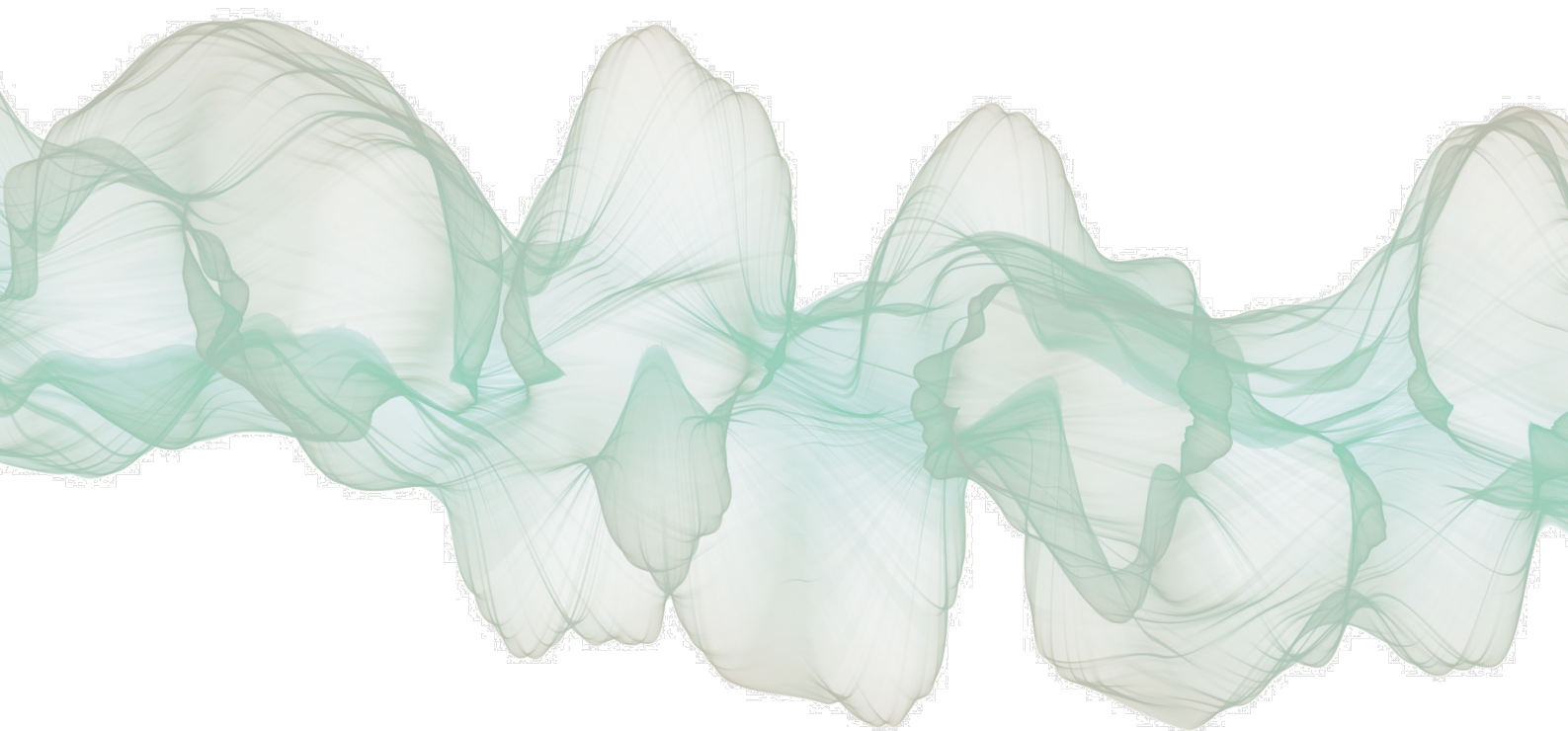

GGZ IN VERWARRING

REACTIES VAN (AUTONOME) GGZ-PROFESSIONALS OP NIEUWE
KWALITEITSSTANDAARDEN



GGZ IN VERWARRING

REACTIES VAN (AUTONOME) GGZ-PROFESSIONALS OP NIEUWE KWALITEITSSTANDAARDEN

juli – 2018

Utrecht

Jochem de Klerk

6041507

Master Publiek Management

Departement voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap

Universiteit Utrecht

Eerste begeleider: M. Kuiper MSc

Tweede begeleider: Prof. dr. M. Noordegraaf



Universiteit Utrecht

**“TEGEN DE STROOM OPROEIEN IS NIET ONVERSTANDIG ALS DE RIVIER
VLOEIT IN DE RICHTING VAN WATERVALLEN.”**

Nicolás Gómez Dávila, in: De authentieke reactionair (2014, p.67)

VOORWOORD

De afgelopen maanden heb ik me bezig mogen houden met standaardisering in de ggz en hoe ggz-professionals daarmee omgaan in de dagelijkse praktijk. Vanuit een bijbaan ken ik vooral de administratieve kant en het perspectief van cliënten. Door deze scriptie heb ik een heel andere kant leren kennen van de ggz, die van ggz-professionals. Dat heb ik als heel waardevol ervaren omdat het heeft bijgedragen aan mijn verstaan van de sector. Het schrijven van deze scriptie had ik nooit op een goede wijze in mijn eentje kunnen doorlopen. Daarom wil ik graag een aantal personen bedanken.

Zonder de hulp van mijn eerste begeleidster, Marlot, zou dit nooit gelukt zijn. Marlot, van harte bedankt voor je optimisme, enthousiasme en vooral ook je feedback! Dat alles heeft me enorm geholpen deze scriptie tot een goed einde te brengen. Daarnaast wil ik graag de medewerkers van mijn afstudeerorganisatie bedanken, het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Hun luisterend oor en het helpen zoeken naar respondenten heeft me zeker geholpen in het uitvoeren van dit onderzoek.

Uiteraard bedank ik ook mijn respondenten, zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Hun openheid heeft mij een kijkje gegeven in de dagelijkse praktijk van een ggz-professional. Ook bedank ik mijn medestudenten die op cruciale momenten mijn steun en toeverlaat zijn geweest.

Tot slot wil ik alle andere personen bedanken die hierboven niet genoemd zijn maar die wel geleden hebben onder mijn scriptie. Bedankt voor het aanhoren van het schrijfproces, de afleiding waarin jullie voorzien hebben en alle steun.

Jochem de Klerk

Utrecht, juli 2018

SAMENVATTING

Standaardisering en professionals hebben een ambivalente verhouding. Enerzijds kunnen standaarden helpen om een goede behandeling te bieden doordat ze kennis over de laatste inzichten verschaffen. Anderzijds kunnen standaarden als een beknotting voelen omdat ze een professional vertellen hoe die zijn of haar werk moet uitvoeren. Dit laatste element van beknotting kan nog sterker worden wanneer externe partijen, zoals financiers, professionals gaan beoordelen met of zelfs afrekenen op standaarden. Met de introductie van nieuwe kwaliteitsstandaarden rijst daarom ook de vraag: Op welke wijze gaan (relatief autonome) ggz-professionals om met (nieuwe) kwaliteitsstandaarden en welke factoren zijn daarop van invloed?

Door middel van semigestructureerde interviews is deze onderzoeksvraag onderzocht. Namelijk, hoe professionals de nieuwe kwaliteitsstandaarden ervaren in het licht van hun taak- en waarde-autonomie. Respectievelijk de autonomie die ze hebben om een behandeling vorm te geven op basis van hun eigen kennis en het gevoel van autonomie als verworven recht. De verwachting was dat de reacties van professionals geplaatst zouden kunnen worden op een continuüm. Dat continuüm loopt van *managerial hegemony*, waarin professionals meebewegen met de nieuwe maatregel, tot *weerstand*. Daartussen liggen verschillende reacties waarin professionals de nieuwe kwaliteitsstandaarden aangrijpen om hun eigen autonomie te versterken, of de praktijk te manipuleren met nieuwe standaarden. Eveneens was de verwachting dat ggz-professionals voorwaarden zouden hebben om met de nieuwe standaarden te gaan werken (eigenaarschap, ruimte en leren) en dat, als hier rekening mee gehouden zou worden, de weerstand zou afnemen en ggz-professionals eerder geneigd zouden zijn met de standaarden te gaan werken.

