

Pro Persona

geestelijke gezondheidszorg



Een behandeling van positieve gezondheid in de geestelijke gezondheidszorg

Een kwalitatief interpretatief onderzoek naar de invloed van autonomie, perceptie en veranderbereidheid op het vermogen van de behandelaren om het concept positieve gezondheid toe te passen.

**GESCHREVEN DOOR
WOUTER MOLENAAR**



Universiteit Utrecht

Masterscriptie

Elst, juni 2021

Student:	Wouter Molenaar
Solis ID:	5987970
Studie:	Master Organisaties, Verandering en Management
Opleidingsinstituut:	Utrechtse School voor Bestuur, - en Organisationswetenschap
Universiteit:	Universiteit Utrecht
Onderzoeksorganisatie:	ProPersona
Begeleider USBO:	dr. Arnold Wilts
Tweede lezer:	dr. Jeroen Vermeulen
Begeleider ProPersona:	Astrid Bransen

Voorwoord

Beste lezer,

2020 en 2021 zijn voor iedereen rare jaren geweest. Het was voor mij een vreemde tijd om een afstudeeronderzoek te schrijven. De coronacrisis zorgde ervoor dat ik geen fysiek onderwijs heb gehad tijdens het schrijven van deze scriptie. Net als ieder ander heb ik vergaderingen en interviews via een beeldscherm moeten doen. Toch is het mij gelukt om deze scriptie te schrijven. Daar wil graag een aantal mensen voor bedanken, want zonder hun hulp had ik dit niet kunnen doen.

Ten eerste wil ik respondenten van ProPersona bedanken voor hun tijd en hun openheid tijdens de interviews. Ondanks hun thuiswerksituatie, hebben zij mij ontzettend geholpen met hun antwoorden. In het bijzonder wil ik Astrid Bransen bedanken voor haar behulpzaamheid en meelevendheid. Ik kon met mijn vragen altijd bij Astrid terecht en dan ging zij opzoek naar het beste antwoord. Dat waardeer ik enorm en ik prijs mijzelf gelukkig met haar als begeleider van ProPersona.

Ten tweede wil ik mijn scriptiebegeleider Arnold Wilts bedanken. Ik wil hem bedanken voor discussies die wij hebben gevoerd en de nieuwe inzichten die dat mij hebben opgeleverd. Ik wil hem bedanken als sparringpartner, maar vooral als mens. Hij gaf mij het gevoel dat ik deze scriptie op mijn eigen tempo kon schrijven en gaf mij het vertrouwen dat ik ging afstuderen.

Als laatste wil ik mijn vader bedanken. Ik wil je voor alles bedanken, maar in dit kader wil ik je bedanken voor de kans die je mij hebt gegeven om vier jaar lang te studeren. Jij hebt mij deze scriptie zien beginnen, maar nooit zien afronden. Ik weet hoe trots je zou zijn geweest, maar wat had ik het graag nog een keer van je gehoord.

Wouter Molenaar

Juni, 2021

Elst

Samenvatting

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland zijn er lange wachtlijsten. Er zijn patiënten die hulp nodig hebben, maar die niet kunnen krijgen. Een van die problemen zijn de meest zorg intensieve patiënten. Patiënten waar alle reguliere behandelroutes al belopen zijn, maar niet hebben geholpen. Ook bij ProPersona kampen zij met dit probleem. Volgens hen en de theorie kan behandelen volgens het concept 'positieve gezondheid' helpen om nieuwe inzichten op te doen, om het leven van de patiënt zo zinvol mogelijk in te richten.

In dit onderzoek heb ik eerst een aantal theoretische kenmerkende aspecten van autonomie, perceptie en veranderbereidheid bepaald. De theoretische kenmerkende aspecten van autonomie zijn beslissingsbevoegdheid, prestatie-indicatoren en grenzen aan professionele autonomie. De theoretische kenmerkende aspecten van perceptie zijn professionele logica's en leeftijd. En voor de theoretische kenmerkende aspecten van veranderbereidheid heb ik een model van Metselaar (1997) centraal gesteld. Hij maakt een onderscheid tussen *willen*, *kunnen* en *moeten* veranderen.

Ik heb in pilot, semigestructureerde en een combinatie van semigestructureerde en validerende interviews met zorgmanagers en behandelaren gesproken over deze theoretische kenmerkende aspecten. Uit de resultaten van de interviews kwam naar voren dat de respondenten vonden dat zij op het klinische gedeelte van hun werk voldoende autonomie hadden. Maar zij willen meer autonomie om met andere afdelingen en organisaties samen te werken om zo een meer geïntegreerde behandeling aan te bieden. De behandelaren ervaren de prestatie-indicatoren als een gebrek aan vertrouwen. Ze willen er meer op vertrouwd worden dat wat zij doen, het goede is. Daarnaast kost het registreren van de behandeling in de dossiers veel tijd. De leeftijd is niet van invloed op de manier waarop zij behandelen, maar uit het onderzoek blijkt dat ervaring hier een rol in speelt. Alle behandelaren vinden dat de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn, mits deze in staat is een realistische hulpvraag te formuleren. Ik heb geconcludeerd dat er verschillen zijn tussen de behandelaren in hun veranderbereidheid. Sommige hebben meer kennis dan andere over het concept positieve gezondheid. En behandelaren in de SGGZ zijn minder flexibel in het omgaan met veranderingen dan behandelaren in de BGGZ. Maar het overgrote deel staat wel positief tegenover positieve gezondheid.

Op basis van deze bevindingen zijn er een aantal aanbevelingen geschreven voor ProPersona. Een aanbeveling heeft betrekking op het aangaan van de dialoog waarin je de betrokkenen zoveel mogelijk eigenaarschap geeft. De andere aanbeveling gaat in op de extra scholing die ProPersona de behandelaren kan bieden over werken met positieve gezondheid.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding van dit onderzoek	6
1.2 Probleem-, doel, -en vraagstelling	7
Probleemstelling	7
Doelstelling	8
Hoofdvraag en deelvragen	8
1.3 Onderzoeksmethodiek	10
1.4 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	12
2.1 Autonomie	12
2.2 Perceptie	15
2.3 Veranderbereidheid	17
3. Methodologische kader	21
3.1 Kwalitatief interpretatief onderzoek	21
3.2 Indicatoren	22
3.3 Respondentselectie	24
3.4 Methodologische kwaliteitscriteria	25
4. Bevindingen	26
4.1 Autonomie	26
4.2 Perceptie	30
4.3 Veranderbereidheid	33
4.4 Samenvatting	35
5. Analyse	36
5.1 Autonomie	36
5.2 Perceptie	38
5.3 Veranderbereidheid	39
5.4 Opbrengst van de analyse	40
6. Conclusie	44
6.1 Leeswijzer.	44
6.2 Antwoorden deelvragen	45
6.3 Antwoord hoofdvraag	46
6.4 Doelstelling en reflectie	47
6.5 Vervolgonderzoek	48
6.6 Praktische aanbevelingen.	48
Bibliografie	50
Bijlage 1. Topiclijsten en stellingen	54

1. Inleiding

Dit onderzoek gaat over de bereidheid van behandelaren om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen. Dit concept heeft een andere kijk op het begrip gezondheid. Niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen staat centraal. Hierbij is belangrijk om de patiënt zoveel mogelijk eigen regie te geven en een zo groot mogelijk vermogen te creëren om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan. De vraag in het onderzoek is welke invloed autonomie, perceptie en veranderbereidheid hebben op het vermogen van de behandelaren om dit nieuwe zorgconcept toe te passen. Het onderzoek vindt plaats binnen ProPersona. Een organisatie die zich richt op het bieden van geestelijke gezondheidszorg.

In deze scriptie wordt onderzocht in welke mate autonomie, perceptie en veranderbereidheid van invloed zijn op het vermogen van de professionals om het concept positieve gezondheid toe te passen. Dit onderzoek is een voorbeeld van hoe de professional in de geestelijke gezondheidszorg omgaat met autonomie (Mackor, 2011), de grenzen daarvan (Van Heijst & Vosman, 2010; Mackor, 2011) en de prestatie indicatoren (Noordegraaf, Bos, Pikker, & Ter Horst, 2014). Verder wordt de invloed van professionele logica's (Tonkens, 2013; Noordegraaf, 2011), leeftijd en ervaring (Schabracq, Winnubst, Gerrichhauzen, & Kampermann, 1995) op het vermogen van de professionals om positieve gezondheid toe te passen in hun werk onderzocht. Ook wordt aan de hand van het model van Metselaar (1997) geanalyseerd hoe het zit met de veranderbereidheid van de professionals in de geestelijke gezondheidszorg. De professionals in dit onderzoek zijn werkzaam voor ProPersona.

Dit onderzoek wordt gedaan bij ProPersona, maar deze casestudy kan gebruikt worden als voorbeeld voor soortgelijke organisaties in deze sector. In deze inleiding wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de probleem-, doel-, - en vraagstelling toegelicht. Daarna wordt de onderzoeksmethodiek besproken. Er wordt afgesloten met een leeswijzer voor de rest van dit onderzoek.

1.1 Aanleiding van dit onderzoek

De aanleiding voor het onderzoek is het debat dat op 29 januari 2020 plaatsvond tussen staatssecretaris Blokhuis en de Tweede Kamer. Dit debat ging over aanhoudende wachttijden en mensen met de hoogste nood, die onvoldoende een beroep kunnen doen op de ggz. Op dit moment worden de Treeknormen op de meeste locaties van ProPersona; de maximaal aanvaardbare wachttijden voor zorg, niet gehaald. De Raad van Bestuur is van mening dat het onverantwoord is om patiënten die zorg nodig hebben zo lang te laten wachten (ProPersona, persoonlijke communicatie, 28 januari 2020). De staatssecretaris heeft tijdens dat debat aan de Tweede Kamer toegezegd dat hij zorgverzekeraars en grote ggz-aanbieders gaat vragen om een plan te maken over hoe zij gaan zorgen voor landelijk voldoende behandelcapaciteit in hoog specialistisch ggz-zorg. ProPersona is een van de grote ggz-aanbieders. Zij gaan dus aan de slag met deze vraag. Vanuit ProPersona is aan mij gevraagd of ik kan onderzoeken hoe er door behandelaren in de zorg wordt omgegaan met de 'positieve gezondheid'.

Een van de belangrijkste auteurs van de positieve gezondheid is Machteld Huber. Zij heeft de positieve gezondheid als zorgconcept geïntroduceerd, omdat volgens haar de definitie die gehanteerd wordt door de World Health Organization (WHO) niet meer voldoet. Die definitie is als volgt: *“health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (Huber et al., 2011). De definitie is opgesteld in 1948 en sindsdien niet veranderd. Huber et al. (2011) vinden dit om drie redenen problematisch. Ten eerste het woord 'complete'. Als mensen compleet gezond moeten zijn, betekent dit dat zij bij de kleinste afwijking al niet meer gezond zijn. Dit zou betekenen dat vrijwel niemand gezond is. Dit helpt de medicalisering van de samenleving in de hand.

Ten tweede zijn ziektes sinds 1948 erg veranderd. Waar voorheen mensen met een chronische ziekte een kort leven hadden, is oud worden met een chronische ziekte nu de norm. Er is betere voeding, hygiëne en er zijn geavanceerdere medische ingrepen mogelijk. Mensen met een chronische ziekte worden dus ouder, maar dat kost ook steeds meer geld. Want de definitie van de WHO verklaart mensen met een chronische ziekte, definitief ziek. Ze doen dus geen beroep op de mensen om zelf om te gaan met de steeds veranderende sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. De duurzaamheid van ons gezondheidsstelsel wordt hierdoor getest.

Het derde probleem van de definitie van de operationalisatie ervan. Hoe operationaliseer je ofwel meet je of iemand volledig gezond is? Daarom heeft Huber een nieuwe definitie van gezondheid in het leven geroepen: “*the ability to adapt and to self manage.*” (Huber et al, 2011). Het accent ligt niet op ziekte, maar op de mensen zelf. Op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. Het gaat volgens Huber niet om koste wat koste de afwezigheid van ziekte realiseren, maar om het ondersteunen van het vermogen van mensen om zelf met hun sociale, fysieke en emotionele uitdagingen om te gaan. De mens moet hierin zoveel mogelijk eigen regie hebben.

1.2 Probleem-, doel, -en vraagstelling

Probleemstelling

ProPersona is een organisatie die zich richt op het bieden van geestelijke gezondheidszorg. Zij zijn deskundig in het behandelen van hulpvragen in de ggz. Zij bieden Generalistische Basis ggz en specialistische zorg aan jongeren, volwassenen en ouderen met psychische problemen. Zij doen dit op 41 locaties verspreid over Gelderland. Op dit moment worden de Treeknormen op de meeste van locaties van Pro Persona niet gehaald. Treeknormen zijn de maximale aanvaardbare wachttijd voor zorg. Het gaat hierbij om de wachttijden voor niet spoedeisende hulp. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over maximale aanvaardbare wachttijd. De belangrijkste zijn:

1. Het aantal weken tussen het moment dat je belt en het intakegesprek mag maximaal vier weken zijn.
2. Het aantal weken tussen het intakegesprek en de start van de behandeling mag maximaal tien weken zijn.

Op de meeste locaties van ProPersona worden deze Treeknormen overschreden (ProPersona, persoonlijke communicatie, maart 2020). Welke locaties de Treeknormen overschrijden en welke niet, is in vertrouwen met mij gedeeld en in dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen de locaties. Daarom worden onderlinge verschillen tussen de locaties in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

De RvB vindt het onverantwoord om patiënten die zorg nodig hebben zo lang te laten wachten. Zij ondersteunen daarom met dit specifieke project alle professionals en managers om gezamenlijk verantwoorde zorg binnen redelijke termijn aan te kunnen bieden aan hun patiënten. In de ggz is er een onderscheid tussen de basis ggz en de specialistische ggz. In de BGGZ worden mensen met lichte tot matige psychische problemen geholpen. In de SGGZ gaat het om zwaardere psychische problemen. ProPersona heeft onderzoek gedaan naar een deel van de patiënten met zwaardere psychische problemen: de top 300 patiënten met de hoogste schadelast. Dit zijn patiënten met een jaarlijkse schadelast van meer dan 60.000 euro (ProPersona, persoonlijke communicatie, maart 2020). Zij zijn vaak lang in behandeling. ProPersona heeft een analyse gemaakt van de top 300 duurste patiënten in de laatste drie jaar. Zij zorgden in 2016 voor 27% van de totale schadelast. In 2017 en 2018 was dat 28%. In de jaren 2016 – 2018 waren er 12.702 unieke patiënten bij ProPersona. Dus $(300/12.702 =) 2.4\%$ zorgt voor 28% van de totale schadelast (ProPersona, persoonlijke communicatie, maart 2020). Deze groep patiënten kenmerkt zich door lange behandeltrajecten en een

lange, complexe, psychiatrische voorgeschiedenis. De patiënten zijn vaak al jaren in behandeling en/of opgenomen. Door de lange behandeltrajecten, vraagt deze groep veel tijd van de behandelaren. Dit zorgt ervoor dat de groep patiënten met lichte tot matige psychische problemen van BGGZ op wachtlijsten terechtkomt. ProPersona wil zoveel mogelijk patiënten hulp bieden binnen de grenzen van hun zorg en binnen de Treeknormen.

ProPersona gelooft dat het werken met het zorgconcept 'positieve gezondheid' hier een bijdrage aan kan leveren. Zij hebben mij gevraagd te onderzoeken wat de behandelaren vinden van deze zorgconcepten en of/hoe zij met dit zorgconcept werken. Dit onderzoek wordt gedaan bij ProPersona, maar kan gebruikt worden als voorbeeld voor soortgelijke organisaties in deze sector. De lange wachtlijsten is een probleem in de gehele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Er zijn meerdere kamerbrieven over geschreven en er is een actieplan gepresenteerd door staatssecretaris Blokhuis. Het is niet alleen voor ProPersona relevant om te weten welke invloed autonomie, perceptie en de veranderbereidheid van behandelaren hebben op hun vermogen om positieve gezondheid toe te passen. Dit is ook relevant voor soortgelijke organisaties.

Doelstelling

Dit onderzoek heeft drie verschillende soorten doelen: praktische, intellectuele en persoonlijke doelen. Wat ikzelf graag uit dit onderzoek wil halen, is leren over de veranderbereidheid, autonomie en perceptie van professionals in het algemeen. Maar ook ten aanzien van het zorgconcept positieve gezondheid. Als er verschillen zitten tussen de veranderbereidheid van de professionals of hoe zij de professionele autonomie ervaren, wil ik erachter komen waar dat op gebaseerd is. Ik hoop te leren hoe ik met de antwoorden van de behandelaren, kan bijdragen om voor de geschetste problemen binnen een organisatie als ProPersona een oplossing te vinden.

Het intellectuele doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de mate waarin autonomie, perceptie en veranderbereidheid het vermogen van zorgprofessionals om volgens nieuwe zorgconcepten te werken beïnvloeden. Door dit te doen ontstaat er inzicht over de wijze waarop nieuwe zorgconcepten de uitvoeringspraktijk van zorgprofessionals kunnen veranderen. Op deze manier zou mijn onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de huidige wetenschappelijke kennis over deze onderwerpen. Het onderzoek kan bijdragen aan het debat over het botsen van professionele logica's (Noordegraaf, 2014). Daarnaast brengt het de veranderbereidheid (Metselaar, 1997) van zorgprofessionals in de ggz in kaart. De opbrengsten van dit onderzoek over autonomie, kunnen bijdragen aan het debat over de begrenzing van professionele autonomie (Mackor, 2011).

Het praktische doel van dit onderzoek is dat het inzicht biedt in welke mate autonomie, perceptie en veranderbereidheid van invloed is op het vermogen van de behandelaren van ProPersona om het concept positieve gezondheid toe te passen. Met deze inzichten en kennis heeft ProPersona een beter beeld in welke mate deze factoren van invloed zijn op de bereidheid van de behandelaren om volgens de positieve gezondheid te werken en dit een vooraanstaandere plek te geven in het behandelproces zoals beschreven in de kernwaarden van ProPersona. Dit geldt niet alleen voor ProPersona, maar ook voor soortgelijke organisaties in deze sector. De uitkomsten van deze casestudy, kunnen gebruikt worden als voorbeeld voor soortgelijke organisaties.

Hoofdvraag en deelvragen

Uit oriënterende gesprekken met medewerkers van ProPersona en documenten (ProPersona, persoonlijke communicatie, 2020) blijkt dat zij de wens hebben om hun zorg te leveren waarin een zorgconcepten centraal staan: positieve gezondheid. ProPersona wil de lange wachtlijsten voor de BGGZ verminderen en denkt dat dit zorgconcept daaraan kan bijdragen. Zij hebben mij gevraagd om vanuit een veranderkundig perspectief te kijken naar het zorgconcept en met name hoe de

behandelaren daarmee omgaan. In dit onderzoek zullen drie veranderkundige begrippen centraal staan: autonomie, perceptie en veranderbereidheid. Dit tezamen leidt tot de volgende hoofdvraag:

Welke invloed hebben autonomie, perceptie en veranderbereidheid van behandelaren op hun vermogen om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen?

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van drie deelvragen. In de toelichting op de deelvragen wordt uitgelegd waarom autonomie, perceptie en veranderbereidheid centraal staan in dit onderzoek.

1. Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten autonomie en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?

Uit vooronderzoek en gesprekken binnen de organisatie blijkt dat autonomie een belangrijk goed is voor zorgprofessionals. Met behulp van de literatuur worden drie theoretische kenmerkende aspecten van autonomie onderscheiden. Een van drie aspecten is het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen (Mackor, 2011). Een tweede theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de regels en standaarden van de organisatie. Dit uit zich door opgelegde prestatie indicatoren aan de zorgprofessionals (Noordegraaf et al., 2014). Het laatste theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de grenzen aan professionele autonomie. Het begrenzen van de professionele autonomie mag gebeuren, omdat niet alleen de professionals zelf, het beeld van een goede professional bepalen. Het beeld van een goede professional moet worden bepaald het publieke en politieke debat (Mackor, 2011).

2. Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten van perceptie en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?

Perceptie staat centraal in dit onderzoek, omdat delen hiervan van invloed zijn op de manier hoe wij dingen om ons heen waarnemen en hoe wij ons gedragen (Cornsweet, 2012). Een van de twee theoretische kenmerkende aspecten van perceptie zijn de professionele logica's. Professionele logica's is een omschrijving hoe de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegen de bureaucratische logica, wat vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn (Tonkens, 2013). De verschillende logica's zorgen voor spanningen (Tops, 2007). Het tweede theoretische kenmerkende aspect van perceptie zijn persoonsgebonden kenmerken. In dit onderzoek staan leeftijd en ervaringsjaren centraal (Schabracq et al., 1995).

3. Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten van veranderbereidheid en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?

Organisaties gaan gepaard met veranderingen. Technologische innovaties of nieuwe literatuur kunnen ervoor zorgen dat een organisatie ervoor kiest om bijvoorbeeld afdelingen samen te voegen of over te gaan op zelfsturende teams. Veranderbereidheid is van groot belang bij het slagen van organisatieveranderingen. Volgens Metselaar (1997) zijn er een aantal factoren die de veranderbereidheid bepalen: *willen* veranderen, *kunnen* veranderen en *moeten* veranderen.

1.3 Onderzoeksmethodiek

De hoofdvraag van mijn onderzoek wordt beantwoord met een kwalitatief-interpretatief onderzoek. Dit houdt binnen dit onderzoek in, dat de literatuur gebruikt wordt om brede ontwikkelingen in de zorg te duiden. De uitspraken van de behandelaren en de uitkomsten van mijn onderzoek ga ik interpreteren ten aanzien van die literatuur. Door middel van interviews met de behandelaren doe ik kennis op over de perceptie, autonomie en veranderbereidheid van de behandelaren ten opzichte van een zorgconcept; positieve gezondheid. Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie vormen dataverzameling, die hieronder nader beschreven staan.

Literatuurstudie: aan de hand van de literatuurstudie ga ik mij verder verdiepen in de literatuur over (professionele) autonomie, perceptie en veranderbereidheid door in de beschikbare wetenschappelijke literatuur te gaan zoeken wat er al over dit onderwerp geschreven is (Vennix, 2016). Ik zal hier verschillende bronnen raadplegen, zoals wetenschappelijke tijdschriftartikelen, boeken, papers en scripties. Naast een informatieve uiteenzetting van het wetenschappelijk debat over de begrippen autonomie, perceptie en veranderbereidheid, zal ik de bronnen kritisch analyseren en beoordelen. Dit zorgt voor een sterke wetenschappelijke basis voor mijn scriptie.

Inhoudsanalyse: de inhoudsanalyse is een kwalitatief interpretatieve vorm van dataverzameling. De inhoudsanalyse heeft betrekking op communicatieproducten, zoals teksten (boeken, kranten, tijdschriften), audiovisueel materiaal (radio en tv), archiefmateriaal (jaarverslagen en beleidsdocumenten) (Wester, 2013, in Vennix, 2016, p. 205). Met behulp van deze communicatieproducten probeer ik de context van de problematiek in kaart te brengen en dit kan mij helpen om de problematiek beter te begrijpen en te kunnen plaatsen.

Interviews: in dit onderzoek onderscheid ik drie soorten interviews: pilot interviews, semigestructureerde interviews, valideringsinterviews. Als eerste worden de pilot interviews gedaan. Hierin interview ik met een behandelaar en een zorgmanager om de topiclijsten te verkennen en methodologische vraagstukken van het onderzoek te beantwoorden. Ook wordt het pilot interview gebruikt om de ontwikkeling van het onderzoeksplan te bevorderen (Prescott & Soeken, 1989: 60, in Kim, 2011, p. 191).

Aan de hand van de antwoorden van de pilot interviews, de literatuurstudie en inhoudsanalyse stel ik een topiclijst op voor de semigestructureerde interviews. De topiclijst is een lijst waarin gespreksonderwerpen staan, die in de loop van het interview aan bod moeten komen. In dit kwalitatief interpretatieve onderzoek ga ik acht behandelaren en twee zorgmanagers op deze manier interviewen. Deze manier van interviewen geeft de behandelaren de vrijheid om hun persoonlijke opvattingen en percepties te delen. In de semigestructureerde interviews leg ik de respondenten vijf stellingen voor die zij met ja of nee moeten beantwoorden. Daarna kunnen zij hun antwoorden nuanceren en kan ik open vragen stellen en doorvragen aan de hand van een topiclijst. De semigestructureerde interviews geven mij de vrijheid om dieper in te gaan op interessante onderwerpen die tijdens het gesprek aan bod komen.

Een van de grootste valkuilen van kwalitatief interpretatief onderzoek is dat in het proces van het achterhalen van de interpretaties van de onderzochten, impliciet de interpretaties van de onderzoeker binnensluipen (Vennix, 2016, p. 210). Dit is te voorkomen door gebruik te maken van valideringsinterviews, zogeheten '*member checks*'. Door aan de behandelaren te vragen of ze het met bepaalde interpretaties van mij eens, probeer ik te voorkomen dat ik de gegeven informatie door de behandelaren in de interviews verkeerd interpreteer en daardoor wellicht verkeerde conclusies trek.

1.4 Leeswijzer

Tot slot de leeswijzer. Om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden, volgt allereerst in Hoofdstuk 2 het theoretisch kader, waarin de centrale concepten van dit onderzoek worden beschreven. In Hoofdstuk 3

volgt de methodologie waarin de gebruikte methoden van dit onderzoek verantwoord worden. In Hoofdstuk 4 worden de bevindingen van dit onderzoek gedeeld. Op basis van Hoofdstuk 4 volgt in Hoofdstuk 5 een analyse van de bevindingen. Vervolgens wordt in Hoofdstuk 6 antwoord gegeven op hoofdvraag in de vorm van een conclusie en worden kanttekeningen geplaatst van dit onderzoek. Hoofdstuk 6 wordt afgesloten met praktische aanbevelingen voor ProPersona.

2. Theoretisch kader

Om inzicht te verkrijgen in welke mate autonomie, perceptie en veranderbereidheid van behandelaren van invloed zijn op hun vermogen om positieve gezondheid toe te passen, dient eerst een theoretisch kader te worden geschetst. Dit theoretisch kader gaat in op de kenmerkende aspecten van autonomie, perceptie en veranderbereidheid, die uit de literatuur naar voren komen. Aan de hand van relevante Nederlandse en Engelse literatuur wordt antwoord gegeven op de deelvragen zoals die in Hoofdstuk 1 zijn geformuleerd. Met behulp van de theoretische kenmerkende aspecten komen deelconcepten naar voren die terug te zien zijn in het conceptueel model.

2.1 Autonomie

De onderstaande alinea geeft antwoord op het theoretische deel de eerste deelvraag. Dat ziet er als volgt uit: *Wat zijn de theoretische kenmerkende aspecten van autonomie?*

Beslissingsbevoegdheid

Autonomie is een complex begrip, waar vele vooraanstaande filosofen zich over hebben gebogen. Ook een van de belangrijkste filosofen uit onze geschiedenis: Emmanuel Kant. Volgens Kant (Hoffe, 2011) komt morele autonomie voor alles. Vrijheid was in Kants ogen: autonomie. Autonomie vindt zijn oorsprong uit het Grieks. (autos = zelf) (nomos = wetten). Deze zelfwetgeving komt terug bij een van de kernstukken van zijn filosofie. De mens handelt moreel, als zijn handelen overeenkomt met de morele wet die hij zelf draagt.

In deze scriptie leg ik echter de focus op professionele autonomie. Dit doe ik omdat ik de veranderbereid van de zorgprofessionals van ProPersona onderzoek. Om te laten zien dat meningen over professionele autonomie uiteenlopen, laat ik verschillende definities zien. Cramer-Cornelissens (2002) vindt dat de artsen, die in hun handelen laten zien dat zij de afgelegde eed nakomen en (be)handelen volgens de regels van de praktijk, professionele autonomie verdienen. Zij komt in haar proefschrift (2002) tot deze definitie van professionele autonomie:

“Artsen bepalen zelfstandig op grond van kennis die in hun professionele standaard is vastgelegd, welke diagnostiek, therapie (inclusief medicatie) en begeleiding noodzakelijk zijn binnen de grenzen die men in de samenleving overeengekomen is uit het oogpunt van schaarste. De arts bepaalt in overleg met zijn patiënt wat noodzakelijk is en hoe de behandeling medisch-technisch dient te worden uitgevoerd; echter óf deze behandeling ook daadwerkelijk kan en zal worden uitgevoerd is afhankelijk van de wil van de patiënt en de middelen en mogelijkheden die men op samenlevingsniveau is overeengekomen.” (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 74)

Volgens Mackor (2011) leidt autonomie niet alleen tot de behartiging van de belangen van de patiënt, maar ook tot realisering van zichzelf als goede professional. Ze beschrijft autonomie als het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen (Mackor, 2011). Zij komt tot deze definitie door onderscheid te maken tussen twee betekenissen van autonomie. Ten eerste keuzevrijheid. Mackor (2011) beschrijft keuzevrijheid als het kunnen doen en laten wat je wil. Ten tweede autonomie als zelfwetgeving. Hiermee wordt het vermogen van individuen om redelijke beslissingen te nemen bedoeld.

Deze beschrijving van professionele autonomie komt het dichtst in de buurt van de definitie die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) geven aan autonomie in de vernieuwde Arbeidsvoorwaarderegeling Medisch Specialisten (2014):

“De vrijheid van oordeelsvorming van de medisch specialist om, gegeven de wettelijke kaders en professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van het bestuur, in de individuele arts-patiënt relatie te komen tot diagnostiek, behandeling en advisering over de behandeling met de doelstelling de verbetering van de gezondheid van de patiënt.” (AMS, 2014)

De gemeenschappelijke deler van de definities van autonomie is zelfwetgeving. Het vermogen van individuen om redelijke beslissingen te nemen. Dit is het eerste theoretische aspect van autonomie wat ik terug laat komen in mijn conceptueel model.

Grenzen aan professionele autonomie

De mening dat ingrijpen door de overheid in onze autonomie wordt toegestaan wanneer wij anderen schade toebrengen wordt grotendeels gedeeld. Maar mag de overheid dit ook doen wanneer wij onszelf schade toebrengen? Laat de overheid ons wel voldoende ruimte om ons leven zelf in te richten? Waar deze vragen gaan over de autonomie van de burger, zijn deze volgens (Mackor, 2011) ook relevant voor de autonomie van de professional. Professionele autonomie mag volgens (Mackor, 2011) eerder begrensd worden door de overheid dan de autonomie van de burger. Zij geeft hiervoor drie redenen. Een daarvan is dat de professional niet alleen hun eigen belang, maar eerst en vooral het belang van een ander behartigen. Daardoor kan het beeld van ‘goede’ professional nooit alleen door de professional worden weergegeven, maar moet dit gebeuren in het politieke en publieke debat. Hierin moet het gaan over het dilemma of professionals in een concreet geval de regels moeten volgen, of dat ze daarvan mogen afwijken om te handelen die in hun optiek het beste is. De professional loopt hier tegenaan als er een regel is die hem of haar vertelt wat formeel de juiste manier van handelen is, maar botst met de ideeën van de professional over wat inhoudelijke de juiste manier van handelen is (Mackor, 2011).

De overheid kan de professionele autonomie van de professionals dus beperken. Dit kunnen zij doen met behulp van verschillende instrumenten. Door het opstellen en vastleggen wetten, professionele standaarden, richtlijnen en protocollen proberen zij de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Of door de verplichte medische eed die zorgprofessionals moeten afleggen. De overheid probeert op die manier de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Deze regulering heeft wel tot gevolg dat de intrinsieke motivatie van de professional wordt geschaad (Van Heijst & Vosman, 2010, p.32). Vanwege de spanning tussen de aansturing en regelgeving van instanties enerzijds en professionele autonomie en vrijheid van handelen van de zorgprofessionals anderzijds, staan in dit onderzoek de prestatie-indicatoren centraal. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op prestatie-indicatoren, maar in de volgende alinea komt alvast de bepalende literatuur aan bod over de invloed van prestatie-indicatoren op de grenzen van de professionele autonomie.

De literatuur is verdeeld over de mate van invloed die prestatie-indicatoren hebben op de autonomie van professionals. Over het algemeen overheerst de opvatting in de literatuur over klassieke professionals dat zij minder gevoelig zijn voor ontwikkelingen die van buitenaf hun werk kunnen beïnvloeden. (Abbot, 1998; Wilensky; 1964; Freidson, 2001; Noordegraaf, 2008, Noordegraaf & Sterrenburg, 2009; Van Leeuwen, 2012). Volgens Noordegraaf & Sterrenburg (2009) komt dat onder meer omdat medisch specialisten een sterke beroepsvereniging hebben, die ervoor zorgt dat medische professionals zich minder hoeven aan te trekken van hervormingen. Maar of deze beroepsverenigingen voldoende beschermen tegen de druk die prestatie-indicatoren met zich meebrengt, is maar de vraag. Wanneer zij moeten kiezen tussen voldoen aan de prestatie-indicator of de best mogelijk zorg leveren, wat kiezen zij dan? Als zij kiezen voor het laatste, zou je kunnen concluderen dat de klassieke

professie nog enigszins in stand blijft (Van Leeuwen, 2012). Maar als de professionals kiezen om te voldoen aan de prestatie-indicator, schuiven zij steeds meer op naar semi-professional en kun je concluderen dat zij steeds beperkter worden in hun autonome handelen (Van Leeuwen, 2012). Luce (1996), Marshall (2000) en Hibbard, Stockard, & Tusler (2003) hebben onderzocht en geconcludeerd dat prestatie-indicatoren wel degelijk van invloed zijn op medisch specialisten. Er heerst spanning tussen de medisch professionalisme en druk van prestatie-indicatoren. De klassieke professie is wellicht aan het afzwakken, waardoor medici sneller beïnvloed worden door invloeden van buitenaf (Van Leeuwen, 2012).

De grenzen van professionele autonomie mogen door de overheid bepaald worden. Daar hebben zij allerlei instrumenten voor, maar over de gevoeligheid van professionals voor ontwikkelingen van buitenaf is de literatuur het niet eens. Maar wat wel geconcludeerd kan worden is dat een correct beeld van een 'goede professional' belangrijk is. Over wie de grenzen van deze 'goede professional' mag bepalen verschillen de meningen.

Prestatie-indicatoren

Ik heb ervoor gekozen om prestatie-indicatoren centraal te stellen. Er zijn meerdere manieren waarop de overheid de professionals autonomie kan begrenzen. Maar omdat prestatie-indicatoren in de laatste decennia is opgerukt en steeds breder worden toegepast in de publieke sector, richt dit onderzoek zich ten dele hierop.

Het New Public Management won eind vorige eeuw aan populariteit. Dit is een managementstijl die probeerden om het model van de private sector, te introduceren in de publieke sector. De nadruk ligt op het meten van prestaties, op efficiëntie, effectiviteit en decentralisatie (Kuhlmann, Wollman, 2019). De opkomst en populariteit van het NPM raakte ook in de zorgsector in Nederland. Uit de beleidsnota *vraag aan bod* (2001) werd duidelijk dat de zorg meer moest focussen op vraag dan op aanbod. Als we dit betrekken op de prestatie-indicatoren, past dit goed in deze ontwikkeling volgens (Wollersheim et al. (2006). Het idee dat de klant koning is uit het bedrijfsleven, werd op deze manier ook geïntroduceerd in de zorgsector. Maar als de klant wat te kiezen heeft, moet hij wel weten waar hij voor kan kiezen. Daar is een van de voordelen van prestatie-indicatoren. Volgens (De Bruin, 2006; Van Mil et al., 2008) is het lastig om publieke organisaties, die vooral maatschappelijke waarde hebben, in cijfers uit te drukken. Maar de overheid, zorgverzekeraars en inspecties gaan wel op zoek naar prestatie-indicatoren om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen indiceren en beoordelen.

Een auteur die veel schrijft over prestatie-indicatoren en waar deze aan moeten voldoen is Noordegraaf et al. (2014). Hij schrijft over hoe je slimmer kan sturen op prestatie indicatoren. Noordegraaf et al. (2014) zegt dat met name de mate waarin prestatie-indicatoren als betekenisvol ervaren worden door de publieke professional, bijdragen aan een werkbare praktijk. De prestatie indicatoren moeten dan wel aan drie voorwaarden voldoen. Ze moeten betekenis hebben in de werkpraktijk van de professional. Er moet sprake zijn van een gevoel van eigenaarschap bij deze professional en de indicatoren moeten praktisch hanteerbaar zijn.

Samenvatting

In de bovenstaande alinea heb ik de theoretische kenmerkende aspecten van autonomie besproken. Een van drie aspecten is het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen (Mackor, 2011). Deze *beslissingsbevoegdheid* is terug te vinden in het conceptueel model. Een tweede theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de regels en standaarden van de organisatie. Dit uit zich door opgelegde *prestatie indicatoren* aan de zorgprofessionals. Dit is ook onderdeel van het conceptueel

model. Het laatste aspect van autonomie wat ik behandel zijn de grenzen aan professionele autonomie. Het begrenzen van de professionele autonomie mag gebeuren, omdat de niet alleen de professionals zelf het beeld van een goede professional bepalen. Het beeld van een goede professional moet worden bepaald het publieke en politieke debat. Een *goede professional* is onderdeel van het conceptueel model.

Tabel 1

Autonomie

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept
Autonomie	Zelfwetgeving	Beslissingsbevoegdheid
	Bureaucratie	Prestatie indicatoren
	Grenzen aan professionele autonomie	Een 'goede' professional

2.2 Perceptie

In de onderstaande alinea geef ik antwoord op het theoretische deel de tweede deelvraag. Dat ziet er als volgt uit: Wat zijn de theoretische kenmerkende aspecten van perceptie?

Professionele logica versus bureaucratische logica

Een van de theoretische kenmerkende aspecten van perceptie zijn professionele logica's. Professionele logica's is een omschrijving hoe de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is een seculiere roeping om elke cliënt zo goed mogelijk te helpen, bijna ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost (Freidson, 2001, in Tonkens, 2013). De professional stelt zich in dienst van de gezondheid van de cliënt. Deze dienstbaarheid staat niet gelijk aan de uitspraak 'klant is koning', want deze dienstbaarheid komt voort uit een eigen visie, gebaseerd op een opleiding en specialisatie en dus op kennis van de professional. Niet wat de klant wil staat centraal, maar wat klant nodig heeft. Deze professionele logica staat centraal in dit onderzoek.

Maar Tonkens (2013) noemt ook een andere logica: de bureaucratische logica. De bureaucratische logica is vooral juridisch: wetten en procedures geven houvast en maken de bureaucratie betrouwbaar. Zorgvuldigheid staat centraal, omdat zoveel mogelijk handelingen en beslissingen traceerbaar en controleerbaar zijn, omdat ze worden vastgelegd in formulieren. De bureaucratische is daardoor per definitie traag, maar biedt wel zekerheid. Deze zekerheid en verantwoording zorgt wel voor extra werk voor de zorgprofessionals. Hier krijgen zij geen extra uren voor en zij ervaren de tijd die zij bezig zijn als veel minder zinvol dan het daadwerkelijk genezen of helpen van patiënten, waardoor zij voortdurend in een tijds-klem zitten (Tonkens, 2013).

Tonkens is niet de enige die de juridisering van de zorg, vat in een logica. Dat de professionele logica en bureaucratische logica botsen is niet alleen Tonkens opgevallen. Tops (2007) omschrijft de spanning tussen bureaucratische en professionals logica's (die hij respectievelijk institutionele en situationele logica's noemt) als "*de spanning tussen de belangen en posities van een organisatie enerzijds, en de kenmerken van concrete situaties die het werkveld vormen van die organisatie anderzijds*" (Tops, 2007, p. 8). Over dit dilemma zegt hij dat er ook spanning is tussen de

uitgangspunten en richtlijnen van de organisatie en het handelen ter plekke. Dit dilemma zorgt ook voor spanning tussen de voorschriften en protocollen en de directe actie.

