

# De professional als regisseur

*Een onderzoek naar de regisserende professional binnen de Geestelijke  
Gezondheidszorg*



Masterscriptie  
Naam: Jeroen Bronswijk  
Datum: 3-7-2017  
Plaats: Utrecht



**Universiteit Utrecht**

raad voor **V**olksgezondheid en  
**S**amenleving

# De professional als regisseur

*Een onderzoek naar de regisserende professional binnen de GGZ*

Masterscriptie Publiek Management

## **Naam**

Jeroen Bronswijk

3768295

## **Datum**

3-7-2017, Utrecht

## **Opleiding**

Master Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap

Universiteit Utrecht

## **Begeleiders**

Eerste begeleider: Jurriaan Jacobs

Tweede begeleider: Mirko Noordegraaf

Stagebegeleider: Evert Schot

Stageorganisatie: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

## Voorwoord

De afgelopen maanden heb ik mij verdiept in de regietaken van professionals binnen de specialistische Geestelijke Gezondheidszorg. In een lange, maar interessante ontdekkingstocht ben ik meer te weten gekomen over het werk van professionals in de zorg, hoe ze omgaan met nieuwe, regisserende taken en welke competenties daarop van invloed zijn. De begrippen coping, regisserende professionaliteit en nieuwe competenties heb ik onderzocht en ik heb daarover een eigen empirisch en wetenschappelijke bijdrage mogen formuleren. Deze masterscriptie is daar het resultaat van.

Half november had ik een eerste gesprek voor een onderzoeksstage bij de Raad van Volksgezondheid en Samenleving. Wat daarna volgde is een leerzame tijd bij een boeiende organisatie. Tijdens het schrijven van mijn scriptie heb ik veel mogen zien en leren over veranderingen in de zorg en de daarbij behorende uitdagingen voor de toekomst. Ik heb daar zelf mijn bijdrage mogen leveren door te kijken naar het regiebehandelaarschap in de GGZ. Interviews met psychiaters, klinisch psychologen, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten brachten mij bij verschillende GGZ-instellingen in Zoetermeer, Zwolle, Eindhoven, Tilburg en Amsterdam. Daarna volgde een periode van zwoegen waarin alle interviews verwerkt en geanalyseerd moesten worden. De tussentijdse tutorgroepen met mijn scriptiebegeleider waren daarin enerzijds een verademing, om even uit de cocon te stappen van het staren naar een laptopscherm. Anderzijds boden ze altijd goede feedback en energie om weer verder te gaan met stappen die genomen moesten worden om tot deze scriptie te komen.

Ik wil daarom allereerst mijn eerste en tweede scriptiebegeleider Jurriaan Jacobs en Mirko Noordeggraaf bedanken voor de zeer prettige begeleiding en nuttige kritieken vanaf het onderzoeksvoorstel tot de conceptscriptie. Daarnaast wil ik ook mijn stagebegeleider Evert Schot bedanken. Altijd bereid tot een brainstorm en welwillend om mee te kijken naar mijn scriptie. Ik heb veel mogen meedenken en meehelpen met het project rondom Netwerkgzorg en een toffe en leerzame stage mogen volgen bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Ik wil ook graag de Parnassia Groep Zoetermeer bedanken voor de bereidwilligheid tot het verlenen van interviews. Zonder deze medewerking was de dataverzameling een stuk lastiger geweest.

Met deze scriptie komt nu een einde aan mijn studententijd aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap. Ik heb tijdens mijn studiejaren veel mogen leren en zal dit blijven doen, maar dan het in het werkende leven.

Jeroen Bronswijk

3 juli 2017

## Samenvatting

Sinds 1 januari 2017 is het regiebehandelaarschap ingevoerd. Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voeren, naast inhoudelijke taken, nu ook meer, procesmatige taken uit. Dit zijn professionals van nature niet gewend. Het is op dit moment niet duidelijk hoe de professional omgaat met deze verandering naar een meer hybride, organiserende rol (Mcgivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015), en op welke wijze de professional deze regisserende rol beter zou kunnen invullen.

In de regierol zal de professional het werk van anderen gaan organiseren. Het organiseren van werk wordt steeds meer onderdeel van het werk de professional, de *organiserende professionaliteit* wordt steeds zichtbaarder. Professionals nemen hierin het organisatorische aspect van het werk serieus en werken steeds meer met anderen samen, werken in teams, sluiten aan op netwerken en gaan op zoek naar netwerken om te leren. (Noordegraaf & Siderius, 2016). Organiserende professionals nemen organiseren serieus en zijn in staat hun werk zelf vorm te geven. Echter, in dit onderzoek organiseert de professional niet alleen, maar regisseert ook andermans taken binnen een behandelproces.

Een regisserende professional neemt organiseren van werk serieus, is in staat het eigen werk en het werk van andere professionals zelf vorm te geven en begeleidt en ondersteunt het netwerk. Hiervoor zal de professional regisserende competenties gaan ontwikkelen en proactieve copingstijlen gaan gebruiken. De professional zal meer regisserend vermogen ontwikkelen. Dit is het op een proactieve manier omgaan met proces gerelateerde verwachtingen, opgaven en lasten, die dynamische omgevingen en stakeholders met zich mee brengen.

Regisserend vermogen kent in dit onderzoek drie bronnen. Dit zijn motivatie, training en opleiding, en netwerken. Naast deze drie bronnen heeft de copingstijl ook invloed op de het aannemen van regisserende rollen. Allereerst kent het begrip motivatie een autonome motivatie, waarin een professional die vanuit waarden of vanuit intrinsiek plezier in het werk gemotiveerd is zijn best doen. Daarnaast kent de professional public service motivatie, waarin een professional veel waarde hecht aan bijdragen aan de maatschappij. Ten tweede kan training en opleiding de professional steunen om in een regisserende rol te komen. Door middel van training en opleiding kan de professional regisserende competenties ontwikkelen, zoals coördineren, communiceren en leiderschapscompetenties. Ten derde kunnen netwerken de professional helpen om in de regisserende rol te groeien. Hiervoor zijn goede contacten met collega's (feedback vragen, steun organiseren) belangrijk en goede contacten met stakeholders (transparante houding, focus op samenwerken). Als laatste kan het type copingstijl het omgaan met een regisserende rol positief of negatief beïnvloeden. Bij een proactieve copingstijl neemt professional actieve en anticiperende stappen om toekomstige onzekere situaties omtrent de regisserende rol te voorkomen. Bij een reactieve copingstijl reageert pas ná de verandering en vanuit een ontstane situatie omtrent de regisserende rol.

Uit de interviews en analyse die daarop volgen blijkt de motivatie, training en opleiding en netwerken inderdaad een de professional kan helpen in het aannemen van een regisserende rol, tevens blijkt dat zij daar ook belemmeringen in ervaren.

### *Motivatie*

Allereerst blijkt dat meer autonomie de professional ook echt helpt om de professional te motiveren voor het aannemen van de regierol. Daarnaast motiveert duidelijkere regisserende verantwoordelijkheden om ze uit te voeren. Het plichtsbesef speelt daarin een belangrijke rol. De tijds- en prioriteitsdilemma's die professionals veel ervaren, kunnen de regierol nog wel belemmeren, omdat professionals meer gemotiveerd zijn voor inhoudelijke taken dan voor procesmatige taken. Deze public-service motivatie kan zodoende een belemmering vormen in het aannemen van een regisserende rol.

### *Training en opleiding*

Professionals bij wie coördinerende taken in hun opleiding aan bod zijn gekomen, geven aan deze regierol makkelijker te kunnen uitvoeren. Professionals die hier niet in opgeleid zijn hebben daar meer moeite mee. Psychiaters geven daarnaast aan dat de professional met de hoogste opleiding idealiter de regie krijgt, en dan bedoelen zij de inhoudelijke regie. Dit creëert een spanningsveld omdat door de regierol procesmatige taken niet zomaar weggeschoven kunnen worden.

### *Netwerken*

In contact en omgang met collega's is het ontbreken van een feedbackcultuur een belemmering voor het oppakken van de regierol. Terwijl juist het vermogen om de eigen zwaktes te kennen en daarvoor collega's in te schakelen op een positieve manier bijdraagt aan het oppakken van de regisserende rol. Een sterke socialisatie maakt het aansturing van hoger opgeleiden en meer ervaren collega's lastig voor de regisserende professional. Als laatste ervaart men de doorgesloten verantwoording naar stakeholders lastig. Transparantie vindt men belangrijk, maar doordat GGZ-professionals thans langs opgelegde normen ervaren te werken voelen deze zich beklemd en kunnen ze niet ten volle hun regierol uitvoeren. Wanneer professionals kijken naar competenties duiden zij vooral de helikopterview als essentieel: het overzicht hebben en houden van de (soms complexe) behandeling. Coördinerende en communicatieve competenties worden herkend, en door respondenten aangevuld met administratieve competenties en besluitvaardig zijn.

### *Coping*

Professionals hebben zowel proactieve als negatieve copingstijlen gebruikt in het omgaan met de nieuwe regierol. Met name professionals waarvoor de regieverantwoordelijkheid nieuw is, gebruiken proactieve coping stijlen. Voor professional die al hoofdbehandelaar was, zijn meer reactieve stijlen zichtbaar. Door tijdsdruk hebben ze geen moment genomen om zich goed voor te bereiden. Ook de onduidelijkheid vanuit de organisatie over de nieuwe functie draagt bij aan de reactieve omgang met de nieuwe uitdaging. Als laatste punt geven respondenten aan dat ze door veranderbaarheid reactief omgaan met het aannemen van deze nieuwe rol.

De GGZ-professionals nemen regisserende rollen verschillend aan. Wanneer zij meer gemotiveerd zijn voor het proces, hier prioriteit aangeven, nog beter opgeleid worden in regisserende taken en meer gebruik durven te maken van het netwerk van collega's, zullen zij nog beter toegerust zijn om deze regisserende rol uit te voeren.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Nieuwe taak professional .....	10
1.3 Probleemstelling.....	10
1.3.1 Doelstelling.....	11
1.3.2 Vraagstelling.....	11
1.3.3 Deelvragen.....	11
1.4 Perspectief en aanpak .....	12
1.5 Relevantie.....	12
1.5.1 Wetenschappelijke relevantie .....	12
1.5.2 Maatschappelijke relevantie .....	13
1.6 Leeswijzer .....	14
2. Veranderende context in de GGZ.....	15
2.1 Inleiding .....	15
2.2 De Geestelijke Gezondheidszorg.....	15
2.3 GGZ-professionals in transitie .....	16
2.3.1 Meer cliënten, meer administratieve druk voor professionals.....	16
2.3.2 Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar.....	17
2.4 GGZ-professionals en competenties.....	19
2.5 Conclusie .....	19
3. De regisserende professional: naar regisserend vermogen.....	20
3.1 Inleiding .....	20
3.2 De klassieke professional .....	20
3.2.1 Typen professionals.....	22
3.3 Eerste ontwikkeling: De hybride professional .....	23
3.4 Tweede ontwikkeling: De organiserende professional .....	24
3.5 Nieuwe ontwikkeling: De regisserende professional .....	26
3.5.1 Regisserende competenties.....	26
3.6 Coping onder professionals.....	28
3.7 Bronnen voor regisserend vermogen.....	31
3.8 Conclusie.....	32
4. Onderzoeksaanpak.....	34
4.1 Inleiding .....	34
4.2 Onderzoeksstrategie .....	34

4.2.1	Interpretatief onderzoek.....	34
4.2.2	Inductief onderzoek.....	34
4.2.3	Case Study.....	35
4.3	Methoden van dataverzameling.....	35
4.3.1	Deskresearch.....	36
4.3.2	Oriënterende interviews.....	36
4.3.3	Semi-gestructureerde interviews.....	36
4.4	Selectie cases & respondenten.....	37
4.5	Methode van data-analyse.....	38
4.6	Kwaliteitscriteria.....	39
4.6.1	Betrouwbaarheid.....	39
4.6.2	Validiteit.....	40
4.7	Operationalisering.....	40
4.8	Conclusie.....	42
5.	Resultaten.....	43
5.1	Inleiding.....	43
5.2	Motivatie van de professional.....	43
5.2.1	Factoren die de motivatie voor regietaak bevorderen.....	43
5.2.2	Factoren die motivatie voor regietaak belemmeren.....	45
5.3	Training & Opleiding.....	47
5.3.1	Regisserende taak vergemakkelijkt door opleiding.....	47
5.3.2	Geen opleiding in regierol belemmert regisserende taak.....	47
5.3.3	Hoogste opleiding moet inhoudelijke regie voeren.....	48
5.3.4	Competenties die bijdragen aan regisserend vermogen.....	48
5.4	Netwerken.....	51
5.4.1	Stimulerende factoren.....	51
5.4.2	Belemmerende factoren.....	52
5.5	Coping.....	55
5.5.1	Proactieve stijlen.....	55
5.5.2	Reactieve stijlen.....	57
5.6	Conclusie.....	58
6.	Conclusie.....	61
6.1	Inleiding.....	61
6.2	Beantwoording hoofdvraag en deelvragen.....	61
6.2.1	Beantwoording theoretische deelvragen.....	61
6.2.2	Beantwoording empirische deelvragen.....	63
6.2.3	Beantwoording hoofdvraag.....	66

6.3 Aanbevelingen.....	68
6.3.1 Praktische aanbevelingen .....	68
6.3.2 Theoretische aanbevelingen .....	70
6.4 Discussie.....	71
6.4.1 Wetenschappelijke duiding.....	71
6.4.2 Kritische reflectie .....	72
6.5 Slotwoord .....	73
Bijlage 1 Topiclijst Regiebehandelaarschap.....	81
Bijlage 2 Codeboom .....	82



## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

*De heer De Groot werkt al 10 jaar als GZ-psycholoog binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Overdag heeft hij afspraken staan met zijn cliënten. Omdat er hoge wachtlijsten zijn, probeert hij zijn uren zoveel mogelijk aan deze cliënten te besteden. De resterende uren gaan in zijn geheel op aan teamoverleggen en het invoeren van administratie. Sinds 1 januari is hij nu ook regiebehandelaar. Dit maakt dat hij vanuit een regierol collega's moet controleren en het hele proces van de cliënt coördineert. De heer De Groot is opgeleid als zelfstandig specialist, niet als manager. Op welke manier kan hij zijn collega's aansturen? En waar haalt hij de tijd vandaan naast alle reguliere taken? De heer De Groot weet het niet.*

Naar aanleiding van het uitkomen van het adviesrapport van de commissie Meurs (2015) heeft de professional een vernieuwde rol gekregen in de GGZ. De professional krijgt meer regisserende taken. Naast de 'klassieke' inhoudelijke taken - de behandeling geven aan de patiënt - focust de zorgprofessional zich meer op procesmatige taken, zoals bijvoorbeeld het coördineren en aansturen van het behandelproces (Commissie Meurs, 2015). Dit valt binnen een bredere trend van een nieuwe *hybride* vorm van professionaliteit (McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015). Professionals zijn echter niet als vanzelf opgewassen tegen en geëquipeerd voor de nieuwe taken die op ze afkomen (Noordegraaf, 2016). Dit levert veel vragen op over hoe deze professional in de regierol moet acteren, zonder een hiërarchische manager te worden (Foeken, 2015). Het is onduidelijk voor professionals hoe ze deze regierol moeten invullen en welke competenties daarvoor nodig zijn. Hier lijkt de huidige professional niet op voorbereid (Foeken, 2015). De professional ontwikkelt nieuwe, niet inhoudelijke competenties om zijn eigen professionele werk goed te kunnen blijven uitvoeren. Het is op dit moment onduidelijk welke competenties dit zijn (Noordegraaf, 2016) en hoe de professional proactief omgaat met de verandering van zijn professionele taak (Noordegraaf, van Loon, Heerma en Weggemans, 2015).

Begin 2017 is in de GGZ de omslag gemaakt van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar. De term regie past beter bij wat de hoofdbehandelaar uitvoert, zo is de gedachte (Commissie Meurs, 2015). De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het *proces* van de behandeling. De professional moet bovenop de inhoudelijke taken ook veel procesmatige taken gaan uitvoeren: de regiebehandelaar coördineert, is het eerste aanspreekpunt voor de cliënt, draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces, spant zich in voor een goede samenwerking en afstemming, zorgt dat hij en de andere betrokken behandelaren elkaar treffen ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan en draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens verwanten. Ook laat de regiebehandelaar zich informeren, heeft een doorslaggevende stem en zorgt voor een periodieke evaluatie met collega's (Kwaliteitsstatuut, 2016). Dit betekent dat de professional meer regietaken krijgt en de zorg voor multiprobleem cliënten met verschillende stakeholders gaat coördineren. Dit past binnen een bredere trend waarin er meer eisen worden gesteld aan de zorgprofessionals. Zorgprofessionals moeten - en kunnen - het heft meer in eigen hand nemen, met een breder besef van context en dilemma's, meer 'in the lead' zijn en regisseren (Noordegraaf, 2016).

## 1.2 Nieuwe taak professional

Omdat de professional geacht wordt steeds meer regisserende taken op zich te nemen, is de professional ook steeds meer teamspeler, waarin professionaliteit zich niet op het individu uit, maar op wat je als team voor elkaar krijgt. Ook wordt de professional geacht steeds proactiever te zijn in het oppakken van zijn taak. Al deze veranderingen gelden ook in de Geestelijke Gezondheidszorg (Noordegraaf, 2016). Er is een omslag gaande binnen de zorgsector, waarin niet-inhoudelijke competenties worden geëist om als professional je werk te kunnen blijven doen (Noordegraaf, 2016).

De professional in de functie van regiebehandelaar voert extra taken uit en moet daarmee ook andere competenties hebben waar ze in eerste instantie niet voor zijn opgeleid en aangenomen (Noordegraaf, 2016). Deze nieuwe taken vervullen sommigen professionals nog met tegenzin (Hallier & Forbes, 2004) of ze verzetten zich er zelfs tegen (Iedema et al., 2004). Professionals zijn namelijk gewend om autonoom te werk te gaan en hebben hun eigen specialismen waar ze op gefocust zijn (de Bruijn, 2011). Het regiebehandelaarschap veronderstelt dat andere professionals inzicht hebben in en invloed hebben op wat de professional doet.

Bovendien worden deze nieuwe taken geëist zonder dat er andere taken voor ingeleverd worden. Deze coördinerende en regisserende taken moeten door professionals worden toegepast zonder dat daar tijd voor wordt vrijgemaakt in hun professie. Op deze manier moeten professionals binnen hun eigen taken nieuwe en onbekende competenties ontwikkelen. De professional staat dus voor een grote uitdaging waarin de eigen professionaliteit wordt herijkt. Het gaat van een autonome naar organiserende professionaliteit (Noordegraaf & Siderius, 2016).

## 1.3 Probleemstelling

Het is op dit moment niet duidelijk hoe de professional omgaat met deze verandering naar een meer hybride rol (McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015) en op welke wijze de professional deze rol beter zou kunnen invullen. Dit geldt in sterke mate ook voor de functie van regiebehandelaar. Het 'waarom' van de verandering is al meer duidelijk geworden, maar 'hoe' de professional dit invult nog niet (Kuhlmann et al., 2013). De professional heeft een nieuwe taak in onder andere het coördineren en aansturen, maar hij heeft weinig handvatten hoe dit te doen. Daarom richt dit onderzoek zich op het verkrijgen van inzicht in hoe het regiebehandelaarschap vorm krijgt in de dagelijkse praktijk.

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe de professionals omgaan met deze nieuwe uitdagingen. Meer specifiek ligt de focus van het onderzoek op de volgende aspecten. Hoe gaan de professionals om met hun nieuwe regiefunctie, welke factoren dragen er aan bij om die regiefunctie te kunnen vervullen, welke competenties denken ze zelf daarvoor nodig te hebben en hoe kunnen en willen ze die nieuwe competenties vormgeven.

### 1.3.1 Doelstelling

In dit onderzoek wordt naar het regiebehandelaarschap in de publieke sector gekeken door middel van een casestudy binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de eerste plaats wil dit onderzoek duidelijk maken op welke manier professionals omgaan met een nieuwe taak, in dit geval het regiebehandelaarschap, waarmee de professional acteert als regisserende professional. In de tweede plaats wil dit onderzoek inzicht geven in wat de professional nodig heeft om die regisserende rol te kunnen vervullen. In dit onderzoek staan daarbij de bronnen en hulpmiddelen centraal die het vermogen om te regisseren beïnvloeden. Daarnaast wordt gekeken naar de competenties die passen bij de nieuwe functie van de professional als regiebehandelaar. In de derde plaats richt het onderzoek zich op de vraag in hoeverre de professional zich op dit moment voldoende toegerust voelt voor deze taak.

### 1.3.2 Vraagstelling

Vanuit de zojuist gestelde probleem- en doelstelling staat de volgende vraag centraal in dit onderzoek:

*Op welke wijze gaan GGZ-professionals om met regisserende taken en in hoeverre zijn zij daar voldoende voor toegerust?*

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn er diverse deelvragen opgesteld. Deze deelvragen worden beantwoord aan de hand van de literatuur (hoofdstuk 3) en van de verzamelde data (hoofdstuk 5).

### 1.3.3 Deelvragen

Om de hoofdvraag te beantwoorden worden de verschillende elementen uit deze hoofdvraag onderverdeeld in diverse deelvragen. Deze deelvragen worden beantwoord door elementen uit de wetenschappelijke literatuur en door de antwoorden van de respondenten. Er staan drie kernbegrippen centraal in dit onderzoek. Dit zijn *regisserende professionaliteit*, *de regierol* en *omgaan met nieuwe uitdagingen*. De regisserende professionaliteit is specifiek gericht op de nieuwe regierol en de invloed van de nieuwe regierol op de ‘klassieke’ professionaliteit.

#### *Theoretische deelvragen*

- *Wat is een regisserende professional?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen in welke ontwikkeling de (zorg)professional heeft doorgemaakt en welke theoretische concepten horen bij de professional als regisseur.

- *Hoe kan een professional een regisserende rol aannemen?*

Door middel van deze vraag wil het onderzoek te weten komen hoe de professional op basis van de literatuur een regisserende rol kan aannemen en welke factoren professionals helpen een regierol in te zetten en welke factoren dat belemmeren.

### *Empirische deelvragen*

- *Welke factoren beïnvloeden GGZ-professionals bij het aannemen van een regisserende rol?*

Door middel van deze vraag wil het onderzoek te weten komen hoe de professionals in de GGZ regie voeren en welke factoren hen helpen een regierol in te zetten en welke factoren dat belemmeren.

- *Welke competenties hebben GGZ-professionals daarvoor nodig?*

Aan de hand van deze vraag wordt inzichtelijk hoe de regiebehandelaar naar zijn competenties kijkt, welke competenties nodig worden geacht en in hoeverre deze competenties al ontwikkeld zijn door deze professionals.

- *Hoe gaan GGZ-professionals met hun veranderende rol om?*

Door middel van deze vragen te beantwoorden wordt inzichtelijk hoe professionals omgaan met een nieuwe rol en uitdaging in de organisatie. Daarnaast wordt ook inzichtelijk wat daarop van invloed is.

### **1.4 Perspectief en aanpak**

Deze scriptie onderzoekt de ontwikkelingen rond het kernbegrip professionaliteit. Dit onderzoek kijkt niet naar de wenselijkheid of het nut van een regisserende professional. Dit onderzoek gaat niet over de invulling van het totale werk van de professional inclusief de regierol. Dit onderzoek kijkt enkel naar de regierol van de professional, hoe hij deze regierol uitvoert en waar hij daarbij tegen aanloopt. Deze keuze is gemaakt omdat dit onderzoeksdomein nog relatief nieuw is en er nog weinig is gekeken naar de invulling van een regierol. Dit onderzoek past binnen de wetenschappelijke ontwikkeling van de hernieuwde professionaliteit in het publieke domein, specifiek gericht op de GGZ.

Allereerst wordt de hernieuwde professionaliteit beschreven. De klassieke professional wordt geacht meer en meer een organiserende professional te worden. Vervolgens wordt de koppeling gemaakt naar de regisserende professional. Daarna beschrijft dit onderzoek welke competenties de regisserende professional moet hebben op basis van de vernieuwende professionaliteit met de regisserende taken. De professional kan niet zomaar in een regisserende rol stappen, hiervoor zal hij een regisserend vermogen moeten ontwikkelen. Dit wordt toegelicht aan de hand van de diverse copingstijlen die professionals hebben en het professioneel vermogen wat zij daarmee kunnen ontwikkelen. Hierna wordt onderzocht in hoeverre GGZ-professionals regisserende taken op zich nemen, welke competenties zij daarin belangrijk vinden en hoe zij omgaan met die nieuwe regisserende taak.

### **1.5 Relevantie**

Dit onderzoek wil bedragen aan de wetenschappelijke literatuur en bijdragen aan een betere werking van de GGZ. Het wil zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant zijn. Op welke wijze dit onderzoek daaraan kan bijdragen wordt in deze paragraaf toegelicht.

#### **1.5.1 Wetenschappelijke relevantie**

Dit onderzoek is deels inductief en deels descriptief. De relevantie zit in het nieuwe concept rondom de professional in een regierol. Dit onderzoek beschrijft namelijk wat de regisserende rollen zijn voor professionals en hoe deze regisserende rollen worden ingevuld. Hier is voor

gekozen omdat dit concept nieuw is en er daardoor nog weinig inzicht is verkregen vanuit (bestuurs-) wetenschappelijk perspectief. Het is tot nu toe ook onduidelijk hoe professionals omgaan met regisserende rollen en welke regisserende competenties daar invloed op hebben.

Het onderzoek is vanuit een wetenschappelijk-bestuurlijk perspectief ook relevant omdat specifiek wordt stilgestaan bij de rol van de publieke professional. Er is veel geschreven over samenwerking en aansturing tussen verschillende organisaties (bijv. Ansell & Gash, 2008), maar er is nog weinig wetenschappelijke literatuur over hoe de professional hierbinnen acteert. Er is de afgelopen twee jaar alleen een aantal publicaties gepresenteerd over onder andere *Organizing professionalism* (Noordegraaf, 2015; Olakivi, 2017). Een professional in een regierol is vernieuwend en daarom wetenschappelijk relevant.

Het volgende punt is dat er weinig bekend is over welke competenties professionals daadwerkelijk inzetten en welke zij belangrijk vinden voor een regisserende taak. Vanuit de medische literatuur is een CANmeds model dat de competenties beschrijft voor een medisch specialist (Frank, Jabbour & Tugwell, 1996). Hierna zijn veel wetenschappelijke studies gedaan over competenties van professionals in de zorg. Er is echter ook kritiek op de theoretische juistheid van dit model over professionele competenties (Renting et al., 2017). Op deze punten kan deze scriptie wetenschappelijke relevantie toevoegen, doordat er gekeken wordt naar wat zorgprofessionals zelf als belangrijke competenties ervaren in hun professionele werk.

Dit onderzoek beschrijft op welke manieren professionals omgaan met veranderingen: de zogeheten copingstijlen (Lazarus, 1966). De aangenomen copingstijl beïnvloedt de manier waarop de professional zijn regierol invult. Dit onderzoek voegt wetenschappelijke relevantie toe door te onderzoeken welke copingstijlen er door zorgprofessionals worden ingezet om het veranderende professionele werk uit te voeren.