In de interviews kwam naar voren dat professionals heel gedifferentieerd reageren op de nieuwe standaarden, dat het continuüm uit de literatuur niet breed genoeg is en dat de dichotomische opstelling tussen manager en professional niet accuraat is. GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten bewegen over het algemeen mee met de nieuwe standaarden, zijn soms zelfs enthousiast en bieden soms weerstand. Psychiaters schieten eerder in de weerstand en voelen zich aangetast in hun waarde-autonomie. Als ze meegaand reageren, zijn ze ook vaak enthousiaster. Het continuüm bleek in de empirie breder dan in de theorie; zo was een aantal respondenten enthousiast en wilde gaan werken met de nieuwe standaarden, anderzijds was er ook iemand die aangaf niet te willen werken met de nieuwe standaarden en het ontslag te zullen aanbieden als ze ingevoerd zouden worden.

De verwachte dichotomische opstelling tussen manager en professional kwam niet naar voren. Sinds de omslag van het hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap hebben ggz-professionals managende taken gekregen waardoor ze hybride professionals zijn. Dit komt terug in de interviews doordat, wanneer er kritiek is op een andere partij, dit niet de managers in de ggz zijn maar

de zorgverzekeraars. Er heerst wantrouwen tegenover verzekeraars en professionals hebben het gevoel dat ze niet vertrouwd worden door verzekeraars. Ggz-professionals zijn bang dat ze afgerekend worden door middel van de nieuwe standaarden door verzekeraars. Dan zijn de nieuwe kwaliteitsstandaarden geen procedurele standaarden meer die het proces van goede zorg beschrijven, maar prestatiestandaarden, die het te behalen resultaat voorschrijven. Op deze manier vindt er een verschuiving plaats van macht die altijd bij professionals en hun verenigingen lag, naar de financiers.

De randvoorwaarden van ggz-professionals zijn eigenaarschap, ruimte en leren. Opvallend is dat eigenaarschap, wat het sterkst aan waarde-autonomie relateert, niet zozeer genoemd wordt door ggz-professionals. De focus ligt eerder op ruimte en nog sterker op leren. Daarnaast is er een vierde categorie te onderscheiden: praktische toepasbaarheid. Die laatste categorieën relateren veelal aan de dagelijkse professionele praktijk. Die praktische focus wordt mogelijk verklaard door het service-ideaal van professionals. De belangen van de cliënt gaan boven regels of andere belangen. Standaarden kunnen dus helpen in het versterken van beroepsmatige kwaliteit, maar daarvoor moet de focus van de standaarden liggen op het verhogen van de kwaliteit, niet op het gebruik van standaarden als middel om af te rekenen.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	I
SAMENVATTING	II
1 INLEIDING	1
1.1 AANLEIDING.....	1
1.1.1 <i>Probleemstelling</i>	2
1.1.2 <i>Doelstelling</i>	2
1.1.3 <i>Vraagstelling</i>	3
1.1.4 <i>Richting van het onderzoek</i>	4
1.2 RELEVANTIE	5
1.2.1 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	5
1.2.2 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	5
1.3 LEESWIJZER.....	6
2 SECTORSCHETS	7
2.1 DE GGZ	7
2.2 NEW PUBLIC MANAGEMENT	8
2.3 RECENTE ONTWIKKELINGEN GGZ.....	8
2.4 NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ.....	9
2.4.1 <i>Actoren</i>	10
2.4.2 <i>Kwaliteitsstatuut ggz</i>	11
2.4.3 <i>Een zorgstandaard</i>	13
2.5 CONCLUSIE	14
3 STANDAARDEN VERSUS AUTONOME PROFESSIONALS?	16
3.1 STANDAARDISATIE VAN KENNIS IN DE ZORG	16
3.1.1 <i>Ontstaan</i>	16
3.1.2 <i>Typen standaarden</i>	17
3.1.3 <i>Functies en effecten van standaarden</i>	18
3.1.4 <i>Kwaliteit van zorg</i>	19
3.2 PROFESSIONALS	19
3.2.1 <i>Klassieke professionals</i>	19
3.2.2 <i>Hybridisering van professionals</i>	20
3.2.3 <i>Typen autonomie</i>	21
3.2.4 <i>Veranderende autonomie</i>	22
3.2.5 <i>Slachtoffers vs. strategen</i>	23
3.2.6 <i>Continuüm</i>	23
3.3 BRUIKBARE STANDAARDEN	26
3.4 THEORETISCH KADER	27
3.5 CONCLUSIE	28
4 ONDERZOEKSAANPAK	30
4.1 STRATEGIE	30
4.1.1 <i>Interpretatief onderzoek</i>	30
4.1.2 <i>Inductie versus deductie</i>	31

4.1.3	<i>Case study</i>	31
4.2	DATAVERZAMELING	31
4.2.1	<i>Oriëntatie</i>	31
4.2.2	<i>Interviews</i>	32
4.2.3	<i>Respondenten</i>	32
4.2.4	<i>Rol onderzoeker</i>	33
4.3	ANALYSE	34
4.4	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	34
4.4.1	<i>Betrouwbaarheid</i>	34
4.4.2	<i>Validiteit</i>	35
4.5	OPERATIONALISERING	35
5	PRAKTISCHE STANDAARDEN	38
5.1	GOEDE ZORG DOOR STANDAARDEN	38
5.2	AUTONOMIE	39
5.2.1	<i>Taak-autonomie</i>	39
5.2.2	<i>Waarde-autonomie</i>	41
5.3	REACTIES.....	46
5.3.1	<i>GGZ-professionals als ambassadeurs</i>	47
5.3.2	<i>GGZ-professionals als strategen</i>	49
5.3.3	<i>GGZ-professionals als slachtoffers</i>	49
5.3.4	<i>Kritische psychiaters voorop</i>	50
5.4	VOORWAARDEN.....	51
5.4.1	<i>Eigenaarschap</i>	51
5.4.2	<i>Ruimte</i>	52
5.4.3	<i>Leren</i>	53
5.4.4	<i>Praktisch toepasbaar</i>	54
5.5	CONCLUSIE	55
6	CONCLUSIE EN DISCUSSIE	57
6.1	CONCLUSIE	57
6.1.1	<i>Theoretische deelvragen</i>	57
6.1.2	<i>Empirische deelvragen</i>	59
6.1.3	<i>Beantwoorden hoofdvraag</i>	60
6.2	DISCUSSIE	64
6.2.1	<i>Academische implicaties</i>	64
6.2.1	<i>Vervolgonderzoek</i>	65
6.2.2	<i>Praktische aanbevelingen</i>	67
6.2.3	<i>Reflectie</i>	69
6.3	TOT SLOT	70
	BIBLIOGRAFIE	71
	ACADEMISCHE LITERATUUR	71
	GRIJZE LITERATUUR EN OVERIGE BRONNEN	74
	BIJLAGE 1 TOPICLIJST INTERVIEW	77
	BIJLAGE 2 CODEBOOM.....	78

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Tijdens het festival *vier jaar kwaliteitsontwikkeling GGZ* op donderdag 30 november 2017 twitterde staatssecretaris Blokhuis: ‘U wilt weten wat werkt. En dan geen wetten en voorschriften, maar vooral goede handvatten. Dat is nu voorhanden met de kwaliteitsstandaarden. Goede zorg is geen exacte wetenschap, maar gebeurt samen met de patiënt’ (Blokhuis, 2017). De bedoeling is dat de kwaliteitsstandaarden, zoals de naam doet vermoeden, kwaliteit van de geleverde zorg waarborgen. Kwaliteitsstandaarden geven inzicht in wat werkt bij specifieke psychische stoornissen en doen dit op basis van zowel praktijkervaring van ggz-professionals en cliënten als wetenschappelijke inzichten (Baan, 2018). Door alle ggz-professionals te voorzien van informatie over wat effectief is, kan gestuurd worden op uniformiteit in behandeling (NKO, 2017a). Of een patiënt nu in behandeling gaat bij zorgaanbieder A of B zou niet uit moeten maken voor de kwaliteit die geleverd wordt.

De kwaliteitsstandaarden zijn bedoeld om de kwaliteit in de ggz te waarborgen, maar daarnaast zeggen ze ook iets over de werkpraktijk van ggz-professionals; die krijgen namelijk voorgeschreven hoe een behandeling eruit moet komen te zien. Het proces van verwijzing, aanmelding, intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting en nazorg, oftewel de *patient journey*, wordt voorgeschreven (Janse, 2018; Schippers, 2016). Eveneens is het de intentie van de minister dat de kwaliteitsstandaarden zorgverzekeraars in staat stellen om de kwaliteit van zorg te kunnen controleren (Schippers, 2016; Timmermans, 2005). Daarom worden er meetinstrumenten ontwikkeld die de uitkomst van de behandeling meten. Volgens meneer Baan, de directeur van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), mag een professional alleen afwijken van de kwaliteitsstandaarden als hij dat onderbouwd doet (Janse, 2018). Er zijn verschillende redenen (wetenschap, klinisch, ethisch, context) om af te wijken (Koerselman & Korzec, 2008). Tevens werpt dat het probleem van verantwoording op. Sterker nog, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) benadrukt dat, vanwege het belang van het Kwaliteitsstatuut en kwaliteitsstandaarden voor de kwaliteitswaarborging en het inzicht dat zij opleveren, zij geen vrijblijvend karakter kunnen hebben en daarom wettelijk zijn vastgelegd (Megchelen, 2017; Schippers, 2016).