Noordegraaf (2011) spreekt over professionele en organisationele logica's. Het eerstgenoemde gaat over professionalisme dat hij verbindt aan de kwaliteit van de dienstverlening, kennis van zaken en een morele set aan waarden en normen binnen de beroepspraktijk (Noordegraaf, 2011; Vergunst, 2012, p.30). De organisationele logica verbindt hij aan de beroepsmatige praktijk waar de capaciteiten georganiseerd en gereguleerd moeten worden. Dit vereist coördinatie, besluitvorming en leiderschap, zodat de middelen met maximaal resultaat kunnen worden ingezet (Noordegraaf, 2011; Vergunst, 2012, p.30).

Leeftijd

Het gaat bij de theoretische kenmerkende aspecten van perceptie om de persoonsgebonden kenmerken van een persoon. Naast de professionele logica, staat leeftijd centraal. Er is onderzoek gedaan naar de invloed van leeftijd op veranderbereidheid. Uit een onderzoek van Remery et al. (in, Dorhout et al., 2002) blijkt dat de helft van in totaal 2766 medewerkers bestaande uit bedrijfsleiders, directieleden, eigenaren en P&O medewerkers denkt dat hoe groter het aandeel ouderen in de organisatie, hoe lager de veranderbereidheid zal zijn.

Schabracq et al. (1995, p. 177 - 179) schrijven dat ouderen het vaak lastig vinden om zich aan te passen aan veranderingen. Daarnaast beweren Schabracq et al. (1995) in hun artikel dat ouderen werknemers een andere betekenis geven aan werk dan jongeren. Ouderen zouden zich meer richten op het heden, in plaats van op de toekomst, waardoor zij minder geïnteresseerd zijn in organisatieveranderingen. Jongere werknemers richten zich meer op loopbaanperspectieven en zien vaak meer in ingrijpende reorganisaties. Daarnaast hebben Schabracq et al. (1995, p.177-179) het over de mate van kennisconcentratie van werknemers. Hiermee bedoelen zij dat de kennis en vaardigheden zich zo ontwikkelen dat specialisatie over gaat in overspecialisatie. Oudere werknemers gaan steeds meer weten over minder. Het nadeel hiervan is dat oudere werknemers minder flexibel worden (Schabracq et al., 2000; Schniedewind, 2010).

Wat anno 2021 ook een belangrijk begrip is, is een '*healthy work balance*'. Volgens een onderzoek van Jans (1989, in Van Gerven, 2004) heeft de levensfase waarin iemand verkeerd daar een invloed op. Mensen in een '*mid-life*' hebben problemen om een goede woon-werk balans te houden. Dit komt omdat zij naast sterke verlangens, naar een vooruitgang in hun carrière, ook grote familie verantwoordelijkheden hebben. Voor jongen mensen die net beginnen met hun carrière, gelden dezelfde sterke verlangens naar een vooruitgang in hun carrière, maar gelden dezelfde familie verantwoordelijkheden niet. Simpelweg omdat zij die vaak niet hebben (Jans, 1989, in Van Gerven, 2004).

Samenvatting

In de bovenstaande alinea heb ik de theoretische kenmerkende aspecten van perceptie besproken. Een van de twee theoretische kenmerkende aspecten zijn professionele logica's. Professionele logica's is een omschrijving hoe de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegen de bureaucratische logica, wat vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn. De verschillende logica's zorgen voor spanningen. Een tweede theoretisch kenmerkend aspect van perceptie zijn persoonsgebonden kenmerken. In dit onderzoek staan leeftijd en levensfase centraal. Uit de literatuur bleek dat een hoger percentage ouderen, een lager percentage veranderbereidheid tot gevolg heeft. Mensen die net beginnen met hun carrière, hebben vaak een betere woon-werk balans.

Tabel 2*Perceptie*

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept
Perceptie	Professionele logica's	Standpunt van behandelaren over zorg
	Persoonsgebonden kenmerk	Leeftijd

2.3 Veranderbereidheid

In de onderstaande alinea geef ik antwoord op het theoretische deel de derde deelvraag. Dat ziet er als volgt uit: Wat zijn de theoretische kenmerkende aspecten van veranderbereidheid?

Veranderbereidheid

Veranderbereidheid is de positieve kant van weerstand. Veranderbereidheid is volgens Metselaar, Cozijnsen, & Van Delft (2011, in Stoffers, 2015):

“an employee's positive behavioral intention towards the implementation of a change in the structure, culture, or working methods of an organization or department, resulting in an effort from this employee to actively or passively support the change process involved.”

Hodges (2016) beschrijft in haar boek over twee manieren hoe managers positieve weerstand bij werknemers kunnen bewerkstelligen. Ten eerste ‘compliance’ en ten tweede ‘commitment’. Bij compliance worden werknemers gedwongen om te veranderen. Hier wordt voor gekozen wanneer er met een nieuw systeem gewerkt moet worden. Het is dan belangrijk dat werknemers niet in hun oude rituelen terugvallen en toch met het oude systeem gaan werken. Commitment gaat er juist over dat de werknemers zelf willen veranderen, niet omdat het ze wordt opgedragen. Deze manier van veranderen kost meer tijd en geld in het begin van de verandering, omdat de hoofden en harten van de mensen ervan overtuigd moeten zijn, dat de verandering goed voor hen is. De manier om dit te doen is de werknemers eigenaarschap van de verandering te geven. Een concept dat in de veranderliteratuur van de afgelopen jaren sterk is opgerukt: ‘ownership of change’.

Hodges (2016) schrijft over het belang van eigenaarschap van de verandering. Wanneer de werknemers dit gevoel hebben, zullen zij veel meer moeite doen om de verandering te laten slagen. Zij zijn meer betrokken bij de verandering. Dit gaat dus over commitment en is een duurzamere manier van veranderen dan via de ‘compliance’ manier, waarin het aan de mensen wordt opgedragen. Robert Tannenbaum en Warren Schmidt (1973, in Hodges, 2016) onderscheiden 4 niveaus van controle die werknemers hebben in een veranderingsproject. Per niveau wordt uitgelegd hoe het kan bijdragen aan een hoger gevoel van eigenaarschap en hoe dit dus bijdraagt aan een grotere kans van slagen van de verandering.

- *Vertellen*: dit zorgt voor minste eigenaarschap. Het enige wat je doet is dat je vertelt aan de werknemers dat waarom ze moeten veranderen.
- *Discussiëren*: in het volgende niveau stellen de werknemers vragen over de verandering. Waarom is dit nodig en wat wordt er van mij verwacht?

- *Betrekken*: bij het derde niveau gaan de werknemers samen met het management op zoek naar de oplossing. Zij bedenken samen wat er moet veranderen. Dit zorgt voor energie en steun richting de verandering. Zij voeren daarna namelijk zelf hun gezamenlijk bedachte verandering uit.
- *Empower*: in het laatste niveau worden de werknemers zelf verantwoordelijke gemaakt voor de verandering. Het management wordt erbuiten gelaten. De werknemers kunnen zelf op zoek naar hun verandering. Nu is het hun verandering en zullen zij ervoor willen zorgen dat hun verandering slaagt.

Commitment en compliance zijn onder andere de centrale concepten die centraal staan in het DINAMO-model, zoals dat ontwikkeld is door Metselaar (1997) om de veranderbereidheid in kaart te brengen. Volgens Metselaar kun je veranderbereidheid onderverdelen in drie factoren: *willen* veranderen, *moeten* veranderen en *kunnen* veranderen. Willen en kunnen veranderen (Metselaar, 1997) zou je kunnen scharen onder commitment (Hodges, 2016). Moeten veranderen (Metselaar, 1997) kun je scharen onder compliance (Hodges, 2016). De kans op succes van een verandertraject is het hoogst, wanneer aan alle drie de factoren wordt voldaan. Hoewel het van belang is om voor een volledig beeld van de veranderbereidheid het volledige model en al haar factoren en indicatoren te gebruiken, kies ik er in mijn scriptie voor om dit niet te doen. Uit persoonlijke communicatie met ProPersona blijkt namelijk dat er namelijk geen sprake is van *moeten* veranderen, zoals dat in de theorie door Metselaar beschreven wordt. Vanuit managementlagen of de Raad van Bestuur wordt er geen druk gelegd op de behandelaren dat zij positieve gezondheid moeten toepassen. Daarom focus ik mij op de twee factoren: *willen* veranderen en *kunnen* veranderen.

De eerste factor *willen*, is de houding ten opzichte van de verandering. Dit wordt beïnvloed door de verwachte uitkomsten van de verandering. Metselaar (1997) onderscheidt drie indicatoren om de eerste factor goed in beeld te krijgen:

- *De verwachte gevolgen van de veranderingen op het werk.*

Deze indicator geeft aan welke cognitieve reactie de werknemer voelt ten opzichte van de verandering.

- *De emoties die veranderingen oproepen*

Deze indicator geeft aan welke affectieve reactie de werknemer voelt ten opzichte van de verandering.

- *De betrokkenheid bij het veranderproces.*

Deze indicator gaat over het gevoel van betrokkenheid wat de werknemer bij de verandering.

De tweede factor *kunnen* gaat over of de medewerker en organisatie wel kunnen veranderen. Het draait hier om het bezitten van de benodigde kennis en informatie om het verandertraject tot een goed einde te brengen. Metselaar (1997) onderscheidt hier vier indicatoren:

- *Aanwezigheid van kennis en ervaring met veranderingen*

Deze indicator gaat over de positieve of negatieve ervaring met eerdere veranderingen.

- *Beschikbaarheid van informatie over de verandering*

Deze indicator gaat over de mate waarin een werknemer over informatie beschikt over de verandering.

- *Complexiteit van de verandering*

Deze indicator gaat over de inschatting van de werknemer over de complexiteit van de verandering.

- *Timing van de verandering*

Deze indicator gaat over de invloed van de timing van een verandering op de veranderingsbereidheid.

Wanneer een verandering in een, voor de werknemer, drukke tijd plaatsvindt, zal de veranderbereidheid lager zijn. (Metselaar, 1997, in Schniedewind, 2010).

Samenvatting

In de bovenstaande alinea heb ik de theoretische kenmerkende aspecten van veranderbereidheid besproken. Een gedeelte van het model van Metselaar (1997) stel ik hier centraal. Het model bestaat uit drie indicatoren: *willen*, *kunnen* en *moeten* veranderen. Uit persoonlijke communicatie met de organisatie blijkt dat er geen sprake is van *moeten* veranderen met betrekking tot deze verandering. Daarom wordt er in dit onderzoek slechts gebruik van *willen* en *kunnen* veranderen. Willen veranderen gaat over de verwachte positieve en negatieve uitkomsten van verandering. Kunnen veranderen gaat over het bezitten van benodigde kennis en informatie om te veranderen. Deze zijn beide terug te vinden in het einde van dit hoofdstuk in het conceptueel model.

Tabel 3

Veranderbereidheid

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept
Veranderbereidheid	<i>Willen</i> veranderen	Verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering
	<i>Kunnen</i> veranderen	Het bezitten van de benodigde kennis en informatie

Conceptueel model

In dit hoofdstuk zijn de theoretische kenmerkende aspecten van autonomie, perceptie en veranderbereidheid besproken. Deze aspecten zijn nader aangeduid in deelconcepten, zoals in de bovenstaande tabel te zien is. Deze deelconcepten komen voort uit de theorie en in dit kwalitatief-interpretatieve onderzoek wordt aan de hand van uitspraken van de behandelaren en uitkomsten van het onderzoek beoordeeld of deze deelconcepten in de praktijk daadwerkelijk van invloed zijn op het vermogen van de behandelaren om tot nieuwe zorgconcepten te komen. Dit conceptueel model laat zien hoe er vanuit de theorie gedacht wordt over het vermogen van de professional om nieuwe zorgconcepten toe te passen en vormt het uitgangspunt voor mijn onderzoek, waarin ik uitsluitsel ga geven over de vraag of het onderstaande model juist is.

Figuur 1
Conceptueel model



3. Methodologische kader

In dit hoofdstuk behandel en verantwoord ik de gekozen onderzoeksstrategie en methoden. Allereerst bespreek ik wat een kwalitatief interpretatief onderzoek is en waarom ik daarvoor kies. Vervolgens vertaal ik de deelconcepten van Hoofdstuk 2 in indicatoren in de vorm van interviewtopics. Daarna komen de respondentselectie en te volgen onderzoekstappen aan bod. Ten slotte bespreek ik de belangrijkste methodologische kwaliteitscriteria.

3.1 Kwalitatief interpretatief onderzoek

De gekozen onderzoeksstrategie die ik heb gekozen is kwalitatief interpretatief onderzoek. Eerst bespreek ik wat kwalitatief onderzoek is en vervolgens komt de interpretatieve benadering aan bod. Dit kwalitatief interpretatief onderzoek past binnen het conceptueel kader wat ik in het vorige hoofdstuk heb geschetst. De theoretische kenmerkende aspecten die ik heb genoemd zijn *sensitizing concepts*. Die vormen samen het kader waarbinnen ik het onderzoek zal opzetten.

Kwalitatief

Kwalitatief onderzoek gaat om het begrijpen van de sociale werkelijkheid vanuit het standpunt van de respondenten. De sociale werkelijkheid is een door actoren geconstrueerde werkelijkheid, waarin al van bepaalde constructen gebruik wordt gemaakt en dat het van belang is via ‘Verstehen’ de betekenisverlening van actoren te ‘reconstrueren’ (Vennix, 2016, p. 205).

Ik kies voor kwalitatief onderzoek, omdat dit mij als onderzoek de ruimte geeft om door te vragen in de interviews (Bryman, 2015). In het interview heb ik namelijk de mogelijkheid om direct door te vragen om te testen of ik de antwoorden van de respondent goed heb geïnterpreteerd. Op die manier probeer ik de, door actoren, geconstrueerde werkelijkheid te achterhalen. Verder geeft het mij de ruimte om diverse zienswijzen en geconstrueerde werkelijkheden van de respondenten over de verschillende zorgconcepten te begrijpen en met elkaar te verbinden.

Interpretatief

De interpretatieve benadering houdt in dat een situatie of handeling verschillende betekenissen kan hebben voor verschillende mensen (Bartunek, 1984; in Boeije, 2010). Het gaat verder dan alleen het leggen van verbanden, maar geeft tekst en uitleg aan begrippen. Er komen diverse zienswijzen en geconstrueerde werkelijkheden van de respondenten aan bod, die ik probeer te begrijpen en met elkaar te verbinden (Boeije, 2010).

Het is ondubbelzinnig dat subjectiviteit (Johnson, 1999, in Vennix, 2016) een belangrijke rol speelt. De verzamelde data is ontstaan door zowel de interpretatie van de respondent op de door mij gestelde vragen, als de interpretatie van mij op de antwoorden van de respondent (Smith, 2000, in Vennix, 2016). Een bepaalde mate van subjectiviteit is niet te vermijden, omdat ik, als onderzoeker, de vragen in het interview vanuit mijn eigen perspectief stel. Ik probeer deze subjectiviteit te minimaliseren en een zo groot mogelijke mate van objectiviteit te bereiken. Dit probeer ik te doen door in de interviews door te vragen naar uitspraken van de respondenten en door hen om uitleg te vragen als deze onduidelijk voor mij zijn. Daarnaast maak ik gebruik van parafrases en samenvattingen die ik tijdens de interviews voorleg aan de respondenten om zo hun zienswijze zo representatief mogelijk te beschrijven en te begrijpen op de manier waarop zij begrepen willen worden.

3.2 Indicatoren

In het vorige hoofdstuk heb ik deelconcepten geformuleerd vanuit de centrale concepten. Dit is terug te zien in de gekleurde tabellen. In deze paragraaf breid ik tabellen uit door indicatoren toe te voegen. De indicatoren zijn gebaseerd op basis van de theorie en op basis van inleidende gesprekken met de organisatie. Deze indicatoren kunnen helpen om te achterhalen hoe de respondenten aankijken tegen het toepassen van de positieve gezondheid. Deze indicatoren vormen voor een groot deel de topiclijst die terug zijn te vinden in de bijlage. Deze topiclijsten zijn de basis van het semigestructureerde interview. De primaire vorm van dataverzameling in dit onderzoek.

Autonomie

Het concept autonomie heb ik in het vorige hoofdstuk onderverdeeld in drie deelconcepten: beslissingsbevoegdheid, prestatie indicatoren, 'goede' professional. Per deelconcept heb ik een aantal indicatoren toegevoegd zoals in de onderstaande tabel te zien is. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de theorie en inleidende gesprekken met de organisatie.

Tabel 4

Indicatoren autonomie

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept	Indicator
Autonomie	Zelfwetgeving	Beslissingsbevoegdheid	Hoeveel beslissingen mag de behandelaar nemen zonder daarvoor toestemming nodig te hebben van een meerdere.
	Bureaucratie	Prestatie indicatoren	Hoeveel wordt er gewerkt met quota die je moet halen?
	Grenzen aan professionele autonomie	Een 'goede' professional	Hoe vaak botsen de meningen van de behandelaren met het beleid van de organisatie ten aanzien van het primaire proces?

Perceptie

Het concept perceptie heb ik in het vorige hoofdstuk onderverdeeld in twee deelconcepten: standpunt van behandelaren over zorg en leeftijd. Per deelconcept heb ik een aantal indicatoren toegevoegd zoals in de onderstaande tabel te zien is. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de theorie en inleidende gesprekken met de organisatie.

Tabel 5*Indicatoren perceptie*

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept	Indicator
Perceptie	Professionele logica's	Standpunt van behandelaren over zorg	-Botsten de standpunten over zorg van professionals met het management? -Staat de patiënt centraal in hun opvatting over de zorg
	Persoonsgebonden kenmerk	Leeftijd	-Aantal jaren in dienst bij huidige organisatie: ervaringsjaren.

Veranderbereidheid

Het concept veranderbereidheid heb ik in het vorige hoofdstuk onderverdeeld in twee deelconcepten: *willen* veranderen en *kunnen* veranderen. Per deelconcept heb ik een aantal indicatoren toegevoegd zoals in de onderstaande tabel te zien is. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de theorie en inleidende gesprekken met de organisatie.

Tabel 6*Indicatoren veranderbereidheid*

Vraag	Theoretische kenmerkende aspecten	Deelconcept	Indicator(en)
Veranderbereidheid	<i>Willen</i> veranderen	Verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering	- De verwachte gevolgen van de veranderingen op het werk; - De emoties die veranderingen oproepen; - De betrokkenheid bij het veranderproces.
	<i>Kunnen</i> veranderen	Het bezitten van de benodigde kennis en informatie	- Aanwezigheid van kennis en ervaring met veranderingen; - Beschikbaarheid van informatie over de verandering; - Complexiteit van de verandering; - Timing van de verandering.

3.3 Respondentselectie

In mijn onderzoek ga ik opzoek naar de mate waarin autonomie, perceptie en veranderbereidheid van invloed zijn op het vermogen van de behandelaren om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen. De groep die centraal staat, zijn de behandelaren. Zij behandelen patiënten met hun psychische problemen in de BGGZ of SGGZ in dienst van ProPersona. Het is voor dit onderzoek het meest relevant om de behandelaren te spreken. Zij kunnen mij het beste vertellen over hun eigen autonomie, perceptie en veranderbereidheid. Zo kan ik de diverse zijnswijzen en geconstrueerde werkelijkheden van de behandelaren beter begrijpen en met elkaar verbinden.

Ik heb er daarom voor gekozen om acht behandelaren te interviewen en twee zorgmanagers. Ik heb dit in verschillende rondes gedaan. Ik heb pilot- en semigestructureerde interviews gedaan. In de laatste twee interviews heb ik een combinatie gedaan van semigestructureerde- en validerende interviews. Maar voordat ik begon met de pilotinterviews heb ik verschillende online vergaderingen bijgewoond, waarin onder meer de voorzitter van de Raad van Bestuur, verschillende projectmanagers, zorgprofessionals en een extern adviesbureau aanwezig waren. Aan de hand van de onderwerpen en problematiek die hierin besproken werd, heb ik besloten dat ik het nuttig was om eerst pilot interviews met een behandelaar en zorgmanager te houden.