### 1.5.2 Maatschappelijke relevantie

De veranderende maatschappelijke context van de zorg verandert het werk van de professionals in deze zorg. De maatschappelijke veranderingen vragen een adequate reactie van de GGZ-professionals. De professionals moeten hiermee leren omgaan en daarnaast het inhoudelijke werk blijven doen. De regiebehandelaar draagt nu een nieuwe verantwoordelijkheid voor het complete *proces*. Misschien ligt er een oplossing in regisseren, maar dat is niet duidelijk en er is ook nog niet voldoende kennis over hoe dit ingericht dient te worden. Door duidelijke aanbevelingen op basis van dit onderzoek te geven kan in de toekomst de regierol beter worden opgepakt. Dit omdat het onderzoek inzicht verschaft hoe de regierol van de professional wel of niet tot zijn recht komt.

Er is ook veel sprake van onduidelijke verantwoordelijkheden. Door inzichtelijk te maken hoe een professional kan regisseren, kunnen de processen rondom een cliënt beter worden ingericht. Zoals bekend in de GGZ is de comorbiditeit van psychiatrische stoornissen eerder de regel dan de uitzondering. Een duidelijke regierol kan bijdragen tot een betere sturing van de comorbiditeitsproblematiek in de GGZ. Als laatste draagt dit onderzoek bij aan het werk van de GGZ-professional zelf. Zoals beschreven heeft de GGZ-sector veel vragen bij het

regiebehandelaarschap. Deze scriptie kan een antwoord geven op de invulling van de regisserende taken die de regiebehandelaar op zich neemt en welke competenties daarbij horen.

## 1.6 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) beschrijft de ontwikkeling van de GGZ, waarbinnen de taak van de professional ook is veranderd. Het doel hiervan is om duidelijk te krijgen welke professional nu bedoeld wordt en waar deze staat in de huidige sector. Daarna volgt het theoretisch kader (hoofdstuk 3), waarin het begrip professional verder uitgewerkt wordt. Ook wordt er ingegaan op de concepten rond het omgaan met veranderingen in het werk van de professional. Vervolgens wordt beschreven welke methoden en technieken worden gebruikt om data te verzamelen (hoofdstuk 4). De operationalisatie valt ook onder dit hoofdstuk. In hoofdstuk 5 worden de resultaten beschreven en geanalyseerd. Daarna wordt op basis van deze data een conclusie getrokken door de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden (hoofdstuk 6). Als laatste zal dit onderzoek geplaatst worden in het licht van de wetenschappelijke literatuur, bediscussieerd worden op haar beperkingen en zullen aanbevelingen worden gegeven voor vervolgonderzoek (hoofdstuk 6).



## 2. Veranderende context in de GGZ

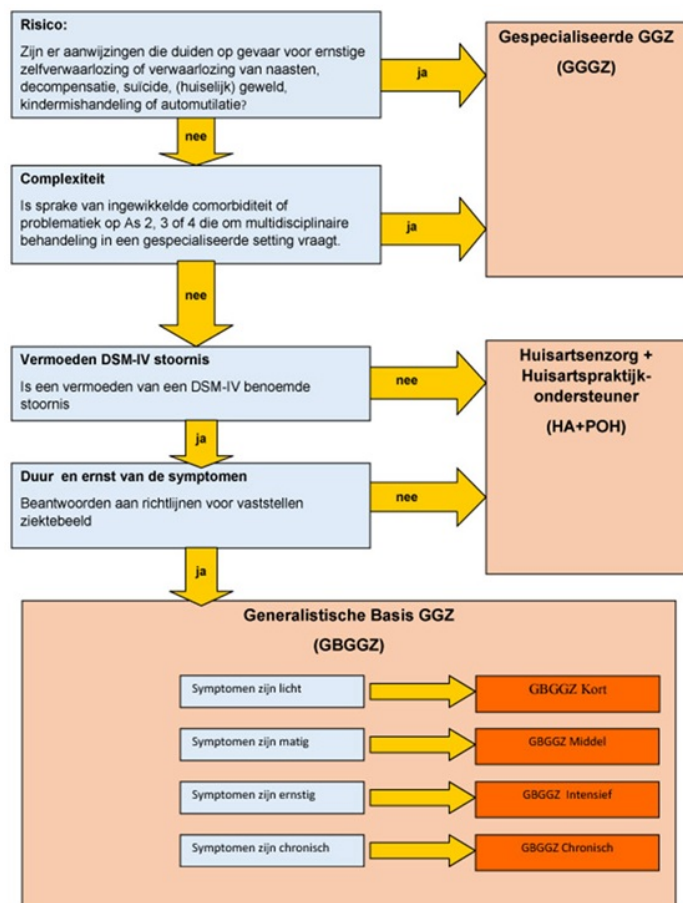
### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de veranderingen die de professional in de GGZ heeft doorgemaakt. Dit heeft als doel om begrip te krijgen waar de professional in de GGZ nu staat en welke ontwikkelingen deze professional heeft doorlopen. Eerst wordt kort uitgelegd wat de GGZ is en wordt het stelsel van de GGZ uitgelegd. Daarna wordt beschreven aan welke diverse veranderingen de GGZ-professional onderhevig is geweest. Tot slot wordt de koppeling gelegd naar de gevolgen voor professionals in de specialistische GGZ en wordt het begrip regiebehandelaar nader toegelicht.

### 2.2 De Geestelijke Gezondheidszorg

*'De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) richt zich op het voorkomen van psychische aandoeningen; behandelen en genezen van psychische aandoeningen; laten deelnemen van mensen met een psychische aandoening aan de samenleving; bieden van hulp aan mensen die ernstig verward/verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken ([www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)).'*

Het huidige stelsel van de GGZ is toegevoegd in figuur 1. De GGZ is op dit moment op te delen in 3 grote echelons. Dit is de huisartsen-GGZ, de generalistische basis-GGZ (GBGGZ) en de gespecialiseerde GGZ (GGGZ) (Smit & Derksen, 2014). De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor cliënten met complexe, vaak meervoudige problematiek, die al langer bestaat en waarvoor in het verleden al eerder hulp is gezocht. De kerndisciplines zijn hier de psychiater, de klinisch (neuro)psycholoog en de psychotherapeut (Bouman, 2016). In de GGGZ waar dit onderzoek zich op focust, is comorbiditeit van psychiatrische stoornissen eerder de regel dan de uitzondering (Peeters & Westen, 2016). De huisarts heeft in dit systeem een centrale rol, omdat de huisartsenzorg zich kenmerkt door een sterke poortwachtersfunctie, waardoor patiënten met psychische problematiek snel worden herkend, behandeld of waar nodig worden verwezen naar de GBGGZ of de GGGZ (hierna: GGZ), (Smit & Derksen, 2014).



Figuur 1: Stelsel van de GGZ. ([www.zorgimpuls.nl](http://www.zorgimpuls.nl))

## 2.3 GGZ-professionals in transitie

*Ik heb op deze en andere plaatsen vaker mijn beklag gedaan over het uitblijven van initiatieven van de professionals zelf om de GGZ te vernieuwen en daarmee tegenwicht te bieden aan beleidsmakers, politici en zorgverzekeraars. Eind 2015 leek onze ggz nog op een bijna dood vogeltje dat uitgeput, nat en gekortwiekt schuilt voor de regen en storm; niet meer in staat om te zingen. (...) Dit tijdperk lijkt nu ten einde. De professionals nemen het heft weer in eigen handen. (...) De professionals pakken weer de lead (Derksen, 2016).*

De heer Derksen geeft een nieuw tijdperk aan voor de GGZ-professionals. Niet de manager, niet de protocollen maar de hulpvraag van de patiënt komt weer centraal te staan. Hoe heeft zich dit ontwikkeld, en wat wordt er bedoeld met een bijna dood vogeltje? Wat bedoelt hij met ‘professionals pakken weer de lead’? Deze paragraaf richt zich op de professionele verandering van de GGZ en het effect daarvan op de professional in het huidige werkveld. Dit is relevant voor de omgang met het regiebehandelaarschap. Door een scherp beeld neer te zetten van de huidige professionals die werkzaam zijn binnen het GGZ-werkveld, kunnen de antwoorden, gegeven door GGZ-professionals, beter in context geplaatst en verklaard worden.

### 2.3.1 Meer cliënten, meer administratieve druk voor professionals

De afgelopen decennia is het perspectief van de sector geestelijke gezondheidszorg in Nederland grondig veranderd. Aan de basis hiervan ligt een behandel-inhoudelijke ontwikkeling, waarbij de doelgroep van de GGZ steeds is verbreed. Doordat het taboe rond psychische ziekten steeds verder is doorbroken, is de zorgverlening meer vermaatschappelijkt en de zorgvraag, en daarmee het werk voor professionals, toegenomen (van Kerkhof et al., 2007). Tot en met de jaren '70 zijn professionals steeds meer met de zogenoemde ‘verlengde-arm’ constructie gaan werken. Hierbij werden handelingen door niet-artsen gezien als uitgevoerd door ‘de verlengde arm’ van de arts. De arts was verantwoordelijk voor handelingen uitgevoerd door ‘hulpverleners’ (Commissie Meurs, 2015). De eindverantwoordelijkheid lag dus bij de autonome hoofdarts.

Na de zeventiger jaren is door het aantal toenemende subspecialismen het aantal GGZ-specialisten, betrokken bij een behandeling, vergroot (Commissie Meurs, 2015). Hierdoor werkten professionals steeds meer op eigen eilandjes. Vanaf de jaren negentig groeide echter de kritiek op GGZ-professionals. Professionals werden als autoritair en paternalistisch bestempeld (Tonkens, 1999). De invoering van de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) heeft dit enigszins beperkt, omdat onbevoegde uitoefening van de geneeskunde hiermee verboden werd. Bovendien kregen alle GGZ-professionals eigen verantwoordelijkheden op basis van duidelijke opleidingseisen en deskundigheidsgebieden (Commissie Meurs, 2015). Door onder andere de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) systematiek is de praktijk van de GGZ-professional flink veranderd (TNS NIPO, 2015). GGZ-professionals hebben nu veel grotere administratieve lasten en worden meer output gestuurd door deze DBC's en Routine Outcome Monitoring (ROM). De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de regels rond het juist invoeren van declaraties hierin sterk aangescherpt. Door deze invoering is alleen een hoofdbehandelaar gerechtigd om een DBC te openen en te sluiten en daarom ook alleen gerechtigd om de kosten te declareren. Desondanks



zijn veel meer partijen betrokken rond één cliënt (Commissie Meurs, 2015). De vraag naar GGZ-professionals bleef stijgen vanaf de jaren negentig, met daarmee ook stijgende kosten. (Maarse, 1998). Immers, er is de afgelopen decennia een toename van het aantal patiënten waarbij sprake is van co- of multimorbiditeit (SER, 2012). De totale uitgaven voor de GGZ stegen zodoende in de periode 2000–2013 van 2,7 miljard naar 6,6 miljard euro (Bouman, 2016).

In 2008 werd mede daardoor een grote stelselverandering in werking gezet. Er werd in Nederland marktwerking in de zorg geïntroduceerd om dit probleem op te vangen. In Nederland heeft dit de vorm gekregen van een gereguleerde markt, waarbij de verstrekking van diensten wordt gestuurd door vraag en aanbod, maar waarbij de overheid wel de uiteindelijke controle houdt (Reinders, 2008). Hiermee zijn ook de financiële middelen beperkter geworden van GGZ-instellingen (Smit & Derksen, 2014). Minister Schippers heeft voorts in 2012 een bezuinigingsmaatregel van € 600 miljoen voorgesteld in de GGZ (Het Parool, 2009). Deze bezuinigingen gaan gepaard met een scherper toezicht op kwaliteit en transparantie binnen de GGZ (Kamerbrief 6 feb. 2015), ook vanwege de complexere zorgbehoeften van cliënten. De GGZ staat daardoor al geruime tijd onder druk om zorg goedkoper en inzichtelijker te leveren.

Dit heeft het werk van professionals sterk beïnvloed. Een van de veranderingen voor de professionals is hiermee een hoge administratieve druk en een eenzijdig verantwoordingsproces (GGZ, 2017). De professional in de gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg heeft nog niet de vruchten geplukt van deze ingrijpende maatregelen. Dit roept zodoende weerstand op bij GGZ-professionals. De discussie over de eisen binnen de GGZ gaan veel over financiële belangen van betrokken partijen, oftewel wordt er wel juist gedeclareerd en blijft de hoofdbehandelaar binnen het budget (Commissie Meurs, 2015).

### **2.3.2 Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar**

Tot 31 december 2016 werkte de specialistische GGZ met hoofdbehandelaars. De hoofdbehandelaar was eindverantwoordelijk voor het behandeltraject (Commissie Meurs, 2015). De hoofdbehandelaar is volgens de richtlijn van de Nederlandse Zorgautoriteit (2012) een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject plaatsvinden (NZa, 2012). Hier wordt de behandelaar dan ook op afgerekend door de zorgverzekeraar. Door de te strakke sturing op en handhaving van regelgeving over het hoofdbehandelaarschap ontstaan onwenselijke situaties in de dagelijkse praktijk (GGZ, 2017). Dit omdat de hoofdbehandelaar nauwelijks alleen betrokken is en veel meer overleg heeft en samenwerkt met andere behandelaren met een eigen specifieke deskundigheid (GGZ, 2017). De gespecialiseerde GGZ is meer versnipperd en bovendien hebben cliënten met een psychische stoornis in 90% van de gevallen ook problemen op andere levensgebieden (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & van Os, 2016). Mede daarom is er nu een overstap gemaakt naar de regiebehandelaar, waar dit onderzoek zich op focust. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het *proces*.

De regiebehandelaar: is degene die het zorgproces coördineert en het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt; draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces; heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling; is voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt; zorgt dat het behandelplan wordt opgesteld en wordt uitgevoerd; draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn op elkaar zijn afgestemd; spant zich in voor een goede samenwerking en afstemming; coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners; heeft bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling uiteindelijk de doorslaggevende stem; weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering; ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen; laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt; toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt/cliënt vastgestelde behandelplan; zorgt dat de andere betrokken behandelaren elkaar treffen ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact; draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten (Kwaliteitsstatuut, 2016).

Niet iedereen kan op dit moment in de GGZ regiebehandelaar zijn. Op dit moment komen de volgende beroepen in aanmerking voor de functie van regiebehandelaar binnen een GGZ-instelling (Kwaliteitsstatuut, 2016):

- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog
- Psychiater
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Als dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts

Men spreekt van een GGZ-instelling wanneer regiebehandelaren in loondienst werken. Voor de regiebehandelaar in de GGZ-instelling gelden per type behandelaar specifiek beschreven settingen waarin duidelijk wordt welk type professional een regiebehandelaar behoort te zijn.

In deze nieuwe lijst valt de verpleegkundig specialist en GZ-psycholoog op. De verpleegkundig specialist en GZ-psycholoog konden namelijk geen hoofdbehandelaar worden, maar sinds 1 januari 2017 wel regiebehandelaar. Dit vraagt met name voor deze specialist een nieuwe vorm van werken. Dit omdat de verpleegkundig specialist gewend was om onder een hoofdbehandelaar te werken en nu zelf als specialist een doorslaggevende stem kan hebben.

## 2.4 GGZ-professionals en competenties

Door de nieuwe regisserende taak zal de GGZ-professional zich nieuwe competenties eigen moeten maken die passen bij het coördineren, communiceren en aansturen van het behandelproces. Deze competenties worden al wel steeds belangrijker gevonden door psychiaters (Goethals, 2013). Ook diverse beroepsprofielen, opgesteld door GGZ-Nederland, stellen generieke beroepscompetenties voor de GGZ-professionals. Een GGZ-professional: is contactueel en communicatief vaardig; werkt vraaggericht; werkt doel- en resultaatgericht; is ondernemend en innovatief; werkt inzichtelijk en verantwoord; werkt samen in (multidisciplinaire) netwerken en teams en is professioneel en kwaliteitsgericht (GGZ Nederland, 2012). Deze competenties zijn aanzienlijk breder dan inhoudelijke behandelingen. De vraag is of deze competenties voldoende aansluiten bij de nieuwe regisserende taak van de regiebehandelaar.

Veel professionals in de zorg worden aan de hand van het eerder genoemde CANmeds model gestuurd. Daarin wordt gesteld dat naast de inhoudelijke specialistische competenties ook niet-inhoudelijke competenties nodig zijn. Allereerst communiceert de professional goed met cliënten, waarin hij goed luistert en een effectieve behandelrelatie opbouwt (Frank, Jabbour & Tugwell, 1996). Daarnaast werkt hij goed samen, waarin doelmatig overleg en bijdraagt en interdisciplinaire zorg. Als derde niet inhoudelijke competentie moet de specialist effectief en doelmatig werken (Frank, Jabbour & Tugwell, 1996). Interessant hierin is dat focus veel ligt op de relatie met de cliënt, terwijl in dit onderzoek de relatie met collega's en stakeholders rond het behandelproces meer centraal staan.

## 2.5 Conclusie

De professional in de GGZ kent een toegenomen administratie- en verantwoordingsdruk, daarnaast is er bij de cliënten die professioneel behandeld worden steeds vaker sprake van comorbiditeit. Het regiebehandelaarschap is een volgende verandering binnen de GGZ. Het is dan ook interessant om te kijken hoe dit regiebehandelaarschap ontvangen wordt.

Van de professional wordt verwacht dat hij/zij meer in een procesmatige rol binnen een netwerk gaat fungeren. Met deze nieuwe taken wordt er een nieuwe vorm van professionaliteit gevraagd van de GGZ-professional. Door de groter wordende netwerkfunctie zal de professional meer in een regisserende rol stappen, en moet hij meer onbekende competenties gaan inzetten. Deze nieuwe invulling vraagt een andere vorm van professionaliteit en regisserende competenties van de professional. Dit wordt in het volgende hoofdstuk verder toegelicht vanuit de literatuur.

### 3. De regisserende professional: naar regisserend vermogen

#### 3.1 Inleiding

De professional en het professionele werk hebben diverse, opeenvolgende, ontwikkelingen doorgemaakt die vandaag nog invloed hebben op hoe de professional in de GGZ zijn professie uitvoert. Nu de context van de GGZ-professionals is geschetst is het van belang scherp te krijgen wie nu een professional is, wat de professional nodig heeft om de regisserende rol op zich te nemen en hoe hij daarmee omgaat. Kort gezegd gaat het over wie de regisserende professional is, wat deze regisserende professional moet kunnen en hoe de professional met deze nieuwe uitdaging omgaat.

#### 3.2 De klassieke professional

Dit onderzoek gaat over professionals in de GGZ. Het begrip ‘professional’ is al langer voer voor veel wetenschappelijke discussie. Het blijkt vrij lastig om aan te geven wat nu precies een professional is, omdat er verschillende perspectieven bestaan op het specifieke karakter van professionals (Kessels & Poell, 2011). Allereerst wordt een professional gezien als iemand die met individuele cliënten werkt (van der Lans, 2008) en als iemand die kennisintensief werk doet (Kwakman & Overduin, 2003). Noordegraaf (2007) beschrijft de inhoud of hoofdzaak (kennis, vaardigheden, ervaringen, ethiek en handelingen) die wordt aangewend om individuele cases op te lossen als kernbegrip rondom de professional, evenals de institutionele controle en discipline om de beroepsgroep te beschermen. Hij noemt dit de pure professionaliteit (Noordergraaf, 2007). Om hier meer grip op te krijgen worden eerst de kernbegrippen rondom de professionaliteit besproken. Vervolgens wordt beschreven welke veranderingen de pure professionaliteit heeft doorgemaakt en welke focus gekozen wordt in dit onderzoek. De belangrijkste karakteristieken worden in deze paragraaf besproken, om vervolgens de ontwikkelingen rondom de professionaliteit te bespreken.

##### *Technische basis*

Wilensky (1964) is begonnen met een sociologische uitleg van het begrip van de klassieke professional. In deze omschrijving is de professional iemand die een professie, een vak, uitoefent, en bij deze professie horen diverse kenmerken (Kessels & Poell, 2011). De twee karakteristieken van de klassieke professional zijn dat de professional vakinhoudelijke kennis heeft en een dienstverlenend ideaal kent (Wilensky, 1964). Dit laatste wil zeggen dat het werk dat professionals doen een hoger maatschappelijk doel kent. Professionals zijn er niet op uit om geld te genereren of klanten tevreden te stellen, maar focussen op een betere gezondheid of rechtszekerheid. Wilensky (1964) vat dit samen onder het begrip: technische basis.

De hiervoor genoemde vakinhoudelijke kennis van de professional gaat verder in op het op de hoogte zijn van nieuwste ontwikkelingen en het toepassen van de juiste regels. Regels zijn vaak te vaag omschreven voor de precieze uitvoering van de professional. Hiervoor heeft de professional kennis en ervaring binnen de jurisdictie opgebouwd, *tacit knowledge* (Wilensky, 1964). Kort gezegd is dit kennis die je wel hebt als professional maar die je niet kunt uitleggen (Polanyi, 1967). Door ervaring en socialisatie hebben professionals impliciete kennis opgebouwd, en bouwen zij deze constant op, over hoe zij juist moeten handelen. Doordat de professional constant kennis opbouwt, is kennisontwikkeling van een professional

zo vanzelfsprekend dat hij niet altijd weet wat hij weet (de Bruijn, 2011). Volgens Schön (1983) bestaat dit werkend lerend uit niet te routinieren oplossingen, waarbij professionals elke dag een casus anders oplossen, waardoor ze een *knowing-in-action* ontwikkelen. Kennis ligt zodoende ook besloten in hun handelen (Schön, 1983). Hierin zit echter ook een risico. Soms kan een professional door zijn ervaring een verkeerde keuze maken. Op basis van eerdere behandelde gevallen kan hij een uitzonderingsgeval behandelen als normaal, waardoor een verkeerde inschatting wordt gemaakt. Het kan ook voorkomen dat hij beslist op gevallen die de professional kortgeleden heeft behandeld. Een volgend gevaar dat tacit knowledge in de hand kan werken is het affectie tonen met de cliënt, waardoor een professional zich teveel identificeert met de cliënt en daarom minder rationele keuzes maakt (de Bruijn, 2011). Het is interessant om te kijken hoe deze tacit knowledge de nieuwe taken beïnvloedt die de professional krijgt in een regiefunctie. De vraag of deze tacit knowledge wel verenigbaar is met een uitgeschreven regierol is interessant omdat professionals hierdoor ook moeiten kunnen ervaren in het aannemen van de regierol.

### *Exclusieve jurisdictie*

Een twee kernmerk is dat de professional een exclusieve jurisdictie kent omtrent bepaalde professies. Denk aan de GGZ-psychiater die als enige bevoegd is, door de wet- en regelgeving, in het toedienen van medicijnen aan cliënten. Wat Wilensky (1964) ook beschrijft is dat deze jurisdictie samen gaat met het hebben van hoge opleidingsstandaarden. Denk hierbij aan de lange opleiding tot hartchirurg of rechter. Een professional leert dan ook veelal van andere professionals die al ruime ervaring binnen het vakgebied. Deze socialisatie is ook kenmerkend voor professionals in de GGZ, omdat zij ook van ervaren psychiaters en klinisch psychologen leren. Deze professionele socialisatie wordt gezien als een essentieel proces van leervaardigheden, houding en gedragingen die nodig zijn om de rol van professional te vervullen (Howskins & Ewens, 1999). De professional in een regierol zal zich gaan bemoeien met het professionele werk van collega's en soms ook het werk van zijn collega aansturen. Dit kan botsen met de traditionele socialisatie die deze professionals kennen. Het is dan ook interessant om te kijken hoe zij hiermee om gaan.

### *Autonomie & controle*

Freidson (2001) bouwt voort op de autonomie van de professional. Hij omschrijft de professie van een professional als de institutionele omstandigheden waarin de peers, anders dan consumenten of managers, het werk controleren (Freidson, 2001). De eigen waarborging van kwaliteit wordt als belangrijk gezien en hierdoor ontstaan er diverse beroepscode's, kwaliteitsstatuten en eigen jurisdictie binnen een professie. Binnen de GGZ zijn bijvoorbeeld alle regiebehandelaren BIG geregistreerd. Hij beschrijft de autonome professie met de volgende sociologische kenmerken:

- Autonomie (1): Professie bepaalt haar eigen kwalificatie-eisen.
- Autonomie (2): Professie bepaalt hoe het werk verdeeld wordt.
- Autonomie (3): Professie controleert haar eigen professionals die niet aan de eisen van het vak voldoen (Freidson 2001, in: Trappenburg, 2011).

Freidson (2001) beschrijft dus dat de autonomie verder gaat dan alleen het controleren van eigen werk. De autonomie over hoe het werk verdeeld wordt is een toevoeging die relevant is voor de GGZ, omdat professionals in de regierol meer autonomie krijgen om hun werk in te richten. Dit heeft echter misschien consequenties voor de professionals die geregisseerd worden. Die ervaren wellicht minder autonomie. De regierol draagt dus bij aan verruiming maar ook aan een beperking van de autonomie. Het is interessant hoe professionals dat ervaren.

Daarnaast gaat de autonomie over institutionele controle en discipline (verenigingen, jurisdicties, kennisoverdracht, gedragscodes, en toezicht) die gebruikt worden om de beroepspraktijk te beschermen (Noordegraaf, 2007). Onder andere Abbott (1988) benadrukt hier de exclusiviteit van de professie, waarin het belangrijk is dat de professional en zijn werk door middel van jurisdicties beschermd worden tegen invloed van buitenaf. Professionaliteit gaat dan ook over controle, door middel van de professionals zelf. Dit uit zich in diverse beroepsverenigingen, gedragscodes en hoge opleidingsstandaarden (Abbott, 1988; Freidson, 1994, 2001; Noordegraaf, 2007). Klassieke professionals leveren van nature weerstand tegen controle (Noordegraaf, 2015), omdat zij van oudsher een grote mate van vrijheid ervaren. Professionals hebben daarom manieren gevonden om zichzelf en hun beroepsuitoefening te controleren (Noordegraaf, Van Loon, Heerema, & Weggemans, 2015).

### 3.2.1 Typen professionals

Professionals zijn er echter ook in verschillende *typen*, waarin sommige wel aan alle kenmerken voldoen maar andere professionals minder, terwijl zij zich wel als professional zien (Trappenburg, 2011). Noordegraaf (2015) onderscheidt deze typen professionals.

*Tabel 1 Typen professionals*

Type professional	Beschrijving	Voorbeeld
Vrije professie	Klassiek, veel autonomie, hoge opleidingseisen	Chirurgen, advocaten, accountants
Onafhankelijke professie	Bureaucratische frameworks, nadruk op onafhankelijke besluitvorming	Rechters, inspecteurs
Straatniveau professie	Professioneel opgeleide groepen, maar opereren binnen organisatorische kaders, protocollen	Agenten, docenten, verpleegkundigen
Welzijnsprofessie	Professioneel getrainde groepen, maar ontlede professionele status aan welzijnswerk en uitvoeren van beleid	Maatschappelijk werkers, werk coaches, jeugdzorg medewerkers
Organisatorische professie	Verantwoordelijk voor organisatorische processen, versterken regelgeving	Manager, adviseurs, controllers.