Met de introductie van de kwaliteitsstandaarden van het NKO wordt gepoogd de kwaliteit in de ggz te waarborgen en financiers in staat te stellen dit te controleren. Volgens de directeur van het NKO staat dit op gespannen voet met de autonomie van de professional:

Je professionele autonomie, dus de vrijheid die je hebt als professional, wordt wellicht enigszins ingeperkt. Je moet namelijk transparant werken en uitleg geven over wat je doet. Dat kan het gevoel geven dat mensen op je vingers kijken. Maar of dat iets slecht is? Wij denken dat het juist helpt om goede zorg te geven. (Janse, 2018, p. 4)

De kwaliteitsstandaarden raken inhoudelijk aan het werk van ggz-professionals die de zorg moeten leveren en daar jarenlang voor geschoold zijn (De Bruijn, 2011). Met deze uitspraak raakt de directeur van het NKO aan het debat rondom standaardisering (Wallenburg, Hopmans, Buljac-Samardzic, Den Hoed, & IJzermans, 2016). Enerzijds wordt gesteld dat de autonomie van professionals *krimpt* door deze standaardisering en protocollering (Evetts, 2011; Levay & Waks, 2009; Noordegraaf, 2007; Waring & Currie, 2009). Anderzijds stellen verscheidene academici dat professionals hun autonomie weten te *behouden* door standaarden en protocollen of deze zelfs weten te *versterken* (Levay & Waks, 2009; Wallenburg e.a., 2016; Waring & Currie, 2009). Er bestaat dus onenigheid over de invloed van standaarden op de professionele praktijk in de ggz.

1.1.1 PROBLEEMSTELLING

Door het voorschrijven aan ggz-professionals *hoe* zij de behandeling moeten uitvoeren verandert de professionele praktijk. De standaarden die dit doen *moeten* gevolgd worden vanwege het wettelijke kader dat geschetst is door de minister. Uit het hierboven aangestipte debat blijkt dat er nog veel onduidelijk is over de reactie van ggz-professionals ten aanzien van kwaliteitsstandaarden in relatie tot hun ervaren autonomie. In literatuur is een grote verscheidenheid aan reacties op standaarden te vinden (Evetts, 2002; Levay & Waks, 2009; Numerato, Salvatore, & Fattore, 2012; Waring & Currie, 2009). Daarom bestaat er ook onduidelijkheid over de reactie van ggz-professionals op de invoering van kwaliteitsstandaarden van het NKO. Deze onduidelijkheid wordt vergroot doordat de meeste onderzoeken die er zijn over reacties van professionals komen uit de context van ziekenhuizen. De ggz is aanverwant, maar niet hetzelfde. In de ggz zijn namelijk ook artsen en verpleegkundigen werkzaam maar in de ggz zijn verpleegkundigen ook regievoerder van een behandeling, anders dan in het ziekenhuis. Daarom zal dit onderzoek zich richten op de reactie van ggz-professionals op de nieuwe kwaliteitsstandaarden die invoerd worden en hoe zij zelf die reactie duiden en verklaren.

1.1.2 DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is om de reacties van professionals op de nieuwe zorgstandaarden te onderzoeken en te ontdekken welke randvoorwaarden ggz-professionals hebben om te werken met deze nieuwe kwaliteitsstandaarden. De vooronderstelling hierin is dat de kwaliteitsstandaarden de ervaren autonomie van ggz-professionals beïnvloeden. Er wordt onderzocht hoe ggz-professionals reageren

op de nieuwe standaarden in relatie tot hun ervaren autonomie door hen te vragen hoe ze in de praktijk met de standaarden zullen omgaan. Daarnaast wordt onderzocht welke factoren van invloed zijn in het gebruik van kwaliteitsstandaarden op de ervaren autonomie. Door dit te onderzoeken kunnen bepaalde reacties van professionals begrepen en verklaard worden en is het mogelijk om rekening te houden met de randvoorwaarden van ggz-professionals.

1.1.3 VRAAGSTELLING

De vraag die vanuit de probleem- en doelstelling naar voren komt is:

Op welke wijze gaan (relatief autonome) ggz-professionals om met (nieuwe) kwaliteitsstandaarden en welke factoren zijn daarop van invloed?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er een aantal deelvragen die volgen uit de hoofdvraag. Deze zijn onder te verdelen in theoretische en empirische deelvragen.

1.1.3.1 THEORETISCHE DEELVRAGEN

1. Hoe kunnen de kwaliteitsstandaarden gezien worden in de context van standaardisatie in de zorg?

Aan de hand van deze deelvraag wordt gekeken naar wat standaarden zijn, welke typen er zijn van standaardisatie van kennis en hoe de kwaliteitsstandaarden van het NKO in dat licht bekeken kunnen worden. Daarnaast wordt in deze deelvraag gekeken naar de aanleiding en hoe de kwaliteitsstandaarden opgesteld worden en welke actoren daarbij een rol spelen.

2. Hoe kunnen de recente ontwikkelingen binnen de ggz verstaan en verklaard worden in het licht van het debat rondom professionals en hun (veranderende) autonomie?

Aan de hand van deze deelvraag wordt gekeken naar het debat rondom de autonomie van professionals en hoe dat is veranderd door de tijd heen en welke posities daarin aangenomen kunnen worden. Met dit kader kan de beweging van standaardisatie in de ggz en de invloed daarvan op de autonomie van professionals verstaan worden.

3. Hoe kunnen ggz-professionals reageren op het invoeren van nieuwe standaarden in de professionele praktijk?

Deze deelvraag gaat in op de reactie van ggz professionals ten aanzien van het veranderen van de professionele praktijk. Professionals hebben een mate van autonomie en discretionaire ruimte waarbinnen zij beslissingen kunnen nemen. Deze ruimte kan veranderen door het invoeren van nieuwe kwaliteitsstandaarden. Wat zegt de literatuur hierover en welke reacties zijn beschreven in de literatuur?

1.1.3.2 EMPIRISCHE DEELVRAGEN

4. Hoe reageren ggz-professionals op het invoeren van nieuwe standaarden in de professionele praktijk?

Deze deelvraag gaat in op de reactie van ggz professionals op kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Hoe reageren zij en kunnen de gevonden reacties in de literatuur helpen om deze reacties te verstaan? Kunnen professionals kwaliteitsstandaarden aangrijpen om hun autonomie te versterken? Gaan ze volgzzaam mee met de verandering, of bieden ze weerstand? Of zijn er andere manieren waardoor er wordt samengewerkt met managers om een middenweg te vinden?

5. Wat zijn de randvoorwaarden die ggz-professionals hebben om de standaarden te gebruiken in de professionele praktijk?

Deze deelvraag gaat in op de randvoorwaarden van ggz-professionals om in de praktijk met de nieuwe standaarden te werken. In de literatuur wordt veel gesproken over wat managers allemaal moeten doen om kwaliteitsstandaarden te implementeren (De Bruijn, 2011; Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013), maar wat zeggen ggz-professionals zelf over randvoorwaarden om betekenisvol te kunnen werken met kwaliteitsstandaarden?

1.1.4 RICHTING VAN HET ONDERZOEK

De kernbegrippen in dit onderzoek zijn *autonomie*, *standaardisering in de zorg*, en *professionele reacties*. De context van dit onderzoek is de ggz waar nieuwe kwaliteitsstandaarden ingevoerd gaan worden. In het onderzoek staat de ggz-professional centraal, dat is ook het gezichtspunt van waaruit de standaarden onderzocht worden. De ggz-professional is in dit onderzoek de psychiater, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist. Dit perspectief is gekozen omdat de ggz-professional de taak heeft om met de nieuwe standaarden te werken. Die is de actor die op de werkvloer moet handelen met deze standaarden.

Na de inleiding volgt een descriptief hoofdstuk waarin de context van de ggz en de recente ontwikkelingen daarin geschetst worden. Dit zal een kader vormen waarbinnen het onderzoek verstaan kan worden. Vervolgens zal in het theoretisch kader de literatuur besproken worden over standaardisering in de zorg en het debat geschetst worden wat plaatsvindt rondom de autonomie van de professional en de verschillende posities die daarbinnen worden ingenomen. In dit onderdeel wordt literatuur behandeld die de mogelijke reacties van professionals schetst, bijvoorbeeld op standaardisering. In het empirische deel van dit onderzoek zal primair de reactie op en hantering van de standaarden door professionals onderzocht worden. Vervolgens is de vraag welke randvoorwaarden professionals hebben om met de nieuwe kwaliteitsstandaarden te werken.