In deze pilot interviews heb ik de topiclijsten voor de semigestructureerde interviews besproken en methodologische vraagstukken van mijn onderzoek beantwoord. Aan de hand van deze interviews en andere gesprekken met mensen binnen de organisatie heb ik besloten om de semigestructureerde interviews te houden met zes behandelaren. Hierin legde ik de behandelaren eerst vijf stellingen voor, die zij alleen met ja of nee mochten beantwoorden. In Bijlage 1 zijn deze vijf stellingen en de topiclijst te zien. Na het beantwoorden van de stellingen, hadden de respondenten de ruimte om hun antwoorden te nuanceren en kon ik mijn vragen stellen.

Om te voorkomen dat in het proces van het achterhalen van de interpretaties van de onderzochten, impliciet mijn eigen interpretaties een intrede zouden doen, heb ik gebruik gemaakt van een combinatie van semigestructureerde- en validerende interviews. Hierin zijn de vijf stellingen en mijn voorlopige conclusies aan de respondenten voorgelegd om te kijken mijn gemaakte interpretaties van de semigestructureerde interviews klopten. De selectie van de respondenten is ‘*purposeful sampling*’.

“Purposeful sampling is a technique widely used in qualitative research for the identification and selection of information-rich cases for the most effective use of limited resources”
(Patton, 2002).

Vanwege het beleid van ProPersona kon ik niet zelf de behandelaren benaderen. De respondentselectie verloopt via mijn contactpersoon bij ProPersona. Deze contactpersoon kiest de behandelaren zelf en vraagt of zij het goed vinden dat ik ze benader voor een interview. De contactpersoon van ProPersona brengt mij in contact met de behandelaren. Green & Aarons (2011) beschrijven deze manier van respondentselectie *snowballing*. Dit heeft voor- en nadelen. Een voordeel is dat de contactpersoon de respondenten kent. De contactpersoon weet welke behandelaren eventueel positief staan tegenover meewerken aan een masterscriptie van een student. Nadelen van deze manier van respondentselectie is dat ik geen invloed heb op de respondentselectie. Ik kan hier als onderzoeker geen actieve keuze in maken.

Een ander nadeel is dat deze scriptie is uitgevoerd in tijden van het coronavirus. Dit heeft voor meer druk op de ggz gezorgd. Eenzaamheid onder jongeren of financiële druk voor ondernemers zijn slechts twee voorbeelden van de schade aan mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking die het coronavirus heeft veroorzaakt. Dit zorgt voor meer druk op behandelpraktijk. Daarnaast moeten de

behandelaren ook op een andere manier behandelen. Zij moeten hun behandeling via een beeldscherm geven. Dit alles tezamen zorgt ervoor dat er minder tijd is voor meewerken aan een scriptie van een student.

3.4 Methodologische kwaliteitscriteria

In deze paragraaf ga ik in op de methodologische kwaliteitscriteria die relevant zijn voor een kwalitatief interpretatief onderzoek. Ten eerste wordt de betrouwbaarheid besproken. Daarna wordt ingegaan op de validiteit van dit onderzoek en hoe geprobeerd wordt de validiteit zo groot mogelijk te maken. Deze paragraaf wordt afgesloten met een alinea over de generaliseerbaarheid.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid in een kwalitatief onderzoek is over het algemeen moeilijk te waarborgen. Ik heb een eigen referentiekader en daaruit formuleer ik vragen en interpreteer ik antwoorden op mijn eigen manier. Dat is mede wat het een uniek onderzoek maakt. Elke onderzoek interpreteert antwoorden (Vennix, 2016). Een manier om een hogere betrouwbaarheid te krijgen is om tijdens de interviews door te vragen naar uitspraken van de respondenten en door hen om uitleg te vragen als deze onduidelijk zijn. Daarnaast maak ik gebruik van parafrases en samenvattingen die ik tijdens en na de interviews voorleg aan de respondenten om zo hun zienswijze zo representatief mogelijk te beschrijven en te begrijpen op de manier waarop zij begrepen willen worden. De zogeheten *member checks* (Thomas, 2016).

Validiteit

Om de inhoudsvaliditeit zo groot mogelijk te maken probeer ik operationalisatie van mijn concepten zo nauwkeurig mogelijk te laten verlopen. Hoe nauwkeuriger de operationalisatie, hoe groter de kans dat het meetinstrument valide is (Swanborn, 1987, in, Vennix, 2016). In mijn tabellen in de bijlage is te zien hoe ik van een breed theoretisch begrip naar een specifieke indicator ga voor de interviews. De tabellen vormen de basis voor de analyse en conclusie, respectievelijk Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6. De interne validiteit probeer ik in dit onderzoek te waarborgen door mijn interviews op te nemen, aantekeningen te maken en *member checks*.

Generaliseerbaarheid

Bij generaliseerbaarheid gaat om de mate waarin de onderzoeksresultaten niet alleen van toepassing zijn op de onderzochte groep maar ook op soortgelijke andere groepen. De conclusies van dit onderzoek zijn niet te generaliseren naar soortgelijke groepen, omdat de behandelaren van ProPersona niet gelijk zijn aan de behandelaren van andere ggz-instellingen. Hoe de autonomie en perceptie bij de behandelaren van ProPersona in elkaar steekt, hoeft niet voor alle behandelaren in de ggz zo te zijn. De onderzoeksresultaten van deze scriptie zijn dus niet te generaliseren naar soortgelijke andere groepen, maar het is wel plausibel om aan te nemen dat deze resultaten sterk overeen zullen komen met andere instellingen.

4. Bevindingen

In dit hoofdstuk ga ik in op mijn bevindingen die uit de interviews naar voren zijn gekomen. In de vorige hoofdstukken is naar voren gekomen dat beslissingsbevoegdheid, prestatie indicatoren en het zijn van een ‘goede’ professional theoretisch kenmerkende aspecten zijn van autonomie. Daarnaast zijn professionele logica’s en persoonsgebonden kenmerken theoretisch kenmerkende aspecten van perceptie. De persoonsgebonden kenmerken onderverdeel ik aan de hand van theorie in leeftijd en loopbaanontwikkeling. Ten slotte kwam naar voren dat er veel theoretische kenmerken van veranderbereidheid zijn, maar ik kies ervoor om in mijn scriptie *willen* veranderen en *kunnen* veranderen centraal te stellen. Met deze kennis ben ik gestart aan de interviews. In dit hoofdstuk bespreek ik de invulling die de respondenten geven aan de verschillende theoretisch kenmerkende aspecten in de praktijk.

4.1 Autonomie

De theoretische kenmerkende aspecten van autonomie heb ik onderverdeeld in drie aspecten. Een van drie aspecten is het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen (Mackor, 2011). Deze beslissingsbevoegdheid is terug te vinden in het conceptueel model. Een tweede theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de regels en standaarden van de organisatie. Dit uit zich door opgelegde prestatie indicatoren aan de zorgprofessionals (Noordegraaf, 2014). Het laatste aspect van autonomie zijn de grenzen aan professionele autonomie. Het begrenzen van de professionele autonomie mag gebeuren, omdat niet alleen de professionals zelf het beeld van een goede professional bepalen. Het beeld van een goede professional moet worden bepaald in het publieke en politieke debat (Mackor, 2011).

Beslissingsbevoegdheid

Ik heb de respondenten in de interviews vijf stellingen voorgelegd die zij in eerste instantie alleen met ja of nee mochten beantwoorden. Vervolgens mochten zij die toelichten. Eerst zal ik de resultaten van de antwoorden op de stellingen delen. Vervolgens vat ik de toelichting samen in onderstaande stukken. De stelling die ik heb voorgelegd in het kader van beslissingsbevoegdheid is: *ik zou meer autonomie willen hebben over mijn werk.*

Uit de data bleek dat de meningen van de respondenten hierover uiteenliepen. Sommige waren het hiermee eens en anderen gaven aan dat zij niet meer autonomie willen over hun werk. Uit gesprekken komt naar voren dat de behandelaren veel autonomie hebben in een belangrijk gedeelte van hun werk: het klinische gedeelte. Zij bepalen het behandeltraject van een patiënt. Dit doen zij samen met de patiënt en een team met andere professionals. Dat wordt als prettig ervaren. Zo zei een respondent hierover: *“Ik moet wel altijd overleggen met mensen. Maar dat vind ik alleen maar fijn, want dan kan je iemand anders zijn gedachte horen. En samen kan werken.”*

De respondenten gaven aan hun dagelijkse bezigheden wel zonder inmenging van anderen te kunnen doen: *“Als ik een gesprek heb met patiënten of een weekprogramma met ze moet maken, dan ga ik dat gewoon maken. Binnen een behandeling mag ik zelf bepalen hoe ik dat doe.”* Een respondent vertelde dat het voor haar ook zo gold en gaf als voorbeeld dat *“ik zelf mag bepalen hoe vaak ik de patiënt zie.”* In de andere gesprekken kwam vaak terug dat: *“Het management bemoeit zich inhoudelijk niet met behandeltrajecten.”*

Uit de gesprekken met de respondenten blijkt dus dat zij vinden dat ze over het klinische gedeelte van hun werk genoeg autonomie hebben. Zij kunnen, naar eigen zeggen, de inhoud van behandelingen voldoende zelf bepalen.

Maar aan de andere kant gaven ook veel behandelaren aan dat zij op bepaalde vlakken meer autonomie willen. Dit gaat om beslissingsbevoegdheid in een multidisciplinair behandeltraject. Zij willen een geïntegreerde behandeling aanbieden, maar, zoals een respondent aangeeft, *“lukt dit niet omdat er zoveel schotten zijn tussen de verschillende afdelingen. Ik loop dan tegen dichte deuren aan.”* De behandelaren zouden tijdens een behandeling willen dat zij makkelijker met andere afdelingen of organisaties kunnen overleggen om een zo optimaal mogelijke behandeling te geven. Een andere respondent zegt *“als ik zelf een patiënt niet kan helpen, omdat ik daar de kennis niet voor heb, dan zou ik sneller willen kijken samen met andere organisaties, wie dat wel kan. En daar zou ik meer autonomie in willen.”* En dat is iets wat de behandelaren nog niet lukt. Een respondent, die op een afdeling werkt met patiënten waar alle bestaande behandelingen al geprobeerd zijn, zegt dat *“een snellere doorstroom ons zou helpen. Dat loopt nog niet zo lekker. Maar dat heeft meer te maken met de wachtlijsten en organisatorisch niveau. Er is gewoon geen plek bij andere locaties. Dat is heel demotiverend. Daarom gaan de mensen juist terugvallen.”*

In het verlengde daarvan geven de behandelaren ook aan dat zij meer invloed zouden willen hebben om af te wijken van de standaard behandelpaden, waar niet iedereen inpast, om zo een behandeling op maat te maken: *“in plaats van losse modules aanbieden die niet mooi op elkaar aansluiten, wil ik een geïntegreerde behandeling aanbieden.”* Om een geïntegreerde behandeling aan te kunnen bieden, is het nodig om samen te werken met verschillende afdelingen en organisaties. Volgens de behandelaren kun je op die manier een veel persoonlijker behandeling aanbieden, die op maat gemaakt is voor de patiënt. Dit gaat met name over de patiënten met meervoudige problematiek, waarbij een soort behandeling niet voldoende is. Een andere behandelaar omschreef de standaard behandelpaden als: *“een molen, waar de patiënten ingaan, van dingen die al vastliggen, zoals de bepaalde onderzoeken die een neuroloog gaat doen.”*

Samengevat vinden de respondenten dat zij op het klinische gedeelte van hun werk voldoende autonomie hebben. Zij bepalen in goed overleg met hun collega's het behandelplan van een patiënt, wat als prettig wordt ervaren. Maar zij ervaren vrijheid tijdens de invulling van de behandeling. Maar wat veelvuldig terugkwam is dat behandelaren meer autonomie zouden willen in de samenwerking met andere afdelingen en organisaties om zo de beste en geïntegreerd mogelijke behandeling te geven aan een patiënt. Zij lopen daar tegen dichte deuren en schotten tussen afdelingen aan.

Prestatie-indicatoren

De stelling die ik heb voorgelegd aan de respondenten over prestatie indicatoren gaat over het Individueel Productie Monitor (IPM). Uit de verkennende interviews en gesprekken met mijn contactpersoon binnen ProPersona bleek de behandelaren een bepaalde invulling geven aan prestatie-indicatoren. Zij maken gebruik van IPM. Dat is bepaald percentage van het werk van een behandelaar dat te declareren moet zijn. Dit is tijd die de behandelaar (in)direct met de patiënt bezig moet zijn. Zij moeten registreren hoeveel tijd zijn bezig met een patiënt en dit wordt opgestuurd naar de zorgverzekeraar. Op die manier worden de werkzaamheden gecontroleerd. Zij moeten dit percentage halen. Uit gesprekken met de zorgmanagers bleek dat ProPersona een paar jaar geleden training heeft aangeboden aan behandelaren hoe zij zo efficiënt mogelijk kunnen omgaan met IPM. De stelling die hierbij hoort is: *werken met IPM past niet in de ggz.* De respondenten waren het niet eens met elkaar. Ongeveer de helft gaf aan het eens te zijn met deze stelling en de andere helft was het oneens met deze stelling.

De behandelaren zijn dus verdeeld over de effectiviteit van IPM. Een deel van de behandelaren geeft aan dat *“een handige tool is om inzicht te krijgen zij waar hun tijd aan besteden en hoeveel tijd een behandeling kost.”* Volgens een andere behandelaar maakt IPM de behandeltrajecten heel meetbaar, overzichtelijk en transparant: *“Je krijgt een beeld van wat je aan het doen bent en*

hoeveel patiënten je hebt geholpen.” Deze respondent geeft ook een voorbeeld: “Bij behandeltrajecten om van bijvoorbeeld angst af te komen zijn een X-aantal behandelingen voor. En dat kan je precies uitstippelen. 12 behandelingen hiervoor en dan ben je van je angstklachten af.”

Een andere respondent vindt ook dat IPM in de ggz past, maar om een andere reden: *“wij behandelen veel mensen en dat kost veel geld. Dan moet je ook ergens kunnen afmeten of jij hard genoeg werkt en of jij genoeg patiënt uren maakt. Daar moet wel iets van een verantwoording zijn waaraan je kan aflezen of jij niet de halve dag zit te kletsen, maar dat jij wel met patiëntenzorg bezig bent.”*

Behandelaren vinden dus dat IPM om verschillende redenen thuishoort in de ggz. Maar IPM heeft ook duidelijke nadelen. Een respondent geeft aan dat IPM een directe oorzaak is stress: *“Ik merk wel dat ik stress ervaar als ik mijn productie niet haal. En dat merk ik bij mijn collega’s ook. Ojee wat nu? Daar word ik een beetje onzeker van.”* Daar zijn de respondenten verdeeld over. Een andere respondent maakt zich totaal geen zorgen om het halen van de productie. *“Ik zit er eerder veel te ver boven, dan dat ik mijn productie niet haal. Deze respondent snapt ook niet dat collega’s hun IPM niet halen. Wat zitten zij anders de hele tijd te doen. Ik vind dat zij hun tijd maar efficiënter in moeten delen.”* Een andere respondent is het daar tot een zekere hoogte mee eens: *“Fijn dat er iets van toetsing op zit, maar dat moet niet leidend zijn. Het moet ondersteunend zijn. Het moet geen doel op zich zijn.”* Een respondent geeft een mogelijke oorzaak hoe het kan dat sommige behandelaren hun IPM niet halen *“het gemiddelde aantal minuten wat vanuit de zorgverzekeraar nodig wordt gesteld, komt nog weleens in de knoei met de realiteit. Dan hebben wij meer sessies nodig voor de behandeling van een patiënt.”*

Een ander nadeel van IPM en prestatie-indicatoren in de praktijk kwam veelvuldig terug. Doordat de respondenten een bepaald percentage van hun werktijd patiënt gerelateerd moeten besteden, hebben zij weinig tijd om het aan andere zaken te besteden. Op het eerste gezicht lijkt dat geen probleem, want om een respondent te quoten: *“wat zit je al die tijd dan te doen?”* Maar waar meerdere behandelaren mij op attendeerden is dat zij *“door IPM niet de ruimte voelen om tijd te pakken voor beleidszaken of dingen op de afdeling die zij graag willen veranderen.”* Het zijn zaken die veel tijd kosten en niet patiëntgebonden zijn, waardoor dat niet te declareren is. Maar het zijn zaken die op de lange termijn juist de patiënten kan helpen, zoals scholing of een kwaliteitsimpuls van een behandeling. *“Ik zou die tijd wel kunnen pakken, maar ik voel door IPM de ruimte niet om daarin te investeren. Omdat dat veel tijd kost, maar op de lange termijn juist veel tijd kan besparen.”* Een andere behandelaar had een bijna identieke mening: *“Ik zou soms wel tijd willen investeren in dingen die op de lange termijn tijd zouden besparen, maar ik voel daar nu door de IPM-norm de tijd en ruimte niet voor om die tijd te nemen. Terwijl onze afdeling makkelijk boven die norm zit. Dus dat is jammer.”*

Samengevat vinden de respondenten dat prestatie-indicatoren een ondersteunende rol moeten hebben, maar niet leidend zou moeten zijn. Het kan handig zijn om je een inzicht te geven waar je tijd naartoe gaat. Maar het grote nadeel van werken met zo’n prestatie-indicator is dat de behandelaren de tijd en ruimte niet voelen om zich bezig te houden met zaken die niet-patiëntgebonden

Grenzen aan professionele autonomie

Bij grenzen aan professionele autonomie gaat het over het dilemma of professionals in een concreet geval de regels moeten volgen, of dat ze daarvan mogen afwijken om te handelen volgens de manier die in hun optiek het beste is. De professional loopt hier tegenaan als er een regel is die hem of haar vertelt wat formeel de juiste manier van handelen is, maar botst met de ideeën van de professional over wat inhoudelijke de juiste manier van handelen is (Mackor, 2011).

Uit de data blijkt dat de grenzen aan professionele autonomie worden opgelegd door de zorgverzekeraars. De behandelaren moeten hun behandelingen nauwgezet registreren. Voor bepaalde stoornissen staan een, door de zorgverzekeraar bepaald, aantal behandelingen waarvan bewezen is het dat werkt. Als de behandelaar kiest voor een andere behandeling, wordt deze niet vergoed door de zorgverzekeraar. Een gevolg daarvan is dat de behandelaren weinig vertrouwen ervaren dat de behandeling die zij doen, de juiste is.