(uit: Noordegraaf, 2015)

Het type professie maakt het type professional. Dat is relevant voor dit onderzoek. De ‘klassieke’ GGZ-professionals (Psychiaters, klinisch psychologen) vallen binnen de klassieke vorm van professionals en voldoen aan de kenmerken rondom de professie. Ze kennen hoge opleidingseisen en controleren hun eigen werk. Dit geeft aan dat de GGZ-professional veel autonomie heeft in zijn werk. Aan de andere kant zijn er ook veel verpleegkundig specialisten werkzaam binnen de specialistische GGZ. Zij zijn meer als uitvoerende professionals opgeleid en vallen dus eerder binnen de welzijnsprofessie. Hier tussenin zitten de GZ-psychologen, zij kennen niet zo’n lang opleidingstraject als de psychiater of klinisch psycholoog, maar zijn minder uitvoerend dan een verpleegkundig specialist. Ze vallen dan ook het meest binnen de onafhankelijke professie.

Kortom, een professional is van nature door kennis en een service ideaal gedreven. De professional heeft een exclusieve identiteit, ontwikkeld door middel van de kwalificaties, opleiding en socialisatie, die grenzen van sociale identiteit creëert en zijn loopbaan verbetert (Exworthy & Halford, 1999). Maar het werk van de professional (professionalisme) is vaak ambigu, pluralistisch, dynamisch, complex en heeft veel te doen met veranderende contexten en casussen (Mcgivern et al., 2015). De professional in de regierol komt er bovendien nog bij. Welke veranderende contexten dat zijn en hoe professionals kunnen regisseren wordt hierna toegelicht.

### **3.3 Eerste ontwikkeling: De hybride professional**

In het voorgaande is het begrip professional beschreven. Naast deze professie heeft sinds de jaren '70 New Public Management (NPM) zijn intrede gedaan binnen professionele organisaties. NPM is begonnen als een wereldwijde hervormingsbeweging (Christensen & Laegrid, 2007) die geïnspireerd is door een neo-liberale ideologie en diverse economische theorieën die focussen op het vergroten van efficiëntie binnen (publieke) organisaties (Christensen & Laegrid, 2007). Dit is wel op verschillende wijzen doorgevoerd in verschillende landen (Pollit & Bouckaert, 2004), maar het stond vast dat bureaucratische instituties moeten worden omgevormd tot ondernemende instituties (Osborne & Gaebler, 1992). Deze managementprincipes hebben steeds meer invloed gekregen op het leveren van publieke diensten. Een andere veel gebruikte term hiervoor is managerialisme. Managerialisme wordt geïnterpreteerd als een dominante ideologie, gebaseerd op de gedachte dat de managementwaarden neutraal zijn en van toepassing op alle maatschappelijke domeinen (Carvalho, 2014), om uiteindelijk hiermee organisatorische efficiëntie te behalen (Flynn, 1999).

Het managerialisme had en heeft nog steeds implicaties voor professionals. De professionals moeten hierdoor ook managementprincipes (onder andere focus productiviteit, efficiëntie) uitvoeren en zodoende balanceren en navigeren tussen management en professionele taken (Olakivi & Niska, 2017). Zoals gezegd levert dit weerstand op bij professionals. Het kan de macht, autonomie en de status van het professionele werk aantasten (O'Reilly & Reed, 2011). Er is veel kritiek geweest op het managerialisme in de zorg door onder andere Tonkens

(2008). Tonkens stelt dat professionals op deze manier zoveel mogelijk geld moeten verdienen en professionals worden aangespoord om makkelijke cliënten te verkiezen boven moeilijke (Tonkens, 2008).

Deze twee logica's kunnen echter ook naast elkaar bestaan, door onder andere 'pragmatic collaboration' (Reay & Hinings, 2009). Dit gaat om de relatie tussen managers en professionals die gezamenlijk de professie invulling geven. Uit een recente studie blijkt een nieuwe ontwikkeling in opkomst, namelijk dat deze management 'mindset' is geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals (Kuhlmann et al., 2013). Deze studie werd uitgevoerd bij meerdere ziekenhuizen in zeven Europese landen. Zij beschrijven daarin onder andere een geïntegreerde controle, waarin samenhangende coördinatie is en vergelijkbare patronen voor kost- en kwaliteitscontroles. De kost- en kwaliteitscontroles zijn een sterk onderdeel van de managementtaken van professionals (Kuhlmann et al., 2013). Deze hogere administratieve druk en focus op kostenreductie speelt ook bij GGZ professionals (GGZ, 2017). In dit onderzoek worden deze taken buiten beschouwing gelaten, omdat er specifiek gekeken wordt naar de invulling van het regiebehandelaarschap. Dit betreft wel de coördinerende taken, maar niet de managementtaken met betrekking tot kostenreductie of administratieve taken (Landelijk platform GGZ et al., 2016).

De managementtaken worden dus verschillend ingevuld (Pollit & Bouckaert, 2004). Er is ook een aantal studies die aantonen dat de nieuwe taken steeds meer onderdeel worden van de identiteit van de professional (Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015). Zij tonen aan dat professionals verschillend omgaan met deze nieuwe rol om bij te blijven in de groeiende complexiteit en veranderende verwachtingen van de zorgprofessional (Spyridonidis et al., 2015). In de eerste plaats zijn er professionals als innovators, die professionalisme én managerialisme weten te combineren. De tweede groep zijn de sceptici. Zij blijven zo dicht mogelijk bij de reeds bestaande rol, mede om hun eigen autonomie te houden. Dit is interessant in het licht van het regiebehandelaarschap, waar professionals ook op nieuwe wijze gestuurd worden door een regiebehandelaar (Landelijk platform GGZ et al., 2016). De derde rol is de late meerderheid, die de nieuwe rol in het begin lastig vinden, maar na verloop van tijd steeds meer deze rol aannemen. De professional is zodoende meer *hybride* geworden (Noordeggraaf, 2015), omdat hij verschillende rollen (steeds beter) kan aannemen. Deze hybride rol kan echter de professie ondermijnen of heeft, zoals hierboven vermeld verschillende effecten (Mcgovern et al., 2015; Spyridonidis et al., 2015).

De professional gaat op verschillende manieren om met een nieuwe rol. Het is interessant om te kijken hoe dit met betrekking tot het regiebehandelaarschap zal uitpakken.

### **3.4 Tweede ontwikkeling: De organiserende professional**

Hiervoor is beschreven hoe de professional zijn taak breder kan invullen. Er is een studie gedaan naar het gebruik van de hybride rol om andere professionals te beïnvloeden. Ook hier geldt dat sommige professionals een sceptische rol aannemen, maar er zijn ook professionals die de hybride rol als onderdeel van hun professionele identiteit gaan zien (Mcgovern et al., 2015). Er wordt in het onderzoek van Mcgovern et al. (2015) gesproken over incidentele



hybrids die soms een hybride rol aannemen om hun professie te beschermen. Anderzijds zijn er ook bereidwillige hybrids die een authentieke hybride identiteit ontwikkelen (McGivern et al., 2015).

Door deze nieuwe rol is er een nieuwe ontwikkeling gaande. Een rol waarin de professional verder kijkt dan de hybride, *beyond hybridity* (Noordegraaf, 2015; Olakivi & Niska, 2017). Een professional met managementtaken prefereert zichzelf niet als iemand die prestatiegericht is, maar juist meer als een coach of facilitator, een tussenpersoon die zijn afdeling in staat stelt betere zorg te leveren (Olakivi & Niska, 2017). Dit past goed bij de rol die het regiebehandelaarschap in zich heeft. Noordegraaf (2015) benoemt dit als organiserende professionaliteit. In plaats van interactie en samenwerking tussen manager en het professionele domein, gaat het bij organiserende professionaliteit om het tot stand brengen van connecties tussen professionele domeinen. Dit om gezamenlijk problemen aan te pakken (Noordegraaf, 2015). Professionele processen staan centraal, om diverse cases in veeleisende domeinen aan te pakken (Noordegraaf, 2015).

*“Professionals werken met anderen samen, werken in teams, werken over grenzen heen (bijvoorbeeld van afdelingen), (...) sluiten aan op netwerken en gaan op zoek naar netwerken om te leren. Organiserende professionals nemen organiseren serieus en zijn in staat hun werk zelf vorm te geven”* (Noordegraaf & Siderius, 2016).

Ook binnen de zorg is het nodig om meer te focussen op het proces van een interventie, juist om de kwaliteit van de interventie te verbeteren (Leistikow, Kalkman, & de Bruijn, 2011). Op dit moment zijn er drie interpretaties van het begrip organiserende professionaliteit. Dit zijn: organisaties als plaats voor professionele ontwikkelingen, organisatorische invloeden op professioneel werk en nieuwe organisatirollen voor professionals (Postma, Oldenhof, & Putters, 2014). In dit onderzoek wordt de derde interpretatie gebruikt, omdat een nieuwe rol van de professional onderzocht wordt. De beschrijving gaat niet over externe druk die op de professionals wordt gelegd (zoals de eerder beschreven prestatie- en administratiedruk), maar over taken en verantwoordelijkheden die bovenop hun normale werk komen (Postma et al., 2014). De mogelijkheid dat professionals dit type taken, zoals coördinatie en planning, als inherent onderdeel gaan zien is nog weinig onderzocht (Postma et al., 2014).

#### *Organiserende professionaliteit & professionele regierol*

Binnen de organiserende professionaliteit spelen managers nog steeds een rol (Noordegraaf & Siderius, 2016), maar vooral in de samenspraak met professionals. Managers dragen dus nog wel bij aan professionele processen, van voorbereidende tot uitvoerende activiteiten, via stimulerende dan wel dirigerende acties (Noordegraaf & Siderius, 2016). Dit onderzoek gaat uit van een regierol, zonder een manager die ‘boven’ de professionals staat. De professional zal naast zijn eigen werk, ook het werkproces van anderen gaan organiseren (Landelijk platform GGZ et al., 2016). Dit onderzoek kijkt hoe deze nieuwe professionele rol ingevuld wordt en voegt een regiedimensie toe.

Dit wordt gedaan door te kijken naar de professional als regisseur. De professional is regisseur van meerdere cases in context, wat betekent dat de professional in deze rol weet hoe risico’s opgespoord en voorkomen kunnen worden, hoe moet worden omgegaan met fouten

en hoe verantwoordelijkheid kan worden afgelegd voor handelingen (Noordegraaf & Siderius, 2016). Naast het concept dat de professional organiserende professionaliteit gebruikt, kijkt dit onderzoek dus ook naar de regisserende rol die daarbij hoort. De professional werkt niet alleen in een netwerk aan meerdere cases, maar hij stuurt het proces van deze cases ook aan vanuit de regierol. Om de taken voor de regisserende professional te beschrijven, wordt literatuur rond de begrippen leiderschap en coördinatie gebruikt. Dit wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

### **3.5 Nieuwe ontwikkeling: De regisserende professional**

De ontwikkeling naar een professional die ook zelf andermans taken coördineert is meer en meer gaande. Zo moeten artsen naast arts, ook samenwerkend collega en soms ook manager zijn (Noordegraaf, Schneider, Van Rensen, & Boselie, 2016). In deze paragraaf wordt gefocust op hoe de professional zich ontwikkelt tot een regisseur die het werkproces kan regisseren.

Dit onderzoek bekijkt de regierol vanuit de organiserende professionaliteit (Noordegraaf & Siderius, 2016), omdat dit model het belang van eigen regie en het belang van het proces voor de professional duidelijker weergeeft. In dit onderzoek lijkt de regisseur op wat Nystrom (2014) als *orchestrator* beschrijft in een studie naar regierollen binnen innovatienetwerken. De regisseur is een actor die een heel netwerk regisseert van andere meewerkende actoren. De regisseur begeleidt en ondersteunt het netwerk en de continuïteit ervan door als een voorbeeld te dienen met zijn eigen werk. Hij bouwt ook vertrouwen op binnen het netwerk door doelgericht samen te werken. Dit komt grotendeels ook overeen met de professional die inhoudelijke taken uitvoert maar ook aan moet sturen (Nyström, Leminen, Westerlund, & Kortelainen, 2014). Hiervoor moet de professional meer regisserende competenties ontwikkelen.

#### **3.5.1 Regisserende competenties**

Om als regisserende professional op te treden moeten de GGZ-professionals hiervoor wel de juiste competenties hebben en ontwikkelen. Competenties zijn ontwikkelbare vermogens van mensen waarmee ze in voorkomende beroepssituaties op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze proces- en resultaatgericht kunnen handelen, dat wil zeggen passende procedures kiezen en toepassen om de juiste resultaten te bereiken (Mulder, 2003) Kort gezegd, het vermogen van een persoon om bepaalde prestaties te leveren (Mulder, 2003). Door middel van trainingen op het werk of door aandacht in de opleiding zouden professionals ook deze regisserende competenties kunnen ontwikkelen.

Competenties bestaan onder andere uit: geïntegreerde handelingsbekwaamheden; die zijn opgebouwd uit clusters kennisstructuren; cognitieve, interactieve, affectieve vaardigheden; en attitudes en waardeopvattingen. Deze zijn noodzakelijk voorwaardelijk voor: het verrichten van taken; het oplossen van problemen; het meer in het algemeen effectief kunnen functioneren in een bepaald beroep, een bepaalde organisatie, een bepaalde functie of een bepaalde rol (Mulder, 2003). Deze regisserende competenties worden in het vervolg besproken.

### *Coördinatiecompetenties*

Coördinatie van processen bestempelt de Bruijn (2011) als een goede oplossing tegen de tekortkomingen van de professional. Coördinatie van zorgprofessionals bevorderen is mogelijk door de processen te optimaliseren. Strakkere processen creëren een gemeenschappelijke taal en maken de verschillende organisaties van professionals bewust dat ze van elkaar afhankelijk zijn (de Bruijn, 2011).

Coördinatie is het voor elkaar krijgen wat je nog niet hebt, waarin de ene professional de andere professional faciliteert om een gezamenlijk doel te bereiken (Pressman & Wildavsky, 1984). Professionals zijn teveel bezig met hun eigen professie en daardoor niet goed in staat om in contact te komen met andere professionals. Hierdoor ontstaat een gebrek aan coördinatie (de Bruijn, 2011). Of het kan omslaan in een vorm van macht, wanneer professionals het oneens zijn over hetzelfde onderwerp (Pressman & Wildavsky, 1984). Het gebrek aan coördinatie komt met name voor in de zorg, waar zorgprofessionals hun autonomie als onvoorwaardelijke eis zien om goede zorg te kunnen leveren (Leistikow et al., 2011). De professional in de regie zal dus meer moeten focussen op de competenties rond het coördineren van het proces.

In sommige gevallen gebeurt coördinatie echter onbewust. Dan is er sprake van spontane coördinatie, waarin een professional uit zichzelf al andere professionals bij zijn proces betreft. Dit worden *tacit processes* genoemd en hier is weinig coördinatie nodig van één persoon (de Bruijn, 2011). Soms zullen professionals dus al wel coördineren, maar merken zij dat zelf minder goed.

### *Communicatieve competenties*

De professional in een regisserende rol zal zich meer moeten toeleggen op communicatieve competenties (Tonkens, 2008). Het huidige zorgsysteem vereist van professionals dat ze succesvol communiceren met multidisciplinaire teamleden, met zowel patiënten en hun gezinnen (Apker et al., 2006). Communicatieve competenties zijn belangrijk voor het samenwerkingsproces (Sørensen & Torfing, 2009). Dit omdat in complexe casussen een goede afstemming tussen professionals cruciaal is voor de uitkomst van de behandeling van een cliënt. Ook passen communicatieve competenties, gericht op interactie tussen collega's en cliënt, in de nieuwe, organiserende professionaliteit:

*“In plaats van interactie en samenwerking tussen managerial en professionele domeinen, worden er verbindingen gemaakt binnen het professionele domein, gericht op het samen aangaan van opdrachten en uitdagingen”* (Noordegraaf, 2016).

### *Leiderschap*

Om te kunnen coördineren en communiceren als regisseur zal de professional meer ‘boven’ zijn collega's gaan staan, zonder een formeel manager te zijn. De regisserende professional zal in een regisserende / aansturende rol meer leiderschapstaken op zich moeten nemen (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Dit vraagt om leiderschap van deze professionals en daar ervaren zij nog wel belemmeringen. Leiders van zorgprofessionals zullen zich namelijk nog vaak verantwoordelijk voelen voor de uitkomst van de gehele groep (Witman, Smid, Meurs,

& Willems, 2011). Maar effectief leiderschap in de zorg kan wel bijdragen aan betere zorg outcomes (Blumenthal, Bernard, Bohnen, & Bohmer, 2012) en de aansturing van de zorgprofessional is vaak verbeterd met verschillende leiderschapsmodellen. (Calhoun et al., 2003). Het werkt dus, maar het gebeurt te weinig. Er wordt dan ook wel gesproken van een leiderschapsgat in de gezondheidssector (Blumenthal et al., 2012).

### 3.6 Coping onder professionals

De professional staat zoals omschreven voor nieuwe uitdagingen over hoe deze zijn regisserende werk moet invullen. De manier om hier mee om te gaan wordt *coping* genoemd. Het concept coping is geïntroduceerd door Lazarus (1966). Coping wordt door hem gedefinieerd als cognitieve en gedragsinspanningen om interne of externe eisen en conflicten te beheersen, te tolereren of te verkleinen (Folkman & Lazarus, 1980). Hierbij is volgens hen een onderscheid te maken tussen twee vormen van coping, namelijk 'emotion-focused' coping, gericht op controle over de emotionele respons op de stressor en 'problem-focused' coping gericht, op het oplossen van het probleem door de situatie te veranderen of door het eigen gedrag te veranderen. (Pieper & van Uden, 2008)

Vanuit de psychologische literatuur wordt veel geschreven over copingstijlen betreffende werkdruk of baanverlies (Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath, & Monnier, 1994). Een bekend model is het dual-axis model waar vier strategieën worden beschreven als vier dimensies binnen de copingliteratuur. Dit gaat om strategieën die individuen kunnen gebruiken, niet om een type gedrag. De verticale as laat een pro-sociale of anti-sociale strategie zien. De horizontale een passieve of actieve strategie (Hobfoll et al., 1994).

Bij actieve coping is het nemen van actieve stappen om stressvolle elementen te verwijderen, te omzeilen of de effecten ervan te verbeteren de kern. Het gaat om het starten van directe acties, het verhogen van je inspanningen en stapsgewijs proberen een coping poging uit te voeren (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Daarnaast kan er onderscheid gemaakt worden tussen vier verschillende copingstijlen in tijd en (on)zekerheid (Schwarzer & Knoll, 2003). Dit is reactieve coping, anticiperende coping, preventieve coping en proactieve coping. Reactieve coping houdt in dat iemand pas reageert ná een verandering of een ontstane situatie. Anticiperende coping betekent dat iemand al voorziet wat er gaat gebeuren en daarop inspeelt. Dit doet zich voor als een zorgprofessional bijvoorbeeld alvast uitvraag doet bij zorgmanagers over de invulling van hun regietaken. Zo kunnen professionals zoeken naar sociale of emotionele steun door bijvoorbeeld advies te vragen. Anderzijds kunnen professionals ook instrumentele steun zoeken of gaat men over tot de reflectie van het probleem, om daarna over te gaan tot actie (Greenclass, Schwarzer & Taubert, 1999).

Ook wordt preventieve coping beschreven. Coping die focust op een aankomende, onzekere situatie. Het verschil met anticiperende coping is dat de professional niet precies weet wat er in de toekomst gebeuren gaat. Zo kan een professional niet weten of een inspecteur zijn of haar administratie goedkeurt, maar hij kan hier wel op inspelen door dit goed op orde te hebben. De laatste copingstijl is proactieve coping. Dit is een strategie waarmee toekomstige (onzekere) situaties voorkomen worden (Noordegraaf et al., 2015; Schwarzer & Knoll, 2003).

Deze laatste proactieve manier wordt gezien als een veelbelovende vorm van omgaan met uitdagende situaties (Schwarzer & Knoll, 2003). Deze ‘positieve’ manier van benaderen van nieuwe situaties is redelijk nieuw in vergelijking met huidige strategieën die meer de nadruk leggen op de negatieve gevolgen van nieuwe situaties (Noordegraaf et al., 2015). Deze positieve manier wordt ook in dit onderzoek gebruikt. De focus zal daarin eerst liggen op hoe *professionals* omgaan met nieuwe uitdagingen.

### *Coping onder publieke professionals*

Coping in dit onderzoek is gefocust op professionals die publieke diensten verlenen. Coping tijdens het verlenen van publieke diensten is het gedrag wat professionals laten zien wanneer ze interacteren met cliënten, om interne of externe eisen en conflicten te beheersen, te tolereren of te verkleinen in hun dagelijks werk (Tummers, Bekkers, Vink, & Musheno, 2015). Dit is de definitie die past in dit onderzoek, omdat professionals in hun regierol ook elke dag met cliënten in contact zijn. In het coping onderzoek stelt Tummers (2015) dat professionals onder druk naar cliënten toe kunnen bewegen, van cliënten weg kunnen bewegen of tegen cliënten in kunnen bewegen. De eerste variant passen professionals toe in het dagelijks beleid, zoals een uitzondering maken op een regel of het vaker behandelen van één cliënt ten opzichte van anderen. Bij de tweede variant kan gedacht worden aan het standaardiseren zonder uitzonderingen te maken of dienstverlening minder toegankelijk maken (Noordegraaf et al., 2015). In de derde variant gedraagt een professional zich heel rigide door (te) strak de regels toe te passen of door zelfs agressief te reageren op cliënten. Dit gebeurt vaak vanuit frustratie (Tummers et al., 2015). Noordegraaf (2015) noemt drie kanttekeningen bij deze drie categorieën. Allereerst gaat het hier om cliënten, terwijl professionals ook vaak met stakeholders moeten omgaan. Daarnaast moet een professional, naast omgaan met cliënten, ook kunnen ‘copen’ met veranderende systemen. Ten derde ontbreekt de voetnoot dat professionals al wel degelijk copingmechanismen hebben (Noordegraaf et al., 2015).

In dit onderzoek speelt het omgaan met organisatorisch-systematische verandering ook een grote rol. Teelken (2014) beschrijft in haar studie hoe de professional daarmee om kan gaan. Allereerst moet een stabiele organisatorische context niet als vanzelfsprekend worden ervaren, maar moet deze context constant ‘herwerkt’ worden (Teelken & Watson, 2014). Een tweede coping-strategie is het reconstrueren van je professionele werk. Hierin zijn drie verschillende professionals zichtbaar die een verschillende strategie gebruiken om nieuw werk te reconstrueren. De eerste groep zijn monetaristen. Zij bekijken vooral wat de verandering teweegbrengt in macht en beloning. De tweede groep zijn erkenningszoekers. Zij willen erkenning van anderen en zoeken daarin ook voldoening in het nieuwe werk. De laatste groep zijn de veiligheidszoekers. Deze professionals willen vooral zekerheid, bijvoorbeeld in hun contract of een vast takenpakket (Mulhall, 2014). Een derde punt wat professionals helpt met coping is het aanbieden van trainingsprogramma’s. Dit werkt echter alleen als deze programma’s een antwoord geven op de behoeften van de professionals en wanneer ze zijn gebaseerd op praktische activiteiten die collectieve participatie eist en focust op sociale relaties en processen (Teelken & Watson, 2014). Als deze drie punten worden overgenomen kan het zijn dat individuele professionals, ondanks de opgelegde veranderingen, manieren

hebben gevonden om er mee om te gaan (Teelken & Watson, 2014). Dit onderzoek gaat dan ook op zoek naar de manieren waarop de professionals omgaan met hun regierol.

Om beter om te gaan met de systeem-organisatorische veranderingen is het van belang om meer *professioneel vermogen* te ontwikkelen (Noordegraaf et al., 2015). Dit houdt in dat een professional gebruik maakt van positieve, proactieve copingstijlen. Hierin wordt de nieuwe dynamiek die de professional ondervindt door de nieuwe taken als uitdaging gezien, in plaats van een bedreiging (Noordegraaf et al., 2015). Professionals worden als vermogend gezien wanneer zij:

*“op een proactieve manier omgaan met – maar ook op de juiste momenten weerstand bieden tegen – de werkgerelateerde verwachtingen, opgaven en lasten die dynamische omgevingen en stakeholders met zich brengen.”* (Noordegraaf et al., 2015, p.297 )

Omdat de regierol een nieuwe rol is, wordt er in dit onderzoek gekeken welke proactieve copingstijlen worden gehanteerd door zorgprofessionals. Noordegraaf (2015) beschrijft verschillende bronnen van professioneel vermogen. Deze worden hieronder beschreven.

*Tabel 2: Mogelijke bronnen van professioneel vermogen (Uit: Noordegraaf, 2015)*

<b>Bron</b>		<b>Voorbeeld</b>
Houding	<p><i>Persoonlijkheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Extraversie</li> <li>2 Openheid</li> <li>3 Emotionele stabiliteit</li> </ul> <p><i>Motivatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Autonome motivatie</li> <li>2 Public service motivation</li> </ul>	<p>Een professional die graag het gezelschap zoekt van collega's om met hen te praten en ervaringen te delen.</p> <p>Een professional die graag meer leert en nieuwsgierig is naar nieuwe inzichten.</p> <p>Een professional die werken ziet als een uitdaging.</p> <p>Een professional die vanuit zijn eigen waarden of vanuit intrinsiek plezier in het werk gemotiveerd is om zijn best te doen.</p> <p>Een professional die veel waarde hecht aan bijdragen aan de maatschappij.</p>
Hulpbronnen	<p><i>Autonomie</i></p> <p><i>Netwerk</i></p> <p><i>Training en opleiding</i></p>	<p>Een professional die de ruimte heeft om zelf zijn taken in te delen en prioriteiten te stellen.</p> <p>Een professional die goede contacten heeft met collega's binnen en buiten de organisatie.</p> <p>Een professional met een gedegen kennis van zaken voordat hij aan het werk ging.</p> <p>Een professional die zich tijdens het werk blijft ontwikkelen.</p>

Op basis van dit model wordt verwacht dat het vermogen van professionals groter is als ze hoger scoren op een gemotiveerde houding en op a) autonomie, dat wil zeggen als ze meer eigen (regel)ruimte hebben, (b) netwerken, dat wil zeggen als ze goede contacten hebben, en (c) training en opleiding, dat wil zeggen als ze over meer kennis van zaken beschikken (Noordegraaf et al., 2015).

### 3.7 Bronnen voor regisserend vermogen

In dit onderzoek wordt allereerst gefocust op de motivatie van de professional. Deze lijkt relevant omdat zowel autonomie als public-service motivation herkend wordt bij professionals in de GGZ, en dus in sterke mate bepalen of zij wel of niet gemotiveerd worden om een regisserende rol op te pakken. Gecontroleerde en autonome motivatie beïnvloeden of een professional gemotiveerd raakt om een professioneel vermogen te creëren (Noordegraaf et al., 2015). In een regierol kent een professional meer autonome motivatie omdat hij/zij zelf werk mag inrichten, maar ook meer gecontroleerde motivatie omdat een regiebehandelaar zich bemoeit met het inhoudelijke werk van de professional. Het is interessant om te kijken of de professional hier verschil in ervaart.

Ook training en opleiding zijn belangrijk, kijkend naar de mate waarin professionals een regisserende rol kunnen oppakken. Zo kan het zijn dat professionals die niet hebben leren omgaan met regisserende taken tijdens hun opleiding, de uitdaging van het regisseren negeren (Noordegraaf et al., 2015). Met meer kennis over regisseren en het belang van regisseren kan men beter beoordelen hoe men deze uitdaging het beste aanpakt (Noordegraaf et al., 2015). Omdat het regisseren veel met coördinatie en communicatie te maken heeft, lijkt naast meer kennis ook meer training in regisserende competenties bij te dragen en het pakken van een regisserende rol.