1.2 RELEVANTIE

1.2.1 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Vanuit wetenschappelijk oogpunt zijn er een aantal elementen die dit onderzoek relevant maken. Er zit een vernieuwend element in het onderzoek naar professionals in de ggz. Er is veel onderzoek gedaan naar medische professionals, vaak in de context van een ziekenhuis. De ggz is een andere context doordat de focus primair ligt op psychische gezondheid, niet de fysieke. De verwachting is dat patiënten een sterkere mening hebben over een bepaald type therapie wanneer het gaat om hun psychische gezondheid dan wanneer het gaat om fysieke gezondheid. Of iemand een depressie heeft of kanker maakt misschien verschil in de wijze waarop een patiënt vertrouwt op een specialist. Een overeenkomst is dat ook hier verschillende soorten professionals werken, psychiaters, psychotherapeuten, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten. Door professionals in deze context te onderzoeken is de intentie om meer inzicht te verwerven in hoe professionals reageren op kwaliteitsstandaarden en welke randvoorwaarden zij stellen voor het gebruik ervan.

Vanuit bestuurskundig perspectief is het interessant omdat er nog beperkt onderzoek is gedaan naar hoe professionals op microniveau reageren op standaardisering in de ggz. Ook het onderzoeken wat de randvoorwaarden zijn van professionals in het werken met kwaliteitsstandaarden is relevant vanuit bestuurskundig perspectief omdat dit inzicht verschaft in hoe weerstand zou kunnen worden weggenomen in het werken met standaarden. De context van de geestelijke gezondheidszorg is ook vernieuwend ten opzichte van de gebruikelijke context van het ziekenhuis.

In de wetenschappelijke literatuur wordt veel gezegd over professionals, hybridisering en de reacties van professionals op managementingrijpen (Noordegraaf, 2007, 2015a; Numerato e.a., 2012). In het theoretisch kader wordt dit verder toegelicht. Samengevat; dit onderzoek poogt voorbij te gaan aan het beeld waarin de manager de professional domineert. De verwachting is ook niet dat dat beeld sterk gaat terugkomen in het onderzoek omdat professionals in de ggz zelf managende taken hebben gekregen; hybridisering van professionals (Noordegraaf, 2007). Daarom roepen Numerato e.a. (2012) op tot onderzoek dat voorbij gaat aan deze patstelling, want deze doet geen recht aan de complexe werkelijkheid waarin professionals werkzaam zijn. Door de opzet van dit onderzoek en door voorbij te gaan aan deze patstelling draagt dit onderzoek bij aan het wetenschappelijk debat.

1.2.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt op verschillende vlakken. Ten eerste zijn de afgelopen jaren al een hoop wijzigingen doorgevoerd in de ggz waardoor het een ‘gevoelige’ sector is. Deze sector en specifiek de professionals die daarbinnen

werkzaam zijn beter kunnen verstaan, is belangrijk om daarop in te kunnen spelen. Alleen al vanwege de grote verantwoordelijkheid die zij dragen met het aantal cliënten, meer dan een miljoen, dat jaarlijks behandeld wordt (NZa, 2017).

Vanwege het werk dat ggz-professionals doen en de impact die de kwaliteitsstandaarden kunnen hebben op de professionele werkpraktijk, is het belangrijk om te kijken hoe ggz-professionals reageren op en omgaan met de standaarden. Daarbij moet ook hun kennis, opgedaan door jarenlang te werken in deze sector, niet onderschat worden. Het is van belang dat professionals ervaren dat ze met deze standaarden kunnen werken.

1.3 LEESWIJZER

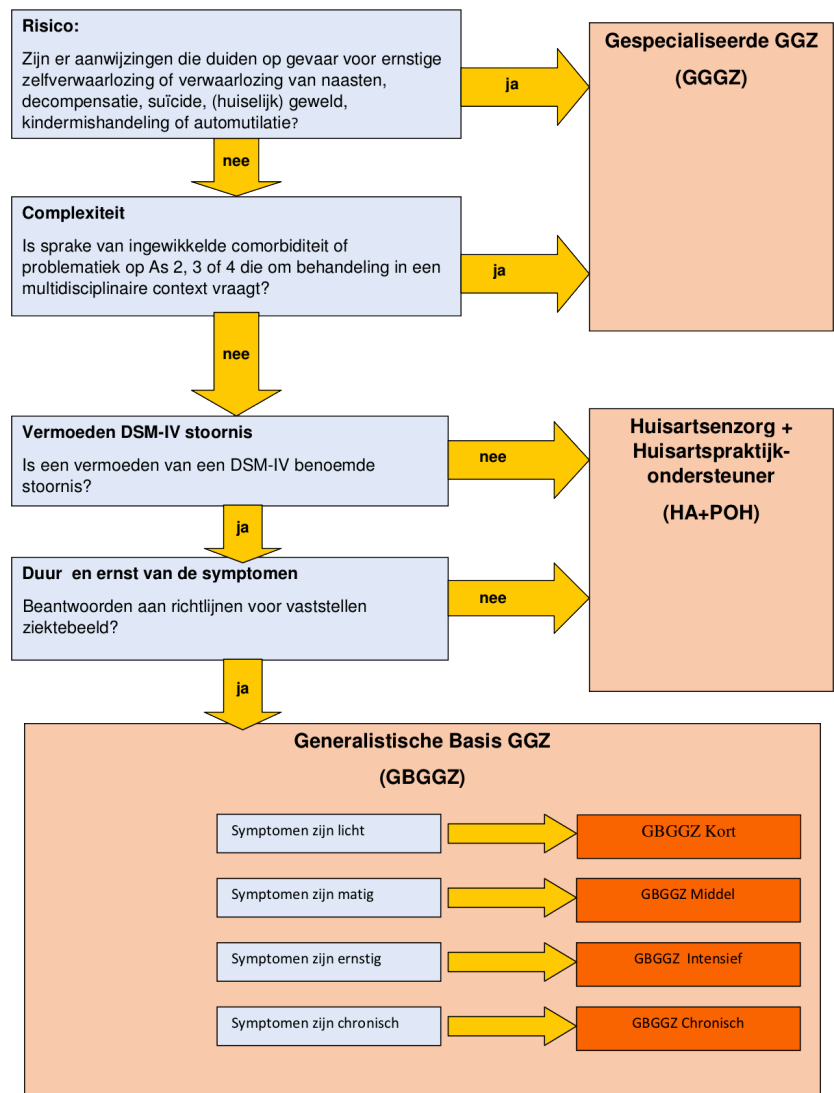
De opbouw van de volgende hoofdstukken is als volgt. In hoofdstuk twee worden ontwikkelingen in de context van de ggz geschetst. In het derde hoofdstuk wordt dit onderzoek ingebed in de theoretische kaders van debatten die gaan over standaardisering, hybridisering van professionals, reacties van professionals op managementingrijpen en randvoorwaarden voor het gebruik in de professionele praktijk. Hoe dit onderzoek voortbouwt daarop en de methodologische verantwoording daarvan wordt beschreven in hoofdstuk vier. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de interviews geanalyseerd waarna in hoofdstuk zes de hoofdvraag en deelvragen beantwoord worden. Ook wordt in hoofdstuk zes de toegevoegde waarde van dit onderzoek aan het academisch veld beschreven alsmede de praktische implicaties voor partijen in de ggz.

2 SECTORSCHETS

In dit hoofdstuk zal de context van de ggz geschetst worden. Tevens zal hier het ontstaan van het NKO door verhelderd worden alsmede wie daarin vertegenwoordigd zijn en wat voor kwaliteitsstandaarden zij helpen ontstaan. Eerst volgt een algemene schets van de ggz en de opkomst van standaardisatie.

2.1 DE GGZ

De ggz is als volgt opgebouwd: alle mensen krijgen toegang tot de ggz via de huisarts, die bepaalt of iemand wordt doorverwezen of niet. Wanneer iemand wordt doorverwezen gaat deze naar een ggz instelling. Wanneer iemand niet wordt doorverwezen komt hij of zij bij de praktijkondersteuner van de huisarts die gespecialiseerd is op het gebied van ggz, de POH-GGZ. Wanneer wordt doorverwezen naar een instelling of vrijgevestigde komt men ofwel in de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) of in de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ). Het 'verwijsmodel' dat is afgebeeld in figuur 1 geeft dit schematisch weer.



