Maatschappelijke zinloosheid ²²	.292 (-.014, .564)	(.177)
Clïënt-zinloosheid	-.242 (-.449, .070)	(.161)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

²¹ De vereiste van de schaal van maatschappelijke zinloosheid is hierbij dat respondenten op één item geldige scores dienen te hebben.

²² De vereiste van de schaal van maatschappelijke zinloosheid is hierbij dat respondenten op alle vier de items een geldige score dienen te hebben.

Tabel 18

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.312)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.589, -.032)	(.172)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.307, .173)	(.146)
Operationele machteloosheid	-.330* (-.588, -.025)	(.166)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.05, .549)	(.180)
Cliënt-zinloosheid ²³	-.243 (-.495, .034)	(.162)

Tabel 19

*Robustness-check Resultaten regressieanalyse
Betrouwbaarheidsintervallen (90%) en standaardfout
gebaseerd op 1000 bootstrap-steekproeven. Controle-variabelen niet
weergegeven.*

	Model II	
	b	(SE)
Intercept	10.299	(1.308)
Strategische machteloosheid	-.309* (-.580, -.017)	(.170)
Tactische machteloosheid	-.075 (-.299, .169)	(.141)
Operationele machteloosheid	-.330** (-.620, -.077)	(.166)
Maatschappelijke zinloosheid	.246 (-.055, .529)	(.180)
Cliënt-zinloosheid ²⁴	-.243 (-.491, .047)	(.165)

Noot. * $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

²³ De vereiste van de schaal van cliënt-zinloosheid is hierbij dat respondenten op één item geldige scores dienen te hebben.

²⁴ De vereiste van de schaal van cliënt-zinloosheid is hierbij dat respondenten op alle vier de items een geldige score dienen te hebben.

BIJLAGE VI: OVERIGE RESULTATEN

In de vragenlijst was bij elke sub-dimensie een mogelijkheid voor respondenten om een opmerking kwijt te kunnen. Hoewel dit onderzoek zich vooral focust op kwantitatieve data, zou het zonde zijn om de informatie die op deze manier verzameld is niet te gebruiken. Deze informatie geeft geen antwoord op de onderzoeksvraag, maar heeft wel inzichten in redenen waarom professionals vervreemd raken van ROM. Dit is interessant is voor beleidsmakers, organisaties en zorgprofessionals. In bijlage VII staat een greep uit de opmerkingen die zorgprofessionals hebben gegeven. De ruimte om een opmerking in te vullen was niet verplicht. Zoals in het methoden-hoofdstuk staat beschreven, is deze informatie mogelijk niet representatief voor de rest van de steekproef.

Gekeken naar strategische machteloosheid, geven zorgprofessionals wisselende beschouwingen ten aanzien van de inhoud van ROM te hebben. Het gaat vooral het doel waarmee ROM nu is ingevoerd. Een respondent geeft bijvoorbeeld aan: “ROM dient als behandelondersteuning niet als managementcontrole”. Een andere respondent stelt: “Een aantal voorstanders hebben het bedacht en de rest móet volgen”.

De opmerkingen bij tactische machteloosheid zijn meer wisselend. Er wordt aangegeven dat sommige professionals wel inspraak hebben gehad bij de implementatie van ROM binnen hun organisatie. Een respondent schrijft: “Binnen mijn afdeling de HIC hebben we recent onze structuur van de ROM aangepast. Hierin hebben wij als verpleegkundige inspraak gehad over de indeling hiervan”. Een andere respondent geeft aan dat de landelijke verplichtstelling er juist voor heeft gezorgd dat er organisatieniveau geen invloed mogelijk was: “De professionals die de ROM hebben ingevoerd hebben de standaarden bedacht, op organisatieniveau was er geen sprake van invloed over hoe en wat en welke vragenlijst”.

Bij operationele machteloosheid gaven meerdere respondenten overeenkomende argumenten waarom ROM hun vrijheid inperkt. Het gaat volgens hun vooral ten koste van de tijd die zij eigenlijk aan de cliënt hadden willen besteden. Een respondent merkt op: ‘Patiënten ervaren het [ROM] als last en zien er geen meerwaarde in. Gaat af van effectieve FTF behandel tijd’.