“Op welke manier ik moet registreren in dossiers, wat komt daarbij kijken en welke eisen zitten daaraan vast. Ik vind dat ze op dat gebied het hier in de ggz uit de klauwen laten lopen.” Er wordt veel meer verwacht van het invoeren van een dossier, dan wat nodig zou moeten zijn. Van de behandelaren wordt verwacht dat zij alle behandelingen vastleggen. Elke minuut van een behandeling moet worden vastgelegd. *“Voor mij voelt dit als een gebrek aan vertrouwen. Ik zou meer vertrouwd willen worden dat wat ik doe, het goede is”*

De behandelaren erkennen dat het probleem ggz breed is, maar dat maakt het volgens hen niet minder vervelend. Een andere behandelaar zegt over IPM en het daarbij horend het grondig bijhouden van de dossiers: *“IPM werkt eigenlijk als een stoorfactor, want je moet het ook gaan vastleggen. Ik ervaar dat soms als een irritatie van joh: vertrouwen jullie er niet op dat wij optimale zorg aan het verlenen zijn?”* Een andere behandelaar uit eveneens zijn gevoel over een gebrek aan vertrouwen: *“Ik heb als behandelaar vaak het gevoel dat ik mij wel heel erg moet verantwoorden waarom ik een keuze maak, in plaats van dat er wordt uitgegaan van het idee dat ik een keuze maak op goede gronden, zonder dat ik dat stellig moet beargumenteren. En daar voel ik soms wel dat ik een marionet ben van regelgeving.”*

Los van een gebrek aan vertrouwen heeft deze manier van nauwgezet verantwoorden en registreren in de dossiers ook een praktisch nadeel. Het kost veel tijd. Van de behandelaren wordt verwacht dat zij alles netjes bijhouden. Maar zij doen heel veel dingen tussendoor. *“Vaak ben je de ene keer vijf minuten daarmee bezig en dan daar weer vijf minuten. En over een dag telt zich dat dan vaak op tot een uur. En als je dat elke keer moet rapporteren, ben je eigenlijk een uur lang bezig met rapporteren, in plaats van met je echte werk.”* Een andere respondent bevestigt dit beeld en zegt: *“Wanneer ik een wandeling maak of pauze heb, praat ik ook over patiënten, maar dan schrijf ik dan niet op.”*

Het niet opschrijven van korte momenten komt veelvuldig terug in de gesprekken met de behandelaren. Het administreren van hun uren kost veel tijd. Dat is tijd die zij vaak nuttiger kunnen besteden. *“Als ik vijf of 10 minuten over een patiënt spreek of met een patiënt bezig bent, dan schrijf ik dat de helft van de tijd niet op, omdat ik weer vijf minuten bezig ben om dat administratief in te voeren. Dat is allemaal verloren tijd. Daar mag weleens verandering in komen.”*

Samengevat worden de grenzen aan de professionele autonomie opgevat als een gebrek aan vertrouwen door de zorgverzekeraars aan het adres van de behandelaren. Zij vinden dat er meer op vertrouwd mag worden dat wat zij doen, het goede is. Zonder dat zij dat hoeven te beargumenteren in de vorm van het nauwgezet bijhouden van elke minuut van een behandeling in dossiers. Want dat kost veel tijd. Tijd die zij vaak nuttiger aan andere zaken kunnen besteden. Zaken die op lange termijn voordelen op leveren.

4.2 Perceptie

Een van de twee theoretische kenmerkende aspecten van perceptie zijn professionele logica's. Professionele logica's is een omschrijving hoe de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegenover de bureaucratische logica, die vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn (Tonkens, 2013). De verschillende logica's zorgen voor spanningen (Tops, 2007).

Een tweede theoretisch kenmerkend aspect van perceptie zijn persoonsgebonden kenmerken. In dit onderzoek staan leeftijd en levensfase centraal. Uit de literatuur bleek dat een hoger percentage ouderen, een lager percentage veranderbereidheid tot gevolg heeft Schabracq et al. (1995). Mensen die net beginnen met hun carrière, hebben vaak een betere woon-werk balans.

Professionele logica's

Uit de theorie over professionele logica's blijkt dat er een verschil zit in hoe de behandelaren en het management het perfecte plaatje van ingerichte zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegen de bureaucratische logica, wat vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn (Tonkens, 2013). De verschillende logica's zorgen voor spanningen (Tops, 2007).

De stelling die ik heb voorgelegd in het kader van de professionele logica's is als volgt: *de hulpvraag van patiënt moet altijd leidend zijn*. Alle respondenten waren het hiermee eens. Uit de empirische resultaten van mijn onderzoek blijkt dat de behandelaren inderdaad denken dat de hulpvraag van de patiënt centraal moet staan. De meeste respondenten gaven aan het volledig eens te zijn met de stelling. Sommige tot een zekere hoogte en formuleerden een vaak gedeeld tegenargument. Om dat te illustreren zal ik een aantal uitspraken van de behandelaren op een rij zetten:

“Ik ben het helemaal eens met de stelling. Dat moet. Anders ga je scheeflopen en volg je het behandelplan niet meer. De klinische blik van de behandelaar is vertekend.”

“Ja, daar ben ik het mee eens. En met name omdat ik denk dat een behandeling alleen werkt als je overeenstemming hebt.”

“Over het algemeen vind ik dat de hulpvraag van de patiënt altijd leidend moet zijn en ben ik het voor bijna 100% eens met die stelling. Maar niet bij de zware doelgroep waar wij mee te maken hebben.”

De laatste uitspraak is het voorbeeld van de eensgezinde maar. De patiënt moet wel in staat zijn om een realistische hulpvraag te stellen. Daarin zitten verschillen tussen de BGGZ en SGGZ. In de SGGZ komen vaker mensen die daartoe niet in staat zijn. Een behandelaar zegt hierover: *“Op onze afdeling zijn er veel patiënten die geen gewogen wilsbekwame keuze kunnen maken in hun handelen of in hun vraagstelling. Zij weten niet welke dag het is of wie ze zijn of wie ze tegenover zich hebben. Ja die kunnen dat niet.”* Een behandelaar die in de BGGZ werkt, bevestigt dat het om die reden voor collega's in de SGGZ moeilijker is om de hulpvraag van de patiënt leidend te laten zijn: *“In de SGGZ is het moeilijker om flexibel daarmee om te gaan en buiten protocollen te denken, omdat die patiënten bijvoorbeeld suïcidaal zijn. Die behandelaren zijn daarom wat angstiger ten opzichte van veranderingen.”* Wanneer de patiënt niet in staat is om een realistische hulpvraag te stellen, proberen

de behandelaren de patiënt wel zoveel mogelijk eigen regie te geven. Zo proberen zij de hulpvraag in kleine stukjes op te delen: *“Ik kijk kritisch wat er wel en niet kan. Maar altijd in samenspraak met de patiënt. Ik denk dat het belangrijk is om te dat doen, omdat het mensen motiveert.”*

Uit de data van mijn onderzoek blijkt dat de behandelaren het idee hebben dat ProPersona ook vindt dat de hulpvraag van de patiënt altijd voorop moet staan. Een behandelaar is daar heel sterk van overtuigd: *“Ik heb voor 100% het idee dat ProPersona daar ook zo over denkt. Ook omdat ik denk dat mensen in de zorg zijn gaan werken om een ander te helpen en iemands leven beter te maken en niet om je eigen wil aan iemand op te leggen.”*

Maar zij vinden dat ProPersona soms meer aanbodgericht is in plaats van vraaggericht: *“Ik denk dat de organisatie dat ook wel vindt, als je kijkt naar hun missie en visie, maar in de praktijk wordt de organisatie toch in zorgpaden gestructureerd en niet elke patiënt past in dat straatje. Niet elke hulpvraag past in het aanbod wat wij hebben. In de basis werken wij aanbod gestuurd, niet vraag gestuurd.”* Er is onduidelijkheid over of ProPersona aanbod gestuurd of vraag gestuurd werkt. Een andere behandelaar zei namelijk het volgende: *“De organisatie vindt ook dat de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn. Ze zijn recentelijk van aanbod gestuurd naar vraag gestuurd gegaan. Ik vind dat veel beter, maar voor sommige collega's is het moeilijker. Zij werken volgens meer protocollen.”*

Dat zorgt ervoor dat het moeilijk wordt voor de behandelaren om een behandeling op maat te maken. *“Het vraag gestuurd werken mag nog wel beter op elkaar afgestemd zijn. Dat ik beter weet bij wie moet ik zijn voor een bepaalde behandeling die ik niet kan geven.”*

Zeker voor de meest zorg intensieve patiënten, waarbij de meeste reguliere behandelingen al zijn geprobeerd. Daar moet een behandeling op maat voor gemaakt worden. *“Ik ben kritischer over het aanbod wat wij hebben en als dat niet aansluit bij de patiënt durf ik af te wijken van de standaard protocollen en de behandeling iets meer op maat aan te passen. Bij de meest complexe patiënten hebben alle reguliere aangeboden behandeling niet geholpen. Daar moet je dus meer op maat gaan behandelen.”*

Samengevat zijn de behandelaren eensgezind over de vraag of de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn. De hulpvraag van de patiënt moet leidend zijn, tenzij de patiënt niet in staat is om tot een realistisch hulpvraag te komen. Maar dan proberen zij alsnog om dat in samenspraak met de patiënt te doen om hem of haar zoveel mogelijk regie te geven over hun eigen behandeling. De behandelaren vinden dat ook volgens ProPersona de patiënt altijd centraal staat. Maar zij zouden graag zien dat zij meer vraag gestuurde zorg kunnen aanbieden in plaats van aanbod gestuurde zorg. Dat zou volgens de behandelaren helpen om de meest zorg intensieve behandelaren uit zorg te krijgen.

Leeftijd en loopbaanontwikkeling

De leeftijden van behandelaren varieerden van 23 tot 42. De stelling die aan de behandelaren heb voorgelegd over dit onderwerp is als volgt: *mijn leeftijd is van invloed op de manier waarop ik behandel.* Uit de interviews kwam naar dat een groot deel van de respondenten vond dat hun leeftijd van invloed was op de manier waarop zij behandelen. Maar door het doorvragen in de interviews bleek dat niet zozeer de leeftijd, maar de ervaring van invloed was op de manier zij behandelen. Zo gaf een behandelaar aan dat *“ik wat lossen wordt met die minuten (IPM), naarmate ik langer behandel. Ik weet niet of dat te maken heeft met leeftijd, maar meer met ervaring. De ene patiënt heeft meer minuten nodig, maar de ander wat meer. Dus dat middelt zichzelf uit. Maar vroeger ging ik daar niet zo makkelijk mee om.”*

Dat de ervaring die je opdoet, de belangrijkste factor is, lijkt een overeenkomstig idee.” Een andere respondent zegt ook dat ervaring een belangrijke rol speelt bij de behandeling die je doet en dat *“de keuze die je maakt, wel afhankelijk is van ervaring. Dat heeft te maken met kennis die je op doet*

in de loop der tijd, maar vooral de ervaring die je op doet door in teams te werken en afstemmen van wie wat doet.” Voor veel werkzaamheden in het vak als behandelaar, krijg je meer gevoel naarmate je het vaker doet. *“Je kan steeds beter peilen waarom een patiënt doet zoals hij doet en wat je van een patiënt kun verwachten. Ook het contact maken met de patiënt gaat makkelijker, naarmate je vaker doet.”*

Dit uit zich in verschillen tussen de behandelwijze tussen jong en oud. Waar de jonge behandelaar over de nieuwste kennis beschikt over hoe je bijvoorbeeld verslaglegging doet, beginnen oudere behandelaren daarin een beetje de boot te missen. Een quote van een jonge behandelaar onderstreept dit verschil: *“Ik heb de nieuwste ideeën over behandeling. Dat is toch anders dan mensen die bijvoorbeeld 70 zijn. Die hebben hele andere ideeën over wat therapie is.”* Een andere respondent komt met een ander voorbeeld: *“Vanuit de universiteit heb ik geleerd dat een psychose te behandelen is, terwijl sommige oudere behandelaren nog denken dat dit niet kan.”* Dat dit niet tot frictie of onenigheid hoeft te leiden geeft de respondent ook aan: *“Ik ga met oudere behandelaren in gesprek. Dat gaat op een hele civiele manier. Met wisselend succes. Soms is het ja knikken en nee doen. Soms doen we het wel op mijn manier.”* Toen ik vroeg aan de behandelaren om een voorbeeld te geven tussen jonge en oude behandelaren vatte een quote van een behandelaar de meningen wel goed samen: *“Ik denk dat jongere garde nog laagdrempeliger en minder formeel zijn, in het contacten met de cliënten. Ze zijn wellicht wat flexibeler. Ze hebben wat minder schotten die ze hebben opgeworpen voor zichzelf.”*

Daarnaast speelt volgens behandelaren ook leeftijd een rol in het verandervermogen: *“Oudere mensen hebben meer problemen met technologische ontwikkelingen. Bijvoorbeeld met mijn dikke vingers een appje sturen. Daar ben ik half uur mee kwijt. Ik bel ze liever op.”* Het zit hem niet alleen de technologische ontwikkelingen, want een andere respondent zei: *“Wat ik zie bij de oudere collega’s, is dat zij sneller zoiets hebben: oh daar heb je ze weer met een nieuwe hype. En uiteindelijk doen wij toch wel wat wij doen.”*

Een voorbeeld dat uit de data naar voren over dat verschil tussen jonge en oude behandelaren is dat jonge behandelaren eerder hun werk en privéleven met elkaar verweven, terwijl oudere behandelaren dat meer gescheiden houden. Een voorbeeld uit de praktijk wordt gegeven door een respondent: *“Ik zie bij oudere mensen toch wel dat ze wat minder snel hun mobiele telefoonnummer aan cliënten geven. Terwijl je bij jongen mensen toch vaker ziet dat zij tijdens het koken nog telefoontjes aan het beantwoorden zijn voor hun werk.”* De respondent noemt in dit verschil *“de jonge mensen intregeerders en de oudere mensen segregeerders.”*

In bovenstaande paragraaf heb ik beschreven hoe de leeftijd en met name de ervaring van de behandelaar, de manier van werken beïnvloedt. Maar naast leeftijd en ervaring, kwam er uit de empirische resultaten nog een andere factor naar voren die van invloed is op de manier van werken van de behandelaren. Een van de behandelaren zei dat niet zozeer haar leeftijd van invloed was op haar functioneren, maar de functie die zij bekleedde. Waar zij eerst als basispsycholoog zich voornamelijk alleen met de behandeling bezighield, is zij nu als klinisch psycholoog veel meer bezig met het beleidsmatig niveau: *“Ik ben nu kritischer over het aanbod wat wij hebben en als dat niet aansluit bij de patiënt durf ik af te wijken van de standaard protocollen en pas ik de behandeling iets meer op maat aan. Dat zou ik nog wel meer willen doen.”*

Ook de andere kant van het verhaal kwam in een ander interview boven water. Hier zei een behandelaar dat hij zich niet met de organisatorische kant van de organisatie bezighield: *“Ik probeer nu mijn draai te vinden als psychiater binnen het team. Ik zie mijzelf nog als te onervaren om mij met het beleid van de organisatie te bemoeien en ik verwacht dat het nog wel gaat komen. Dan ik mij in de toekomst ga afvragen: hey waarom gaan dingen eigenlijk zoals ze gaan binnen de organisatie. Wat vind ik daar eigenlijk van En dat ik mij dan ermee kan bemoeien. Maar voor nu doe ik dat nog niet.”*

Het gevoel van onervarenheid en de daardoor passiviteit met betrekking tot organisatorische zaken als gevolg kwam, in mindere mate, ook in een ander gesprek ter sprake: *“Ik hoop dat ik over tien jaar meer kennis hebt. Je weet toch te weinig van alles af. Als je net van de uni afkomt, heb je toch beperkte kennis.”*

Samengevat is niet zozeer leeftijd van invloed op de manier waarop de respondenten behandelen, maar de ervaring. Hoe meer ervaring, hoe losser ze worden. Ze kunnen vertrouwen op hun ervaring en beter inschatten hoe een patiënt gereageerd op een behandeling. De jongere behandelaren kunnen het gebrek aan ervaring compenseren met de nieuwste kennis die zij hebben opgedaan op de universiteit. Daarnaast hebben ervaring en de soort functie invloed op de mate waarin zij meedenken op organisatorisch niveau. Verder maakten de respondenten de inschatting dat jongere behandelaren laagdrempeliger en flexibeler zijn in hun contact met de patiënten.

4.3 Veranderbereidheid

Veranderbereidheid bestaat uit verschillende factoren. In deze scriptie is er gekozen voor een model wat ontwikkeld is door Metselaar (1997). Ik focus mij in deze scriptie op twee factoren uit dit model die de veranderbereidheid van de werknemers zou moeten verklaren: *willen* veranderen en *kunnen* veranderen.

Willen veranderen

De stelling die ik in het kader van veranderbereidheid aan de respondenten heb voorgelegd is als volgt: *zorgconcepten veranderen, maar de zorg blijft gelijk*. Alle respondenten waren het eens met deze stelling. In de interviews ben ik met de behandelaren in gesprek gegaan over hypes in de zorg en zorgconcepten, die bij ProPersona hoog in het vaandel staan, met name positieve gezondheid. ProPersona heeft in haar missie en visie staan dat zij behandelen volgens positieve gezondheid belangrijk vinden. Wat opviel was dat sommige behandelaren niet precies wisten wat ik bedoelde toen ik vroeg naar de positieve gezondheid: *“Wat betekent dat ook al weer precies?”* of *“Wat houdt dat precies in?”* waren reacties die ik krijg toen ik vroeg naar hun mening over positieve gezondheid.

Nadat ik het had uitgelegd bleek dat zij het concept wel kenden, maar niet volgens die naam. De respondenten waren positief: *“Positieve gezondheid vind ik wel een goed concept, omdat wij veel behandelen vanuit het medisch model, waarin wij proberen klachten weg te behandelen. Het functioneren van iemand is veel breder dan alleen de psychische stoornis.”* Naast dat de behandelaren zelf positief tegenover positieve gezondheid stonden, zei een behandelaar ook dat *“dit concept wordt wel gesteund door mijn mede behandelaren.”*

Ondanks dat sommige behandelaren de definitie van positieve gezondheid niet kennen, handelen de meesten wel al volgens dit principe. *“Wij werken eigenlijk al volgens positieve gezondheid. Wij zitten daar redelijk bovenop. Wij behandelen als volgens de manier: hoe kun je de zorg zo inbouwen dat de patiënt zo veel mogelijk zelf kan. Ik vind zo’n verschuiving naar wat kan er wel een goede ontwikkeling. Maar ik hoop eigenlijk dat mijn collega’s dat in de basis al doen. Dat dat niet door zo’n concept hoeft te komen.”* In een ander gesprek zei een behandelaar dat de positieve gezondheid het motto is van de afdeling: *“Wij hebben vaak patiënten waarbij volledige afwezigheid van ziekte niet mogelijk is, dus wij kijken dan al vanuit de positieve gezondheid.”*

Een andere behandelaar bevestigt dat het voornamelijk om de complexe gevallen gaat waar positieve gezondheid kan helpen: *“Kritisch zijn op mensen die we niet kunnen helpen. In het ziekenhuis zijn er ook mensen waar ze tegen zeggen: je hebt kanker, heel naar voor je, maar we kunnen je niet meer helpen. In de ggz vinden wij dat nog een moeilijke boodschap om te verkondigen. We hebben alles geprobeerd, maar hier moet je mee leven. En de positieve gezondheid kan daarbij*

wel helpen, door de blik wat te verbreden naar andere levensgebieden. Hoe kun je nog wel een zinvol leven hebben, ondanks al je klachten.”

Maar er is een tegenargument. Deze manier vraagt wel een bepaalde flexibiliteit van behandelaren. De behandelingen zijn vaak niet binnen de bestaande paden en worden op maat gemaakt. Een behandelaar maakt hierin een verschil tussen de BGGZ en SGGZ: *“Voor behandelingen in de BGGZ is dit nauwelijks een probleem, omdat de behandelingen daar relatief makkelijk zijn. Maar in de SGGZ is het veel moeilijker om hier flexibel mee om te gaan en buiten protocollen te denken, omdat patiënten bijvoorbeeld suïcidaal zijn.”*

Behandelaren in de SGGZ zijn wat angstiger ten opzichte van veranderingen, omdat zij bang zijn dat hun patiënt zichzelf of anderen wat aandoet. *“Ze gaan vanuit het veiligheid regime denken. Ik wil wel dat mijn patiënt blijft leven. Dan gaan we dingen vanuit wetmatigheden bekijken.”* De behandelaar zegt dat de complexiteit van de casuïstiek beïnvloedt of de behandelaren wel of niet willen veranderen.

Kunnen veranderen

Waar in de vorige alinea een respondent zei dat de complexiteit van de casuïstiek van invloed was op willen veranderen, zit dit volgens een andere respondent anders. Deze respondent schuift moeizaam veranderen vooral af aan de logheid en grootte van de organisatie. Over het verschil tussen de BGGZ en SGGZ wordt het volgende gezegd: *“In de BGGZ zijn de behandelingen minder complex, omdat je minder hoeft samen te werken. Maar in de SGGZ moet je met meer delen in de organisatie samen werken. Bijvoorbeeld duo behandelingen. Ze zijn binnen ProPersona bezig om de schotten tussen de verschillende organisatieonderdelen om te heffen, om zo een meer geïntegreerde behandeling te leveren. En meer gaan samenwerken tussen behandeling. Dat vind ik wel een goede ontwikkeling.”* De logheid en grootte van de organisatie heeft dus de grootste invloed op het moeizaam veranderen en niet de complexiteit van de casuïstiek.