Door sociale relaties en het gebruik van een netwerk kan een professional nieuwe uitdagingen beter aan. Zo zal een professional die een goed contact heeft met zijn leidinggevende eerder aangeven dat de extra taken te veel worden. Ook zullen professionals met een sterk netwerk binnen de professie eerder overgaan tot actie, steun organiseren of proactief problemen aanpakken (Noordegraaf et al., 2015). Daarom lijkt het hebben van een sterk netwerk ook bij te dragen aan het aannemen van regisserende rollen.

Mocht een professional goede motivatie hebben, de juiste opleiding en een goed netwerk, dan lijkt het vanzelfsprekend dat de professional proactieve copingstijlen zal aannemen in het omgaan met nieuwe regisserende taken.

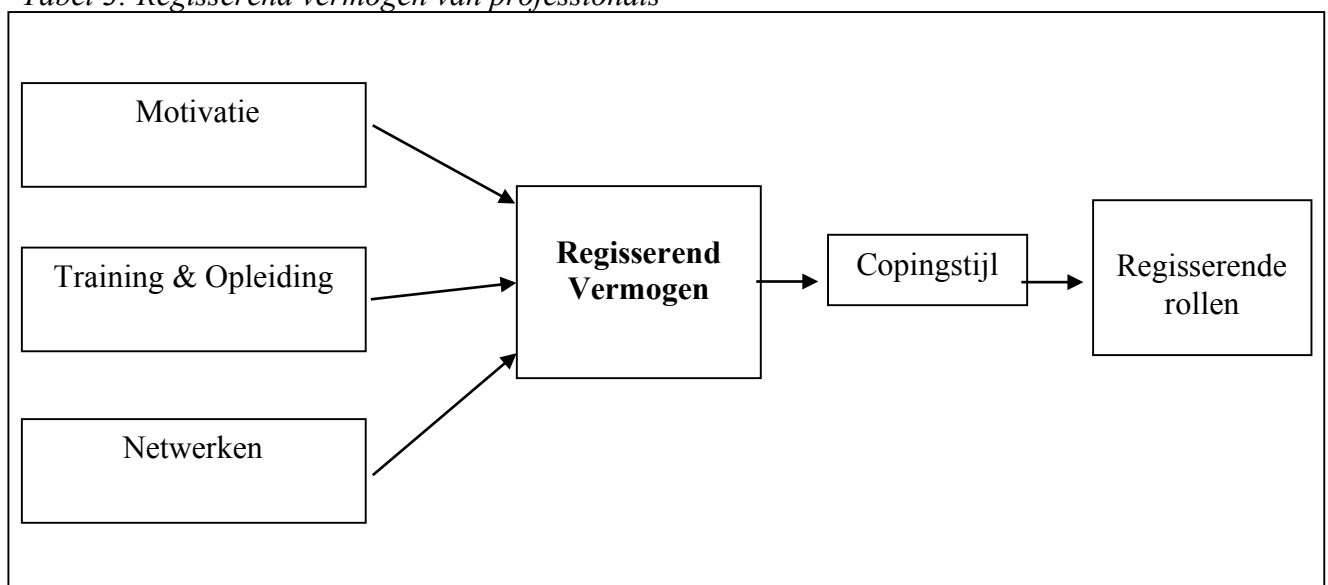
Op basis van dit hoofdstuk lijken professionals in de GGZ nog steeds klassieke, autonome kenmerken te kennen, zoals een service ideaal en een grote mate van autonomie. Daarnaast ligt in het professionele werk meer focus op verantwoording en efficiëntie. Een focus op het organiseren van werk wordt steeds belangrijker. Deze organisatie zullen professionals echter zelf moeten regisseren in hun rol als regiebehandelaar.



Een regisserende professional neemt het organiseren van werk serieus en is in staat het eigen werk en het werk van andere professionals zelf vorm te geven inclusief het begeleiden en ondersteunen van het netwerk. Om in een regisserende rol te komen zal de professional, naast professioneel, ook regisserend vermogen moeten creëren. Regisserend vermogen is op een proactieve manier omgaan met – maar ook op de juiste momenten weerstand bieden tegen – de *proces*gerelateerde verwachtingen, opgaven en lasten die dynamische omgevingen en stakeholders met zich brengen. Met andere woorden, het vermogen van een professional om regisserende taken op zich te nemen. Het gaat om een sensitizing concept (Bowen, 2006), niet om een definitieve concept, omdat dat nu nog lastig te bepalen is en hard te maken is vanuit de theorie. Daarom is het ook belangrijk om geen vaste geoperationaliseerde indicatoren vast te stellen, omdat nuances en alternatieve benaderingen dan misschien gemist worden (Bryman, 2012).

Dit onderzoek veronderstelt dat de hulpbronnen van het professioneel vermogen, aangevuld met regisserende competenties en een proactieve copingstijl bijdragen aan het creëren van regisserend vermogen.

*Tabel 3: Regisserend vermogen van professionals*



Verondersteld wordt dat in situaties waarin de regierol meer autonomie oplevert voor de professional, de professional meer gemotiveerd is om een regisserende rol te aan te nemen. Daarnaast wordt verondersteld dat door training en opleiding verworven competenties bijdragen aan een regisserend vermogen. Als laatste wordt verondersteld dat het gebruik maken van kennis uit het netwerk van de professional bijdraagt aan het vermogen om te regisseren. Hoe meer kennis, competenties en ruimte er ontstaat bij regisserende taken, hoe beter de professional in staat is om problemen omtrent regisseren op te lossen.

### 3.8 Conclusie

Professionals in de GGZ kennen in origine drie kenmerken. De eerste is dat ze een technische basis kennen: hiermee wordt bedoeld dat ze een vakinhoudelijke kennis en een



dienstverlenend ideaal hebben. Door ervaring en socialisatie bouwen ze een impliciete kennis op binnen hun domein, de zogeheten tacit knowledge. Een tweede kenmerk is dat ze exclusieve jurisdictie kennen. Ze kennen hoge opleidingsstandaarden en een exclusieve bevoegdheid om behandelingen uit te voeren. Als laatste kenmerk kent de professional een sterke autonomie en de professionals waarborgen zelf de kwaliteit van het werk door onder andere beroepscodes en kwaliteitstatuten op te stellen.

Professionals zijn in de GGZ in drie typen te onderscheiden: de vrije professie (psychiaters), de onafhankelijke professie (GZ-psychologen) en de welzijnsprofessie (verpleegkundig specialisten).

De afgelopen jaren is het werk van de ‘klassieke’ professional flink veranderd. Het managerialisme deed zijn intrede en heeft nog steeds implicaties voor professionals. De professionals moeten hierdoor ook managementprincipes (onder andere focus productiviteit, efficiëntie) uitvoeren en zodoende balanceren en navigeren tussen management en professionele taken. Hierna volgt een organiserende ontwikkeling, waarin een professional met managementtaken zichzelf niet refereert als iemand die prestatiegericht is, maar juist meer als een coach of facilitator, een tussenpersoon die zijn afdeling in staat stelt betere zorg te leveren. De professional is er voor het tot stand brengen van connecties tussen professionele domeinen om gezamenlijk problemen aan te pakken. Dit onderzoek kijkt nog voorbij de organiserende professional, en focust op de regisserende professional. Hierin moet de professional naast zijn eigen werk ook dat van anderen regisseren. De professional is veel meer bezig met proces-gerelateerde taken. Hiervoor zal de professional coördinerende, communicatieve en leiderschapscompetenties gaan ontwikkelen.

Een proactieve copingstijl helpt de professional om deze nieuwe regisserende taken goed aan te nemen. Dit onderzoek kijkt hoe de professional regisserend vermogen kan ontwikkelen om beter in de regisserende rol te stappen. Regisserend vermogen is op een proactieve manier omgaan met – maar ook op de juiste momenten weerstand bieden tegen – de *procesgerelateerde* verwachtingen, opgaven en lasten die dynamische omgevingen en stakeholders met zich brengen. Dit onderzoek verwacht dat motivatie, training & opleiding en netwerken bijdragen aan het regisserend vermogen en een proactieve copingstijl om de regisserende rol aan te nemen. In het volgende hoofdstuk wordt beschreven welke onderzoeks aanpak is gehanteerd.

## 4. Onderzoeksaanpak

### 4.1 Inleiding

Dit onderzoek focust zich op de wijze waarop GGZ-professionals omgaan met regisserende taken en in hoeverre zij daarvoor toegerust zijn. Eerst is regisserende professionaliteit geduid vanuit de literatuur en is de literatuur geoperationaliseerd. In dit hoofdstuk wordt verantwoord op welke wijze de empirie is onderzocht. In de onderzoeksaanpak wordt voortgebouwd op de theoretische bevindingen en voorbereid op de dataverzameling van dit onderzoek. Daarvoor wordt eerst de gehanteerde onderzoeksstrategie beschreven. Daarna wordt besproken hoe de cases zijn geselecteerd. Vervolgens wordt beschreven welk type analyse is gebruikt en daarna hoe de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd wordt.

### 4.2 Onderzoeksstrategie

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Hier is voor gekozen omdat er zodoende breder gekeken kan worden naar de gedragingen, ervaringen en belevingen van de professional bij de invulling van een regierol (Boeije, Hox en 't Hart, 2009). Dit is belangrijk voor een breed begrip rond de regisserende taken van de professional. Juist omdat deze regisserende taken nog nieuw zijn, heeft de onderzoeker gekozen voor deze benadering, om veel ruimte te geven aan de interpretaties van de verschillende professionals.

#### 4.2.1 Interpretatief onderzoek

Deetz (1996) beschrijft verschillende wetenschappelijke opvattingen waarbinnen onderzoek geplaatst kan worden. Omdat dit onderzoek zich richt op de verschillende interpretaties en de empirie, kent het een local/emergent focus. Daarnaast staat het *begrijpen* van de regisserende professional centraal. Dit onderzoek stapt in de situatie van de professional om deze te begrijpen en is erop gericht om de context mee te nemen die professional gebruikt. Daarom valt dit onderzoek ook beter binnen de interpretatieve wetenschappelijke benadering (Deetz, 1996), en niet binnen een postmoderne of kritische benadering (Deetz, 1996). Echter, de local/emergent focus stelt dat men aan de hand van de dataverzameling de theorie vormt. In dit onderzoek wordt wel een theoretisch model gebruikt, omdat vanuit de nu bekende theorie er verschillende invloeden verwacht worden bij het uitvoeren van regisserende taken. Daarom is dit onderzoek ook deels positivistisch, omdat er vooraf definities zijn gesteld. Dit is gedaan om deels te kunnen generaliseren binnen de tot nu bekende literatuur over professionaliteit. Er zit eveneens een verklarende factor in dit onderzoek (Deetz, 1996).

#### 4.2.2 Inductief onderzoek

Voorts beschrijft Bryman (2012) een deductieve en inductieve wijze van onderzoek doen. Dit onderzoek kiest voor een combinatie van beiden. Omdat er deels interpretatieve opvatting is over de dataverzameling, past de meer inductieve benadering van onderzoek doen. Dit omdat er een fenomeen onderzocht wordt in de praktijk, waaruit verschillende theoretische conclusies wordt getrokken. Hier is voor gekozen omdat het om een unieke situatie gaat (regiebehandelaar). De generalisatie wordt dan ook vanuit de onderzoeker gedaan en de focus ligt op impliciete lessen. Omdat er een deels positivistische opvatting wordt meegenomen in dit onderzoek door het gebruik het conceptueel model rondom het regisserend vermogen, is dit onderzoek ook deels deductief. Er wordt dus wel onderzocht vanuit de bestaande theoretische kennis (Bryman, 2012), maar omdat de regisserende taak als aanvulling en

hoofdfocus nieuw is in de literatuur, is dit onderzoek wel overwegend inductief (vanuit een interpretatieve opvatting), met een deductieve basis (met een positivistische opvatting). Voor een overwegend inductief onderzoek is een *case study* vaak een passende methode om onderzoek te doen (Bryman, 2012).

#### 4.2.3 Case Study

Een case study houdt in dat er één enkele casus gedetailleerd en intensief geanalyseerd wordt (Bryman, 2012). Een casus wordt geassocieerd met een locatie, zoals een gemeenschap of een organisatie (Bryman, 2012). De casus is in dit onderzoek het regiewerk van de regiebehandelaar. Deze casus is wat Bryman (2012) noemt een *unique case*, een unieke of extreme casus. Deze is niet extreem omdat het totaal divers is in vergelijking met andere professies. De professional in een regierol is in zichzelf wel uniek en vernieuwend en daarom ook interessant om te onderzoeken (Bryman, 2012).

Er kan voor een case study worden gekozen wanneer er geen mogelijkheid is gedrag te sturen, de vraag verklarend is (gaat over het hoe en het waarom rondom een case) en de grenzen tussen object en context niet helder zijn (Baxter & Jack, 2008). Deze drie voorwaarden gelden voor het regiebehandelaarschap en de invulling hiervan omdat, zoals al gezegd, de context niet duidelijk is en in dit onderzoek gedrag niet gestuurd kan worden. Een case study is dan ook uitermate geschikt om context afhankelijke kennis te onderzoeken (Flyvbjerg, 2007)

Yin (2013) beschrijft drie voorwaarden wanneer de case study methode geschikt is. Dit is wanneer allereerst de onderzoeksvraag antwoord geeft op het hoe en waarom. Dit is in dit onderzoek het geval. De tweede voorwaarde is wanneer het onderzoek geen invloed heeft op de gebeurtenissen. Dit is in deze studie ook van toepassing bij het regiebehandelaarschap. Een derde voorwaarde is wanneer de omstandigheden rond een hedendaags fenomeen wordt onderzocht. Deze studie voldoet hier ook aan, omdat het regiebehandelaarschap actueel van toepassing is.

Het regiebehandelaarschap leent zich dus goed voor een case study. Dit onderzoek wil echter ook een vergelijking maken tussen verschillende typen professionals waar een case study wordt gehouden. Dit is een vergelijking tussen de twee typen GGZ-professionals. Dat zijn enerzijds de oud-hoofdbehandelaren (bijv. psychiaters) en anderzijds de nieuwe regiebehandelaren, zoals de verpleegkundig specialisten, zoals in hoofdstuk 2 ook al omschreven is. Hier is voor gekozen om naast een beschrijvend onderzoek omtrent de regisserende professional ook een verklarend deel toe te kunnen voegen waarom in de ene professie een bepaalde indicator meer aanwezig is. Als enkel de professional op zichzelf wordt onderzocht, kan hier geen antwoord op worden gegeven.

#### 4.3 Methoden van dataverzameling

In deze paragraaf wordt ingegaan op welke wijze de data verzameld worden om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen. Er is in drie fases onderzoek gedaan. Allereerst is een inleidende documentenanalyse gedaan. Op basis hiervan is er één uitgebreid oriënterend interview gehouden, om een duidelijk beeld te krijgen van de context van het regiebehandelaarschap. Vervolgens zijn er 15 semi-structured interviews gehouden.

### 4.3.1 Deskresearch

Door middel van een deskresearch zijn verschillende documenten onderzocht. Een document is een stuk tekst dat niet specifiek ontwikkeld is voor sociaal onderzoek, maar wel beschikbaar is voor analyses en relevant is voor een sociaalwetenschappelijk onderzoeker (Bryman, 2012). In dit onderzoek is een aantal kwaliteitsstatuten van verschillende GGZ-instellingen bestudeerd. Dit heeft als doel om input te krijgen voor de interviews door te kijken hoe een professional invulling geeft aan het regiebehandelaarschap. Ook is het rapport van de commissie Meurs aandachtig geanalyseerd, omdat daarin nieuwe eisen voor de GGZ-professionals vermeld stonden. Er wordt bij de deskresearch breder gekeken dan alleen de wetenschappelijke literatuur. Hier is voor gekozen omdat de onderzoeker op deze wijze meer inzicht kreeg in de casus die onderzocht is.

### 4.3.2 Oriënterende interviews

Kwalitatieve interviews vragen naar de details van context en gebeurtenissen, wat er gedaan en gezegd is en waarom. Het doel is om zo dichtbij mogelijk bij de overwegingen te komen die tot een bepaalde actie of ervaring leidden. Een onderzoeker zal precies beschrijven wat er gebeurd is, maar voorziet ook een basis voor een theorie of een verklaring waarom iets gebeurd is (Weiss, 2004). Juist vanwege deze omschrijving wordt er in dit onderzoek gekozen voor (twee soorten) interviews om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen.

Na de documentenanalyse is er één oriënterend interview gehouden. Dit valt te vergelijken met een unstructured interview (Bryman, 2012), het lijkt op een conversatie en heeft als doel meer te weten te komen over het algemene fenomeen, in dit onderzoek het regiebehandelaarschap. Dit helpt om meer grip te krijgen op het praktische fenomeen van het regiebehandelaarschap en het diende ook grotendeels om input te krijgen voor het opstellen van de topiclijst voor de interviews met regiebehandelaren

### 4.3.3 Semi-gestructureerde interviews

Vanuit de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek is er voor gekozen om semi-gestructureerde interviews als dataverzamelmethode te hanteren. In deze vorm heeft de onderzoeker wel een uitgebreide vragenlijst die behandeld wordt, maar heeft de respondent wel een grote mate van vrijheid in de beantwoording op de vraag (Bryman, 2012). De onderzoeker heeft een lijst van vragen of specifieke onderwerpen die de onderzoeker besproken wil hebben, een soort interviewhandleiding. Deze is toegevoegd in bijlage 1. De topiclijst is op basis van de theoretische bevindingen uit het theoretisch kader samengesteld. Samen met de input uit de documentenanalyse was dat de basis voor het vormen van de topiclijst. Tijdens het afnemen van de interviews zijn de vragen niet exact zo gevolgdals in het schema staat, juist om de respondent genoeg vrijheid te geven in de beantwoording van deze vragen. De onderzoeker kan opmerkingen en/of voorbeelden van andere respondenten gebruiken in de vragen aan de respondent, maar volgt wel over het algemeen de topiclijst (Bryman 2012).

Hier is voor gekozen zodat er wel structuur wordt aangebracht om de juiste antwoorden te krijgen die de hoofdvraag beantwoorden, maar het ook ruimte biedt aan de expert/respondent om vrij te kunnen antwoorden, omdat er weinig bekend is over de invulling van het

regisseren. Dit omdat de individuele interpretaties van de verschillende respondenten belangrijk zijn voor de resultaten van dit onderzoek. Kortgezegd, het interviewproces is flexibel (Bryman, 2012).

#### 4.4 Selectie cases & respondenten

Voordat de data werden verzameld, is een duidelijke selectie gemaakt van welke respondenten in aanmerking kwamen voor dit onderzoek. Voorafgaand zijn er verschillende eisen gesteld. Allereerst moest de respondent werkzaam zijn in de specialistische GGZ, bij een GGZ-instelling, dus niet bij een vrijgevestigde praktijk. Hier is voor gekozen omdat er verschillende regisserende eisen aan specialistische instellingen en vrijgevestigde praktijken gesteld worden. Omdat er meer focus ligt op het regisseren van het team en het proces binnen de specialistische instellingen, is er voor gekozen om binnen deze instellingen te kijken naar het regisserend vermogen van de professional. Bij een vrijgevestigde praktijk speelt de regierol in mindere mate omdat zij minder in teamverband werkzaam zijn. Een tweede eis was dat de respondent per 1 januari 2017 de functie van regiebehandelaar uitvoerde. Een derde eis was dat de respondent psychiater, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist was. Omdat psychiaters, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten alle drie een ander opleidingstraject hebben gevolgd is geprobeerd deze drie groepen evenredig te verdelen. Bovendien waren psychiaters en klinisch psychologen wel al hoofdbehandelaar en was het voor deze groep een andere overgang naar het regiebehandelaarschap. GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten waren namelijk geen hoofdbehandelaar en stapten zodoende in een nieuwe functie. Er is dus gekeken naar de opleidingsachtergrond en of de respondent een oud-hoofdbehandelaar of nieuwe regiebehandelaar was. Dit om te kijken of er verschil zit in copingstijl tussen deze verschillende vormen van verandering in de professie van beide professionaltypen.

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het regiebehandelaarschap zijn er acht verschillende organisaties bezocht. Hier is voor gekozen om te voorkomen dat het over het regiebehandelaarschap binnen één bepaalde organisatie zou gaan. Dit was immers niet het doel van het onderzoek en zou de validiteit daarvan hebben beïnvloed. Wel is een groot deel van de respondenten van één organisatie afkomstig (Parnassia Groep Zoetermeer). Na 13 van de 16 interviews is door de onderzoeker geconstateerd dat de nieuwe data niet meer tot nieuwe inzichten leidden en zodoende de data verzadigd waren. Er zijn daarna nog drie interviews gehouden om allereerst deze verzadiging te controleren en vervolgens om de verhouding tussen psychiaters, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten zo evenredig mogelijk te maken.

Alle respondenten werken in de specialistische GGZ, op 1 GZ-psycholoog en 1 beleidsmaker na. In totaal zijn er 16 interviews, deze zijn als volgt verdeeld (in willekeurige volgorde, op de volgende bladzijde):

Tabel 4: lijst van respondenten

<b>Respondent nr.</b>	<b>Type respondent</b>	<b>Organisatie</b>
1(oriënterend)	Beleidsmaker Kwaliteitsstatuut regiebehandelaarschap	GGZ Nederland
2	Verpleegkundig specialist	Parnassia
3	Psychiater	Parnassia
4	Verpleegkundig specialist	Parnassia
5	Psychiater	Parnassia
6	Verpleegkundig specialist	Ingeest
7	GZ-psycholoog	GGZ Eindhoven
8	GZ-psycholoog	GGZ Amsterdam
9	Klinisch psycholoog	GGZ Eindhoven
10	Verpleegkundig specialist	Parnassia
11	Klinisch psycholoog	Parnassia
12	Psychiater	GGZ Eindhoven
13	Psychiater	Parnassia
14	GZ-psycholoog	Eleos
15	GZ-psycholoog	PsyQ
16	GZ-psycholoog	GGZ Centraal

#### 4.5 Methode van data-analyse

Allereerst zijn alle interviews met toestemming van de respondent opgenomen. De interviews zijn over een periode van 4,5 week afgenomen. Zodoende was er tussen de interviews en de analyse genoeg tijd om te reflecteren op de afgenomen interviews. Zo kon er tijdens de interviewafnames bij de interviews die nog op de planning stonden gekeken worden naar informatie die nog miste en lag de focus op latere interviews steeds meer op doorvragen naar nog missende informatie. Wanneer alle interviews in korte tijd waren afgenomen, had deze tussentijdse reflectie minder goed uitgevoerd kunnen worden. Alle interviews zijn woord voor woord uitgewerkt, zodat het mogelijk was om te coderen en er citaten gebruikt konden worden in het resultaten hoofdstuk. Het is hierbij van belang te melden dat bij sommige citaten omwille van de leesbaarheid sommige zinnen zijn aangepast. Bij elk citaat is de inhoudelijke betekenis van de zin wel hetzelfde gebleven. Coderen is de methode die gebruikt

wordt om van data tot constructies te komen, waarbij data worden afgebroken tot losse delen die een naam gegeven wordt (Bryman, 2012). Het coderen is ook in dit onderzoek gebruikt.

Het analyseren van de kwalitatieve gegevens is gebeurd door drie fases, namelijk open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2014). Het open coderen is het proces van afbreken, onderzoeken, vergelijken, conceptualiseren en categoriseren van de data (Corbin & Strauss, 2007). Het doel hiervan is het verkennen en structureren van de onderzoeksdata. Het resultaat hiervan was een algemene lijst met codes, kenmerken rond de theoretische bevindingen van de regisserende professional. Dit was de eerste analyseslag van het onderzoek.

Daarna zijn de data axiaal gecodeerd, waarbij de data opnieuw gestructureerd worden door connecties te maken tussen diverse categorieën (Straus & Corbin, 2007). Het doel hiervan was codes te integreren rond centrale categorieën, begrippen af te bakenen en relevante categorieën vast te stellen. Het resultaat was een lijst met categorieën die zijn geordend ten opzichte van elkaar. Als laatste werd selectief gecodeerd, waarbij werd onderzocht of verschillende codes en categorieën samengevoegd konden worden (Boeije, 2014). Voor de analyse van de data is het analyseprogramma NVivo gebruikt.

#### **4.6 Kwaliteitscriteria**

Betrouwbaarheid en validiteit zijn belangrijke criteria voor het evalueren van onderzoek (Bryman, 2012). Daarom worden beide concepten in dit hoofdstuk toegelicht en toegepast op dit onderzoek. Er wordt ingegaan op hoe de betrouwbaarheid gewaarborgd wordt en welke belemmeringen dit oplevert. Hetzelfde geldt voor de validiteit van dit onderzoek.

##### **4.6.1 Betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid is de mate waarin het onderzoek herhaald kan worden (Bryman, 2012). Bij kwalitatief onderzoek is veel discussie over de manier hoe betrouwbaarheid gemeten wordt (Bryman, 2012). Bryman (2012) maakt allereerst een onderscheid tussen externe en interne betrouwbaarheid. De externe betrouwbaarheid is de herhaalbaarheid van een onderzoek, de interne betrouwbaarheid is of er meer dan één observeerder is om overeenstemming te krijgen over wat een onderzoeker hoort en ziet (Bryman, 2012). De externe betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt op verschillende manieren zo goed mogelijk gewaarborgd. Allereerst is de topiclijst van de interviews opgesteld en bijgevoegd in de bijlage. Daarnaast zijn alle interviews opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd in NVivo om de stappen van de onderzoeker zo transparant mogelijk te maken. Ook is de codeboom van dit onderzoek gevoegd in de bijlage van dit onderzoek. De betrouwbaarheid kent ook een kritische kanttekening. Dit onderzoek wordt uitgevoerd terwijl het regiebehandelaarschap deels nog in de implementatiefase zit, het staat nog in de kinderschoenen. Dit maakt dat respondenten nu vrijwel zeker anders reageren dan over een aantal maanden, als ze meer gewend zijn aan het regiebehandelaarschap. Met meer ervaring over hun nieuwe regierol zullen ze zeer waarschijnlijk anders reageren, simpelweg vanwege het feit dat de respondenten meer weten over de rol die zelf uitvoeren. De interne betrouwbaarheid is ook een kritisch punt omdat er maar één observeerder is in dit onderzoek. Wel is dit tijdens het schrijven dit onderzoek



meermaals ingezien en voorzien van feedback door de scriptiebegeleider en de medestudent uit de tutorgroep.

#### 4.6.2 Validiteit

Met validiteit wordt bedoeld: de mate waarin een onderzoek precies goed het sociale fenomeen representeert waar het naar verwijst (Silverman, 2011). Oftewel, meet dit onderzoek wat het hoort te meten? Er kan hier een onderscheid worden gemaakt tussen interne validiteit en externe validiteit (Bryman, 2012).