Op de maatschappelijke en cliënt-zinloosheid werden ook wisselende commentaren gegeven. Er is een groep professionals die het voordeel zien van ROM voor de individuele cliënt, maar niet voor landelijk gebruik van deze informatie:

‘ROM heeft alleen nut op individueel niveau, want daar worden de data voor verzameld en gebruik zou daar dus ook toe beperkt moeten blijven. Als het gaat om groter gebruik dan is dat een goede reden om een wetenschappelijk goed opgezet onderzoek te doen. Niet zomaar data verzamelen en daarna pas beslissen wat je er mee gaat doen. Dat is mijns inziens een grove schending van de wetenschappelijke regels.’

Een andere professional denkt hier juist weer precies het tegenovergestelde over: 'Zoals gezegd; er is geen maatschappelijk nut: er zit een verdienmodel achter voor de ggz. Een goede en professionele behandeling is niet afhankelijk van een systematisch en gedwongen gebruik van een simpele klachtenlijst oftewel de ROM.'

Zoals gezegd dragen deze resultaten niet bij aan het beantwoorden aan de onderzoeksvraag: het geeft immers geen inzicht in de relatie tussen beleidsvervreemding en ROM. Het geeft wel meer informatie over de visie van een aantal zorgprofessionals ten aanzien van ROM.

BIJLAGE VII: OPMERKINGEN PROFESSIONALS

Een greep uit de opmerkingen die in de vrije ruimte van de vragenlijst zijn gegeven, geselecteerd op basis van relevantie. De respondenten die de moeite hebben genomen deze vrije ruimte in te vullen, zullen waarschijnlijk een bepaalde houding ten aanzien van het beleid hebben.

Strategische machteloosheid

- ROM is iets dat een individuele professional kan helpen om inzicht te krijgen in het behandel- of herstelproces en dient niet gebruikt te worden om kwaliteit van zorg te monitoren. Doorgaans worden appels met peren vergeleken
- Voel me in een spagaat tussen 'verplicht rommen' en de client moeten vertellen dat hun gegevens gebruikt gaan worden. Heb idee dat ik ze moet misleiden om aan mijn quotum van Rommers te komen.
- ROM dient als behandelondersteuning niet als management controle
- ROM als 'meet-instrument' van het therapeutisch proces is invalide waanzin
- Meten is weten, maar niet ten kosten van privacy en niet met ondeugdelijke en verplichte testbatterij.
- Het wordt top down opgelegd, en is niet mijn eigen keuze/beslissing
- Het regelmatig uitvoeren van metingen ondersteun ik. Het verplicht aanleveren van deze data aan landelijke systemen gaat regelrecht in tegen mijn beroepscode.
- Op individueel niveau zou ik me eventueel kunnen voorstellen dat voor en nametingen nut kunnen hebben, hoewel ik van mening ben, dat je dat ook en beter op andere manieren kunt meten. Door de manier waarop het hele ROM systeem is opgesteld kun je echter geen zinvolle/ valide resultaten genereren op landelijk niveau. Destijds had ik de keuze uit wel 40 vragenlijsten. Nu is dat weliswaar beperkt tot ongeveer 4, maar ook dan is er sprake van appels en peren vergelijken. Ook de privacy van cliënten is onvoldoende gewaarborgd door de koppeling van ROM aan administratieprogramma's.
- Een aantal voorstanders hebben het bedacht en de rest móet volgen
- Goede ontwikkeling
- Niet goed uitgekristalliseerd, meerdere vragenlijsten.

Tactische machteloosheid:

- "Het moet omdat het eis is van de zorgverzekeraar" is de tendens op de werkvloer
- Het dwangmatig karakter geeft weerstand.
- Binnen mijn afdeling de HIC hebben we recent onze structuur van de ROM aangepast. Hierin hebben wij als verpleegkundige inspraak gehad over de indeling hiervan.

- Als zzp-er ben ik gehouden aan de eisen gesteld in het kwaliteitsstatuut en dus dien ik te ROMmen. Zonder kwaliteitsstatuut kan mijn praktijk niet bestaan. Er is dus geen sprake van enige keuze om ROM wel of niet te implementeren.
- De professionals die de ROM hebben ingevoerd hebben de standaarden bedacht, op organisatie niveau was er geen sprake van invloed over hoe en wat en welke vragenlijst.
- Nee, we zijn er wel bij betrokken geweest

Operationele machteloosheid:

- Er zouden meer op de zorgpraktijk gerichte vragenlijsten ontwikkeld moeten worden, waarbij therapeut en patiënt samen het gevoel hebben dat zij het behandelproces goed kunnen evalueren.
- Kost veel teveel tijd die ik beter had kunnen besteden aan zorg
- Kost tijd en energie, daardoor minder over voor patiëntcontact
- met de ROM werken is op zich goed en kan heel goed helpen om duidelijk bij patienten te krijgen bij de problemen die zij ervaren en vandaar uit een hulpvraag te creëren
- Patienten ervaren het als last en zien er geen meerwaarde in. Gaat af van effectieve FTF behandeltime.
- Ik voel geen volledige vrijheid vanwege de contracten met de verzekeraars die mij quota opleggen
- Er zitten zeker goede kanten aan het ROMen. Ik loop alleen tegen de starheid van het moeten ROMen aan (het is een doel geworden en geen middel).

Maatschappelijke zinloosheid

- Als de ROM goed gebruikt wordt kan het de kwaliteit en kwantiteit van zorg zeker positief beïnvloeden
- in potentie kan ROM een goed instrument zijn, wat mij betreft staat de kwaliteit van de gebruikte instrumenten ter discussie en welke conclusie worden opgehangen aan uitkomsten van deze instrumenten
- Onzinnig gebruik van vragenlijsten leidt alleen maar tot meer papierdiarree
- ROM gaat ten koste van patiententijd en dus ten koste van kwaliteit. Wetenschappelijk is ROM niet onderbouwd. Het maakt de DBC duurder en dus de kostprijs van therapie hoger. Het heeft niets met transparantie te maken.
- Het geeft schijn-zekerheid, het draagt bij aan beheersbaarheid ipv kwaliteit van zorg.
- Geen maatschappelijk nut, schijncontrole en schijn kwaliteit. Wel nut voor ind. cliënt.
- Nut absoluut, maar niet via ROM, transparantie ja, maar niet met de beperkte ROM
- ROM heeft alleen nut op individueel niveau, want daar worden de data voor verzameld en gebruik zou daar dus ook toe beperkt moeten blijven. Als het gaat om groter gebruik dan is dat een goede reden om een wetenschappelijk goed opgezet onderzoek te doen. Niet

zomaar data verzamelen en daarna pas beslissen wat je er mee gaat doen. Dat is mijns inziens een grove schending van de wetenschappelijke regels.

- Zoals gezegd; er is geen maatschappelijk nut: er zit een verdien model achter voor de ggz. Een goede en professionele behandeling is niet afhankelijk van een systematisch en gedwongen gebruik van een simpele klachtenlijst oftewel de ROM.

Cliënt-zinloosheid

- Therapie gaat over wat de patiënt meemaakt en raakt in zijn leven. Het gaat niet over de uitslag van een ROM-meting.
- Slechts een heel enkele cliënt is geïnteresseerd in de uitkomsten. De meesten ervaren het invullen van de lijsten als een onnodige belasting.
- effectmeting is zinvol als het werkelijk iets zegt over veranderingen die plaats vinden in een behandelproces. Met ROM is niet voldoende onderzocht wat er gemeten wordt en wat het zegt over de voortgang van een psychotherapie, in algemene zin.
- Het wordt niet op maat gesneden, waardoor het voor veel patienten bureaucratisch is en niet van toepassing. Bijv vanwege laag IQ, bijkomende problemen en is het vaak niet relevant.
- Elk patient contact is een evaluatief moment. De ROM vragen zijn kunstmatig en begrenzend/gesloten.
- indien er goede ROM lijsten zijn ja, anders is het enkel een bureaucratische draak
- Rom is het vervormen van de klacht van de klant naar ons systeem in plaats van het verhaal van de klant. Het is een nep waarheid.
- Clienten melden vaak het vervelend te vinden steeds weer (dezelfde) vragenlijsten te moeten invullen; zij zien de meerwaarde er niet van in (ik evenmin)
- Als we inhoudelijk kunnen besluiten welke vragenlijsten zinvol zijn, dan kan het zinvol zijn voor cliënten!
- Ik wordt als vpk ingezet om mensen aan te sporen om de ROMlijsten in te vullen maar merk nooit dat de behandelaar de uitkomsten bekijkt, laat staan gebruikt in de behandeling. Doe het dus eigenlijk alleen voor de Benchmark. Protest daartegen werd aan de kant geschoven: het moet anders krijgen we minder geld van de verzekeraar en dan staat ook jouw baan op de tocht.... Nut voor de cliënt zie ik dus niet, wel veel stress vanwege het moeten invullen.