Verder maken de respondenten ook de inschatting dat hun collega's behandelaren niet de juiste (bij)scholing en/of genoeg concrete handvatten krijgen om een concept als positieve gezondheid te implementeren: *“Ik ben toevallig getraind in het werken met positieve gezondheid, maar verder zijn er in de organisatie amper mensen op getraind. Leuk dat het in visie staat, maar als mensen niet weten hoe ze het moeten doen. Leuk bedacht, maar in de praktijk zie je daar weinig van.”* Hoe de behandelaren de vertaalslag van concept naar werk moeten maken is onduidelijk: *“Doe je dat bijvoorbeeld door bij intakegesprekken breder te kijken in plaats van standaard intakegesprekken of gebruik je de nieuwe module met de vragenlijst van het spinnenweb van positieve gezondheid.”*

Daarnaast speelt volgens behandelaren ook leeftijd een rol in het verandervermogen: *“Oudere mensen hebben meer problemen met technologische ontwikkelingen. Bijvoorbeeld met mijn dikke vingers een appje sturen. Daar ben ik half uur mee kwijt. Ik bel ze liever op.”* Het zijn niet alleen de technologische ontwikkelingen, waarom oudere mensen minder veranderbereidheid zijn: *“Wat ik zie bij de oudere collega's, is dat zij sneller zoiets hebben: oh daar heb je ze weer met een nieuwe hype. En uiteindelijk doen wij toch wel wat wij doen.”*

Samengevat zijn de behandelaren positief tegenover het zorgconcept positieve gezondheid. Zij werken (on)bewust al via dit concept. Zij denken dat positieve gezondheid vooral kan helpen om te zoeken naar een manier om het leven van de patiënt zo zinvol mogelijk in te richten. Wel zou er meer scholing moeten komen, om alle behandelaren evenveel kennis te geven over dit nieuwe concept. Concrete handvatten over hoe ze dit kunnen implementeren in hun dagelijkse werk zou ook helpen.

4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik mijn bevindingen van de empirische resultaten van mijn onderzoek gepresenteerd. Ik heb tien respondenten in verschillende rondes geïnterviewd. Ten eerste pilot interviews. Vervolgens een semigestructureerd interview, die ik in de laatste twee interviews heb gecombineerd met validerende interviews. In deze paragraaf zal ik de belangrijkste resultaten van de interviews met de respondenten over autonomie, perceptie en veranderbereidheid op een rij zetten.

Ten eerste autonomie: uit de resultaten van de interviews blijkt dat de respondenten vinden dat zij voldoende autonomie hebben over het klinische gedeelte van hun werk, maar dat zij graag meer autonomie willen in de samenwerking met andere afdelingen en organisaties om zo een geïntegreerde behandeling aan te kunnen bieden. Daarnaast vindt een groot deel van de respondenten dat de meest gebruikte prestatie-indicator; Individueel Productie Monitor (IPM), een handige ondersteunende tool is, maar niet leidend moet zijn. Het kan handig voor hen zijn om te zien waar hun tijd heen gaat. Maar het grootste nadeel volgens de behandelaren is het nauwgezet bijhouden en registreren in dossiers. Dit voelt voor de behandelaar als een gebrek aan vertrouwen. Zij willen er meer op vertrouwd worden dat wat zij doen, het goede is. Daarnaast kost het veel tijd. Tijd die zij, naar eigen zeggen, beter kunnen besteden. Door IPM voelen zij de ruimte niet om zich bezig te houden met niet-patiëntgebonden zaken. Zaken die op de lange termijn een betekenis kunnen hebben in de vorm van een kwaliteitsimpuls van een behandeling of efficiëntere indeling van hun tijd.

Ten tweede perceptie: uit de empirische resultaten komt naar voren dat de respondenten vinden dat niet zozeer hun leeftijd van invloed is op de manier waarop zij behandelen, maar dat ervaring daar een belangrijke rol in speelt. Hoe meer ervaring, hoe beter zij kunnen inschatten hoe een patiënt reageert op een behandeling. Zij kunnen terugvallen op hun opgedane ervaring. Daarnaast zijn ervaring en het soort functie van invloed op de mate waarin zij meedenken op organisatorisch niveau. De respondenten zijn het er allemaal over eens dat de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn tijdens een behandeltraject. Maar dan moet de patiënt wel in staat zijn om een realistische hulpvraag te formuleren.

Ten derde veranderbereidheid: uit de resultaten van dit onderzoek blijkt de behandelaren zijn positief over het concept positieve gezondheid. Zij denken dat dit vooral kan helpen bij de meest zorg intensieve patiënten om te zoeken naar een manier om het leven van de patiënt zo zinvol mogelijk in te richten. De meeste behandelaren werken (on)bewust al volgens dit concept. De respondenten geven aan dat er vanuit ProPersona meer scholing en concrete richtlijnen gegeven kunnen worden over hoe zij dit concept in hun dagelijkse werk kunnen implementeren. Er is een verschil tussen behandelaren in de BGGZ en SGGZ. De respondenten maakten de inschatting dat het voor de behandelaren in de SGGZ is het moeilijker om flexibel om te gaan met veranderingen.

5. Analyse

In dit hoofdstuk bespreek ik hoe de theoretische kenmerken van autonomie, perceptie en veranderbereidheid terugkomen in de praktijk. De resultaten van de interviews worden geanalyseerd. Deze empirische resultaten worden vergeleken met de theorie om de verschillen en overeenkomsten bloot te leggen. Ik doe dit als eerste met autonomie. Vervolgens komt perceptie aan bod. Ten derde de veranderbereidheid. Ik sluit af met een samenvatting van alles wat ik bespreek in dit hoofdstuk. De analyse in dit hoofdstuk vormt de basis voor de beantwoording van de onderzoeksvragen in Hoofdstuk 6.

5.1 Autonomie

De theoretische kenmerkende aspecten van autonomie heb ik onderverdeeld in drie aspecten. Een van drie aspecten is het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen (Mackor, 2011). Deze beslissingsbevoegdheid is terug te vinden in het conceptueel model. Een tweede theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de regels en standaarden van de organisatie. Dit uit zich door opgelegde prestatie indicatoren aan de zorgprofessionals (Noordegraaf, 2014). Het laatste aspect van autonomie zijn de grenzen aan professionele autonomie. Het begrenzen van de professionele autonomie mag gebeuren, omdat niet alleen de professionals zelf het beeld van een goede professional bepalen. Het beeld van een goede professional moet worden bepaald in het publieke en politieke debat (Mackor, 2011). Ik zal nu de resultaten uit de praktijk van deze drie aspecten bespreken en uiteenzetten wat deze resultaten betekenen en hoe ze zich verhouden tot deelconcepten uit het theoretisch conceptueel model.

Beslissingsbevoegdheid

Uit de resultaten is gebleken dat de respondenten vinden dat zij op het klinische gedeelte van hun werk voldoende autonomie hebben. Zij bepalen in goed overleg met hun collega's het behandelplan van een patiënt, wat als prettig wordt ervaren. Maar wat veelvuldig terugkwam uit de interviews van dit onderzoek is dat behandelaren meer autonomie zouden willen in de samenwerking met andere afdelingen en organisaties om zo de beste en geïntegreerd mogelijke behandeling te geven aan een patiënt. Zij lopen daar tegen dichte deuren en schotten tussen afdelingen aan. Wanneer je dit betreft op de theoretische definitie van Mackor, (2011) van autonomie blijkt dat hier niet aan wordt voldaan: *“het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van het belang dat de professionals behartigen.”*

Met de empirische resultaten van mijn onderzoek kan geconcludeerd worden dat de professionals niet zonder inmenging van anderen tot beslissingen kunnen komen. Ze moeten dit overleggen en zij lopen tegen dichte deuren aan, wanneer zij een geïntegreerde behandeling willen aanbieden. Het eerste wordt niet als vervelend of een probleem ervaren. Ook omdat zij wel tijdens de uitvoering van de behandeling wel voldoende autonomie ervaren. Dus daar zou ProPersona niets aan hoeven te doen. Maar het niet kunnen aanbieden van een behandeling wordt als probleem aangeduid. De behandelaren zouden hier graag verbetering in zien.

Prestatie-indicatoren

Vanuit de theorie worden drie voorwaarden beschreven waaraan prestatie-indicatoren moeten voldoen om door de publieke professional als betekenisvol ervaren te worden. Noordegraaf (2014) zegt dat dat prestatie-indicator betekenis moet hebben in de werkpraktijk van de professional. Daarnaast moet

sprake zijn van een gevoel van eigenaarschap bij deze professional en moeten de indicatoren praktisch hanteerbaar zijn.

Wanneer we kijken naar de praktijk blijkt dat er niet aan al die voorwaarden wordt voldaan. Dat zou ook verklaren waarom de professionals van ProPersona over het algemeen negatief staan tegenover prestatie-indicatoren. Het is ten eerste belangrijk om te zeggen dat er binnen ProPersona wordt gewerkt met een Individueel Productie Monitor (IPM). Dat is de enige prestatie-indicator waar de behandelaren naar eigen zeggen mee werken. IPM is een bepaald percentage van de werktijd van de professional, waar de professional (in)direct met de patiënt bezig moet zijn.

Als we kijken naar de eerste voorwaarde zoals die opgesteld is door Noordegraaf (2014): de prestatie-indicator moet betekenis hebben in de werkpraktijk van de professional. Hier wordt zeker aan voldaan. Het is een tool om te kijken hoe de tijd over het verrichten van verschillende taken verdeeld wordt. De behandelaren kunnen precies zien bij welke patiënt of soort behandeling zij veel tijd kwijt zijn of bij welke het juist sneller goed gaat. Het zorgt er ook voor dat behandelingen overzichtelijk en transparant worden. De behandelaren geven zelf ook aan dat zij het nut van IPM inzien. Dus de prestatie-indicator heeft zeker betekenis in de werkpraktijk van de professional.

De tweede voorwaarde: er moet een gevoel van eigenaarschap zijn. Hodges (2016) schrijft over “*ownership of change*” dat de werknemers betrokken worden bij een verandering en wanneer de werknemers dit gevoel hebben, zullen zij veel meer hun best doen om het tot een goed einde te brengen. Met behulp van mijn empirische resultaten concludeer ik data een gevoel van eigenaarschap in weinige mate aanwezig is onder de behandelaren. Dit komt omdat de behandelaren over het algemeen negatief staan tegenover IPM. Het nauwgezet verantwoorden en registreren in dossiers van al hun acties kost onnodig veel tijd. Daarnaast is IPM een perverse prikkel, omdat zij geen ruimte voelen om tijd te investeren in andere zaken die op de lange termijn tijd kunnen besparen.

De derde voorwaarde: de indicator moet praktisch hanteerbaar zijn. Dit is het grootste struikelblok van de professionals van ProPersona. Zij geven aan dat zij veel tijd verliezen door het nauwgezet verantwoorden en registreren van de dossiers. Omdat zij elke minuut moeten registreren die zij bezig zijn voor of met een patiënt, kost het administreren soms evenveel of meer tijd. Tijd die zij naar eigen zeggen beter kunnen besteden. Dit zorgt ervoor dat zij soms ook sommige momenten niet registreren. De indicator is dus niet onder alle omstandigheden praktisch hanteerbaar.

Uit de empirische resultaten van kwalitatieve interpretatieve onderzoek kan geconcludeerd worden dat de prestatie-indicator IPM niet voldoet aan de drie voorwaarden die Noordegraaf (2014) stelt aan betekenisvolle prestatie-indicatoren. Er is een gebrek aan gevoel van eigenaarschap en IPM is niet praktisch hanteerbaar.

Grenzen aan professionele autonomie

Bij grenzen aan professionele autonomie gaat het over het dilemma of professionals in een concreet geval de regels moeten volgen, of dat ze daarvan mogen afwijken om te handelen volgens de manier die in hun optiek het beste is. De professional loopt hier tegenaan als er een regel is die hem of haar vertelt wat formeel de juiste manier van handelen is, maar botst met de ideeën van de professional over wat inhoudelijke de juiste manier van handelen is (Mackor, 2011).

Wanneer we kijken naar de praktijk van de professionals van ProPersona zijn de grenzen aan professionele autonomie op te vatten als de regels die de zorgverzekeraars opstellen over de behandeling van bepaalde stoornissen. De behandeling waarvan wetenschappelijk is bewezen dat het werkt, wordt vergoed. Ook wordt er een bepaald aantal behandelingen of minuten vergoed. Als de behandelaren deze limiet overschrijden wordt het niet meer vergoed door de zorgverzekeraar. Dit wordt door de behandelaren opgevat als een gebrek aan vertrouwen door de zorgverzekeraars aan het adres van de behandelaren. Zij vinden dat er meer op vertrouwd mag worden dat wat zij doen, het goede is. Zonder dat zij dat hoeven te beargumenteren in de vorm van het nauwgezet bijhouden van

elke minuut van een behandeling in dossiers.

De resultaten van de empirische data komen overeen met de geschetste verwachtingen uit de theorie. De botsing tussen een formele regel die de behandelaar vertelt wat hij of zij zou moeten doen en de ideeën van de behandelaar over wat de juiste manier van handelen is, komt terug in het nauwgezet moeten verantwoorden van hun beslissingen in een behandeltraject. Deze botsing heeft een gebrek aan vertrouwen van de zorgprofessionals tegenover de zorgverzekeraars en de organisatie tot gevolg.

5.2 Perceptie

Leeftijd

Uit de literatuur over leeftijd bleek dat ouderen het vaak lastig vinden om zich aan te passen aan veranderingen. Zij geven een andere betekenis aan werk dan jongeren. Waar jongeren gericht zijn op loopbaanperspectieven, is dit voor oudere werknemers minder aan de orde. Daarnaast geldt het hoger percentage ouderen in een organisatie, hoe lager het percentage veranderbereidheid.

Wanneer we kijken naar de resultaten uit de praktijk geven de respondenten aan dat niet zozeer de leeftijd van invloed op de manier waarop de respondenten behandelen, maar de ervaring. Hoe meer ervaring, hoe lossen ze worden. Dit strookt met de theorie, die zegt dat de oudere werknemers veel kennis opdoen over minder. Door zo gespecialiseerd te zijn in bepaalde onderwerpen, kunnen ze kunnen vertrouwen op hun ervaring en beter inschatten hoe een patiënt gereageerd op een behandeling. De jongere behandelaren denken het gebrek aan ervaring te compenseren met de nieuwste kennis die zij hebben opgedaan op de universiteit.

Verder maakten de respondenten de inschatting dat jongere behandelaren laagdrempeliger en flexibeler zijn in hun contact met de patiënten. Zij kunnen hun werk en privé moeilijker gescheiden houden, in tegenstelling tot wat de theorie zou suggereren. Die zegt juist dat dit voor ouderen moeilijker is.

Uit de empirische data van dit onderzoek blijkt dat leeftijd inderdaad van invloed is op de manier van werken van behandelaren, zoals de theorie suggereert. De resultaten stroken met de theorie. Maar uit de resultaten komt ook naar voren dat de ervaring een grotere invloed heeft dan leeftijd.

Professionele logica's

Professionele logica's is een omschrijving hoe de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegen de bureaucratische logica, die vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn. De verschillende logica's zorgen voor spanningen.

De empirische data van dit onderzoek laat zien dat dit geschetste beeld uit de theorie klopt. De behandelaren vinden allemaal dat de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn in een behandelvraag, mits de patiënt in staat is om zelf een realistische hulpvraag te formuleren. Zij vinden dat ProPersona daar hetzelfde instaat. De geschetste spanning uit de theorie komt terug in de praktijk in termen van de meest zorg intensieve patiënten. Voor deze patiënten is het nodig om een geïntegreerde behandeling op maat aan te kunnen bieden. Volgens de behandelaren zijn er te veel schotten en dichte deuren binnen de organisatie, om dit te kunnen doen. De behandelaren zijn voorstander van vraag gestuurd werken en zij zouden graag nog meer vraag gestuurde zorg aanbieden in plaats van aanbod gestuurde zorg. Zeker bij de meest zorg intensieve patiënten kan een behandeling op maat er echt voor zorgen om de patiënt uit zorg te krijgen. Zij vinden dat het vraag gestuurd werken beter op elkaar afgestemd mag zijn. En dat er vanuit ProPersona meer duidelijk over mag komen.

5.3 Veranderbereidheid

Veranderbereidheid bestaat uit verschillende factoren. Er is gekozen voor een model dat is ontwikkeld door Metselaar (1997). Ik focus mij in deze scriptie op twee factoren uit dit model die de veranderbereidheid van de werknemers zou moeten verklaren: *willen* veranderen en *kunnen* veranderen. Per factor geeft Metselaar (1997) verschillende indicatoren waaraan voldaan moet worden, om de veranderbereidheid onder werknemers zo hoog mogelijk te hebben. Ik ga nu kijken in welke mate de resultaten uit de praktijk overeenkomen met het de indicatoren uit de beschreven model van Metselaar (1997).

Willen veranderen

Metselaar (1997) onderscheidt drie indicatoren die van invloed zijn op *willen* veranderen. Ten eerste de verwachte gevolgen van de veranderingen op het werk. Ten tweede de emoties die veranderingen oproepen. Ten derde de betrokkenheid bij het veranderproces.

De behandelaren geven aan dat zij al volgens het concept positieve gezondheid behandelen, alleen noemen zij dit niet zo expliciet. In de gesprekken omschreven de behandelaren hun behandelwijze op een manier die passend is bij het concept van de positieve gezondheid. De behandelaren waren optimistisch over positieve gezondheid. Zij verwachten dat het hen in hun werk kan helpen en dat het een meerwaarde kan zijn. Zeker bij de meest zorg intensieve patiënten, waarbij alle reguliere behandelingen al zijn geprobeerd en gefaald, kan het helpen om te zoeken naar een manier om het leven van de patiënt zo zinvol mogelijk in te richten. Omdat de behandelaren, waarvan een aantal onbewust, al volgens de positieve gezondheid handelen, zullen de behandelaren hun werk niet veel anders in hoeven te richten dan wat zij nu al doen. Deze resultaten uit mijn kwalitatieve interpretatieve onderzoek heeft tot gevolg dat de cognitieve reactie die de werknemer voelt ten opzichte van de verandering positief zal zijn.

Ten tweede de emoties die veranderingen oproepen: de emoties die veranderingen oproepen hangt natuurlijk af per persoon, maar over het algemeen zijn behandelaren in de SGGZ angstiger ten opzichte van veranderingen dan behandelaren in de BGGZ. Of de complexiteit van de casuïstiek of de logheid en grootte van de organisatie hieraan ten grondslag ligt, zijn de respondenten niet eenduidig over. Maar belangrijk om te benadrukken is dat er een verschil in emotie is, ten opzichte van veranderingen, tussen de behandelaren in de BGGZ en SGGZ. De behandelaren die meer angst ervaren, zullen minder snel meegaan met veranderingen dan mensen die deze angst niet hebben.

Ten derde de betrokkenheid bij het veranderproces. De behandelaren worden in verschillende mate betrokken bij het veranderproces. Sommige kennen het concept positieve gezondheid niet. Anderen zijn daar weer in getraind. Er zijn veel verschillen in afdelingen en behandelaren. Volgens de inschatting van behandelaren zou het helpen om meer scholing en meer concrete handvaten te geven hoe zij een concept kunnen toepassen in hun werk. Maar er is wel een ontwikkeling gaande dat de medisch specialisten mee kunnen praten op beleidsniveau. Dit staat bij ProPersona nog in de kinderschoenen, maar dat is wel een ontwikkelingen die de behandelaren steunen.