Dit onderzoek zal zich richten op de GGGZ omdat hier de grootste uitdagingen verwacht worden wat betreft de prevalentie van co-morbiditeit; het naast elkaar bestaan van verschillende psychische stoornissen, of in combinatie met somatische aandoeningen (Schellevis, Burgers, Tuut, & Kleinnibbelink, 2017). De verwachting is dat door deze verschillende

Figuur 1 Verwijsmodel GGZ overgenomen van Informatie website invoeringbasisggz.nl door Rijksoverheid, 2016.

stoornissen het lastiger is om deze personen met standaarden te behandelen. Standaarden gaan uit van een bepaalde mate van uniformiteit in behandeling, co-morbiditeit staat hier tegenover. ‘Co-morbiditeit is eerder regel dan uitzondering...’, aldus Hendriks (2013, p. 1), psychiater en onderzoeker bij de Radboud universiteit.

2.2 NEW PUBLIC MANAGEMENT

De ontwikkeling van standaarden in de ggz is te plaatsen in een bredere beweging van standaardisatie die in verschillende sectoren heeft plaatsgevonden. In de maatschappij van de jaren ‘80 en ‘90 vonden een aantal grotere ontwikkelingen plaats die hieraan hebben bijgedragen. Het ijzeren gordijn viel, globalisering zette door en de ICT sector ontwikkelde zich in hoog tempo (Noordegraaf, 2015b, p. 33). Dit zorgde ervoor dat de overheid niet langer als probleemoplosser werd aangekeken, maar als log bureaucratisch apparaat. De eisen van burgers stegen en de economie liep terug. Daar tegenover werd de private sector gezien als een omgeving die goed functioneerde. Daarom werd de managementstijl vanuit de private sector overgenomen in de publieke sector. Deze zakelijke en outputgerichte manier van aansturen wordt New Public Management genoemd. Dit zorgde voor een focus op de uitkomst van een productieproces. Er werd gekozen voor een meer rationele manier van management. Standaarden en het aansturen van professionals met standaarden past in deze beweging.

Deze ontwikkeling van New Public Management maakte dat marktwerking werd toegelaten in publieke sectoren, waaronder de zorg. Externe partijen gingen publieke sectoren managen. Een voorbeeld in de zorg is de introductie van marktwerking via zorgverzekeraars. Deze zijn zorg gaan inkopen en baseerden zich daarvoor op kengetallen. Welke zorgaanbieder kon tegen de laagste prijs een goed zorgproduct aanbieden? Om de kwaliteit in de zorg te waarborgen werden er verschillende eisen aan zorgaanbieders gesteld. Bijvoorbeeld het hebben van keurmerken om bepaalde typen zorg aan te bieden. Dit zorgt er ook voor dat aanbieders steeds gelijkvormiger geworden zijn (DiMaggio & Powell, 1983). Deze uniformiteit kan echter, zoals hiervoor beschreven, op gespannen voet staan met cliënten, want die passen niet altijd binnen een standaard. Juist diegenen die het meest afwijken en de meest complexe zorg nodig hebben, kunnen te lijden hebben onder gestandaardiseerde zorgproducten.

2.3 RECENTE ONTWIKKELINGEN GGZ

Om de ggz als sector beter te begrijpen is het behulpzaam om de recente ontwikkelingen daarin te schetsen. In een kamerbrief van 10 juni 2011 schrijft minister Schippers dat ze met de sector om tafel wil gaan om de jaarlijkse structurele overschrijding van 255 miljoen tegen te gaan (Schippers, 2011). Dit resulteerde in sectorale afspraken in het najaar van 2011 (“Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ

2013 - 2014”, 2012). Het doel van dit akkoord is om de ggz effectiever en efficiënter te organiseren en een kostenreductie te realiseren door meer in te zetten op ambulante zorg in plaats van intramurale zorg. Het aantal bedden wordt met een derde verminderd (“Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 - 2014”, 2012). Ook de professionele praktijk veranderde door de invoering van Routine Outcome Monitoring; een systeem dat de effectiviteit van behandelingen moet meten door op verschillende momenten in de behandeling een meetinstrument door de cliënt in te laten vullen. Eveneens is afgesproken dat de uitgaven in de sector niet meer dan 2,5% per jaar mogen stijgen. In het bestuurlijk akkoord dat hierop volgde, voor 2014-2017, werden deze afspraken verder aangescherpt, waarbij de maximale groei werd gesteld op 1% voor de periode 2015-2017 (“Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014 - 2017”, 2013).

Naast de financiële verandering is ook de structuur in de ggz zelf veranderd ten aanzien van het behandelaarschap. Dit volgt uit het model Kwaliteitsstatuut dat is opgesteld naar aanleiding van de commissie die onder leiding van Pauline Meurs onderzoek heeft gedaan naar de kwaliteit in de ggz (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). Om de kwaliteit te waarborgen moest de structuur veranderen waarbij de hoofdbehandelaar niet langer eindverantwoordelijk is voor alle handelingen van collega’s maar dat zij ieder verantwoordelijk zijn voor het eigen deel van de behandeling. De regiebehandelaar is hiermee procesverantwoordelijke in de behandeling van cliënten (NKO, 2016b). Voor instellingen betekende dit onder andere dat zij in een document op hun website moeten aangeven hoe zij vormgeven aan de kwaliteitseisen die door het Kwaliteitsstatuut gesteld worden. Eén van de onderdelen die hieruit volgde is het opstellen van kwaliteitsstandaarden. Het NKO is de organisatie die het proces van het opstellen van deze standaarden waarborgt.

2.4 NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz (NKO) is niet zomaar ontstaan. De wortels hiervoor liggen in 2012 toen stichting Europsyche failliet ging door fouten in de behandeling van cliënten (NZa, 2015; Stoffelen, 2013). Europsyche declareerde zorg namens behandelaren bij ziektekostenverzekeraars, maar de geleverde behandelingen voldeden niet aan de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraars (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). Daarom vergoedden de zorgverzekeraars 28 miljoen aan gedeclareerde rekeningen niet (Stoffelen, 2013). Hierdoor kwamen veel behandelaren en patiënten in de problemen. Behandelingen werden abrupt gestopt en behandelaren ontvingen geen geld voor diensten die zij geleverd hadden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, die destijds de veiligheid en kwaliteit van zorg bewaakte, adviseerde de minister een veldnorm op te stellen (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, p. 6).

Hierna is de commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ in het leven geroepen om misstanden te onderzoeken (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). Een proces volgde waarin de partijen uit het veld en het ministerie van VWS in gesprekken gingen voor het opstellen van een norm die een toekomstige ‘kwestie Europsyche’ zou voorkomen (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, pp. 6–7). De commissie, onder leiding van Pauline Meurs, heeft onderzoek uitgevoerd naar wat deze veldnorm zou moeten behelzen om kwalitatief hoogwaardige, controleerbare én veilige zorg te kunnen bieden aan de gebruikers van de ggz (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, pp. 7–9). Het resultaat is het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*, waarin de bevindingen van Meurs zijn verwerkt door de sectorpartners. Het NKO is een initiatief van de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en die van psychologen (NIP) en MIND (voorheen Landelijk Platform GGZ) (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, p. 35). Later zijn hier nog andere organisaties bij aangesloten die participeren in het netwerk, welke in tabel 1 terug zijn te vinden. Het NKO is de organisatie die verantwoordelijk is voor de doorontwikkeling van het Kwaliteitsstatuut en de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaarden die daaruit voortkomen. Na het behandelen van de betrokken actoren wordt het Kwaliteitsstatuut zelf verder toegelicht omdat de activiteiten van het NKO hier deels uit voortkomen. Vervolgens worden de verschillende typen standaarden die het NKO laat ontwikkelen toegelicht en wordt een voorbeeld gegeven van een zorgstandaard, een type kwaliteitsstandaard.

2.4.1 ACTOREN

In eerste instantie zijn de NVvP, het NIP en het MIND gestart met het NKO, respectievelijk twee beroepsverenigingen en een cliëntorganisatie. Later zijn andere veldpartners aangesloten bij het NKO. Naast deze twee soorten verenigingen zijn nog twee andere typen verenigingen aangesloten en vertegenwoordigd in het NKO: zorgaanbieders en financiers. Alle verenigingen opgesomd per type organisatie staan hieronder in tabel 1. Samen vormen zij de kwaliteitsraad van het NKO. De Kwaliteitsraad heeft als taken de inhoudelijke programmering en ondersteuning bij de totstandkoming van producten van het Netwerk (NKO, 2017b).