Interne validiteit is de mate waarin er een juiste verhouding is tussen de analyses van de onderzoeker en de theoretische concepten die hij ermee ontwikkelt (Bryman, 2012). Een manier om dit goed te waarborgen is door middel van *triangulation*, waarin verschillende methodes worden gebruikt (Silverman, 2011). Voor triangulation is niet gekozen omdat het onderzoek een persoonlijke interpretatie kent van bepaalde concepten, waardoor observaties geen toegevoegde waarde hebben. Wel is lang stilgestaan bij het rapport en kwaliteitsstatuut over het regiebehandelaarschap. Daarnaast is in ieder interview de anonimiteit gewaarborgd, is uitgevraagd of de respondent het transcript wilde inzien (dit was in geen geval gewenst) en is er aan het eind van ieder interview uitgevraagd en tijd genomen of de respondent nog vragen of eventuele aanvullingen had. Dit is gedaan om een vertrouwde setting te creëren en transparantie naar de respondent te tonen, om de interne validiteit te waarborgen. Ook is er genoeg tijd genomen voor de interviews en heeft de onderzoeker bewust tijd genomen om veel door te vragen bij de respondenten.

Externe validiteit geeft aan in hoeverre de bevindingen van dit onderzoek generaliseerbaar zijn voor andere sociale settings (Bryman, 2012). Dit is in kwalitatief onderzoek lastig omdat het vaak om specifieke casussen gaat. Toch wil dat niet zeggen dat er niets valt te zeggen over deze andere sociale settings. Om de externe validiteit te waarborgen is getracht om diverse organisaties te benaderen, omdat sommige fenomenen ook door een organisatiecultuur kunnen ontstaan. Er zijn respondenten van zeven verschillende GGZ-instellingen geïnterviewd. Ook is er een evenwichtige verdeling gemaakt van psychiaters, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten. Ook is er één beleidsmaker geïnterviewd in het begin van het proces om een scherp beeld te krijgen van de context en de wereld van de GGZ waarin de respondenten werkzaam zijn. Zo is getracht de antwoorden van de respondenten beter te plaatsen in de context van de GGZ.

Al deze stappen zijn genomen om een zo hoog mogelijke mate van betrouwbaarheid en validiteit te creëren voor dit onderzoek.

#### 4.7 Operationalisering

In deze paragraaf wordt het theoretisch model van het regisserend vermogen van professionals geoperationaliseerd. Aan de hand van de literatuur is het regisserend vermogen van professionals uitgesplitst in motivatie, training en opleiding en netwerken. Deze drie termen zullen allereerst worden uitgewerkt. Daarnaast staat dit onderzoek stil bij diverse typen coping en worden die ook in deze paragraaf geoperationaliseerd. De begrippen worden getypeerd aan



de hand van de kenmerken uit de literatuur. Bij ieder kenmerk wordt een korte toelichting gegeven. De onderwerpen uit deze operationalisatie vormen de structuur voor de data die bestudeerd wordt in het resultatenhoofdstuk. Allereerst beschrijft tabel 5 de motivatie, waarin de kenmerken autonome en public service motivatie toegelicht wordt.

*Tabel 5: operationalisering motivatie*

<b>Kenmerk</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Analysepunten</b>
Autonome motivatie	Een professional die vanuit waarden of vanuit intrinsiek plezier in het werk gemotiveerd is zijn best doen.	Eigen beslissingen maken, intrinsiek plezier hebben in de taak.
Public service motivatie	Een professional die veel waarde hecht aan bijdragen aan de maatschappij.	Betekenisvolle bijdrage willen leveren, handelen vanuit beroepsethiek.

In tabel 6 is operationalisatie van het begrip Training en opleiding weergegeven door de kenmerken opleiding voor werk en training tijdens het werk.

*Tabel 6: operationalisering training & opleiding*

<b>Kenmerk</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Analysepunten</b>
Opleiding voor werk	Een professional met een gedegen kennis van regisserende taken en competenties voordat hij aan het werk ging.	Regisserende competenties (coördinatie, communicatie, leiderschap) in opleiding meegekregen.
Training tijdens werk	Een professional die tijdens het werk regisserende competenties blijft ontwikkelen.	Regisserende competenties (coördinatie, communicatie, leiderschap) in trainingen tijdens werk meegekregen.

In tabel 7 is de operationalisatie van begrip Netwerken weergegeven door de kenmerken contact met collega's en contact met stakeholders.

*Tabel 7: operationalisering netwerk*

<b>Kenmerk</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Analysepunten</b>
Contact met collega's	Een professional die goede contacten heeft met collega's.	Open richting collega's, feedback vragen, steun organiseren.
Contact met stakeholders	Een professional die goede contacten heeft met stakeholders.	Transparante houding, bereid tot en focus op samenwerken.

Als laatste wordt het concept coping gebruikt in dit onderzoek. In tabel 8 staan de analysepunten beschreven voor zowel proactieve copingstijlen als reactieve copingstijlen. Aan

de hand van de interviews is gekeken of respondenten een proactieve of reactieve copingstijl hanteerden in het omgaan met het aannemen van regisserende rollen.

*Tabel 8: operationalisering coping*

<b>Kenmerk</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Analysepunten</b>
Proactieve stijlen	Een professional neemt actieve en anticiperende stappen om toekomstige onzekere situaties omtrent de regisserende rol te voorkomen.	Inlezen, in gesprek gaan met collega's, steun zoeken bij organisatie of baas.
Reactieve stijlen	Een professional reageert pas ná de verandering en vanuit een ontstane situatie omtrent de regisserende rol.	Afwachten, geen gesprekken aangaan, regulier werk niet aanpassen.

#### **4.8 Conclusie**

In dit hoofdstuk is toegelicht hoe de dataverzameling en data-analyse van het empirische hoofdstuk is opgezet en op welke wijze deze analyse is uitgevoerd. Door zo exact mogelijk te beschrijven wat de onderzoeksstrategie is, hoe de cases geselecteerd zijn, welke verzamelmethode is gebruikt, welke analysemethode is gebruikt en hoe de betrouwbaarheid en de validiteit gewaarborgd zijn, wordt allereerst transparantie geboden voor eventuele vervolgonderzoeken. Daarnaast kunnen door operationalisatie met kenmerken en analysepunten de resultaten en daaruit volgende conclusies en discussie beter geduid en verklaard worden. De resultaten zullen in het vervolg besproken worden.

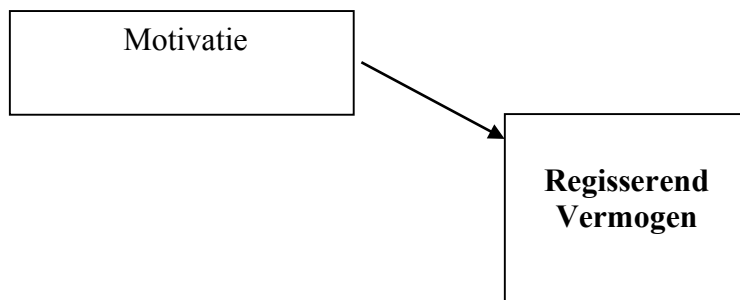
## 5. Resultaten

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de interviews geanalyseerd. Het doel is om de verwachtingen die professionals hebben in het uitvoeren van regisserende taken inzichtelijk te krijgen en om inzicht te krijgen in welke competenties daarbij horen. Er wordt gekeken vanuit de bronnen van regisserend vermogen. Er wordt gekeken hoe motivatie, opleiding en netwerken met collega's een rol spelen in het aannemen van een regierol. Er wordt specifiek gezocht of er voorbeelden zijn waarin bronnen van regisserend vermogen bijdragen aan het copen met een regierol.

### 5.2 Motivatie van de professional

De geïnterviewde respondenten geven aan dat een regierol een nieuw soort werk van hen vraagt. Deze paragraaf focust zich op de factoren waardoor professionals gemotiveerd worden om een regierol in te vullen, en door welke factoren zij niet gemotiveerd raken in het nemen van een regierol.



#### 5.2.1 Factoren die de motivatie voor regietaak bevorderen

##### *Duidelijkere rollen motiveert tot uitvoeren regietaak*

Een eerste motiverende factor voor het nemen van een regierol is dat de verantwoordelijkheden binnen het team door het regiebehandelaarschap duidelijker verdeeld zijn. Dit motiveert alle professies. Eerder viel de verantwoordelijkheid voor de behandeling in grote mate onder de hoofdbehandelaar. Nu zijn rollen strikter gescheiden en is er de professional in de regierol die het proces overziet. Zowel psychiaters als GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten geven aan dat deze duidelijkere verantwoordelijkheden een positieve invloed hebben op hun motivatie om een regierol uit te voeren. Enerzijds ervaren psychiaters dat er meer verantwoordelijkheid bij individuele teamleden ligt, anderzijds voelen verpleegkundig specialisten en gz-psychologen dat deze verantwoordelijkheden meer recht doen aan de realiteit.

De psychologen en verpleegkundig specialisten ervaren het hier dus als een positieve ontwikkeling dat zij nu meer een vast aanspreekpunt worden binnen de behandeling, in plaats van dat zij een uitvoerend behandelaar zijn die zich enkel met de behandeling bezighoudt. Dit motiveert hen in het nemen van een regisserende taak.

*‘Regievoeren betekent niet dat je alles kan of hoeft te kunnen. Dus als ik als regiebehandelaar een systeem behandeling of een cognitieve gedragstherapie initieer, hoef ik het niet zelf te kunnen. Dus dat doet meer recht aan de realiteit. En dan heeft die behandelaar zijn eigen verantwoordelijkheid daarin. En een eigen vakgebied en expertise.’*

Verpleegkundig specialist

#### *Extra autonomie versterkt motivatie voor regierol*

Meer autonomie is één van de redenen waardoor professionals gemotiveerd raken om meer vermogend te zijn voor nieuwe regisserende taken. Een regierol geeft de professional meer autonomie om naar eigen inzicht het werk vorm te geven, in plaats van als professional vaste overlegstructuren te moeten volgen. Dit wordt als positief ervaren door verschillende respondenten. Dit motiveert hen om deze regisserende rol op zich te nemen. Vaste overlegstructuren met een hoofdbehandelaar zijn vervallen, waardoor de verantwoordelijkheid voor multidisciplinaire overleggen meer bij de ‘nieuwe’ regiebehandelaren komt te liggen.

*‘Ik kan dus nu ook zeggen tegen een psychiater, bijvoorbeeld iemand met wie ik veel samenwerk, “ja sorry, leuk hoor, maar ik heb je mening niet gevraagd. Of “jij kan wel wat anders vinden, maar ik ga het toch anders doen”.’*

Verpleegkundig specialist

Professionals ervaren deze autonomie als een vorm van meer eigen verantwoordelijkheid en meer autonomie om hun eigen professe uit te voeren. Het geeft ook meer ruimte om elke casus anders te regisseren. Waar men eerst vast zat aan een gesprek met een psychiater, ervaren professionals nu dat ze meer maatwerk kunnen toepassen. Dit maakt ook dat zij gemotiveerder zijn om een regierol te uit te voeren.

De waarborging van de autonomie wordt wel als een uitdaging gezien door professionals, met name door psychiaters, binnen de GGZ. Op dit moment ervaren professionals dat men geëld wordt door de regels, in plaats van dat men binnen de regels opereert. Men prefereert het loskoppelen van de inhoudelijke invulling van het regiebehandelaarschap aan de bedrijfsmatige kant ervan. Hiermee bedoelt men het zorgen dat alles op tijd is gebeurd. Dat zou wat minder strak kunnen wat met name de psychiaters betreft. Minder strakke regels geeft hen ook meer autonomie. Wat ook opvalt is dat deze professionals lastig hun inhoudelijke verantwoordelijkheden los kunnen laten, ondanks dat dat extra ruimte oplevert om met complexere casuïstiek aan de slag te kunnen. Men is wel in een aantal gevallen alleen bezig met het beter maken van een cliënt, maar niet met het organiseren van het proces rondom zo’n cliënt. De autonomie helpt dus wel, maar is niet altijd de heilige graal voor het pakken van een regisserende taak.

#### *Plichtbesef motiveert professional om regie te pakken*

Een sterker gevoel van de plicht voor een taak die professionals hebben, maakt dat de professional gemotiveerder is om ook regisserende taken op zich te nemen. Dit plichtbesef om je taken goed te doen, dus ook de regisserende taken, motiveert professionals om in hun regierol te stappen. Ze vinden het een vanzelfsprekende, intrinsieke plicht om je als

professional verantwoordelijk te voelen voor het proces en de actoren rond een cliënt, als dat in de regierol gevraagd wordt. Dit plichtsbesef is een onderdeel van hun public-service ideaal, daardoor vinden professionals ook dat deze regisserende taken een wezenlijk onderdeel van het werk moeten zijn. Een verantwoordelijke professional zorgt van nature al dat er genoeg professionals rond een cliënt staan en dat en de zaken rondom de behandeling goed geregeld zijn.

*'Ik moet eerlijk zeggen: eigenlijk deed ik dat al heel veel maar had het nog niet die naam, dat is mijn ervaring heel erg. Op mijn vorige werk vond ik dat wij die rol impliciet al wel hadden zonder dat het zo heette. Want je hebt vanuit je beroepscode als psycholoog, of elk BIG geregistreerd beroep, ook al wel een verantwoordelijkheid om bepaalde zaken naar eer en geweten goed op pakken voor een cliënt.'*

GZ-psycholoog

### 5.2.2 Factoren die motivatie voor regietaak belemmeren

#### *Motivatie voor inhoudelijke taken gaat voor motivatie voor procesmatige taken*

Een public-service ideaal motiveert de professionals en helpt hen bij het plichtsbesef, maar is nog wel met name gefocust op inhoudelijke taken. Dit ideaal demotiveert hen in ieder geval in bepaalde mate in het nemen van regisserende taken. Sterker nog, in sommige gevallen kan het de regisserende taken in de weg zitten. Met name GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten zien het als een nieuwe en een extra taak bovenop hun reguliere werk. Als er een keuze gemaakt moet worden tussen de regieverantwoordelijkheid en de behandelverantwoordelijkheid, is men eerder gemotiveerd om de inhoudelijke behandeling uit te voeren. Men geeft ook wel aan dat het behandelen van de patiënt uiteindelijk de kern is van dat waarvoor ze opgeleid zijn, dus die verantwoordelijkheid zien ze als hoogste motivatie. Psychiaters geven wel aan dat regieverantwoordelijkheden belangrijk zijn, maar dat ze hier vaak niet aan toekomen naast de basistaken die ook gedaan moeten worden. Bij conflicterende taken komt in veel gevallen nog de inhoudelijke behandeling als belangrijkere motivatie naar voren. De inhoudelijke kennis belemmert de motivatie voor het nemen van een regierol. Dit komt omdat een psychiater specifieke kennis heeft en deze kennis niet ingezet kan worden omdat hij in een regierol veel met processen bezig moet zijn. Dit dilemma belemmert de professional ook in de motivatie voor de regisserende rol.

*'En dan is er wel een aantal taken van het regiebehandelaarschap die blijven liggen. Met name zaken rond het teamklimaat en het aansturen van het team. En dat is denk ik ook echt omdat ik opgeleid ben als behandelend psychiater en niet als beleidspsychiater of zoiets. Dus ik kies dan altijd voor de patiënt en niet voor het team. (...) Je moet kiezen op een dag en je hebt maar een beperkt aantal uren, dan ga je toch met de patiënt praten, dus dat stukje doen.'*

Psychiater

Wanneer de motivatie er wel is om een regierol te nemen, komt men nog nadrukkelijker in een dilemma te zitten. De professional komt in een tijds-, dan wel prioriteitsdilemma. Dit zit

in de momenten dat een regierol gevraagd wordt maar tegelijkertijd de rol behandelaar meespeelt. Doordat overdag de professionals volle agenda's hebben met afspraken met cliënten of vergaderingen over cliënten, is er geen ruimte om een regietaak ten volle uit te voeren. Dit terwijl regietaken voor het team wel gezien worden als een toevoeging aan de zorg voor de cliënten. Naast het proces dat de professional zelf wil regelen voor de cliënt, kan men niet optimaal de regietaak uitvoeren wanneer collega's dat van de regiebehandelaar verwachten. Een motivatie voor regietaak kan verminderen wanneer men deze probeert uit te voeren.

*'Zoals woensdag is in principe zo'n dag dat ik alleen maar cliënten zie voor een ander team, dan zit ik eigenlijk zo goed als 8 uur in gesprek. En vorige week hadden we om 12 uur ineens dat een gezin van ons in crisis raakte. Ja ik voel me dan wel verantwoordelijk, ik wil daar wel iets mee maar je loopt ook gelijk spaak met je andere taak.'*

*Op dat moment sta ik voor een lastig dilemma. Ga ik nou mijn cliënten afbellen die het eigenlijk vanuit mijn rol als psycholoog wel echt nodig hebben mij te zien, wat gaat dan voor?'*

GZ-psycholoog

#### *Huidige organisatieprocessen remmen motivatie voor een regierol*

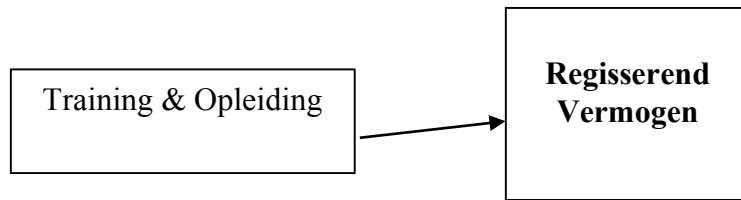
De (on)mogelijkheid om tijd en geld vrij te maken voor de regisserende taken door de strakke organisatieprocessen en verantwoordingsprocessen demotiveert hen in het nemen van een regierol. Als de respondenten kijken naar de regierol zien zij namelijk een grote verantwoordelijkheid voor het proces. Hierin zitten wel verschillen hoe de respondenten aankijken tegen dat proces. Het lastige in deze procesverantwoordelijkheid is dat de agenda's en werkindeling van professionals ingericht zijn op het behandelen van cliënten. Er is weinig ruimte voor de daadwerkelijke aanpak van het proces. Dit wil dus zeggen dat je buiten de spreekuren om ook tijd hebt om met de cliënt aan de slag te kunnen. Bovendien zijn minuten die aan het proces besteed worden niet declarabel, minuten die aan de cliënt besteed worden wel.

*'Dus het huidige proces is eigenlijk ingericht op het oude. En ik denk als je de regierol goed wil doorvoeren er opnieuw gekeken moet worden naar: hoe moeten we ons proces nou zo vormgeven dat het logischer is dat iemand een regierol krijgt en dat dat degene is dat die dat blijft doen.'*

GZ-psycholoog

### 5.3 Training & Opleiding

In deze paragraaf wordt toegelicht hoe training en opleiding het uitvoeren van een regierol versterken dan wel belemmeren.



#### 5.3.1 Regisserende taak vergemakkelijkt door opleiding

In de opleidingen voor psychiaters en verpleegkundig specialisten wordt meer aandacht gegeven aan coördinerende taken, waardoor zij makkelijker in een regisserende rol stappen. Zo worden psychiaters meer toegerust in coördinerende taken tijdens hun coschappen en krijgen zij speciale trainingen voor crisissituaties.

De verpleegkundig specialisten zien ook de coördinerende rol wel veel terug in de opleiding en kunnen op het gebied van leiderschap makkelijker de regierol pakken. In de opleiding van verpleegkundig specialisten zit meer focus op managementtaken. Verpleegkundig specialisten zitten van nature meer in een leiderschapsrol, omdat in de verpleegkundige opleiding daar een sterke focus op is. Er zijn voor verpleegkundigen specialisten ook speciale clinical leadership programma's opgezet om hen meer in de leiderschapsrol toe te rusten. Dus verpleegkundig specialisten zitten meer in deze rol door een focus in de opleiding op het gebied van leiderschap en management. Bij psychiaters en GZ-psychologen wordt daar veel minder op gestuurd in de opleiding.

#### 5.3.2 Geen opleiding in regierol belemmert regisserende taak

Onder GZ-psychologen heerst onvrede over het missen van managementachtige vakken tijdens opleiding. De psychologie kent enkel inhoudelijke vakken, terwijl zij in een regierol ook veel bezig zijn met coördinatie en aansturing: hoe overzicht te houden, hoe te acteren in crisissituaties en hoe een team aan te sturen? Daar mist het nog wel eens aan competenties.

*'Maar ik vind het eigenlijk heel vreemd als dit zo'n belangrijke rol is - want het is ongeveer... ja ik ben hier toch ongeveer 1/3 van mijn werkweek mee bezig - dat die competenties helemaal niet in je opleiding naar voren komen.'*

*Als ik kijk naar mijn opleiding, dat is ook nog wel iets waarvan ik denk "als ze het echt goed willen doen, moeten ze daar bij de opleiding van psychologen ook aandacht aan besteden".'*

GZ-psycholoog

Er zijn ook gevallen waarin sommige professionals van nature een coördinerende rol minder ligt. Dit was ook minder van belang omdat deze professionals meer bezig waren met inhoudelijk behandelen. Door de omslag naar het regiebehandelaarschap worden zij in een rol geplaatst die ze in dat geval niet echt ligt en waar ze dan ook tegen opzien. Omdat zij ook niet een opleiding of training krijgen terwijl zij dat wel nodig hebben, vormt het missen van deze opleiding een belemmering in het nemen van een regierol.



*‘Want ik zie nu ook wel eens dat tegen elke passende discipline maar gezegd wordt: “jij gaat regiebehandelaar worden”. Terwijl ik ook weet dat er ook collega’s zijn die zich daar niet comfortabel bij voelen of die voelen dat ze nog iets missen. Die misschien coaching of iets nodig hebben om wat meer in zo’n regierol te komen. Daar ontbreekt het ook nog wel aan.’*

GZ-psycholoog

### **5.3.3 Hoogste opleiding moet inhoudelijke regie voeren**

Psychiaters geven ook aan dat zij al door hun opleiding gewend zijn om een regisserende taak op zich te nemen. Dit gebeurt echter wel op basis van de inhoudelijke behandeling. Op de inhoud van de behandeling voelen zij zich nog steeds verantwoordelijk om regie te voeren. De procesmatige kant zien zij op dit moment als minder relevant. Een psychiater benoemt dat het zonde is van de professie van psychiaters om veel met (team)processen bezig te zijn. Zij zien eerder de psychiater als degene met de kennis en kunde en de persoon die hoogst opgeleid is, en het is daarom logisch dat die de regie voert over een behandeling. De inhoudelijke deskundigheid moet de basis zijn van het regie voeren. In een aantal gevallen benoemt een verpleegkundig specialist / GZ-psycholoog dat zij wel regiebehandelaar zijn op papier, maar hun definitieve besluit nog wel steeds voorleggen bij de psychiater. De inhoudelijke opleiding vormt zo dus een belemmering in het nemen van een procesmatige regierol, omdat veel respondenten aangeven dat regie idealiter niet op basis van procesmatige rollen wordt gevoerd.

*‘Een medisch specialist is wat dat betreft ook wel in staat om met medicatie dingen te kunnen die bijvoorbeeld een psycholoog niet kan. (...) Die kwaliteitswaarborging, ik denk dat daar misschien wel kritisch naar gekeken kan worden: hoe kunnen we dat misschien nog beter op poten zetten.’*

Psychiater

Met name psychiaters zien dus in sommige gevallen niet de waarde in om ook met niet inhoudelijke taken bezig te gaan in hun werk. De kennis die zij hebben is al schaars omdat er te weinig psychiaters zijn, als zij dan ook nog met allerlei niet kenniszaken zich bezig moeten houden, voelen zij zich niet ten volle benut. Tegelijk zien zij zichzelf kennelijk wel als degenen die op basis van hun meer-kennis wél de regie moeten voeren. Ze scheppen zo hun eigen spagaat.

*‘Het moet natuurlijk niet zo worden dat mensen die zijn opgeleid in bepaalde professie, te veel tijd bezig zijn met allerlei processen. Dat zou ik wel zonde vinden. Zeker voor de functie van psychiater, omdat die een aantal dingen kunnen die anderen niet kunnen.’*

Psychiater

### **5.3.4 Competenties die bijdragen aan regisserend vermogen**

De competenties waarin een professional in de regierol getraind moet worden verschillen erg. Er worden veel diverse competenties die bijdragen aan een succesvolle invulling van de

regierol genoemd door de respondenten, maar twee hoofdcompetenties springen er uit. Dit zijn het hebben van een helikopterview en coördinatiecompetenties.

### *Helikopterview*

Een helikopterview hebben houdt allereerst in dat je goed op de hoogte bent van andermans behandeling. Daarnaast is het belangrijk dat je in korte tijd een complexe casus moet kunnen overzien en weten wat daarmee gedaan moet worden. Een andere invulling die gegeven wordt aan de helikopterview is dat men ook op metaniveau moet kunnen kijken wat voor therapieën je waar inzet en wat de effecten van die therapie zijn. Het overzicht houden qua proces en inhoud en daarnaar kunnen handelen wordt als zeer belangrijk gezien. Niet alleen kijken naar de behandeling van de cliënt, maar wat is nodig om de cliënt weer uit de behandeling te krijgen. Interessant is dat er ‘onderliggende’ competenties volgen, in navolging van deze helikopterview.

*‘Dus dat betekent dat je toch een beetje moet kunnen helikopteren en over een maandentraject moet kunnen inschatten wat inhoudelijk nodig is, maar ook moet kunnen samenwerken met collega’s en deze moet kunnen aanspreken, daarnaast de samenwerking ook met de cliënt moet kunnen overzien en moet kunnen bijsturen.*

Klinisch psycholoog

### *Coördinatie*

Een tweede competentie is het coördineren van je werk. Dit geldt zowel voor het proces als voor de collega’s waarmee je werkt, geven de respondenten aan. Dit houdt allereerst in dat de regisserende professional zorgt dat de andere behandelaars goede kwaliteit leveren. Onder de verpleegkundig specialisten wordt dit ook nog wel lastig ervaren omdat zij dan wel een regierol toebedeeld hebben gekregen, maar er ook nog steeds coördinerend verpleegkundigen zijn in de GGZ. Psychologen geven daarin vooral aan dat je moet zorgen dat je je collega’s bij elkaar brengt om te bedenken en te bepalen hoe er met diverse complexe casussen en behandelingen omgegaan moet worden.

Een belangrijke coördinerende taak is ook om ervoor te zorgen dat er niet langs elkaar heen wordt gewerkt. Cliënten ervaren nogal eens dat professionals langs elkaar heen werken, en dat een professional met een regiefunctie scherp moet coördineren om dit te voorkomen. Als laatste wordt goed plannen van behandelingen als belangrijk ervaren.

### *Communicatie*

Met name verpleegkundig specialisten vinden het communiceren naar de cliënt en naar de collega’s een belangrijke basiscompetentie van een regisserende professional. Dit verklaren zij zelf omdat een verpleegkundige van oudsher veel direct contact heeft met de cliënt en gewend is om niet zelfstandig te werken. Psychologen en psychiaters focussen hier minder op omdat zij grotendeels gewend zijn om individueel te werken, geven de verpleegkundig specialisten aan. Het gaat daarbij niet alleen om communicatie binnen de instelling, maar ook om communicatie in het grotere geheel. Een professional moet goed weten waar hij de juiste

hulp kan vinden. Communicatie naar de collega's wordt als belangrijk gezien omdat de collega's een beeld hebben van waar men mee bezig is geweest en hoe het proces loopt.