Wanneer we dit koppelen aan het niveau van ownership van Tannenbaum en Schmidt (1973, in Hodges, 2016, p. 159) is dit te scharen onder het derde niveau: betrekken. *“De werknemers gaan samen met het management op zoek naar de oplossing. Zij bedenken samen wat er moet veranderen. Dit zorgt voor energie en steun richting de verandering. Zij voeren daarna namelijk zelf hun gezamenlijk bedachte verandering uit.”* Dit is het op een na hoogste niveau. Hoe hoger het niveau, hoe groter de kans van slagen op een verandering. Dit zie je ook terug in de mate van betrokkenheid. De behandelaren die betrokken zijn bij de verandering van het toepassen van de positieve gezondheid, zijn positiever gestemd dan de behandelaren die er minder mee van doen hebben gehad.

Kunnen veranderen

Metselaar onderscheidt in zijn model vier indicatoren die van invloed zijn op *kunnen* veranderen. Ten eerste de aanwezigheid van kennis en ervaring met veranderingen. Ten tweede de beschikbaarheid van informatie over de verandering. Ten derde de complexiteit van de verandering. En als laatste de timing van de verandering.

Ten eerste de aanwezigheid van kennis en ervaring met veranderingen. Deze indicator gaat over de positieve of negatieve ervaring met eerdere veranderingen. Veel van de respondenten die ik heb gesproken waren sinds kort in dienst als behandelaar of werkten pas sinds korte tijd in een nieuwe functie bij ProPersona. Zij konden moeilijk een inschatting maken over hoe ProPersona omgaat met organisatieveranderingen of ervaringen hierover delen.

Ten tweede de beschikbaarheid van informatie over de verandering. Deze indicator gaat over de mate waarin een werknemer over informatie beschikt over de verandering. Sommige behandelaren worden geschoold in het werken met positieve gezondheid. Maar een ander deel van de behandelaren heeft dit niet. Zij zouden meer scholing of concrete handvatten kunnen gebruiken over hoe zij een concept als positieve gezondheid kunnen implementeren in hun dagelijkse werk.

Ten derde de complexiteit van de verandering. Deze indicator gaat over de inschatting van de werknemer over de complexiteit van de verandering. De meeste behandelaren werken al volgens het idee van de positieve gezondheid. Ze zouden alleen wat extra richtlijnen of scholing kunnen gebruiken om dit beter te kunnen doen. Maar aangezien sommige behandelaren (on)bewust al volgens dit concept werken, is het voor de behandelaren niet de meest complexe verandering.

Ten vierde de timing van de verandering. Deze indicator gaat over de invloed van de timing van een verandering op de veranderingsbereidheid. Wanneer een verandering in een, voor de werknemer, drukke tijd plaatsvindt, zal de veranderbereidheid lager zijn. De agenda's van de behandelaren zijn altijd volgepland, omdat zij een bepaald gedeelte van hun werk (in)direct patiëntgebonden moet zijn. Dat vereist planning. Dus het is geen drukke of rustigere tijd dan anders. De behandelaren hebben het altijd druk.

5.4 Opbrengst van de analyse

Deze analyse heeft tot gevolg dat het conceptueel model wat uit de theorie geschetst werd in Hoofdstuk 3 er in de praktijk anders uit ziet. Dit wordt gedaan met behulp van de opbrengsten van dit kwalitatieve-interpretatieve onderzoek. De weergave van de relatieve omvang van de indicatoren is gebaseerd op het interpretatieve onderzoek in deze scriptie. Dit is een kwalitatieve uitkomst van het onderzoek. In het model aan het einde van paragraaf 5.4, is te zien hoe dit conceptueel model eruitziet op basis van de uitkomsten van dit onderzoek. De grootte van bollen laten zien hoe groot de invloed van deze indicator in de praktijk is, op het vermogen van de professional om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen op basis van mijn interpretatie van de kwalitatieve data. Er is ook een indicator toegevoegd: ervaring. In de onderstaande paragraaf bespreek ik de indicatoren individueel en leg ik uit waarom zij groter, kleiner of hetzelfde zijn gebleven.

Prestatie-indicatoren

De invloed van prestatie-indicatoren op het vermogen van professionals om de positieve gezondheid toe te passen is ten opzichte van het conceptueel model in het theoretisch kader gegroeid. Dit komt omdat in de gesprekken naar voren kwam dat door het werken met IPM veel tijd vereist. Zij moeten nauwgezet hun acties veranderwoorden en registreren in dossiers. Dit zorgt ervoor dat zij weinig tijd hebben om zich te verdiepen in zaken op de lange termijn. Dit kan bijvoorbeeld scholing zijn over nieuwe zorgconcepten.

Mijn interpretaties van deze kwalitatieve data, is de reden waarom deze bol groter wordt weergegeven ten opzichte van het conceptueel model in het theoretisch kader. Prestatie-indicatoren zijn van invloed op het vermogen van de behandelaar om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen.

Goede professional

De grootte van de bol 'goede professional' is hetzelfde gebleven, omdat mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat de invloed, die de grenzen die aan de professionele autonomie van de behandelaren wordt gesteld, op het vermogen van de professional om volgens het concept positieve gezondheid te werken, niet groter of kleiner is dan vanuit de theorie te verwachten was. De zorgverzekeraar vergoedt bepaalde behandelingen wel en bepaalde niet. De begrenzing van de autonomie van de behandelaar hierin kan ervoor zorgen dat de behandelaar een gebrek aan vertrouwen voelt. Dit kan er ook voor zorgen dat hij niet volgens nieuwe concepten als de positieve gezondheid gaat behandelen.

Beslissingsbevoegdheid

De omvang van de bol beslissingsbevoegdheid is groter geworden. Uit de empirische resultaten blijkt dat de behandelaren positief zijn over de mate van hun autonomie in het klinische gedeelte van hun werk. Maar zij zouden meer beslissingsbevoegdheid willen hebben in de samenwerking met andere afdelingen en organisaties. Mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat de invloed van de beslissingsbevoegdheid op het vermogen van de professionals om volgens het concept positieve gezondheid te werken, groter is dan vanuit de theorie te verwachten was. Wanneer zij meer beslissingsbevoegdheid zouden hebben, kunnen zij een betere en meer geïntegreerde behandeling aanbieden. De behandelaren hebben dan meer mogelijkheden om via de positieve gezondheid een verschil te maken voor deze patiënt. Het vermogen om het concept positieve gezondheid toe te passen wordt groter, naarmate ook deze vorm van autonomie wordt vergroot

Leeftijd

De leeftijd is kleiner geworden, omdat uit de resultaten van mijn onderzoek blijkt dat het niet de leeftijd is die van invloed is op de manier hoe zij behandelen, maar dat vooral ervaring hierin een belangrijke rol speelt. Daarom heb ik op basis van mijn interpretatie van de kwalitatieve data 'ervaring' als nieuwe indicator toegevoegd. De behandelaren geven aan dat zij door ervaring meer kennis hebben en beter kunnen inschatten hoe een patiënt kan reageren op een bepaalde behandeling.

Standpunten van behandelaren over zorg

Het aandeel van de professionele logica's in het model is hetzelfde gebleven. Vanuit de theorie werd geschetst dat deze zouden botsen met elkaar en spanningen zouden opleveren. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dit. Mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat de behandelaren vinden dat de hulpvraag van patiënt leidend moet zijn, mits de patiënt in staat is om tot realistische hulpvraag te komen. Zij zijn duidelijk aanhanger van de professionele logica, waar de wens van de patiënt leidend moet zijn. Dit ligt in het verlengde van de positieve gezondheid, waar je samen met de patiënt gaat kijken wat hij of zij nog wel kan. Maar de behandelaren lopen met het verantwoord van hun behandelingen in de dossiers aan tegen de bureaucratische logica. Dit botst in de theorie en dus ook in de praktijk van de professional. Op basis van deze interpretatie is de weergave van relatieve omvang de bol 'professionele logica's' even groot gebleven.

De verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering

Willen veranderen gaat over de verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering. De empirische resultaten van dit onderzoek laten zien dat de meeste behandelaren positief gestemd over het werken met positieve gezondheid. Maar er zijn wel verschillen in de emoties die behandelaren ervaren bij veranderingen. Sommige zijn angstiger ten opzichte van veranderingen. Deze groep zal minder snel meegaan met veranderingen, dan de groep die deze angst niet heeft. Daarnaast zijn er ook verschillen in de mate waarin zij betrokken worden bij het veranderproces. De behandelaren die juist betrokken worden bij het behandelproces waren positiever gestemd over de verandering.

De weergave van de relatieve omvang van de bol 'willen veranderen' is hetzelfde gebleven, omdat mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat de invloed die *willen* veranderen heeft op het vermogen van de professional om volgens het concept positieve gezondheid te werken, niet groter of kleiner is dan vanuit de theorie te verwachten was.

Het bezitten van de benodigde kennis en informatie

Kunnen veranderen gaat over het bezitten van de benodigde kennis en informatie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er verschillen zijn tussen behandelaren in de mate van kennis en informatie over de verandering. De behandelaren die training hebben gehad in hoe zij de positieve gezondheid toe moeten passen, proberen in hun dagelijkse werk ook daadwerkelijk het concept toe te passen. Voor de behandelaren die dit niet hebben, is het moeilijker om de vertaalslag te maken van het toepassen van een concept naar dagelijkse werkzaamheden. Maar omdat de behandelaren al bekend zijn met positieve gezondheid, zal dit met extra scholing en concrete handvatten oplosbaar zijn. De verschillen tussen de behandelaren die wel en geen scholing hebben gehad waren groot. De behandelaren die meer relevante kennis en informatie bezitten over positieve gezondheid, hebben een groter vermogen om het concept ook toe te passen. De interpretatie van de resultaten van dit kwalitatieve-interpretatieve onderzoek zorgt ervoor dat de relatieve omvang van de bol *kunnen* groter is geworden.

Conceptueel model op basis van interpretatie van kwalitatief onderzoek



6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt eerst een samenvatting gegeven van wat er in alle hoofdstukken besproken is. Daarna wordt er antwoord gegeven op de hoofd – en deelvragen. Vervolgens reflecteer ik op de doelstelling. Daarna geef ik suggesties voor een vervolgonderzoek. Tot slot geef ik aanbevelingen voor ProPersona.

6.1 Leeswijzer.

Binnen de ggz in Nederland zijn er lange wachtlijsten. Patiënten die hulp nodig hebben, maar die niet kunnen krijgen. Een van die problemen zijn de meest zorg intensieve patiënten. Patiënten waar alle reguliere behandelpladen al belopen zijn, maar niet hebben geholpen. Ook bij ProPersona kampen zij met dit probleem. Volgens hen en de theorie kan behandelen volgens het concept ‘positieve gezondheid’ helpen om nieuwe inzichten op te doen, om het leven van de patiënt zo zinvol mogelijk in te richten.

In dit onderzoek heb ik eerst een aantal theoretisch kenmerkende aspecten van autonomie, perceptie en veranderbereidheid bepaald. De theoretisch kenmerkende aspecten van autonomie zijn beslissingsbevoegdheid, prestatie-indicatoren en grenzen aan professionele autonomie. De theoretisch kenmerkende aspecten van perceptie zijn professionele logica’s en leeftijd. En voor de theoretisch kenmerkende aspecten van veranderbereidheid heb ik een model van Metselaar (1997) centraal gesteld. Hij maakt een onderscheid tussen *willen*, *kunnen* en *moeten* veranderen.

In het methodologisch kader heb ik deze theoretisch kenmerkende aspecten geoperationaliseerd tot topics en stellingen voor mijn semigestructureerde interviews. Dit heb ik gedaan met behulp van pilot interviews en online vergaderingen met mensen op verschillende posities uit de organisatie. Dit heeft geleid tot vijf stellingen, die ik aan zes behandelaren heb voorgelegd. Zij moesten deze met ja of nee beantwoorden. Vervolgens hadden zij tijd om hun antwoorden te nuanceren en had ik tijd om diepere vragen te stellen en mijn topics op mijn topiclijst af te werken. Deze voorlopige conclusies die ik hieraan kon verbinden, heb ik in de laatste twee semigestructureerde interviews voorgelegd aan een zorgmanager en een behandelaar. Op die manier kon ik checken of mijn interpretaties van de antwoorden gegrond was.

Uit de resultaten van de interviews kwam naar voren dat de respondenten vonden dat zij op het klinische gedeelte van hun werk voldoende autonomie hadden. Zij willen meer autonomie om met andere afdelingen en organisaties samen te werken om zo een meer geïntegreerde behandeling aan te bieden. De prestatie-indicatoren ervaren zij als een gebrek aan vertrouwen. Ze willen er meer op vertrouwd worden dat wat zij doen, het goede is.

Daarnaast kost het registreren van de behandeling in de dossiers veel tijd. De leeftijd is niet van invloed op de manier waarop zij behandelen, maar de ervaring wel. Alle behandelaren vinden dat de hulpvraag van de patiënt leidend moet zijn, mits deze in staat is een realistische hulpvraag te formuleren. Er zijn verschillen in de behandelaren in hun veranderbereidheid. Sommige hebben meer kennis dan andere over het concept positieve gezondheid. En behandelaren in de SGGZ zijn minder flexibel in het omgaan met veranderingen dan behandelaren in de BGGZ. Maar het overgrote deel staat wel positief tegenover positieve gezondheid. In de volgende alinea ga ik deze uitkomsten koppelen aan de deelvragen om zo de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden.

6.2 Antwoorden deelvragen

1. *Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten autonomie en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?*

Uit dit onderzoek is gebleken dat er veel literatuur over autonomie is. Er is vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines over geschreven en zij focussen allen op een ander deel van autonomie. In dit onderzoek is vastgesteld dat de gemeenschappelijke deler van de definities, is het vermogen van individuen om, zonder inmenging van anderen, redelijke beslissingen te nemen. Mackor (2011) heeft geschreven over deze beslissingsbevoegdheid. Dit is het eerste theoretisch kenmerkende aspect van autonomie. In de praktijk valt deze beslissingsbevoegdheid vooral positief op bij het klinische gedeelte van het werk van de behandelaren. Maar zij zouden meer beslissingsbevoegdheid willen hebben in de samenwerking met andere afdelingen en organisaties.

Een tweede theoretische kenmerkende aspect van autonomie zijn de regels en standaarden van de organisatie. Dit uit zich door opgelegde prestatie indicatoren aan de zorgprofessionals (Noordegraaf, 2014). De empirische resultaten van dit onderzoek laten zien dat de prestatie-indicatoren terug te zien zijn in IPM en hebben aangetoond dat IPM niet voldoet aan alle drie de voorwaarden die (Noordegraaf, 2014) aan prestatie-indicatoren stelt.

Het laatste aspect van autonomie zijn de grenzen aan professionele autonomie. Het literatuuronderzoek liet zien dat dit gaat over het dilemma of professionals in een concreet geval de regels moeten volgen, of dat ze daarvan mogen afwijken om te handelen volgens de manier die in hun optiek het beste is. Uit het onderzoek is gebleken dat de professional hier tegenaan loopt als er in regels is vastgesteld hoeveel behandelingen een bepaalde stoornis mag hebben of hoeveel minuten zij hebben per patiënt. Wanneer dit wordt overschreden wordt het niet meer vergoed door de zorgverzekeraar. In de analyse heb ik vastgesteld dat dit door de behandelaren wordt opgevat als een gebrek aan vertrouwen door de zorgverzekeraars aan het adres van de behandelaren. Daarnaast bleek uit de resultaten van dit onderzoek dat zij vinden dat er meer op vertrouwd mag worden dat wat zij doen, het goede is.

2. *Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten van perceptie en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?*

Een van de theoretisch kenmerkende aspecten van perceptie is leeftijd. Het literatuuronderzoek heeft aangetoond dat ouderen het vaak lastig vinden om zich aan te passen aan veranderingen. Zij geven een andere betekenis aan werk dan jongeren. Waar jongeren gericht zijn op loopbaanperspectieven, is dit voor oudere werknemers minder aan de orde (Schabracq & Winnubst, 2000, p. 177 - 179). Hoewel het verschil in veranderbereidheid tussen oude en jonge collega's door de respondenten in de empirische resultaten werd bevestigd, heb ik de analyse vastgesteld dat ervaring een grotere impact heeft op de manier waarop zij hun werk zien en doen dan leeftijd. Zij kunnen door opgedane ervaring beter inschatten hoe een patiënt reageert op een behandeling. Daar heeft leeftijd op zichzelf niks mee te maken. Tevens heeft dit onderzoek aangetoond dat ervaring en het type functie mede ervoor zorgt in welke mate zij op organisatorisch niveau meedenken.

Een tweede theoretisch kenmerkend aspect van perceptie is professionele logica's. Het literatuuronderzoek over professionele logica's liet zien dat het een omschrijving betreft van de wijze waarop de behandelaren de zorg voor zich zien. De kern daarvan is om elke patiënt zo goed mogelijk te helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. Dit staat tegen de bureaucratische logica, wat vooral de juridische kant van de zorg beschrijft. Dit is de kant die organisaties en zorgverzekeraars vaak omarmen, omdat dit ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn (Tonkens, 2013). De verschillende logica's zorgen voor spanningen (Tops, 2007).

Uit dit onderzoek is gebleken dat die spanning ook aanwezig zijn in de uitvoeringspraktijk van de

professional. De analyse toont aan dat deze spanningen uit de praktijk zich uiten in de vorm van IPM. Uit de empirische resultaten bleek dat de behandelaren vinden dat de hulpvraag van patiënt leidend moet zijn, mits de patiënt in staat is om tot realistische hulpvraag te komen. Zij zijn duidelijk aanhanger van de professionele logica, zoals die beschreven is door Tonkens (2013). In het onderzoek bleek dat de behandelaren het nauwgezet registreren van al hun beslissingen tijdens het behandelproces in de dossiers tijdrovend vinden en dit zien als een gebrek aan vertrouwen. IPM is een voorbeeld van de bureaucratische logica, die ervoor zorgt dat beslissingen transparant en controleerbaar zijn. Dit onderzoek heeft laten zien dat dit botst in de theorie, maar dus ook in de praktijk van de zorgprofessional.

3. *Wat zijn theoretische kenmerkende aspecten van veranderbereidheid en hoe zijn die terug te zien in de praktijk van ProPersona?*

Om de theoretisch kenmerkende aspecten van veranderbereidheid in kaart te brengen heb ik het model van Metselaar (1997) gebruikt. Hij maakt onderscheid tussen *willen*, *kunnen* en *moeten* veranderen. Aan de hand van persoonlijke communicatie met de organisatie blijkt dat bij het toepassen van positieve gezondheid geen sprake is van moeten veranderen. *Willen* veranderen gaat over de verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering. De analyse heeft aangetoond dat de meeste behandelaren positief gestemd zijn over het werken met positieve gezondheid. Maar uit de empirische resultaten bleek dat er wel verschillen zijn in de emoties die behandelaren ervaren bij veranderingen. Sommige zijn angstiger ten opzichte van veranderingen. Mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat deze groep zal minder snel meegaan met veranderingen, dan de groep die deze angst niet heeft. Daarnaast blijkt uit de empirische resultaten dat er ook verschillen zijn in de mate waarin zij betrokken worden bij het veranderproces. De behandelaren die juist wel betrokken worden bij het behandelproces waren positiever gestemd over de verandering.

Kunnen veranderen gaat over het bezitten van de benodigde kennis en informatie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er verschillen zijn tussen behandelaren in de mate van kennis en informatie over de verandering. De bevindingen wijzen erop dat behandelaren die training hebben gehad in hoe zij de positieve gezondheid toe moeten passen, ook proberen om dit in hun dagelijkse werk daadwerkelijk toe te passen. Dit onderzoek laat zien dat het voor de behandelaren die dit niet hebben, moeilijker is om de vertaalslag te maken van het toepassen van een concept naar dagelijkse werkzaamheden. Mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat vanwege het feit dat de behandelaren al bekend zijn met positieve gezondheid, de vertaalslag naar dagelijkse werkzaamheden met extra scholing en concrete handvatten te maken is.

6.3 Antwoord hoofdvraag

Welke invloed hebben perceptie en autonomie en bereidheid van behandelaren op hun vermogen om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen?