Tabel 1

Leden van de kwaliteitsraad van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ

Groepen/ afkortingen	Volledige naam
Behartigers van belangen van cliënten	
MIND	Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Beroepsgroepen in de ggz	
NVvP	Nederlandse Vereniging van Psychiatrie
LVVP	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVKG	Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie
NVGzP	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
FVB	Federatie Vaktherapeutische Beroepen
LVPOHGGZ	Landelijke Vereniging Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg
NVP	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
Zorgaanbieders	
GGZ Nederland	
InEen	
Platform MEER GGZ	
Financiers	
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

2.4.2 KWALITEITSSTATUUT GGZ

In het hierboven genoemde Kwaliteitsstatuut staat beschreven wat aanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om binnen de zorgverzekeringswet te mogen werken. Per 1 januari 2017 is het verplicht voor alle aanbieders in de ggz om een Kwaliteitsstatuut te hebben (Schipper, 2016). De legitimiteit hiervan komt voort uit de betrokkenheid van alle bovengenoemde sectorpartners in het NKO. Uit deze lijst van actoren wordt duidelijk dat het initiatief breed gedragen is. Het is geen statisch document, de doorontwikkeling is in de eerste versie vastgelegd en toegewezen aan het NKO (2015). Het NKO is de organisatie die het proces bewaakt.

Het Kwaliteitsstatuut beoogt dat ‘...de autonomie en regie van de patiënt/cliënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn (NKO, 2016b, p. 5).’ In deze beweging

past dat er niet alleen voor professionals in de ggz een Kwaliteitsstatuut wordt opgesteld, maar ook voor patiënten (NKO, 2016a). Het neerleggen van de regie bij de patiënt wordt zo ver doorgevoerd dat wanneer er sprake is van een dwangmaatregel, de patiënt nog steeds zelf de regie voert (NKO, 2016b, p. 6). Naast dat het Kwaliteitsstatuut patiënten in staat stelt om regie over de eigen behandeling te voeren, stelt het financiers in staat om de behandeling te beoordelen op kwaliteit. Het Kwaliteitsstatuut noemt namelijk zorgstandaarden en richtlijnen als mogelijke middelen om dit te doen (NKO, 2016b, pp. 11, 12, 23). Instellingen moeten aangeven hoe ze ervoor zorgen dat medewerkers kwaliteitsstandaarden volgen. Eén van de grootste veranderingen is dat wat vroeger *hoofdbehandelaren* waren, bijvoorbeeld psychiaters of klinisch psychologen, nu *regiebehandelaren* zijn geworden. Waar zij voorheen de inhoudelijke verantwoordelijkheid droegen voor de algehele behandeling, zijn ze nu verantwoordelijk voor dat gebied waar zij expertise op hebben. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het *zorgproces*. Dit houdt in dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het organiseren van de behandeling en de communicatie met de patiënt en diens naasten alsmede het regelen van de afstemming met andere zorgverleners (NKO, 2016b).

De kwaliteitsstandaarden waar het Kwaliteitsstatuut naar verwijst, zijn onder te verdelen naar 3 soorten die in tabel 2 worden weergegeven (American Psychiatric Association, 2013; Janse, 2018; NKO, 2014, 2017a, 2018a). Sinds november 2017 zijn de eerste door het NKO ontwikkelde kwaliteitsstandaarden gepubliceerd, zowel voor professionals (ggzstandaarden.nl) als voor patiënten (thuisarts.nl). De verwachting is dat van deze drie typen de zorgstandaard het meeste invloed heeft op de dagelijkse werkzaamheden van de ggz-professional. Deze verwachting is gebaseerd op het feit dat de zorgstandaarden de *patient journey* beschrijven, het proces van intake tot nazorg. Nu het ontstaan van het NKO en de actoren die daarin vertegenwoordigd zijn besproken is, zal gekeken worden naar wat een zorgstandaard precies inhoudt en hoe het proces van het opstellen eruitziet.

Tabel 2
Soorten kwaliteitsstandaarden

Kwaliteitsstandaard	Omschrijving	Voorbeeld(en)
Zorgstandaard	Stoornisspecifieke (DSM-V) modulair opgebouwde programma's rond indicatie, inhoud en organisatie van zorg. Incl. patient journey. Vanuit patiëntperspectief.	Angstklachten en angststoornissen; Bipolaire stoornissen; Eetstoornissen
Generieke module	Stoornisoverstijgende informatie bestaande uit indicatie, interventies, wie kan de interventie plegen en	Arbeid als medicijn; Co-morbiditeit; Destigmatisering;

	verantwoordingscriteria. Vanuit patiëntperspectief.	Zelfmanagement; eHealth
Richtlijn	Aanbevelingen ten aanzien van diagnostiek en behandeling van specifieke stoornissen. Exclusief patient journey. Vanuit professional perspectief.	Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines

Zorgstandaarden beschrijven de *patient journey*. Generieke modules beschrijven overkoepelende thema's die betrekking kunnen hebben op patiënten met verschillende diagnoses. Deze eerste twee beschrijven goede zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Richtlijnen zijn documenten die net als voorgaande richtlijnen gebaseerd zijn op wetenschappelijke inzichten. Doordat zorgstandaarden de *patient journey* beschrijven is de verwachting dat deze het meeste impact zullen hebben op hoe professionals behandelingen vormgeven.

2.4.3 EEN ZORGSTANDAARD

Zorgstandaarden zijn gebaseerd op een psychische classificatie uit de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) en krijgen een bijpassend meetinstrument op maat (NKO, 2018b). Een zorgstandaard geeft aan hoe de behandeling van een patiënt eruit zal komen te zien en welke stappen allemaal doorlopen worden van intake tot nazorg: de *patient journey* (Schippers, 2016). De informatie die in de zorgstandaarden van het NKO staat, wordt gebaseerd op drie verschillende typen bronnen. Ten eerste wordt gebruikgemaakt van wetenschappelijke inzichten (*evidence based*), ten tweede de informatie van de ggz-professionals (*practice based*) en ten derde informatie van patiënten (*experience based*) (NKO, 2017a, pp. 10, 11). *Experience based* en *practice based* informatie maken de standaarden van het NKO uniek. Hoewel deze laatste twee niet wetenschappelijk bewezen zijn, worden ze wel meegenomen in het opstellen vanwege de waardevolle informatie. Het zou te lang duren om al deze informatie eerst wetenschappelijk te bewijzen alvorens ze op te nemen in standaarden (Baan, 2018).

De kwaliteitsstandaarden worden niet geschreven door het NKO zelf, maar door groepen die hierboven in tabel 1 staan, het NKO faciliteert en bewaakt het *proces* van het schrijven. Naast de lidorganisaties in de kwaliteitsraad van het NKO (zie tabel 1) kunnen ook organisaties betrokken zijn die niet direct vertegenwoordigd zijn in het NKO maar wel expertise hebben op het specifieke gebied van de kwaliteitsstandaard. Bij het opstellen zijn namelijk de professionals, de cliënten en hun naasten betrokken in een werkgroep die voor een specifieke aandoening een zorgstandaard in ongeveer vijftig pagina's opstelt (Janse, 2018). Een voorbeeld is de zorgstandaard die is opgesteld voor angstklachten en angststoornissen (Van Balkom

e.a., 2018). Bij het opstellen van de zorgstandaard waren een werkgroep en een adviesgroep betrokken. De partijen die hierin vertegenwoordigd zijn, worden in tabel 3 weergegeven. Hier is ook zichtbaar dat er partijen betrokken zijn bij het opstellen die niet direct in het NKO vertegenwoordigd zijn maar wel betrokken bij de specifieke zorgstandaard, in dit geval angstklachten en angststoornissen. Bijvoorbeeld de Angst, Dwang en Fobie stichting. Daarnaast is er nog een projectgroep betrokken geweest vanuit het Trimbos-instituut, die het project begeleid heeft.

Tabel 3

Lidorganisaties werkgroep en adviesgroep angstklachten en angststoornissen

Leden <i>werkgroep</i> angstklachten en angststoornissen	Leden <i>adviesgroep</i> angstklachten en angststoornissen
Nederlands Huisartsen Genootschap	EMDR Vereniging Nederland
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten	Top GGZ
Angst, Dwang en Fobie stichting	GGZ Nederland
Federatie Vaktherapeutische Beroepen	InEen
Nederlands Instituut van Psychologen	
Deelnemers op persoonlijke titel	
Zorgverzekeraars Nederland	
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	

De zorgstandaard opent met een visie op zorg. Na de inleiding wordt een specifieke omschrijving gegeven van wat angstklachten en angststoornissen zijn. Het persoonlijke zorgplan en behandelopties worden besproken. Een hoofdstuk over herstel, participatie en re-integratie volgt. Richting het einde worden generieke modules weergegeven die te linken zijn aan angstklachten en angststoornissen en hoe de zorg georganiseerd dient te worden rondom een patiënt. De kwaliteitsindicatoren komen in een apart hoofdstuk te staan, de hiervoor benodigde meetinstrumenten moeten nog ontwikkeld worden. Achtergrondinformatie over wie er meegewerkt hebben aan de standaard en andere achtergrondinformatie vormen het sluitstuk. Naast deze uitgebreide versie is er een samengevatte versie van vier pagina's: de samenvattingskaart (NKO, 2017c).