*'Vooral de verpleegkundig specialisten blinken daarin uit, de communicatie. En dat heeft ook te maken met dat je altijd met heel veel partijen te maken hebt en van oudsher als verpleegkundige het nooit in je eentje kan doen. Je moet altijd observeren, rapporteren, signaleren. Dat observeren zit er natuurlijk van begin af aan in en je moet dat delen.'*

Verpleegkundig specialist

#### *Administratieve competenties*

Een interessante competentie die meermaals benoemd wordt, is het op orde houden van de administratie rondom een cliënt. Dit komt met name doordat de administratieve druk is toegenomen en het belang om dat op orde te hebben daarin ook is toegenomen. De professionals zien het als taak van de regiebehandelaar ervoor te zorgen dat deze administratie bijgehouden en bovendien kloppend blijft. Sowieso vergt dat ook van verpleegkundig specialisten een nieuwe taak die zij eerder niet hoefden uit te voeren. Een psychiater geeft aan dat een goede regiebehandelaar dus ook competenties moet hebben om richting de zorgverzekeraar de zaken goed op orde te hebben. Een bepaalde competentie in geordendheid past dus ook binnen deze administratieve competenties.

*'Terwijl de competenties die horen bij een goede regiebehandelaar voor de papierwinkel zijn hè, om het maar zo te zeggen. Dan moet je ordelijk zijn en gestructureerd zijn en dan heb je toch wel wat ander soort competentie nodig. Dan moet je goed bereid zijn om lijstjes in te vullen'*

Psychiater

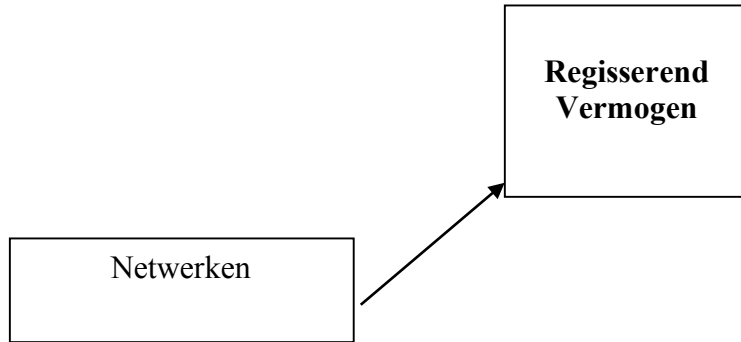
#### *Knopen doorhakken*

Beslissingen kunnen maken als de situatie daar om vraagt. Dat is ook een belangrijke competentie die professionals toedichten aan een regiebehandelaar. Collega's kunnen dan niet alleen maar doen wat zijzelf willen maar hebben dan ook te dealen met een beslissing die een regiebehandelaar maakt. De kunst hierin is om jezelf als professional niet boven het team te stellen, maar wel de verantwoordelijkheid te kunnen nemen een besluit te maken wanneer er verschil is in inzicht. Men ervaart hierin dat hun rol is veranderd, en daarom meer dit type besluitvaardige competenties aangeboord moeten worden. Een professional in een regierol kan in die zin niet meer enkel in zijn hulpverlenersrol blijven zitten.

*'Ik merkte best wel dat dat ook andere competenties vroeg. Dan kun je niet alleen maar aardig en lief zijn maar dan gaat het uiteindelijk ook om knopen doorhakken en ja, ik wil niet zeggen dat het management is, maar het haakt wel heel erg aan teamprocessen en wat je daar dan mee doet.'*

GZ-psycholoog

## 5.4 Netwerken



In deze paragraaf wordt toegelicht hoe netwerken met collega's en stakeholders het pakken van een regierol versterken dan wel belemmeren. Uit de interviews blijkt dat het missen van feedback geven en een sterke socialisatie het vermogen tot regisseren belemmeren. Ook de administratieve verantwoording naar stakeholders wordt als belemmerend ervaren. Daarnaast blijkt dat het kennen van de sterktes van je collega's hieraan kan bijdragen.

### 5.4.1 Stimulerende factoren

#### *Kennis van eigen zwakten*

Wat opvalt is dat veel respondenten benadrukken dat men ook op de hoogte moet zijn van de kennis die men niet heeft. Dat betekent dus dat de professional zijn eigen 'zwaktes' kent binnen zijn eigen kennisdomein en op die punten collega's inschakelt.

*'Een van de allerbelangrijkste competenties die je als medisch specialist moet hebben is dat je bewust onbekwaam bent, dus je moet weten wat je niet kan, en dat moet je niet erg vinden en daar moet je naar op zoek gaan'*

Psychiater

#### *Kennis van collega's inzetten*

Het scherp houden van kennis behelst dus ook het scherp houden van de kennis die je niet hebt. Een logisch gevolg hiervan is dat je gebruik moet maken van andermans kennis daar waar de eigen kennis te kort schiet. Men moet dus echt de grenzen van zijn of haar eigen kennis weten en weten wie deze kennis wel heeft en deze collega dan ook bij de behandeling betrekken. Het actief inzetten van andermans kennis maakt dat men eerder in regierol stapt. Dit draagt bij het aannemen van regisserende rollen.

*'Dus als ik denk dat een ander vakgebied in sommige zaken beter van pas kan komen, dan kan ik patiënten heel makkelijk doorverwijzen. Soms voor een stukje, voor een deel van een behandeling, maar soms ook voor de gehele behandeling. En dat is prettig. Dan krijg je meer een soort team gevoel. Waar iedereen een onderdeel van de behandeling zou kunnen doen. En iedereen heeft zijn eigen krachten daarin.'*

Verpleegkundig Specialist

Er wordt wel meer van deze professies verlangd dat ze dichterbij de andere professies gaan staan. Hetzelfde schild waarop men opgeheven wordt, daarvan wordt men ook geacht weer af

te stappen en zich niet boven het team te stellen. Er wordt meer verwacht dat men respect heeft voor elkaars professionele discipline. Daarom wordt soms een derde paar ogen als regiebehandelaar gewaardeerd door professionals. Een bijkomend voordeel van deze regierol is namelijk dat een professional deze regiebehandelaar kan inzetten als bemiddelaar, zo benoemt een GZ-psycholoog. Dat wordt gezien als een meerwaarde in het behandeltraject, omdat in conflictsituaties een regiebehandelaar vanuit de regierol extra toelichting kan geven waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt en hoe bijvoorbeeld een behandeling opgezet wordt. Een rol als onafhankelijke hulp aan collega professionals helpt professionals dus in het nemen van een regierol.

#### 5.4.2 Belemmerende factoren

##### *Missende feedbackcultuur*

Om in de regierol met collega's in netwerken te kunnen werken, is focus nodig op feedback geven en op het 'controleren' van elkaars werk. Dat versterkt het regisseren, maar het ontbreken van die focus is nu ook nog een belemmering.

Dat het werk minder solistisch is, wordt als belangrijk en als noodzakelijk ervaren. Dit heeft meerdere redenen. Allereerst geeft een deel van de respondenten aan dat zo scherper in beeld is of de uitgevoerde behandeling wel de beste is. Gecorrigeerd worden op de behandeling die gedaan wordt draagt bij aan betere zorg voor de cliënt. Daarnaast biedt het in een rol als regiebehandelaar eerder de mogelijkheid om in te grijpen, mocht een behandeling niet goed worden uitgevoerd door een uitvoerend behandelaar. Frequente feedbacksessies helpen de professional om kritisch te zijn op andere collega's. Het eigen maken van het aanspreken van collega's draagt bij aan een regisserende rol. Dit begint bij bewustwording.

*'Het is wel echt een regierol. Ik denk dat ik het nu wel een stuk bewuster doe, laat ik het zo zeggen. Nu doe je het ook bij gezinnen waar het wel loopt, dat je wel af en toe denkt van: "We moeten die feedbackloop wel hebben naar de rest." Dus ik denk zeker dat het wat meer is.'*

GZ-psycholoog

Ondanks het feit dat feedback als nodig wordt gezien, wordt deze feedbackloop nog wel als lastig ervaren. Het wordt lastig gevonden alles te delen wat men in een behandeling doet, het kan snel als persoonlijke aanval worden opgevat als het niet op een juiste manier wordt gecommuniceerd. Dit komt omdat de professional als mens onder de loep wordt genomen geven respondenten aan, dat is toch anders dan een rapport of stuk wat een professional oplevert. Het is namelijk in deze sector ook lastig om precies uit te vinden waar de behandeling op stuk loopt, dat maakt dat er een soort drempel kan ontstaan bij professionals om te vertellen waar ze mee bezig zijn. Dit ondanks dat ze het belangrijk vinden dat professionals gewoon goed presteren. Daarnaast wordt je geacht om als professional je kennis paraat te hebben, het is dan lastig om je twijfels of onkunde toe te geven over een bepaalde behandeling of methode.

*'Het is niet zo fijn om te vertellen waar je dan zelf al een beetje over twijfelt zeg maar. Maar in deze verhouding zoals die er nu is met de regiebehandelaar moet je gewoon laten zien wat je aan het doen bent, je moet gewoon over die drempel heen stappen dus ik vind dat wel gunstig.'*

GZ-psycholoog

Naast het persoonlijke feedback geven, wordt in teamverband evalueren ook gezien als iets dat mist en iets dat helpt om beter in de regierol te komen. Door in teamverband concreet te evalueren wordt een professional meer gestimuleerd om na te denken over de juiste behandeling. Eén GZ-psycholoog geeft aan dat een regisserende professional vooral met de evaluatie bezig moet zijn, meer nog dan met de uitdaging om alle actoren of het hele team bij elkaar en op één lijn te houden. Ook vinden professionals deze evaluatiesessies belangrijk om grotere lijnen en ethische dilemma's, waar zij tegenaan lopen in hun werk, te bespreken met hun collega's.

Feedbacksessies zijn in veel gevallen routinematig en op vaste momenten. Echter, soms zien collega's ook tijdens een behandeling of regulier overleg een collega een keuze maken waar zij het niet mee eens zijn. De collega hierop aanspreken vinden professionals lastig, omdat iedereen dus ook een eigen expert is en professionals de context van de keuze niet weten. De nadelen van het eigen expert zijn worden dus door verschillende respondenten ook als een uitdaging gezien, een bepaalde aanspreekcultuur mist daardoor. Deze cultuur wordt echter wel als belangrijk ervaren in het leveren van goede zorg aan cliënten.

*'Aanspreekcultuur is sowieso lastig, omdat het altijd zo is geweest, het gebeurt heel erg achter kamertjes met gesloten deuren hé, het is een geheimzinnig proces, het is al moeilijk om de vinger op de zere plek te leggen.'*

Klinisch psycholoog

### *Sterke socialisatie*

Er ontstaan door de regierol nieuwe verhoudingen tussen zowel psychiaters, GZ-psychologen als verpleegkundig specialisten. Zij gaan door de regierol anders met elkaar in een netwerk samenwerken. Vooral psychiaters en klinisch psychologen zien in sommige gevallen zichzelf nog wel als eindverantwoordelijk. GZ-psychologen kunnen zich daardoor weggezet voelen. De socialisatie tussen collega's beïnvloedt dus de wijze waarop de professional een regierol op zich nemen.

*'Bij mijn vorige werk waren de klinische psycholoog en een psychiater dan hoofdbehandelaar, maar in de praktijk hadden die natuurlijk helemaal geen tijd om van alles te coördineren en overzicht te houden, dus deden wij dat als discipline al heel veel (...) want dan vind ik wel voor de GGZ psycholoog, die werd eerder een beetje weggezet als "oh die mogen dat werk niet doen", terwijl in de praktijk gebeurde het heel vaak dat GGZ psychologen als verlengde arm van een klinische psycholoog of psychiater dat werk allemaal wel deden'*

GZ-psycholoog

In de praktijk wordt de verantwoordelijkheid nog steeds in veel gevallen aan de psychiater en de klinisch psycholoog gegeven. Zij worden nog steeds gezien als degene die de grote besluiten kunnen en idealiter ook horen te nemen.

*‘Het moment waarop jij van de ene op de andere dag psychiater bent, en je blijft werken in het team waar je eerst assistent was, dat is mij ook overkomen, en als je dan vervolgens psychiater wordt, dat is een wereldverschuiving’ (...) Je wordt op een soort van schild geheven door je team of je nou wil of niet, maar daar moet je wel mee om kunnen gaan.*

Psychiater

Door de regierol ontstaan er nieuwe verhoudingen en is het niet meer vanzelfsprekend dat professionals die het meest ervaren zijn, de kennis en competenties overdragen aan de anderen binnen de GGZ. Dit wordt nog vaak als lastig ervaren. Vanuit de verpleegkundig specialisten en psychologen die een nieuw beroep aan het uitoefenen zijn en voor psychiaters die niet zomaar meer het hoofd zijn. Dit levert allereerst voor de nieuwe groep die regie mag voeren lastige situaties op.

Deze groep ervaart het als lastig dit zij niet formeel de baas zijn, maar wel regie moet voeren. Dit maakt het ingewikkeld. Omdat verpleegkundig specialisten en psychologen gewend zijn om terug te vallen op een psychiater. Dit kan nu niet meer, sterker nog, psychiaters vallen terug op hen. Dit vraagt een andere rol en dat wordt nog als lastig en spannend ervaren. De onderlinge hiërarchische verhoudingen die in deze sector nog een grote rol spelen, belemmeren professionals om in een regierol te komen.

*‘Ik vind het best nog wel spannend, maar dat komt omdat ik natuurlijk nog redelijk nieuw in dat stukje zit. En daar gaat toch een hoop extra verantwoordelijkheid mee gepaard en als ik een klein foutje maak in medicatie voorschrijven, kan dat natuurlijk hele grote gevolgen hebben. Omdat het als het misgaat ook mijn ding is. En voorheen kon ik natuurlijk zeggen, ja ik heb met de psychiater overlegd.’*

Verpleegkundig specialist

#### *Doorgeschoten administratieve verantwoording naar stakeholders*

Binnen de GGZ zien professionals een forse toename van de administratieve druk als belemmering binnen het netwerk waarin zij werken en het oppakken van de regierol daarin. Dit resulteert in een verantwoording die doorgeschoten is en resulteert daarnaast in een druk die het professionele werk belemmert. Anderzijds is nu ook een trend te zien waarin professionals deze druk omarmen en het een plek te geven in het dagelijkse werk dat ze verrichten. Dit straalt men ook meer uit naar de directe collega's van de professional.

*‘Wat ik mensen afleer is om te zeggen “Ja, maar ik heb geen tijd”. Ik zeg “op een gegeven moment zit je in een setting, waar iedereen het druk heeft en iedereen tijd te kort heeft. Dat is*



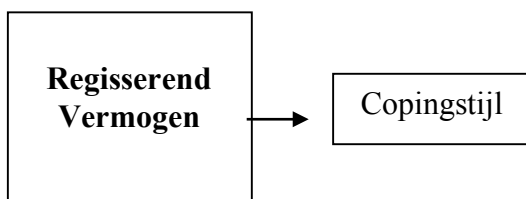
*verder helemaal niet interessant om van elkaar te weten, dat is zelfs storend. Je moet in een Ja-houding zien te komen”.*

Verpleegkundig specialist

Toch geeft de druk een belemmering in het werk. Deze druk belemmert ook met name de netwerken waarin zij verkeren. Professionals voelen zich op een productiebank liggen waarin non-stop cliëntcontact gevraagd wordt, waardoor er geen tijd is voor feedback. Ook zijn er grotere wachtlijsten in de GGZ. Professionals zien de grote tijd die ze aan administratie kwijt zijn als een belemmering om meer met cliëntcontacten bezig te gaan. Ze zien het overigens als een terechte ontwikkeling dat men verantwoording moet afleggen over het werk dat gedaan wordt. De verzekeraar betaalt uiteindelijk de minuten die gemaakt worden, men ervaart het niet als gek dat daar wat meer zicht op is. De transparantie is daarin wel een verbetering, omdat de psychiatrie ook wel als een soort black box werd gezien waarin iedereen op een eigen eiland werkt. De administratieve verantwoording die hierin zit wordt dan toch wel gezien als een hulpmiddel gezien om beter inzichtelijk te krijgen waar je mee bezig bent.

Professionals ervaren de verantwoording alleen wel grotendeels als doorgeschoten. Het werk moet niet langs een eenzijdige meetlat gelegd worden, maar je moet werken binnen de door de verzekeraar opgelegde verantwoorde normen. Dit laatste gebeurt te weinig volgens de professionals en geeft een beklemmend gevoel aan de GGZ-professionals waardoor ze niet ten volle hun regierol kunnen uitvoeren. Het netwerk, vanuit administratief oogpunt, belemmert hen dus hierin in het oppakken van de regierol.

## 5.5 Coping



Met de omslag naar een meer regisserende rol is zeer divers omgegaan in de GGZ. Professionals hebben zowel proactieve stijlen als reactieve stijlen gebruikt om hun nieuwe rol binnen hun professie in te richten. Een grote groep hanteerde een reactieve houding ten opzichte van het regiebehandelaarschap, een kleinere groep boorde meer proactieve stijlen aan. Eerst zullen de proactieve stijlen beschreven worden.

### 5.5.1 Proactieve stijlen

Opvallend is dat veel verpleegkundig specialisten een proactieve omgang hebben gevonden bij de invulling van de nieuwe taak. Zij geven hierin zelf ook aan dat de verandering voor hen ook het grootst was, psychologen en met name psychiaters waren al meer gewend om te werken in een coördinerende rol. De professionals die proactieve stijlen hanteerden deden dat door gesprekken aan te gaan met collega's, zich stevig in te lezen, een opleidingsprogramma te volgen of de organisatie waar voor zij werken te benaderen.

### *Gesprekken met collega's*

Een enkele respondent heeft actief andere collega's en mederegiebehandelaren opgezocht om te overleggen hoe ze deze rol moest aanpakken en hoe dit in hun agenda ingericht zou moeten worden. Dit is dus relatief weinig gebeurd. Ook gaf een respondent aan dat deze diverse malen naar zijn manager heeft gemaïld, maar geen reactie kreeg over de invulling ervan.

### *Inlezen*

Een grotere proactieve groep heeft het kwaliteitsstatuut grondig doorgenomen en gekeken wat voor consequenties dat heeft voor zijn of haar werk. Het wordt als de verantwoordelijkheid van een professional gezien om goed ingelezen te zijn, dus ook als het om deze nieuwe regierol gaat.

*'Maar het is ook wel zo, we zijn natuurlijk allemaal, in onze instelling in ieder geval, allemaal autonome professionals. We zijn allemaal op z'n minst psycholoog dus er wordt van ons ook verwacht dat we ons inlezen. Ja, dan we weten wat er gaat veranderen als het gaat over regiebehandelaar.'*

GZ-psycholoog

Anderzijds moeten professionals al veel behandelinhoudelijke literatuur bijhouden, zodat een statuut over een regierol er nog wel eens bij in wil schieten. Een aantal verpleegkundig specialisten hebben opgestuurde documenten scherp gelezen omdat hun werk er anders uit zou gaan zien door de grotere regierol die zij zouden krijgen.

### *Opleidingsprogramma's*

Bij één organisatie zijn alle regiebehandelaren bij een clinical leadership programma aangesloten om zich voor te bereiden op de rol als regievoerder. Dit is gedaan om de professional nog meer goed in de lead te krijgen, de omslag te maken en om inhoud en bedrijfsvoering beter bij elkaar te krijgen. Ook is in de opleiding tot verpleegkundig specialist vorig jaar veelvuldig stilgestaan bij de regierol die de verpleegkundig specialist zou gaan krijgen als regiebehandelaar. Dit heeft professionals sterk geholpen door handvatten te krijgen om in de regisserende rol te stappen.

### *Organisatiebenadering*

Diverse instellingen hebben bijeenkomsten gepland om deze manier van werken uit te leggen aan de professionals. Ook zijn er meerdere mails rondgestuurd waarin meer toegelicht is over de nieuwe regie en de nieuwe verhoudingen daarin. Het proces rond de communicatie over deze nieuwe rol is in ieder geval deels goed opgepakt door de instellingen, benoemen verschillende respondenten.

Opvallend is wel dat in sommige gevallen alleen verpleegkundig specialisten aanwezig waren, terwijl de bijeenkomst voor alle regiebehandelaren bedoeld was.

*‘Ja, wij zijn eigenlijk als beroepsgroep de enige die hier zich druk over maakt, binnen de instelling. Als er bijeenkomsten zijn belegd hier, die zijn ook wel belegd, ook door genezingsdirecteur en jurist. Nou, dan komt eigenlijk niemand opdagen, behalve verpleegkundig specialisten.’*

Verpleegkundig specialist

### 5.5.2 Reactieve stijlen

Een grote groep respondenten heeft zich niet bewust voorbereid op de nieuwe regierol die op 1 januari van kracht is geworden. Een deel heeft afgewacht, een groep mistte vooral duidelijkheid maar zocht deze zelf ook niet op, andere respondenten gaven aan dat ze mee gingen werken als de invoering al geweest is.

*‘Meer dat het zo gaat, als ik kijk naar veel GGZ-instellingen, die zijn toch meer geneigd om pas met het probleem om te gaan als het er eenmaal ligt zeg maar, het is niet zo zeer beleid om zich goed voor te bereiden. Over het algemeen zie ik een wat meer reactieve cultuur in plaats van een proactieve cultuur bij GGZ- instellingen.’*

GZ-psycholoog

#### *Duidelijkheid nodig*

Duidelijkheid geeft rust, geven respondenten aan. Als er een verandering aan komt is er behoefte aan duidelijke kaders vanuit het management, een éénduidig verhaal. Wanneer dit niet gebeurt kunnen professionals zich zorgen gaan maken over wat dit betekent voor hun werk. Daarnaast willen zij het werk dat ze moeten doen, goed doen. Een duidelijke voorwaarde of een kader waar elke professional zich aan moet houden vinden professionals prettig als zij aan een nieuwe taak moeten beginnen. De professionals zien daar ook een grote taak voor de organisatie c.q. het management. *‘Duidelijke kaders vanuit het management.’* Daar worden de plannen bedacht, dus zij zijn verantwoordelijk voor een duidelijke uitleg en invoering van de regierol, zo is de gedachte.

*‘Mensen vinden het lastig om met verandering om te gaan, en wat ik dan zelf hoor is dat mensen het lastig vinden hoe de nieuwe verandering er precies uit gaat zien. Want de werkdruk is natuurlijk ook hoog in de zorg, dus mensen maken zich zorgen over hoe het eruit gaat zien in de agenda.’*

Verpleegkundig specialist

Een andere groep van de respondenten geeft echter ook aan dat een topdown invoering juist als negatief wordt ervaren. Professionals zaten er niet per se op te wachten en daarom wordt de verandering die er is niet actief opgepakt maar juist gevoeld als een oplegging die niet gewenst is.

#### *Learning by doing*

Door ermee te gaan werken leren professionals wel wat het inhoudt. Door niet van te voren met collega's erover te overleggen, maar dit juist te doen wanneer iedereen al

regiebehandelaar is. Als het moment daar is, gaan professionals samen zitten en kijken wat ze van hun nieuwe rol merken en onderling afstemmen hoe men de taak oppakt. Respondenten geven ook aan dat de agenda's al vol zitten waardoor je doorgaat met het reguliere werk en men afwacht hoe het er in de praktijk uit gaat zien.

*'Maar goed, dat vraagt dat je daar ook tijd voor beschikbaar maakt, dus in die zin moet je daar rekening mee houden dat je niet je agenda van 9 tot 5 vol plant met cliënten. Maar dat je ook echt hier ruimte voor reserveert. En daar kom je pas achter als je er mee bezig bent.'*

GZ-psycholoog

### *Verandermoeheid*

Wat veel invloed heeft gehad op de reactieve houding is de verandermoeheid die heerst onder GGZ-professionals. Respondenten horen dat in hun omgeving maar merken dat ook zelf. Vooral doordat veranderingen in hun ervaring de professie niet verder hebben geholpen, maakt dat er met argwaan en afwachtend wordt gekeken naar 'weer wat nieuws', omdat de sector zich geplaagd voelt door veel veranderingen in de afgelopen jaren. Daarnaast zijn door de al doorgevoerde veranderingen respondenten gaan prioriteren in de drukke agenda's, en daardoor komen zij niet toe aan de voorbereiding van nog een nieuwe taak. Anderzijds verandert er ook veel in de diagnostiek en hoe er verantwoording afgelegd moet worden. Omdat deze veranderingen als belangrijker worden gezien, is de verandering omtrent de regierol naar de achtergrond geschoven.

Wat opvalt is dat een respondent aangeeft dat deze veranderingen als onderdeel van het werk gezien moeten worden. Daarmee bedoelt de respondent dat het flexibel opgevangen moet worden en men niet te veel bezig moet zijn met een verandering, omdat dat in zijn optiek geen zin heeft.

*'Je moet daar ook een beetje flexibel mee om kunnen gaan, maar ook soms ook wel afstand van nemen, van het idee dat je alles op alles zet om tot in detail alles perfect volgens de standaarden te doen.'*

*'Want dan heb je het allemaal voor elkaar en dan verandert er weer wat, En, waar je voor moet uitkijken is dat je dat, ja hoe zeg je dat, dat je een pessimistisch scenario steeds voor je gaat zien. Want dan gaat je werkplezier minder worden.'*

GZ-psycholoog

## **5.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk staat centraal op welke wijze motivatie, training en opleiding en netwerken het regisserend vermogen beïnvloeden. Daarbij is ook bekeken welke copingstijl professionals hanteren bij het aannemen van een regisserende rol.

### *Motivatie*

Het onderzoek toont een duidelijk verschil in motivatie onder de nieuwe regiebehandelaren. Verder toont het een enthousiaste groep die nog geen regiebehandelaar is en dit wel gaat worden. Dat is bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist. Het feit dat de nieuwe verantwoordelijkheden duidelijker zijn dan voorheen motiveert hen. Daarnaast vormt hun plichtsbesef een belangrijk aandeel van de motivatie. Daartegenover vormen de inhoudelijke taken, die de motivatie voor een regierol overheersen. De organisatieprocessen blijken in veel gevallen nog niet goed te zijn ingericht op deze nieuwe rol, wat dit demotiverend werkt op de professional die deze rol behoort op te pakken.

### *Training en opleiding*

In veel gevallen waarbij de opleiding aandacht besteedt aan het regiebehandelaarschap, neigt men in de praktijk ook sneller naar de toepassing hiervan. Een duidelijk verschil is zichtbaar tussen verpleegkundig specialisten die dit in hun opleiding hebben gehad en psychologen die dit niet hebben gehad. Er moeten volgens laatstgenoemden wel handvatten worden geboden om hun regierol in praktijk te brengen. Uit de interviews werd ook duidelijk dat de regiebehandelaren met de hoogst genoten opleiding de regierol vooral inhoudelijk waarderen en vinden dat alleen degenen met de juiste inhoudelijke opleiding capabel zijn in de uitvoering.

Regiebehandelaren zijn het zodoende nog niet eens over de inhoud die aan deze rol moet worden gegeven: moet de focus vooral liggen op de inhoud, zodat een collega begrijpt wat er qua behandelingen plaatsvindt, of moet de focus liggen op het regisseren en coördineren en is de inhoudelijke opleiding in dat geval minder relevant.

De regiebehandelaar ziet zich voor een aanzienlijke uitbreiding van het takenpakket gesteld. Naast inhoudelijke kennis moet een behandelaar een helikopterview hebben, kunnen coördineren en de communicatie in stand weten te houden. De regisserende professional moet bovendien over goede administratieve en besluitvaardige competenties (leren) te beschikken.