Uit de beantwoording van de deelvragen is gebleken dat professionele autonomie gewaardeerd wordt onder de behandelaren. Uit het onderzoek blijkt dat de behandelaren voldoende klinische autonomie ervaren, maar dat de begrenzing aan hun autonomie door prestatie-indicatoren wordt opgevangen als een gebrek aan vertrouwen. Wanneer een concept leidt tot meer regels en controle zal dit resulteren in een verlaging van het vermogen van de behandelaren om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen.

Dit sluit aan op de invloed van de professionele logica's op het vermogen van behandelaren om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen. De extra controle en regels die horen bij de bureaucratische logica, past niet bij de professionele logica die de behandelaren aanhangen. Uit dit

onderzoek is gebleken dat zij erop vertrouwd willen worden dat wat zij doen, het goede is. Wanneer een nieuw concept hier een inbreuk op doet, door bijvoorbeeld extra regels en verantwoording, zullen zij dit als een gebrek aan vertrouwen ervaren. Mijn interpretatie van de kwalitatieve data is dat een gebrek aan vertrouwen hun vermogen om het zorgconcept positieve gezondheid toe te passen niet ten goede zal komen.

Ten slotte de veranderbereidheid. Dit onderzoek heeft laten zien dat wanneer de behandelaren meer betrokken worden bij het veranderproces, zij meer scholing krijgen en meer informatie hebben over positieve gezondheid, zij een hogere bereidheid zullen hebben om het concept positieve gezondheid toe te passen in hun werk.

6.4 Doelstelling en reflectie

In het verlengde van het antwoord op de hoofdvraag, wil ik graag terugkomen op de verschillende doelstellingen van dit onderzoek. In de inleiding heb ik onderscheid gemaakt tussen persoonlijke, intellectuele en praktische doelen.

Mijn belangrijkste persoonlijke doel van dit onderzoek was om te leren hoe ik met de antwoorden van de behandelaren, een bijdrage kan leveren om voor de geschetste problemen binnen een organisatie als ProPersona een oplossing te vinden. Ik heb interviews gehouden met de behandelaren, waarin ik heb geleerd dat beginnen met prikkelende stellingen een goede manier is om de respondent vanaf het eerste moment volledig te boeien in het interview. Ik heb alle antwoorden en uitspraken gegroepeerd en ben uiteindelijk tot aanbevelingen gekomen die in paragraaf 6.6 aan bod zullen komen.

Het intellectuele doel was het in kaart brengen van de mate waarin autonomie, perceptie en veranderbereidheid het vermogen van zorgprofessionals om volgens nieuwe zorgconcepten te werken beïnvloeden. Ik heb in Hoofdstuk 5 beschreven wat de invloed is van autonomie, perceptie en veranderbereidheid op hun vermogen om volgens nieuwe zorgconcepten te werken.

Het praktische doel van dit onderzoek is dat het inzicht biedt in welke mate autonomie, perceptie en veranderbereidheid van invloed is op het vermogen van de behandelaren van ProPersona om het concept positieve gezondheid toe te passen. In de beantwoording van de hoofdvraag heeft ProPersona een beter beeld gekregen in welke mate deze factoren van invloed zijn op het vermogen van de behandelaren om het concept positieve gezondheid toe te passen.

Invloed methodologische keuzes

In deze paragraaf bespreek de invloed die de methodologische keuzes, die ik heb gemaakt in dit onderzoek, hebben gehad op het verloop en conclusies van het onderzoek. Ten eerste wil de gevolgen van de keuze voor kwalitatief interpretatief onderzoek bespreken. En dan met name het interpretatieve deel. Deze vorm van onderzoek kenmerkt zich door de waarden en interpretaties van de onderzoeker. Mijn interpretaties van de antwoorden van de respondenten in de interviews zijn nooit waarde vrij. Ik interpreteer ze op een manier, waar een andere onderzoeker wellicht andere conclusies had getrokken. Ik heb geprobeerd om foutieve interpretatie en verkeerd getrokken conclusies uit de data te minimaliseren door in de laatste twee interviews, een combinatie van semigestructureerd en validerend interview te houden. Hierin heb ik mijn voorlopig getrokken conclusies uit de interviews voorgelegd aan een behandelaar en zorgmanager. Op die manier heb ik getracht om de subjectiviteit van mijn eigen referentiekader en interpretaties te minimaliseren en een zo groot mogelijke mate van objectiviteit te bereiken. Maar dan nog is het goed mogelijk dat iemand anders met dezelfde antwoorden van de respondenten, andere interpretaties zou maken en andere conclusies daaraan zou verbinden.

In het verlengde daarvan wil ik ook de gekozen concepten onder de aandacht brengen. Hoewel ik een grondig literatuuronderzoek heb gedaan, had iemand anders voor andere concepten of deelconcepten kunnen kiezen. Ik heb gekozen voor autonomie, perceptie en veranderbereidheid. Maar er zijn nog meer factoren die bijdragen aan het vermogen van de behandelaar om nieuwe zorgconcepten toe te passen. Maar door beperkte tijd en middelen kan ik niet alle factoren meenemen en heb ik een keuze gemaakt. Voor een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken welke andere factoren van invloed kunnen zijn bij het toepassen van nieuwe zorgconcepten door zorgprofessionals.

Een ander punt wat ik graag onder de aandacht wil brengen, is dat het vanwege corona niet gemakkelijk was om voldoende behandelaren te spreken te krijgen. Ik heb er uiteindelijk acht gesproken, maar ik had er graag meer gesproken. Ik heb dit geprobeerd te compenseren door in de theorie te kijken of de uitspraken van behandelaren gesteund werden door de literatuur. Ik had graag meer behandelaren gesproken, mede omdat uit de resultaten van mijn scriptie bleek dat er verschillen waren tussen behandelaren in de BGGZ en SGGZ.

6.5 Vervolgonderzoek

In dit onderzoek is de invloed van verschillende factoren op het vermogen van de behandelaar om volgens nieuwe zorgconcepten te werken onderzocht. Een van de opbrengsten van dit onderzoek is dat de autonomie van de zorgprofessional wordt begrensd door prestatie-indicatoren. Voor een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om de autonomie van de zorgprofessional verder te onderzoeken. Het zou met name interessant zijn om de invloed van externe stakeholders op de autonomie van zorgprofessional te onderzoeken. Hoever reikt de invloed van bijvoorbeeld de zorgverzekeraars op de kwaliteit van het behandeltraject van patiënt.

Verder betreft dit onderzoek een *casestudy*. De opbrengsten van dit onderzoek moeten verder worden getest in soortgelijke organisaties. Hoewel het plausibel is om aan te nemen dat de resultaten sterk overeen zullen komen met andere zorginstellingen, is het zinvol om dit actief te blijven onderzoeken.

6.6 Praktische aanbevelingen.

In deze laatste paragraaf bespreek ik de praktische aanbevelingen voor ProPersona om het vermogen van de behandelaren om het concept positieve gezondheid toe te passen te verhogen. Wat uit de interviews vooral naar voren kwam, waren de negatieve kanten die de prestatie-indicatoren (IPM) met zich meebracht. Een daarvan is het verantwoord en registreren in de dossiers van hun acties. Dit heeft tot gevolg dat de behandelaren een gebrek aan vertrouwen ervaren. Daarnaast kost het heel veel tijd. Tijd die de behandelaren liever investeren in dingen die op de lange termijn tijd zouden besparen. Aangezien IPM iets is wat is ingebed in de zorg, is het absoluut niet realistisch om dat af te schaffen.

Daarom zou ik ProPersona adviseren om met de werknemers en andere betrokkenen, samen met het management op zoek te laten gaan naar een oplossing. Deze werknemers zijn iedereen die van doen heeft met IPM. Zij bedenken samen wat er moet veranderen. Dit zorgt voor energie en steun richting de verandering. Zij voeren daarna namelijk zelf hun gezamenlijk bedachte veranderingen aan IPM uit (Tannenbaum & Schmidt, 1973, in Hodges, 2016). Dit hoort bij het derde niveau van controle die werknemers hebben in een veranderingsproject: betrekken. Tannenbaum en Schmidt (1973, in Hodges, 2016) onderscheiden in het model nog een niveau van controle: empowerment. Hierin wordt het management buiten het ontwerp van de verandering gelaten. De werknemers worden zelf verantwoordelijk voor de verandering. Ik denk dat het ontwerp van veranderingen aan IPM niet alleen aan de werknemers overgelaten kunnen worden. IPM garandeert ook een bepaalde kwaliteitsstandaard, die niet onderbelicht moet raken. Door het management en de zorgverzekeraars

ook aan de ontwerptafel te laten zitten, is de kans op een duurzame verandering, waar iedereen zich in kan vinden en de grootste kans van slagen heeft, het grootst. Minder controle en verantwoording door de behandelaren, zal hun vermogen om nieuwe concepten toe te passen verhogen.

Een tweede aanbeveling om het vermogen van de behandelaren om het concept positieve gezondheid toe te passen te verhogen, is om meer scholing te geven aan behandelaren over het concept positieve gezondheid. ProPersona is hier al actief mee bezig bleek uit de gesprekken met de behandelaren. Sommige behandelaren hebben scholing gehad om volgens de positieve gezondheid te werken. Zij waren ook positief en enthousiast om volgens dit concept te werken en zagen duidelijk de voordelen in van dit concept. Maar ik heb ook behandelaren gesproken, waar ik moest uitleggen wat de positieve gezondheid inhield. Dan kenden zij het concept wel, maar in eerste instantie konden zij positieve gezondheid niet koppelen aan een definitie.

Ik denk dat er bij deze groep veel te winnen is om het vermogen om het concept positieve gezondheid toe te passen te verhogen. Geef ook deze groep scholing. En deze scholing zou naar mijn idee vooral moeten omvatten hoe zij de vertaalslag van een concept als positieve gezondheid naar hun dagelijkse werkzaamheden kunnen maken. Geef de behandelaren concrete handvatten hoe zij in een behandeltraject kunnen handelen om de positieve gezondheid te integreren in hun behandelwijze. Wanneer de behandelaren hierin worden geschoold, scoren zij hoger op de indicator van *kunnen* veranderen, zoals beschreven in het model van Metselaar (1997). Uit deze scriptie is gebleken dat hoe beter de behandelaren in staat zijn om te *kunnen* veranderen, hoe hoger hun vermogen is om het nieuwe zorgconcepten toe te passen.

Bibliografie

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions: An essay on the Division of expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press
- AMS (2014). *Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten*. 10 juni 2014. Geraadpleegd 25 maart 2021, op <http://www.amsvernieuwing.nl/documenten.html>
- Bartunek, J. M. (1984). Changing Interpretive Schemes and Organizational Restructuring: The Example of a Religious Order. *Administrative Science Quarterly*.
<https://doi.org/10.2307/2393029>
- Boeije, H. (2010). Analysis in Qualitative Research. In *Sage Publications Ltd*.
<https://doi.org/10.5785/26-2-24>
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods* (5de ed.). Oxford University Press.
- Cornsweet, T. (2012). *Visual Perception*. Elsevier Gezondheidszorg.
- Cramer-Cornelissens, L.J.M. (2002). *Professionele autonomie: het recht van de patiënt? : onderzoek naar inhoud, reikwijdte en morele rechtvaardiging van professionele autonomie van de arts*. Amsterdam: Vrije Universiteit
- De Bruin, H. (2006). *Prestatiemeting in de publieke sector; tussen professie en verantwoording*. Den Haag: Lemma.
- Dorhout, P., Maassen, H., van den Brink, Groot, W. (2002) *Hebben ouderen de toekomst?* Amsterdam: SCHOLAR
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Green, A. E., & Aarons, G. A. (2011). *A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping*. *Implementation Science*, 6, 104
- Heijst, A., van, F. Vosman (2010). Managen van menslievende zorg: herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. Uit: Pijnenburg, M., C. Leget, A. van Heijst. *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel: Damon, p. 11-39
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health affairs (Millwood)*. 22:84-94.
- Hodges, J. (2016). *Managing and Leading People Through Organizational Change: The theory and practice of sustaining change through people* (1st ed.). Kogan Page Ltd.
- Hoffe, O. (2011). Immanuel Kant. *Klassiker Auslegen*. Published.
<https://doi.org/10.1524/9783050056180>

- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). *How should we define health? BMJ*, 343, d4163.
- Jans, N.A. (1989). Organisational commitment, career factors and career/life stages. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 247-266
- Kim, Y. (2011). The pilot study in qualitative inquiry. *Qualitative Social Work*, 10(2), 190-206.
<https://doi.org/10.1177%2F1473325010362001>
- Kuhlmann, S., & Wollmann, H. (2019). *Introduction to Comparative Public Administration*. Edward Elgar Publishing.
- Luce, J.M., Thiel, G.D., Holland, G.R. e.a. (1996). Use of riskadjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. *The Western Journal of Medicine*. 164: 410:414.
- Mackor, A.R. (2011). *Grenzen aan professionele autonomie. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van gewoon hoogleraar professie-ethiek, in het bijzonder van juridische professies*. 25 januari 2011. Groningen.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S. e.a. (2000). The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*;283: 1866-1874.
- Metselaar, E. E. (1997). *Assessing the willingness to change: Construction and validation of the DINAMO*. Vrije Universiteit.
- Metselaar, E.E., Cozijnsen, A.J., (1997) *Van weerstand naar veranderingsbereidheid*. Heemstede: Holland Business Publications
- Metselaar, E.E., Cozijnsen, A.J., & Van Delft, P. (2011). *Van resistance naar veranderbereidheid: Over willen, moeten en kunnen veranderen*. (6e druk), Heemstede: Holland Business Publications.
- Noordegraaf, M. (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology*, 59 (4), pp. 465- 488.
<https://doi.org/10.1177/0011392111402716>
- Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. (2009). Publieke professionals en verantwoordingsdruk. In Bovens, M.A.P., & Schillemans, T (Eds.) *Handboek publieke verantwoording*. Den Haag: Lemma
- Noordegraaf, M., Bos, A., Pikker, G., & Ter Horst, K. (2014, januari). *Slimmer sturen: Handreiking voor het gebruik van prestatie-indicatoren in publieke dienstverlening*.
<https://kennisopenbaarbestuur.nl/media/111365/slimmer-sturen.pdf>
- Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd Sage Publications; Thousand Oaks, CA

- Prescott, P. A., & Soeken, K.L. (1989). The potential uses of pilot work. *Nursing research*, 38 (1), 60-62. <https://doi.org/10.1097/00006199-198901000-00015>
- Schniedewind, V. (2010, augustus). *Persoonsgebonden kenmerken en veranderingsbereidheid*. [Masterscriptie, Erasmus Universiteit]. <https://thesis.eur.nl/pub/8937/Scriptie%20V%20%20Schniedewind.pdf>.
- Stoffers, J., & Mordant-Dols, A., (2015). Transformational leadership and professionals' willingness to change: A multiple case study in project management organisations. *Human Resource Management Research*, 5(2), 40-46.
- Tannenbaum, R., & Schmidt, W.h. (1973). How to Choose a Leadership Pattern. *Harvard Business Review*, 51, 162-180.
- Thomas, D.R. (2016). Feedback from research participants: are member checks usefull in qualitative research? *Qualitative research in Psychology*, 14 (1) 23-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2014.1219435>
- Tonkens, E. (2013) 'Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie: Een pleidooi voor herwaardering en democratisering van de professionele logica'. In: M. Schermer, M. Boenink & G. Meynen (red.) *Komt een filosoof bij de dokter: Denken over gezondheid en zorg*. Amsterdam: Boom, 305-319
- Tops, P., 2007. *Kennis van de frontlinie*. Installatierede. Apeldoorn: Politieacademie.
- Tweede Kamer Der Staten Generaal. (2001, juli). *Vernieuwing van het zorgstelsel; Nota "Vraag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel"* (27855 nr. 2). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27855-2.pdf>
- Van Gerven, J. (2004, september). *Leeftijdsbewust Personeelsbeleid*. [Masterscriptie, Universiteit Tilburg]. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=11756>
- Van Leeuwen, F. (2012, juni). *Medisch specialisten in de ban van prestatie indicatoren*. [Masterscriptie, Universiteit Utrecht]. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/257576>
- Van Mil. et.al. (2008). *Prestaties afspreken doe je zo! Lessen over outputsturing uit acht sectoren*. Assen: Van Gorcum.
- Vennix, J. (2016). *Onderzoeks- en interventiemethodologie* (6de ed.). Pearson Benelux B.V.
- Vergunst, M. (2012, november). *Beleidsmaker 2.0*. [Masterscriptie, Universiteit Utrecht]. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/273428>
- Wester, F. (2013). *Inhoudsanalyse* (1ste ed). Amsterdam University Press
- Wilensky, H.L. (1964). 'The Professionalization of Everyone?', in: *The American Journal of Sociology*, vol. LXX:2, pp. 137-158

Winnubst, J.A.M., Schabracq, M.J., Gerrichhauzen, J., Kampermann, A. (1995) *Arbeid levensloop en gezondheid*. Maarssen: Elsevier

Wollersheim et.al. (CEG) (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

Bijlage 1. Topiclijsten en stellingen

Autonomie

Vraag	Concept	Deelconcept	Indicator	Stelling	Topic
Autonomie	Zelfwetgeving	Beslissingsbevoegdheid	Hoeveel beslissingen mag de behandelaar nemen zonder daarvoor toestemming nodig te hebben van een meerdere.	Ik zou meer autonomie willen hebben over mijn werk.	-Beslissingsbevoegdheid -Besluitvormingsprocessen -Tevredenheid over autonomie
Autonomie	Bureaucratie	Prestatie indicatoren	Hoeveel wordt er gewerkt met quota die je moet halen?	Werken met IPM past niet in de ggz.	-Positieve kanten van IPM -Negatieve kanten van IPM -Suggesties voor veranderingen aan IPM
Autonomie	Grenzen aan professionele autonomie	Een 'goede' professional	Hoe vaak botsen de meningen van de behandelaren met het beleid van de organisatie ten aanzien van het primaire proces?	Ik zou meer autonomie willen hebben over mijn werk.	-Hoe is hun relatie met de manager -Invloed die zorgverzekeraars hebben op hun werk. -Meningsverschillen over beleid van ProPersona.

Perceptie

Vraag	Concept	Deelconcept	Indicator	Stelling	Topic
Perceptie	Professionele logica's	Standpunt van behandelaren over zorg	-Botsten de standpunten over zorg van professionals met het management? -Staat de patiënt centraal in hun opvatting over de zorg	De hulpvraag van de patiënt dient altijd leidend te zijn tijdens een behandeltraject	-Inrichting van de zorg -Hoe denkt ProPersona over inrichting van de zorg -Vraag gestuurd versus aanbod gestuurd zorg leveren
Perceptie	Persoonsgebonden kenmerk	Leeftijd	-Aantal jaren in dienst bij huidige organisatie: ervaringsjaren.	Mijn leeftijd is van invloed op de manier hoe ik behandel	-Verschillen tussen jonge en oude behandelaren in hun werk -Verschillen tussen jong en oud in vermogen op te

					werken met nieuwe concepten -Ervaringsjaren
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------

Veranderbereidheid

Vraag	Concept	Deelconcept	Indicator(en)	Stelling	Topics
Veranderbereidheid	<i>Willen</i> veranderen	Verwachte positieve en negatieve uitkomsten van de verandering	-De verwachte gevolgen van de veranderingen op het werk; -De emoties die veranderingen oproepen; -De betrokkenheid bij het veranderproces.	Zorgconcepten veranderen, maar de zorg blijft gelijk	Wat vindt u van de positieve gezondheid? -Zou behandelen volgens de positieve gezondheid beter werken?
Veranderbereidheid	<i>Kunnen</i> veranderen	Het bezitten van de benodigde kennis en informatie	-Aanwezigheid van kennis en ervaring met veranderingen; -Beschikbaarheid van informatie over de verandering; -Complexiteit van de verandering; -Timing van de verandering.	Zorgconcepten veranderen, maar de zorg blijft gelijk	-Wat weet u van positieve gezondheid? -Ervaringen met toepassen van nieuwe zorgconcepten. - Wat zou u nodig hebben vanuit ProPersona om volgens dit concept te behandelen