2.5 CONCLUSIE

Hierboven is gekeken naar de GGZ als sector, daarbinnen wordt gericht op de GGGZ omdat de verwachting is dat de prevalentie van co-morbiditeit het hoogst is. Sinds de intrede van New Public Management worden professionals steeds meer

gemanaged op een zakelijke manier. In deze lijn past ook de totstandkoming van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. De minister geeft hiermee het veld mandaat om *zelf* kwaliteitsstandaarden op te stellen. De nieuwe kwaliteitsstandaarden worden opgesteld door relevante partijen uit het veld, het proces van opstellen wordt bewaakt door het NKO. Het grootste deel van de standaarden, zorgstandaarden en generieke modules beschrijft goede zorg vanuit het oogpunt van de patiënt: de *patient journey*. De verwachting is dat er spanning ontstaat tussen wat professionals en hun cliënten wensen te doen in een behandeling en de mogelijkheden die een standaard biedt. Verder is de verwachting dat deze spanning het grootst zal zijn met complexe cliënten welke te vinden zijn in de GGGZ. In het volgende hoofdstuk zal de beweging van standaardisering, professionals en hun autonomie en de randvoorwaarden voor het gebruik van standaarden onderzocht worden.

3 STANDAARDEN VERSUS AUTONOME PROFESSIONALS?

Ten eerste zal beschreven worden wat de kaders zijn rondom standaardisatie. Ten tweede zullen de kaders van het debat rondom de reacties van professionals op het veranderen van de professionele praktijk geschetst worden. Er wordt gewerkt naar een continuüm waar de meeste reacties op te plaatsen zijn. Aan het ene uiterste van dit continuüm staat het totaal meegaan in de verandering en aan het andere uiterste het sterk bieden van weerstand. Vervolgens zal vanuit de literatuur input gegeven worden wat deze reactie van ggz-professionals kan beïnvloeden. Wat maakt dat een professional in de weerstand schiet of dat deze meebeweegt met een verandering? Het is geenszins de pretentie om een allesomvattend kader te schetsen, wel is de intentie om de contouren te schetsen van het veld dat verkend wordt.

3.1 STANDAARDISATIE VAN KENNIS IN DE ZORG

Omdat dit onderzoek zich centreert rondom de kwaliteitsstandaarden van het NKO en hoe professionals daar op betekenisvolle wijze mee kunnen omgaan, is het relevant om te kijken wat deze standaarden precies zijn, waar ze vandaan komen, wat voor vormen van standaardisatie er zijn en hoe de standaarden van het NKO geplaatst kunnen worden.

3.1.1 ONTSTAAN

Het beginpunt van standaardisatie en *evidence based medicine* ligt aan het begin van de twintigste eeuw in Amerika (Timmermans & Berg, 2003). Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes en Richardson (1996, p. 72) definiëren *evidence based medicine* (EBM) als: *the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*. Artsen die volgens EBM werken zouden bewust, expliciet en verstandig gebruik moeten maken van de laatste inzichten in beslissingen over individuele patiëntenzorg. Timmermans en Berg (2003) beschrijven hoe standaarden zich vanuit evidence based medicine (EBM) en clinical practice guidelines ontwikkeld hebben. Er zijn er verschillende perspectieven of paradigma's op kwaliteitsstandaarden. Timmermans en Berg (2003) beschrijven de situatie voor en na EBM. Voordat EBM was ontwikkeld, werd de professional getraind en in de praktijk gesocialiseerd. De ervaring en senioriteit van de professional bepaalde hoeveel gebruikgemaakt werd van standaarden. In de praktijk werden ze eigenlijk alleen gebruikt door mensen die nog maar net arts waren.

Met de komst van EBM veranderde het oude perspectief. Senioriteit was niet meer afdoende om klinische keuzes op te baseren. Door methoden en behandelingen en de uitkomsten daarvan te vergelijken kwam men tot inzicht over wat effectief was in

bepaalde klinische situaties. Door wetenschappelijk onderzoek nam de hoeveelheid medische kennis snel toe. Inzichten veranderden zo snel dat je het je als arts niet meer kon permitteren om op basis van kennis van die twintig jaar oud was keuzes te maken. Nog steeds wordt er een enorme hoeveelheid aan medische wetenschappelijke literatuur gepubliceerd (Burgers, Smolders, Van Der Weijden, Davis, & Grol, 2013). Ter illustratie, sinds 1990 zijn meer dan 2 miljoen medische wetenschappelijke artikelen gepubliceerd in meer dan 20000 journals (Timmermans & Berg, 2003, p. 86). Dat konden en kunnen professionals nooit allemaal zelfstandig bijhouden. Door deze informatie te verspreiden via standaarden konden professionals up-to-date gehouden worden (Timmermans, 2005). Dit lijkt een relatief simpel proces, maar de vraag blijft wat in de standaarden precies moet komen te staan en wat voor typen standaarden er zijn.

3.1.2 TYPEN STANDAARDEN

Een mogelijke indeling van typen standaarden wordt door Timmermans en Berg gegeven: *design standards*; *terminological standards*, *performance standards* en *procedural standards*. Design standards schrijven voor hoe bepaalde medische producten of teams eruit moeten zien. Bijvoorbeeld hoe groot injectienaalden moeten zijn, of uit hoeveel personen een specialistisch team moet bestaan. Terminological standards schrijven terminologie voor, bijvoorbeeld welke code er gebruikt wordt voor een longontsteking of aan welke voorwaarden voldaan moet worden voordat gesproken kan worden over een longontsteking. In de psychiatrie is de DSM-V een voorbeeld van terminologische standaarden door classificaties en diagnostische informatie over psychische aandoeningen te beschrijven. Performance standards schrijven voor wat de uitkomsten zouden moeten zijn van een bepaalde behandeling en wat bijvoorbeeld het percentage complicaties mag zijn dat kan optreden bij een specifieke operatie. Er wordt niet voorgeschreven *hoe* een professionele handeling uitgevoerd moet worden, maar wat het *effect* ervan zou moeten zijn.

Procedural standards schrijven wel voor hoe iets gedaan moet worden. Dit is het type dat in deze scriptie onderzocht wordt. Timmermans en Berg (2005, p. 25) beschrijven dit als standaarden welke een aantal stappen in een *proces* voorschrijven die ondernomen moeten worden in specifieke omstandigheden. Procedurele standaarden beschrijven welke zorg in welke omstandigheden toe te passen en hoe deze zorg geboden zou moeten worden. Procedurele standaarden zijn in de medische wereld de norm en worden in hoog tempo ontwikkeld (Timmermans, 2005). Enerzijds helpen ze in het bieden van de zorg op basis van wetenschappelijke inzichten, anderzijds kunnen ze de professional beknotten wanneer deze de standaard *moet* volgen. Daar waar standaarden professionals ondersteunen in het maken van beslissingen bestaat er een risico, namelijk dat ze gaan voorschrijven aan de professional wat deze *moet* doen.

Er kan spanning ontstaan tussen een procedurele standaard en de discretionaire ruimte van professionals. Dit is het geval wanneer procedurele standaarden gevolgd moeten worden en de professional een cliënt met een situatie heeft die iets anders vraagt dan de standaard voorschrijft. In een dergelijke situatie is het wenselijk dat de professional afwijkt van de standaard om zorg te bieden die passend is bij de cliënt. Dit gaat volgens Timmermans (2005) nog een stap verder wanneer professionals gecontroleerd worden op het naleven van deze standaarden. Dan zijn standaarden geen ondersteuningsmiddel meer maar een middel om handelingen bij professionals te controleren en af te dwingen. Hierop is vooral kans wanneer de financier van zorg de standaarden van een beroepsgroep gaat gebruiken om het handelen van diezelfde beroepsgroep te controleren.