### *Netwerk*

Een noodzakelijke eigenschap voor netwerken is de kennis van eigen zwakte. Pas op het moment dat een professional inziet waar zijn of haar zwaktes liggen op professioneel of inhoudelijk gebied, kan er gekeken worden naar andere professionals die de regiebehandelaar kunnen aanvullen. De afwezige feedbackcultuur en de nog sterk aanwezige socialisatie die, belemmeren de professional in het aannemen van een regierol. Ook een doorgeschoten verantwoording binnen netwerk belemmert de professional om in de regierol te groeien. Er moet immers wegens de verzekeraar opgelegde normen worden gewerkt, waarin geen plaats is voor de regierol. Hierdoor kan deze niet ten volle worden uitgevoerd.

### *Copingstijlen*

Professionals hebben zowel proactieve als negatieve copingstijlen ingezet met betrekking tot het omgaan met de nieuwe regierol. De proactieve copingstijlen worden met name gebruikt door professionals waarvoor de regieverantwoordelijkheid nieuw is. Zij voeren gesprekken

met collega's, lezen zich in en volgen opleidingsprogramma's. Voor professionals die al hoofdbehandelaar waren (en dus al gewend waren eindverantwoordelijke te zijn), zijn meer reactieve stijlen zichtbaar. Door tijdsdruk hebben ze geen moment genomen om zich goed voor te bereiden. Ook de onduidelijkheid vanuit de organisatie over de nieuwe functie draagt in belangrijke mate daartoe bij. Als laatste punt geven respondenten aan dat zij door een veranderemoetheid reactief omgaan met deze nieuwe rol.

Professionals zien zodoende motivatie, opleiding en netwerken zowel belemmerende als stimulerende factoren om een regisserende rol aan te nemen. Voorts blijkt ook dat de veranderende sector invloed heeft op de copingstijl van recente en toekomstige veranderingen. Welke conclusies hieraan verbonden worden, wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht.

## 6. Conclusie

### 6.1 Inleiding

In dit onderzoek stond de nieuwe regierol van de GGZ-professional centraal. De hoofdvraag was:

*Op welke wijze gaan GGZ-professionals om met regisserende taken en in hoeverre zijn zij daar voldoende voor toegerust?*

Hierop aansluitend is een theoretisch kader geschetst, de onderzoeksaanpak verantwoord en zijn er resultaten genoteerd. In het theoretisch kader stonden de regisserende professional, de regisserende competenties en copingstijlen onder professionals centraal. In de methode is toegelicht dat er 16 interviews zijn gehouden en dat deze door middel van codering zijn geanalyseerd. Allereerst zal de vraagstelling beantwoord worden aan de hand van het uitgevoerde literatuur- en empirisch onderzoek. Per deelvraag zal de conclusie behandeld worden. Daarna volgen, op basis van deze conclusies, aanbevelingen voor de specialistische GGZ-instellingen.

### 6.2 Beantwoording hoofdvraag en deelvragen

#### 6.2.1 Beantwoording theoretische deelvragen

- *Wat is een regisserende professional?*

De klassieke professional heeft verschillende ontwikkelingen doorgemaakt. De klassieke professional wordt gekenmerkt door inhoudelijke kennis, een dienstverlenend ideaal, exclusieve jurisdictie over zijn professie en een grote mate van autonomie en controle. Dit gaat gepaard met sterke impliciete kennis en socialisatie binnen het vak. Dit heeft allereerst invloed gehad door het managerialisme, waarin de professional zich gingen focussen op efficiëntie en productiviteit. De professional moet daardoor balanceren tussen managementgerichte taken en professionele taken. Om hier mee om te gaan moet de professional meer hybride worden om beide taken goed uit te voeren. Er is nu een nieuwe ontwikkeling gaande waarin de professional voorbij hybride, meer organiserend wordt. Er ontstaat een organiserende professionaliteit. De professional werkt met anderen samen, werkt in teams, over grenzen heen, sluit aan op netwerken en gaat op zoek naar netwerken om te leren. De organiserende professional neemt organiseren serieus en is in staat zijn werk zelf vorm te geven. Deze manier van werken gaat echter wel uit van de aanwezigheid van managers. De professional die werkt vanuit een regierol kent geen manager die ‘boven’ de professionals staat.

Een regisserende professional neemt organiseren van werk serieus, is in staat het eigen werk en het werk van andere professionals zelf vorm te geven en begeleidt en ondersteunt het netwerk. De professional is regisseur van meerdere cases in context, wat betekent dat de professional in deze rol weet hoe risico's opgespoord en voorkomen kunnen worden, hoe



moet worden omgegaan met fouten en hoe verantwoordelijkheid kan worden afgelegd voor handelingen.

- *Hoe kan een professional een regisserende rol aannemen?*

#### *Regisserend vermogen ontwikkelen*

Om te kunnen regisseren zal de professional in moeten leren deze regisserende rol te gebruiken. Om in een regisserende rol te komen zal de professional, naast professioneel, ook regisserend vermogen moeten creëren. Regisserend vermogen is op een proactieve manier omgaan met – maar ook op de juiste momenten weerstand bieden tegen – de procesgerelateerde verwachtingen, opgaven en lasten die dynamische omgevingen en stakeholders met zich brengen.

#### *Inzet van motivatie*

Een professional kan verschillende soorten motivatie gebruiken om meer regisserend vermogen te creëren. De typen motivatie die de professional kan helpen zijn autonome motivatie en een public service motivatie. Bij de autonome motivatie is een professional vanuit waarden of intrinsiek plezier gemotiveerd om zijn best te doen. Bij public service motivatie is de professional gemotiveerd omdat hij veel waarde hecht aan bijdragen aan de maatschappij.

#### *Training en opleiding*

Vervolgens kan een professional ook door training en opleiding meer regisserend vermogen ontwikkelen. Dit kan allereerst door tijdens de opleiding voorafgaand aan het werk kennis en competenties te ontwikkelen die bijdragen aan het uitvoeren van regisserende taken. Er kan dan aandacht worden besteed aan het coördineren, omdat de professional diverse collega's zal gaan aansturen. Ook zijn communicatieve competenties van belang, voornamelijk door de intensieve samenwerking die de professional te wachten staat. Tot slot is leiderschap een belangrijke competentie waar aandacht aan besteed kan worden, omdat een professional in een regierol ook besluiten moet nemen die invloed hebben op collega's die direct contact hebben met de desbetreffende cliënt.

#### *Netwerken*

Het gebruik van netwerken helpt de professional ook om regisserend vermogen te ontwikkelen. Hierin is het belangrijk dat de professional goede contacten heeft met zijn collega's. Een open houding, feedback vragen en steun organiseren zijn kenmerken daarvan. Naast goede contacten met collega's zijn goede contacten met stakeholders ook belangrijk. Hierin heeft de professional een transparante houding en is hij bereid tot en gefocust op samenwerken. Door het gebruik van netwerken, worden alle mogelijkheden benut die het herstel van de cliënt bevorderen. De regiebehandelaar kan dit niet alleen en heeft hulp nodig andere expertises.

### *Copingstijlen*

Tot slot zijn copingstijlen van belang bij het uitvoeren van de regisserende rol. Bij een proactieve copingstijl neemt de professional actieve en anticiperende stappen om toekomstige onzekere situaties omtrent de regisserende rol te voorkomen. Door veel informatie te verzamelen, in gesprek te gaan en steun te zoeken kan de professional beter een regisserende rol aannemen. In tegenstelling tot de ongewenste reactieve copingstijl, waarin de professional pas ná de verandering reageert en vanuit een ontstane situatie omtrent de regisserende rol. De professional is dan afwachtend, voert geen gesprekken met collega's en past zijn reguliere werk niet aan. Dit belemmert de professional in het aannemen van een regisserende rol.

### **6.2.2 Beantwoording empirische deelvragen**

- *Welke factoren beïnvloeden GGZ-professionals bij het aannemen van een regisserende rol?*

#### *Factoren rond motivatie*

De GGZ-professionals zien een regierol als iets dat toegevoegde waarde kan hebben voor de zorg van cliënten. De helderheid in en over rollen, taken en verantwoordelijkheden vergroot de motivatie om een regisserende rol aan te nemen, omdat professionals weten wat er van hen verwacht wordt.

De extra autonomie die GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten verkrijgen motiveert hen om de regierol aan te nemen, dit komt met name omdat hieraan meer bevoegdheden zijn toebedeeld. Het feit dat andere collega's dan ook de regierol mogen voeren over hun werk, meer dan bij het vorige hoofdbehandelaarschap, lijkt daarbij geen belemmering. Daarnaast motiveert het plichtsbesef om zowel hun inhoudelijke-, als de regisserende taak goed uit te voeren. Het plichtsbesef is gebaseerd op een voor hen vanzelfsprekend public-service ideaal.

Er zijn ook belemmerende factoren. Allereerst brengt de huidige werkdruk professionals regelmatig in een lastig dilemma waarin een regierol gevraagd wordt en tegelijkertijd cliënten behandeld moeten worden. In deze afweging zal de professional vooral gemotiveerd zijn om de individuele behandeling uit te voeren. De persoonlijke motivatie die men voelt voor een cliënt kan het schakelen naar een regisserende rol in de weg staan.

Daarnaast zien professionals het nu nog als een taak die naast of bovenop hun huidige taak uitgevoerd moet worden, in plaats van een onderdeel van hun hele takenpakket. Psychiaters lijken hierin vooral de motivatie te hebben voor een inhoudelijke regierol en juist geen motivatie voor een procesmatige regierol. Verpleegkundigen en GZ-psychologen lijken meer motivatie te krijgen door de procesmatige taken en daarom ook meer gemotiveerd zijn om een regierol op te pakken. Als laatste factor zijn de organisatieprocessen nu nog op inhoudelijke behandelingen ingericht, hetgeen professionals allerminst motiveert om een regietaak op zich te nemen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de vormgeving van de organisatieprocessen zich nog niet aangepast aan de nieuwe manier van werken die verwacht wordt van de professionals.

### *Factoren rond training & opleiding*

Hoe meer aandacht aan regisseren is besteed in de opleiding of trainingen tijdens het werk, des te beter zijn professionals in staat om hun regisserende rol aan te nemen. Voorts lijken verpleegkundigen door hun opleiding en functie meer affiniteit te hebben met regisserende rollen, en daarom beter in staat te zijn het regisserend vermogen te ontwikkelen. GZ-psychologen kennen deze opleiding niet en dat belemmert hen in het op zich nemen van een regisserende taak. Juist waar de regisserende taak een professional van nature minder ligt, is een opleiding nodig om een professional competent te maken voor de uitvoering van een regisserende rol. Dus: hoe meer aandacht in de opleiding, des te beter de regierol kan worden gepakt. En: hoe minder aandacht in de opleiding, des te meer belemmering professionals ervaren om de regierol te pakken.

Psychiaters geven aan dat de regietaken niet de overhand moeten krijgen, dit zou zonde zijn van de professionele kennis die daardoor volgens hen onbenut blijft. Dit is interessant omdat psychiaters ook aangeven dat regievoering een verantwoordelijkheid is die bij hun beroep past. Psychiaters geven namelijk aan dat de professional met de hoogste opleiding idealiter de regie krijgt. Daarbij leggen zij de focus dus vooral op de inhoudelijke behandeling. De regie over die behandeling is hun verantwoordelijkheid, aldus de geïnterviewde psychiaters en de regie op het proces is daaraan ondergeschikt. Door deze benadering ontstaat een spanningsveld in de methodiek van de regierol, omdat psychiaters a priori dus moeite kunnen hebben met bijvoorbeeld regievoerende verpleegkundigen.

### *Factoren rond netwerken*

Professionals moeten ook weten waarin hun kennis tekortschiet en daarvoor hun collega's inzetten. Een duidelijk beeld van wat men zelf niet weet en welke kennis collega's wel hebben, hoort ook bij een professional en draagt bij goed contact met de collega en dus aan het uitvoeren van de regisserende rol. Door deze kennis kan een professional in diens regievoering beter zijn netwerk inzetten.

Er zijn binnen het gebruik van netwerken ook factoren die belemmeren. De eerste belemmerende factor is het gebrek aan het geven van feedback. De focus op feedback zien professionals als een belangrijke taak binnen de regierol. Toch ervaren de professionals het geven van feedback als lastig. Het is niet gebruikelijk in de huidige cultuur en wordt snel gezien als een aanval op de deskundigheid. Het aanvaarden van feedback als een positieve en leerzame toevoeging zal nog een moeilijke omslag worden. Een missende focus op feedbacksessies draagt negatief bij aan het oppakken van de regierol.

Daarnaast willen GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten meer verantwoordelijkheid en zien zij het regiebehandelaarschap als erkenning. Tegelijkertijd ervaren zij een bepaalde veiligheid in het meebeslissen, zonder dat zij de eindverantwoordelijke zijn. Een verschil van inzicht kan spannend zijn, met name met collega's die meer ervaring hebben. De socialisatie is onderling aan het veranderen en dat wringt. De hiërarchie verdwijnt langzaam, maar is nog wel aanwezig tussen professionals. Enerzijds voelen psychiaters zich niet meer de

autonome eindverantwoordelijken, maar worden zij nog wel zo benaderd. Psychologen en verpleegkundig specialisten ervaren het als goed en nodig dat ze een verantwoordelijkere positie krijgen, maar vinden het ook prettig om te kunnen terugvallen op de psychiater dan wel klinisch psycholoog.

Een laatste belemmerende factor is de doorgeschoten verantwoording naar stakeholders. Transparantie vindt men belangrijk, maar doordat ze werken langs opgelegde normen voelen professionals zich beklemd en kunnen ze niet ten volle hun regierol uitvoeren. Zij zien het administratieve verantwoordelijk binnen het netwerk daarom als belemmering in het oppakken van de regierol.

- *Welke competenties hebben GGZ-professionals daarvoor nodig?*

Professionals geven twee kerncompetenties aan die een professional in een regierol moeten hebben. Dit zijn het hebben van een helikopterview en coördineren. Het hebben van een helikopterview, oftewel goed overzicht houden is een belangrijke competentie die bijdraagt aan het uitvoeren van de regierol. Professionals noemen niet het leiderschap als de competentie om een goeie regisseur te zijn. In plaats daarvan heeft men meer een inhoudelijke focus, waarin een helikopterview als noodzakelijk wordt ervaren. Het is van belang om hierin elkaars professie te respecteren en niet 'boven het team te gaan staan'. Daarnaast worden de voorafgestelde coördinerende en communicatieve competenties door de professionals in de GGZ bevestigd. Verpleegkundig specialisten noemen met name communicatie. Dit is te verklaren doordat een verpleegkundige van oudsher veel direct contact heeft met de cliënt en gewend is om niet zelfstandig te werken, in tegenstelling tot psychologen en psychiaters. Hier heeft het type professie dus invloed.

Vervolgens blijkt uit de interviews dat regisserende professionals nog twee belangrijke competenties moeten hebben die niet in de literatuur benoemd zijn. Een nieuwe competentie die benoemd wordt is de administratieve competentie. Professionals dichten dit specifiek toe aan een regisserende professional. De dossiervoering moet kloppen bij een behandeling en zij zien de regisserende professional daarvoor als de aangewezen persoon om deze taak uit te voeren. Als laatste wordt besluitvaardigheid -'knopen doorhakken'- als belangrijke competentie gezien. Door de regierol wordt dit steeds belangrijker, omdat professionals niet meer alleen hun inhoudelijke, hulpverlenende rol zullen bekleden.

- *Hoe gaan GGZ-professionals met hun veranderende rol om?*

Uit de interviews blijkt dat professionals zowel proactieve als reactieve copingstijlen hanteren bij het omgaan met deze nieuwe regierol. De proactieve stijlen worden gekenmerkt door inlezen, gesprekken voeren en steun zoeken. Dit wordt ook herkend bij de professionals die een proactieve copingstijl hanteren. Hiernaast zijn er ook professionals die een speciaal opleidingsprogramma hebben gevolgd in voorbereiding van de regierol. Hoe nieuwer de regierol is voor een professional, des te eerder de professional actief voorbereidingen al treffen om deze nieuwe rol goed uit te kunnen voeren. Uit de interviews blijkt een opleiding

en sterke autonome motivatie bij te dragen aan een proactieve copingstijl om regisserende rollen aan te nemen.

Er zijn daarnaast ook negatieve copingstijlen zichtbaar. Allereerst blijkt uit de interviews dat het ontbreken van duidelijke kaders de professionals eveneens belemmert om actief aan de slag gaan met deze nieuwe rol. Professionals gaan geen gesprekken aan met collega's en bekijken hun taken en prioriteiten pas wanneer deze nieuwe rol actueel is, en lijken een learning by doing houding aan te nemen. Ook de hoeveelheid veranderingen heeft invloed op hoe men zich verhoudt tot deze verandering naar een regierol. De veranderbaarheid van professionals zorgt voor een reactieve copingstijl. Hoe klassieker de professie, des te minder men gefocust is op een veranderende rol. Het is niet vanzelfsprekend dat klassieke professies zich proactief voorbereiden, want ook zij hebben actieve sturing nodig vanuit de organisatie. Andersom geldt ook dat professionals duidelijke sturing verwachten. Externe factoren bepalen in sterke mate hoe professionals omgaan met nieuwe uitdagingen. Professionals zijn wel intrinsiek op zoek naar duidelijkheid, maar verwachten dit tegelijkertijd ook vanuit de organisatie waar zij voor werken. Vanuit het gebruik van netwerken lijkt een negatief verband zichtbaar. Wanneer feedback en socialisatie als lastig worden ervaren en er weinig opleiding is geweest met betrekking tot regisserende competenties, lijkt bij het aannemen van een regisserende rol een negatieve copingstijl zichtbaar bij deze respondenten.

### 6.2.3 Beantwoording hoofdvraag

- *Op welke wijze gaan GGZ-professionals om met regisserende taken en in hoeverre zijn zij daar voldoende voor toegerust?*

Eerst zal beantwoord worden op welke wijze GGZ-professionals omgaan met regisserende taken, daarna zal worden toegelicht of zij daar voldoende voor toegerust zijn.

GGZ-professionals gaan op verschillende manieren om met regisserende taken. De theorie geeft opgestelde factoren en deze blijken in de empirie grotendeels te kloppen. De extra autonome motivatie heeft een positieve invloed in het omgaan met een regisserende taak. De public service motivatie zorgt er echter voor dat de focus op een inhoudelijke taak nog wel als belangrijker wordt gezien. Zodoende zal de professional in een dilemma, kiezen voor een inhoudelijke taak en niet voor een regietaak. Dit komt gedeeltelijk doordat de huidige organisatieprocessen nog gericht zijn op het uitvoeren van inhoudelijke taken (het uitvoeren van behandelingen). Ook blijkt dat professionals anders kijken naar inhoudelijke regie dan naar procesmatige regie. Psychiaters vinden dat de hoogste opleiding idealiter de regie voert. Psychologen en verpleegkundig specialisten vinden het in sommige gevallen het ook nog prettig om op hen te kunnen terugvallen. Psychiaters komen zo wel in een spagaat terecht, nu inhoudelijke en procesmatige regie niet zo makkelijk los te koppelen zijn.

Wanneer er voldoende aandacht is voor regisserende taken in de opleiding, gaat de GGZ-professional gemakkelijker en natuurlijker om met een regisserende taak. Wanneer dit niet in de opleiding of trainingstrajecten aan bod is gekomen heeft men meer moeite met het

uitvoeren van de regisserende taak. De helicopterview wordt als de belangrijkste competentie gezien, waarin het van essentieel belang is om een complexe casus goed te kunnen overzien. Ook hieruit blijkt dat professionals de inhoudelijke regie als een significant onderdeel zien van het uitvoeren van een meer procesmatige regierol.

GGZ-professionals maken nog niet optimaal gebruik van de netwerken in het omgaan met regisserende taken. GGZ-professionals weten wel waar hun eigen zwaktes liggen en weten de kennis en kunde van collega's daarvoor in te zetten. Een missende feedbackcultuur maakt het tegelijkertijd lastig om te leren van elkaar en ook in de regisserende taak collega's aan te spreken. Ook de sterke socialisatie maakt dat omgaan met een regisserende taak lastig is. Regievoeren bij collega's die hoger opgeleid of meer ervaren zijn is nog onwennig, ook al vinden professionals dat het niet onwennig hoort te zijn.

Op de vraag of zij voldoende toegerust zijn is geen eenduidig antwoord mogelijk. Toch lijkt de mate van opleiding de grootste factor te zijn of men zich toegerust voelt. Allereerst voelen professionals met de hoogste inhoudelijke opleiding (psychiaters) zich van nature al verantwoordelijk voor de gehele behandeling, echter worden procesmatige taken als minder belangrijk ervaren. In dat opzicht zijn zij dus nog niet voldoende toegerust op de complete set van regisserende taken. Daarnaast zijn professionals die vanuit hun opleiding gewend zijn om met verschillende niveaus te communiceren en samen te werken, zoals verpleegkundig specialisten, beter toegerust om een regisserende taak op te pakken. Een hands-on mentaliteit die deze professie kent draagt daar ook aan bij. GZ-psychologen zien het als erkenning dat zij meer regisserende taken mogen uitvoeren, maar zij voelen zich met name door hun opleiding niet voldoende toegerust. Voorts lijken onduidelijke kaders vanuit het management, professionals meer het gevoel te geven dat zij niet goed toegerust zijn. Tot slot belemmeren de administratie- en prestatiedruk de professionals om tijd dan wel prioriteit te geven aan de invulling van de regisserende taken. Dit maakt dat zij gevoelsmatig op dit moment niet toegerust kunnen worden, omdat zij al te weinig tijd hebben voor het uitvoeren van de behandelingen administratie.

Figuur 1: (+ draagt bij aan regisserend vermogen, - belemmert regisserend vermogen)



## 6.3 Aanbevelingen

Aan de hand van de getrokken conclusies worden zowel theoretische als praktische aanbevelingen gedaan. Om de regierol te verbeteren binnen de specialistische GGZ, worden de volgende praktische aanbevelingen gegeven. Allereerst worden er aanbevelingen gegeven aan de GGZ-professionals, omdat het onderzoek specifiek op hen gefocust is. Daarna zullen op basis van dit onderzoek ook een aantal aanbevelingen worden gedaan voor het management van de GGZ-instellingen, omdat ook zij het werk GGZ-professionals sterk kunnen beïnvloeden. De aanbevelingen komen voort uit de hierboven beschreven conclusies en resultaten van dit onderzoek.

### 6.3.1 Praktische aanbevelingen

Allereerst zullen er praktische aanbevelingen volgen voor GGZ-professionals, op basis van de bronnen die de regisserende rol beïnvloeden: motivatie, training en opleiding, netwerken en coping. Daarna volgen aanbevelingen voor het management van een GGZ-instelling.

#### *Met betrekking tot motivatie*

##### *Aanbeveling 1: Ruimte & prioriteit voor proces*

Procesoptimalisatie draagt bij aan het beter weerstaan van - en omgaan met - de druk in het werk. Dit draagt daarmee uiteindelijk ook bij aan een betere zorg voor de cliënt. Ruimte in de agenda om bezig te zijn met het organiseren van een behandeling is daarom belangrijk. Dit vraagt dus om meer prioriteit te geven aan het actief bezig zijn met het organiseren van het werk. Een kort reflectiemoment om te focussen op welke behandeling echt dubbel werk oplevert, of waar bepaalde afspraken met een collega beter kunnen, moeten meer standaard onderdeel van het professionele werk worden en professionals moeten uitkijken dat hun motivatie voor inhoudelijke taken niet (onbewust) standaard voorrang krijgen.

#### *Met betrekking tot opleiding*

##### *Aanbeveling 2: Meer en eerder de regietaken in de training- en opleidingsprogramma's betrekken*

Professionals moeten meer handvatten meekrijgen in een opleiding over het regievoeren. Dit helpt om beter in de regierol te komen. Hoe eerder dit in de opleiding wordt aangereikt des te beter. Opleidingen hebben een belangrijke plaats in de GGZ-instellingen. Voeg daarom een duidelijke opleiding in het uitvoeren van de regierol aan toe. Met name psychologen hebben in hun studie hier weinig over geleerd.

#### *Met betrekking tot netwerken*

##### *Aanbeveling 3: Feedbacksessies*

Zet feedback geven centraal als regiebehandelaar. Zowel in het feedback geven als daarom het vragen. Met name op persoonlijk vlak is dit zeer nuttig voor het werk naar de cliënt toe en in de samenwerking met collega's. Dit gaat verder dan in teamverband een behandeling evalueren. Feedbacksessies moeten een vanzelfsprekend, regelmatig terugkerend onderdeel van het werk worden. Dus niet alleen wanneer het nodig is, maar standaard, wekelijkse - misschien wel dagelijkse - momenten. Op deze wijze blijft men elke dag kritisch op zichzelf en op elkaar, waardoor de kwaliteit van het werk constant in een verbeterproces zit. Feedback



geven gaat echter niet vanzelf, ook dat moet geleerd worden. Dit vraagt enerzijds ook om training, maar daarnaast vooral het scheppen van een veilige omgeving.

#### *Aanbeveling 4: Durf verantwoordelijkheid bij de collega te leggen*

Professionals voelen zich sterk verantwoordelijk voor de individuele cliënten die zij behandelen. In de regierol zal een professional hierin gevoelsmatig een stap terug moeten kunnen doen. Hierdoor zal de regiebehandelaar zich minder inhoudelijk verantwoordelijk moeten voelen als men een regierol heeft over een cliënt. Dit is lastig omdat men vooral intrinsiek gemotiveerd is om de juiste inhoudelijke behandeling te leveren. Toch komt deze houding in een regierol de behandeling niet ten goede. Regisserende professionals moeten vertrouwen tonen in de medecollega's en leren zich ook intrinsiek verantwoordelijk te voelen over het proces rondom de behandeling.

#### *Aanbeveling 5: Geef nieuwe verhouding de ruimte*

Nieuwe professies mogen nu een regierol voeren. Dit gebeurt in een sector waar van oudsher een socialisatie is ingesleten. Dit maakt het voor zowel de oude hoofdbehandelaar als de nieuwe regiebehandelaren lastig om respectievelijk eindverantwoording los te laten en eindverantwoording te dragen. Dit is logisch, en vraagt tegelijkertijd van alle regiebehandelaren een mate van bewustwording om de nieuwe verhoudingen de ruimte te geven. Dit zal niet vanaf het begin vlekkeloos verlopen. Daarom is 'ruimte geven om te leren in de regierol' belangrijk voor het slagen van een kwalitatief goede regierol van alle regisserende professionals.

#### *Met betrekking tot coping*

##### *Aanbeveling 6: Denk in taken, niet in tijd*

Professionals zijn druk met het nauwgezet nagaan of de juiste tijdspaden worden gevolgd en of deze juist zijn ingevuld. Dit is volkomen logisch omdat de zorgverzekeraar een urenadministratie verwacht van het geleverde werk. Dit levert echter belemmeringen op voor de uitvoering van het professionele werk. Navelstaren op de uren maakt dat regietaken, die niet in minuten te registreren zijn, naar de achtergrond verschuiven terwijl deze wel belangrijk zijn. Daarom is een omslag in het denken nodig, van een tijdgerichte focus naar een taakgerichte focus. Een focus op taken in plaats van op tijd maakt dat professionals meer inhoudelijke afwegingen maken over de indeling van het werk, in plaats van tijdsgebonden overwegingen. Dit draagt bij aan pro actievere aanpak van nieuwe regisserende taak en daarmee aan een betere uitvoering van de regierol.

#### *Met betrekking tot het management*

##### *Aanbeveling 7: Ga in gesprek met zorgverzekeraar over regietijd in de DBC*

Een praktische belemmering in de nemen van een regierol binnen de GGZ vormt het gebrek in de huidige DBC-structuur om minuten aan te maken. Dit belemmert het met beide handen aanpakken van een regierol. Een overleg met de verzekeraar op grotere schaal kan dit op termijn oplossen. Een mogelijkheid om concreet regietijd te kunnen schrijven draagt binnen de GGZ ook bij aan de het nemen van de regierol.

#### *Aanbeveling 8: Onderzoek mogelijkheden tot administratieve ondersteuning*

Het verminderen van de ene taak zorgt automatisch (op papier) voor meer tijd voor een andere taak. Professionals zitten al overvol en dat belemmert hen in de regisserende taken. Een onderzoek om te kijken of de administratieve taken op een andere manier georganiseerd kunnen worden is daarom de moeite waard. Misschien kan (goedkopere) administratieve ondersteuning een deel van het probleem van administratieve druk ondervangen.

#### *Aanbeveling 9: Meer HRM-instrumenten inzetten*

Al deze aspecten hebben te maken met het feit dat de professie met een grote organisatieverandering te maken heeft. Het management van die organisatie zal zich dat moeten realiseren en dus alle noodzakelijke HRM-instrumenten moeten inzetten om die verandering te laten slagen. Dat kan niet alleen aan de professionals overgelaten worden. Nu het regiebehandelaarschap is ingevoerd zal het management hier specifiek aandacht aan moeten geven bij de implementatie. In onder andere functioneringsgesprekken zullen zij de professionals moeten volgen of deze professionals de nieuwe taken op de bedoelde manier aanpakken. Op deze wijze manier is er ook ruimte voor weerstand en kan daar voldoende aandacht aan besteed worden.

### **6.3.2 Theoretische aanbevelingen**

Aan de hand van het uitgevoerde onderzoek raadt de onderzoeker de volgende elementen voor vervolgonderzoek aan.

Allereerst kan het nuttig zijn om in andere sectoren binnen de zorg te bestuderen hoe daar met de regierol wordt omgegaan. Dergelijke regierollen zijn ook groeiende binnen -onder andere- de huisartsenzorg. De socialisatie en klassieke professies spelen bovendien daar ook een rol. Door te kijken wat de regierol daar behelst en waar men tegen aanloopt, kunnen beide sectoren van elkaar leren hoe zij een regierol beter kunnen oppakken. Ook heeft minister Schippers al aangekondigd dat zij binnen de jeugd-GGZ het regiebehandelaarschap wil gaan doorvoeren. Het is daarom aan te bevelen ook daar een onderzoek te doen naar de regierol. Daarnaast kan er nog op meso-niveau, tussen GGZ-instellingen, gekeken worden naar de invulling van de regierol. De verschillen tussen een instelling die een topdown-invoering heeft gekozen en een instelling die het bottom-up heeft georganiseerd, is relevant voor de manier waarop professionals hun regierol pakken. Daarnaast is een kwantitatief onderzoek van toegevoegde waarde, omdat men dan op grotere schaal de ervaring rondom de regierol van de professional kan duiden.

De mogelijk verschillende wijzen waarop een psychiater, een GZ-psycholoog en een verpleegkundig specialist de regierol invullen, kan onderwerp zijn van vervolgonderzoek. De wijze waarop verschillende typen professionals eenzelfde regierol op zich nemen is nog relatief onbekend en onderzoek hiernaar is daarom van grote toegevoegde waarde. Ook de diversiteit aan soorten competenties die de verschillende professies met zich meebrengen in de invulling van de regierol is nader onderzoek waard. Dit omdat het type competentie veel zegt over de wijze waarop een professional kijkt naar de regierol en zijn eigen werk als professional.

Vervolgens is het interessant om te kijken op welke wijze een organisatie (zoals een GGZ-instelling) invloed heeft op de reactieve of proactieve copingstijl van de professional. Een aanname uit dit onderzoek is dat een duidelijke, gekaderde aansturing van een nieuwe uitdaging vanuit de organisatie bedraagt aan een proactieve houding van de professional. Dit heeft wel nog vervolgonderzoek nodig. Als laatste lijken ook klassieke professies eerder geneigd te zijn een reactieve copingstijl aan te nemen, terwijl welzijnsprofessies meer geneigd zijn om een proactieve copingstijl aan te nemen. Ook de vraag waarom dit zo is, is een waardevolle vervolgonderzoeksvraag.

## 6.4 Discussie

In dit hoofdstuk zal dit onderzoek in de literatuur geduid worden. Daarna zullen de beperkingen van dit onderzoek beschreven worden.

### 6.4.1 Wetenschappelijke duiding

Aan de hand van organiserende professionaliteit (Noordegraaf & Siderius, 2016), inhoudelijke en procesmatige competenties (o.a. Wilensky, 1964; Freidson, 1994; De Bruijn, 2011) en copingstijlen (o.a. Lazarus, 1984; Tummers et al., 2015; Noordegraaf, 2015) zijn de professionals binnen de GGZ onderzocht. Klassieke professies kennen van nature veel autonomie en leunen op inhoudelijke kennis en exclusieve jurisdictie. Dit onderzoek toont aan dat ze in bepaalde mate ook bewust zijn van hun onwetendheid en ze zien dit ook als een kernkenmerk van een professional. Epstein & Hundert (2002) gaan in op de herkenning van de *knowlegde gaps* van chirurgen, deze geldt ook in grote mate voor de zorgprofessional in de GGZ. De managementtaken worden als logisch gezien, maar de extra druk die dit teweeg brengt ervaart men nog steeds als onwenselijk. Ze zijn in zekere mate wel *hybride* geworden (Noordegraaf, 2015) omdat ze de kost- en kwaliteitscontroles omarmen. De organiserende professionaliteit kent ook zijn afdruk in de gespecialiseerde GGZ. Men werkt in teams, over grenzen heen en sluit aan op netwerken (Noordegraaf & Siderius, 2016). Zij zijn echter niet in staat om hun werk zelf vorm te geven, omdat ze daarvoor afhankelijk zijn van tijdsnormen die geleverd moeten worden. Ook op het gebied van leren door netwerken en de omgang met fouten (Noordegraaf & Siderius, 2016), zijn GGZ-professionals nog niet *beyond hybridity*. Uit dit onderzoek blijkt dan ook dat er tussen *hybridity* (georganiseerde professionaliteit) en *beyond hybridity* (organiserende professionaliteit) wellicht een tussenfase is gelegen. Professionals zoeken inhoudelijk wel de regie op en zien daarin organiseren als onderdeel van hun professioneel handelen, echter een persoonlijke actieve verantwoordelijkheid (Noordegraaf & Siderius, 2016) mist nog wel bij deze professionals, waarin het reflecteren op eigen handelen naar de cliënt en naar de collega toe als lastig wordt gezien.

In dit onderzoek blijkt ook dat het verkrijgen van autonomie meer motiveert tot regisserende vermogens dan public-service motivation. Noordegraaf et al. (2015) benoemt beiden in het model voor professioneel vermogen, maar als het op regie aankomt lijken professionals vanwege de autonomie meer voor deze rol gemotiveerd te raken. Ook is er een sterk verband tussen de opleiding en daartoe verkregen competenties. De *reality shock* (Friedman, 2000) die beschreven als reactieve op nieuwe taken, lijkt ook te gelden wanneer professionals niet

opgeleid zijn met bepaalde competenties. Goed contact met collega's werd als belangrijk geacht als bron voor regisserend en professioneel vermogen. Uit dit onderzoek blijkt dat feedbacksessies nodig zijn voor een goede samenwerking met collega's, maar dat deze sessies ook gezien worden als een bedreiging binnen het goede contact met collega's. Een sterke feedbackloop kan dus een toevoeging zijn als onderdeel van het hulpmiddel netwerken.

Vooraf werd gesteld dat leiderschapscompetenties als belangrijk onderdeel gezien worden van de competenties van een regierol (o.a. Blumenthal et al., 2012; Calhoun et al., 2003). Professionals geven echter een helicopterview, het overzien van een geheel proces en daarin professionals aansturen, als de belangrijkste competentie. Verder werd gesteld dat communicatieve competenties nodig waren voor de regisserende professional. Uit dit onderzoek blijkt dat met name professionals uit welzijnsprofessies hier daadwerkelijk handen en voeten aan geven.

In dit onderzoek werd gekeken welke proactieve copingstijlen professionals gebruiken. Uit dit onderzoek blijkt dat het hebben van hoge eigen regelruimte (Noordegraaf, 2015) het professionele vermogen van professionals vergroot. Teelken (2014) beschrijft dat een proactieve copingstijl is: 'het vanzelfsprekend ervaren van een instabiele organisatorische context'. Dit onderzoek laat zien dat professionals gebaat zijn bij een duidelijkere kadering vanuit de organisatie. Dus de veranderingen op zichzelf zijn niet per se een probleem voor de professional, maar hoe de organisatie dit vervolgens overbrengt wel. Dit onderzoek stelt dat duidelijke organisatorische kaders helpen om professionals in een proactieve houding te krijgen. Dat opleidingsprogramma's en reconstructie van de professional nuttige copingstijlen zijn wordt in dit onderzoek bevestigd, met de nuance dat de professional hiervoor wel ruimte moet nemen en daar eventueel andere taken voor moet laten vallen. Ook blijkt dat professionals soms pas proactieve stijlen laten zien (overleggen, ruimte vrijmaken in agenda) als de verandering is doorgevoerd. Sommige professionals nemen een eigen verantwoordelijkheid in de uitvoering (proactief), maar anderen doen voorafgaand aan de verandering weinig om zich voor te bereiden (reactief).

#### **6.4.2 Kritische reflectie**

Dit onderzoek kent ook een aantal beperkingen die de gemeten uitkomsten kunnen beïnvloeden. Allereerst gaat de regierol gepaard met een implementatie van een nieuw soort werken. Het kan dat tijdens de vragen naar de regierol respondenten dit teveel associëren met de verandering naar het regiebehandelaarschap, in plaats van de regierol op zichzelf. Dit is door middel van doorvragen zoveel als mogelijk geprobeerd te voorkomen, maar geheel uit te sluiten kan het waarschijnlijk niet. Het viel ook op tijdens de interviews dat dit regiebehandelaarschap als een volgende verandering wordt gezien, waardoor respondenten wat bevooroordeeld zijn geweest. Als dit de eerste verandering was geweest in hun professionele werk, hadden ze anders gereageerd. De regierol staat daarnaast nog in de kinderschoenen. Veel respondenten hebben nog niet heel lang in de regierol kunnen acteren, waardoor het beeld van de regierol nog beperkt is. Als dit onderzoek volgend jaar nog eens verricht wordt, zullen respondenten meer op basis van hun concrete ervaring kunnen reflecteren op hun regierol. Het voordeel van dit moment is dat nu wel scherp uitgevraagd kon

worden hoe men tegen een nieuwe regierol aankeek, juist omdat deze rol nog maar kort ingevoerd is.

De competentie benadering beperkt het onderzoek ook omdat deze competenties zijn uitgevraagd bij de professionals zelf. Uit de theorie is het ook bekend dat professionals veelal *tacit knowledge en tacit processes* kennen, zodoende is er een grote kans dat sommige professionals wel competenties als belangrijk ervaren, maar dat deze zo vanzelfsprekend zijn dat ze niet naar voren zijn gebracht in het interview.

Ook heeft de methode die gebruikt is invloed op de uitkomst van dit onderzoek. Door alleen interviews te doen was de onderzoeker afhankelijk van de interpretaties van de respondenten. Er zijn geen aanvullende enquêtes en observaties gedaan. Dit heeft consequenties voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De keuzes voor respondenten en de organisaties hebben de uitkomsten ook beïnvloed. De keuzes die instellingen gemaakt hebben in de invoering van het regiebehandelaarschap, hebben de copingstijlen van de respondenten beïnvloed. Bij een andere organisatie en andere respondenten kunnen er andere copingstijlen van toepassing zijn. De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is door het specifieke aantal interviews ook beperkt. Als laatste zijn de keuzes en interpretaties tijdens de data-analyse alleen door de onderzoeker gemaakt. De data hebben dus geen extra controle gehad door een medestudent of docent. Wel zijn door middel van de drie stappen in codering de data meerdere malen bestudeerd en met elkaar vergeleken.

## 6.5 Slotwoord

Dit onderzoek heeft zich gefocust op de regisserende professionals binnen de GGZ. Gebleken is dat professionals een zekere mate al regisserende taken uitvoeren en daarin een regisserende rollen ontwikkeld zijn. Professionals verschillen onderling wel in hoeverre zij bronnen van regisserend vermogen gebruiken om deze regisserende rol te versterken. Enerzijds ziet dit onderzoek dat bepaalde professionals door motivatie, opleiding, of netwerken beter toegerust worden regisserende rol. Sommige professionals gebruiken alle drie de bronnen, anderen zien bijvoorbeeld in de opleiding of in het netwerk met collega's nog wel één of meerdere belemmeringen. Voor andere professionals, die al hoofdbehandelaar waren, zijn er nog wel meer belemmeringen die hen weerhouden in het volledig aannemen en het verder ontwikkelen van de regisserende rollen.

Dit onderzoek pleit voor meer ruimte voor regisserende taken. De professional wordt steeds meer een regisseur van het proces en de inhoud daarvan, maar ervaart nog niet altijd deze ruimte. Professionals zien regisserende taken als een steeds belangrijker onderdeel van hun werk. Motivatie, opleiding en netwerken: het helpt de professional allemaal, maar zij weten nog niet al deze bronnen te vinden. De GGZ-professionals zien een regierol als iets dat toegevoegde waarde kan hebben voor een betere zorg van cliënten. Om het daadwerkelijk tot betere zorg te laten leiden, zullen de stimulerende factoren rond het regisserend vermogen versterkt moeten worden, en de aanpak van belemmeringen actief prioriteit moeten krijgen. Dit geldt voor de psychiater, de GZ-psycholoog, de verpleegkundig specialist én het management van de GGZ-instelling.

## Literatuur

- Abbott, A. (1988). *The systems of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180–189.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 544-559.
- Blumenthal, D. M., Bernard, K., Bohnen, J., & Bohmer, R. (2012). Addressing the leadership gap in medicine: Residents' need for systematic leadership development training. *Academic Medicine*, 87(4), 513–522.
- Boeije, H.R., Hox, J.J. & Hart, H. 't (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeij, H.R., (2014) *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bouman, D. (2016). *De ondernemende psychotherapeut*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5, 12–23.
- Bruijn, de, H. (2011). *Managing Professionals*. London: Routledge.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Byrkjeflot, H., & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 441–458.
- Calhoun, J. G., Dollett, L., Sinioris, M. E., Wainio, J. A., Butler, P. W., Griffith, J. R., & Warden, G. L. (2003). Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 53, 375-389-391.
- Carvalho, T. (2014). Changing connections between professionalism and managerialism: a case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), 176–190.

- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56(2), 267-283.
- Christensen, T. & Laegrid, P. (2007) *Transcending New Public Management*. Hampshire, England: Ashgate.
- Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ (2015) 'Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep', 18 mei 2015
- Deetz, S. (1996). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Epstein, R.M. & Hundert, E.M., (2002) Defining and Assessing Professional Competence. *Journal of American Medical Association* 287(2), 226-235.
- Exworthy, M. and S. Halford. 1999. *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press.
- Flynn, R. 1999. 'Managerialism, Professionalism and Quasi-Markets', in M. Exworthy and S. Halford (eds), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press, 18–36.
- Flyvbjerg B (2007) Five misunderstandings about case-study research. In *Qualitative Research Practice: Concise Paperback Edition*. Sage, 390–404
- Foeken, C. (2015). Naar regiebehandelaarschap en een kwaliteitsstatuut, *GZ-psychologie*, 7(18) 18–19.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S., (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–39.
- Frank, J. R., Jabbour, M., Tugwell, P., et al. (1996). Skills for the new millennium: Report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project. *Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 29, 206–216
- Friedman, I.A. (2000). Burnout in teachers: Shattered dreams of impeccable professional performance. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 595-606.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn*. Cambridge, United Kingdom: Polity.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.



- GGZ Nederland (2012). *GGZ-Agoog Beroepscompetentieprofiel HBO*. Zwolle: Èpos Press
- GGZ Nederland, et al. (2016). 'Model kwaliteitsstatuut GGZ'. Via: <http://p3nl.nl/wp-content/uploads/2016/02/model-kwaliteitsstatuut-ggz-DEF-150216-.pdf>
- GGZ. (2017). *Stigmatisering In De Geestelijke Gezondheidszorg*. Amersfoort.
- Goethals, K.R. (2013). Levenstijdperken van de psychiater (in opleiding). *Tijdschrift voor psychiatrie*. 55(6), 391-393.
- Greenglass, E.R., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument*. Online publicatie beschikbaar op [www.psych.yorku.ca/greenglass](http://www.psych.yorku.ca/greenglass)
- Hallier, J. and T. Forbes. (2004). 'In Search of Theory Development in Grounded Investigations: Doctors' Experiences of Managing as an Example of Fitted and Prospective Theorising', *Journal of Management Studies*, 41(8), 1379-410.
- Het Parool (2009), Forse bezuinigingen op GGZ en specialisten. Bezocht op 13-3-2017: <http://www.parool.nl/binnenland/forse-bezuinigingen-op-ggz-en-specialisten~a247414/>
- Howskins E. & Ewens A. (1999) How student's experience professional socialization. *International Journal of Nursing Studies* 35(1), 41-49.
- Iedema, R., P. Degeling, J. Braithwaite and L. White. 2004. "It's an Interesting Conversation I'm Hearing": The Doctor as Manager', *Organization Studies*, 25(1), 15-33.
- Kerkhof, van, M., et al. (2007). De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België. In Ree, van, J.W. & Vries, de, M.W. *Psychiatrie* (15-36). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kessels, J., & Poell, R. (2011). *Handboek human resource development*. Houten: Springer Media
- Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., Lewandowski, R., Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors: " a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research*, 13(246), 1-11.
- Kwakman, F. & Overduin, B. (2003) *Professionals en Professionele ontwikkeling. Oversturing en zelfsturing bij professionele groei*. Amsterdam: Academic Service.
- Lans, van der, J. (2008) *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam: Augustus.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Leistikow, I. P., Kalkman, C. J., & de Bruijn, H. (2011). Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342(6), 1-3.
- Maarse, J.A.M., (1998), ‘Gezondheidszorg’. In: J.C.P.M. Vis en H. Schuur (red.), *Politieke problemen*. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek, 132-150.
- Mcgivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals’ identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412–432.
- Mulder, M. (2003). Ontwikkelingen in het competentiedenken en competentiegericht beroepsonderwijs. In: Mulder, M., R. Wesselink, H. Biemans, L. Nieuwenhuis & R. Poell (Red.) (2003). *Competentiegericht beroepsonderwijs. Gediplomeerd, maar ook bekwaam?* Houten: Wolters-Noordhoff
- Mulhall, S. (2014). (Re)Constructing Career Strategies After Experiencing Involuntary Job Loss. *Journal of Change Management*, 14(4), 453-474.
- Noordegraaf, M. (2015). *Public Management. Performance, Professionalism, Politics*. Palgrave McMillan.
- Noordegraaf, M. (2015). ‘Hybridity and beyond: (new) forms of professionalism in changing organizational and societal contexts’, *Journal of Professions and Organizations* 2(2), 187-206.
- Noordegraaf, M., Schneider, M. M. E., Van Rensen, E. L. J., & Boselie, J. P. P. E. F. (2016). Cultural Complementarity: Reshaping professional and organizational logics in developing frontline medical leadership. *Public Management Review*, 18(8), 1111–1137.
- Noordegraaf, M., Van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015). Professioneel vermogen Proactieve “coping” door publieke professionals \*. *Beleid En Maatschappij*, 42(4), 287–309.
- Noordegraaf M. et al. (2016). ‘Reden tot zorg?! Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals’ . Essay voor de Raad van Volksgezondheid en Samenleving. Universiteit Utrecht
- Nederlandse Zorg Autoriteit (2012). DBC-systematiek: Waarom zijn dbc’s ingevoerd?  
Geraadpleegd via:  
<https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-systematiek/>
- Nyström, A. G., Leminen, S., Westerlund, M., & Kortelainen, M. (2014). Actor roles and role

- patterns influencing innovation in living labs. *Industrial Marketing Management*, 43(3), 483–495.
- O'Reilly, D., & Reed, M. (2011). The Grit in the Oyster: Professionalism, Managerialism and Leaderism as Discourses of UK Public Services Modernization. *Organization Studies*, 32(8), 1079–1101
- Olakivi, A., & Niska, M. (2017). Rethinking managerialism in professional work: from competing logics to overlapping discourses: *Journal of Professions and Organization*, 4(1), 20-35.
- Osborne, D. & Gaebler (1992) *Reinventing government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Penguin, Plume Books.
- Peeters, P., & Westen, K. (2016). Pijn in de GGZ. *Multidisciplinair Tijdschrift over Palliatieve Zorg*, 3, 23–25.
- Pieper, J. & Uden, van, R. (2005). Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg. *Gedrag en gezondheid* 33(101–106).
- Postma, J., Oldenhof, L., & Putters, K. (2014). Organized professionalism in healthcare: articulation work by neighbourhood nurses. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 61–77.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Anchor, Garden City.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation* (Third Edit). London: University of California Press.
- Reay, T., & Hinings, C. R. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies*, 30(6), 629–652.
- Renting, N., Janet Raat, A.N., Dornan, T., Wenger-Trayner, E., Wal, van der, M.A., Borleffs, J.C.C., Gans, R.O.B. & Jaarsma, A.D.C. (2017). Integrated and implicit: how residents learn CanMEDS rol by participating in practice. *Medical Education* 2017. 1-11 (alleen online geplubliceerd)
- Reinders, H., (2008), 'The transformation of human services'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52: 564-572.
- Schippers, E.I, van Rijn, M.J. (6 feb. 2015) 'Kwaliteit loont' Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag

- Schippers, E.I, van Rijn, M.J. (18 mei 2015) 'Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz' Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag
- Schmitt, M., Blue, A., Aschenbrener, C. A., & Viggiano, T. R. (2011). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice. *Academic Medicine*, 86(5), 1351.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data*. Londen: SAGE Publications.
- SER. (2012). 'Naar kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.' Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Smit, D., & Derksen, J. (2014). Organisatie van de GGZ-zorg: wat gaat werken en wat niet? *Bijblijven*, 30(9), 7–12.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87(2), 234–258.
- Spyridonidis, D., Hendy, J., and Barlow, J. (2014) Understanding Hybrid Roles: The Role of Identity Processes amongst Physicians, *Public Administration*, 93(2), 395–411.
- Straus, A.L. & Corbin, J. (2007). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. (3<sup>rd</sup>. ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sullivan, H., Williams, P., & Jeffares, S. (2012). Leadership for Collaboration. *Public Management Review*, 14(1), 41–66.
- TNS (2015). *Resultaten onderzoek declaratieregelnaleving onder behandelaars in de curatieve ggz*. Amsterdam: Eigen beheer. Bijlage bij Tweede Kamer 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 160. Den Haag: Sdu.
- Tonkens, E., (1999), *Het zelfontplooiingsregime: De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*. Amsterdam: Van Gennep.
- Tonkens, E., (2008), *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.
- Trappenburg, M. (2011). Professionals en managers. In & A. M. M. Noordegraaf, K. Geuijen (Ed.), *Handboek publiek management* (165–190). Den Haag: Boom Lemma.
- Yin, R.K. (2013) *Case Study Research: Design & Methods*. Thousand Oaks: Sage
- Weiss, R. S. (2004). In Their Own Words: Making the Most of Qualitative Interviews. *Contexts* 3: 44-51.

Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.

Witman, Y., Smid, G. a. C., Meurs, P. L., & Willems, D. L. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18(4), 477–495.

## **Bijlage 1 Topiclijst Regiebehandelaarschap**

Gesprek met (naam respondent) op (datum), (functie) bij (organisatie) in (plaats)

### **Introductie**

- Voorstellen en doel van het onderzoek toelichten.
- Toelichten hoe de informatie gebruik wordt. Onderzoeker vertelt dat gegevens geanonimiseerd worden in dit onderzoek. De onderzoeker geeft aan dat een schriftelijk verslag van het interview naar de respondent opgestuurd kan worden indien de respondent dat wenst. Vervolgens vraagt de onderzoeker of het interview opgenomen mag worden. Na mondelinge toestemming begint het interview. Onderzoeker vertelt dat meningen en ervaringen uitgevraagd worden over het regiebehandelaarschap. Als er vragen of onduidelijkheden zijn tijdens het interview mag de respondent altijd vragen stellen.

### **Inleiding**

1. Wat is uw huidige functie en hoe bent u daar terecht gekomen?
2. Wat zijn uw werkzaamheden?
3. Heeft u een bepaald specialisme of behandelingen die u het vaakst verricht?

### **Bronnen regisserend vermogen**

4. Welke competenties vindt u belangrijk in uw werk?
5. Welke competenties zijn nodig om uw werk te blijven doen?
6. Wat vindt u belangrijke randvoorwaarden van uw werk?
7. Wat vindt u van de nieuwe invulling van het regiebehandelaarschap? Hoe ervaart u het en waarom? (Verskil papier en praktijk?)
8. Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe verantwoordelijkheden voor o.a. het proces als regiebehandelaar?
9. Hoe werkt u samen met de verschillende actoren, ook buiten uw organisatie?
10. In hoeverre ervaart u mogelijkheden en belemmeringen bij de invulling van uw regierol?
12. In hoeverre bent u anders gaan werken?
13. Welke vaardigheden vindt u belangrijk bij een regiebehandelaar?

### **Coping**

14. Hoe ervoer u de omslag naar het regiebehandelaarschap? Hoe ging u er mee om?
15. Hoe heeft u zich voorbereid op de nieuwe rol? Hoe heeft uw organisatie hierin geholpen?
16. Wat draagt bij aan een succesvolle invulling van uw regierol? (evt. Focus op gedrag)

## Bijlage 2 Codeboom

### Codeboom

#### Veranderende professie

- Autonomie
- Socialisatie
- Inhoudelijke kennis
- Professionele randvoorwaarden
- Professionele vaardigheden
- Veranderende professional

#### Ervaring regierol

- Afgebakende verantwoordelijkheden
- Extra taak bovenop reguliere taken
- Feedback
- Geen formeel baas staan is lastig
- Meer verantwoordelijkheid
  - o Proces
- Onzekerheid
- Opleiding onvoldoende
- Regietaken moeten vanzelfsprekend zijn
- Ruimte voor eigen invulling
- Socialisatie
- Weinig verandering regierol

#### Regisserende competenties

- Helikopterview
- Administratieve competenties
- Coachende vaardigheden
- Communicatie
- Coordinatie
- Knopen doorhakken
- Projectmanagement

#### Uitdagingen regierol

- Aansturing
- Dilemma regierol
- Ervaring
- Feedback geven
- Inrichting regieproces
- Nieuwe verhouding
- Spanning bij geschil
- Verantwoordelijk kwaliteit collega's
- Verantwoording afellgen
- Waarborging autonomie
- Waarborging kwaliteit

#### Omgang nieuwe taak



- Proactief
- Reactief
- Verschil professies