3.1.3 FUNCTIES EN EFFECTEN VAN STANDAARDEN

Standaarden hebben verschillende functies en effecten. Standaarden worden gebruikt om informatie te verspreiden onder professionals. Via standaardisering wordt het mogelijk voor professionals om zich op dezelfde inzichten te baseren bij een bepaald type aandoeningen. De vooronderstelling is dat wanneer professionals zich kunnen baseren op dezelfde informatie bij keuzes, zij ook een grotere uniformiteit laten zien in behandeluitkomst. Standaarden functioneren daarmee als aggregaten van kennis voor professionals. Kennis over wat werkt wordt vastgelegd en daarmee toegankelijk voor alle professionals (De Bruijn, 2011). Standaarden kunnen zo helpen bij het verhogen van uniformiteit in geleverde zorg. Het maakt immers niet meer uit of een patiënt naar arts A of B gaat. De geleverde diensten worden door standaarden in een sector uniform.

Een ander effect van standaarden is dat externe partijen deze kunnen gebruiken om controle uit te oefenen op professionals (Burgers e.a., 2013; Timmermans, 2005). Omdat standaarden op papier staan kunnen derde partijen deze gebruiken om het handelen van professionals te controleren (procedurele standaarden) en te kijken of de behandeluitkomsten 'kloppen' (prestatie standaarden). Idealiter maken standaarden het mogelijk om een gesprek te voeren over de geleverde diensten en kunnen slecht presterende professionals aangesproken worden op hun professioneel handelen. Wanneer de gedachte van controle verder wordt doorgevoerd kunnen standaarden gebruikt worden om professionals ter verantwoording te roepen voor behandelresultaten en hen hierop af te rekenen. Dan wordt het element van verantwoording groter dan de autonomie van de professional die ze ondersteunen (Timmermans, 2005, pp. 497, 498).

In deze gedachtegang zitten vier stappen.

1. Standaarden verspreiden de laatste inzichten waarop professionals zich baseren
2. Professionals baseren zich via standaarden op de laatste inzichten

3. De uitkomst van behandeling wordt door standaarden uniform
4. Wanneer behandeluitkomsten niet goed zijn ligt dit aan de professional

De vierde stap in dit proces heeft ervoor gezorgd dat standaarden steeds vaker gebruikt worden door externe partijen om controle uit te oefenen op professioneel handelen. Op deze manier veranderen procedurele standaarden in prestatiestandaarden, namelijk standaarden die de uitkomst van behandeling voorschrijven en niet meer het proces. Timmermans beschrijft dat vanuit de professional gezien standaarden niet determinatief of beperkend moeten werken, maar leidend en richtinggevend. Een nuance, maar toch een belangrijk verschil. Het *afdwingen* van het volgen van de standaard is volgens Timmermans ook een bijzondere beweging, omdat die standaarden door professionals zelf opgesteld worden. De manier waarop deze verantwoording toch wordt afgedwongen is door middel van financieringsstromen waarbij de naleving van standaarden als voorwaarde gesteld wordt. In Nederland verloopt dat via de zorgverzekeraars, zij kopen immers zorg in bij instellingen waar professionals werken. Timmermans stelt daarbij de vraag wie er dan nog bepaalt wat er gebeurt in een behandeling, de financier of de professional? Wel plaatst hij een kanttekening bij de kritiek op standaarden, want hoe zouden professionals anders gecontroleerd kunnen worden of verantwoording moeten afleggen voor hun handelen?

3.1.4 KWALITEIT VAN ZORG

Kwaliteitsstandaarden zijn er om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Berg en Timmermans (2003, p.195-196) geven op basis van Amerikaanse onderzoeken aan wat goede zorg in kan houden en welke aspecten daarbij betrokken zijn. Goede zorg wordt volgens hen gekenmerkt door zes eigenschappen. Goede zorg is:

- Veilig: patiënten mogen niet geschaad worden door de ontvangen zorg
- Effectief: evidence-based en afgestemd op de noden van de patiënt
- Patiëntgericht: zorg is gericht op de waarden van de patiënt en ingericht rond diens behoeften (fysiek, emotioneel, communicatie en informatie)
- Tijdig: korte wachttijden, behandeling verloopt soepel
- Efficiënt: de beste service voor een zo laag mogelijke prijs
- Toegankelijk: voor iedereen bereikbaar en non-discriminatoir

3.2 PROFESSIONALS

3.2.1 KLASSIEKE PROFESSIONALS

‘Professional’ is een begrip dat velen zich zouden willen toekennen (Wilensky, 1964). Maar wie mogen zich nu écht professionals noemen, en wat wordt daarmee bedoeld? Klassieke professionals worden ook wel pure professionals genoemd. Wilensky (1964) spreekt over een *technische basis* en een bepaald *service-ideaal* dat

professionals kenmerkt. Twee klassieke voorbeelden die hij hiervan geeft zijn de dominee en de arts. Zij hebben bepaalde kennis, waar niemand aan twijfelt en aan hun intentie wordt niet getwijfeld. Ze zetten zich in voor de goede zaak zonder winstoogmerk. Dit maakt dat zij het vertrouwen van het publiek hebben. Door dit vertrouwen hebben artsen een grote mate van autonomie in het handelen in de behandelkamer (Evetts, 2002). Patiënten vertrouwen erop dat artsen het beste met hen voor hebben en beschikken over de kennis om beslissingen te nemen. Dit type autonomie om beslissingen te nemen met de patiënt wordt in dit onderzoek taak-autonomie genoemd.

Klassieke, pure professionals hebben naast deze taak-autonomie tevens jurisdictie over hun eigen domein (Abbott, 1988). Professionals zijn autonoom in het bepalen wat de eisen zijn om bij de beroepsgroep te horen en hoe de uitvoering van het werk eruitziet. Dat komt doordat professionals hun eigen kennis en domein bewaken en beslissen wie zich bijvoorbeeld arts mag noemen, of dominee (Noordegraaf, 2007). Dat krijgt voornamelijk vorm in professionele verenigingen, beroepsverenigingen die bepalen wie zich bijvoorbeeld psychiater mag noemen, en wat de voorwaarden daarvoor zijn. Voorbeelden van deze controle zijn het voorwaardelijk stellen van het bezoeken van congressen, schrijven van papers, meewerken aan onderzoek, of het krijgen van supervisie om jezelf psychiater te mogen noemen. Dit type autonomie wordt in dit onderzoek waarde-autonomie genoemd.

Van oudsher werden professionals opgeleid aan de universiteit en na deze opleiding gesocialiseerd in het werkveld. Daardoor is niet alleen sprake van wetenschappelijke kennis, maar ook van *tacit knowledge*. *Tacit knowledge* is lastig te codificeren omdat men die verkrijgt door het opdoen van ervaring in de professionele praktijk (Wilensky, 1964). Net als leren fietsen: dat is niet iets dat je kan leren door erover te lezen of iemand erover te horen spreken, dat is iets dat je leert door het te *doen*. Daardoor zit die kennis in de persoon zelf en komt die met jaren ervaring, senioriteit. Klassieke professionals worden dus gekenmerkt door inhoudelijke wetenschappelijke kennis en het hebben van jurisdictie over deze kennis en de beroepsgroep (Noordegraaf, 2007).

3.2.2 HYBRIDISERING VAN PROFESSIONALS

Door veranderingen in de maatschappij tussen 1980 en 1990 is de positie en druk op professionals toegenomen (Noordegraaf, 2015b). Numerato, Salvatore en Fattore (2012) noemen de crisis van de welvaartstaat, de toenemende marktwerking in de zorg, cliënten die mondiger zijn geworden en het breed uitmeten van fouten als oorzaken voor deze veranderingen. Deze veranderingen passen binnen het New Public Management (NPM) wat betekent dat er een grotere focus kwam te liggen op prestaties en het inzetten van zo min mogelijk middelen om zoveel mogelijk te bereiken (Noordegraaf, 2015b). Een concreet voorbeeld is dat artsen bijvoorbeeld meer patiënten op een dag moesten zien dan voorheen. Dat betekende kortere

consulten terwijl de verwachtingen van patiënten omhooggingen. Hierdoor ontstond financiële druk: men moest meer leveren voor minder geld en men moest meer verantwoording afleggen voor het handelen omdat de verwachtingen en mondigheid van burgers stegen. Er moest verantwoording worden afgelegd om het vertrouwen van het publiek te behouden (Evetts, 2002, p. 347).

Professionals reageren daarop op verschillende manieren, ze kunnen vasthouden aan hun pure professionalisme zoals hierboven beschreven en kunnen dan de jurisdictie over de professie benadrukken. Een andere beweging is die van hybridisering van professionals (Kirkpatrick, Jespersen, Dent, & Neogy, 2009; Noordegraaf, 2007). Dit betekent dat professionals zowel uitvoerende taken als managende krijgen. Hybride professionals krijgen hierdoor een organiserend vermogen in de professionele praktijk. Door de toegenomen druk vanuit de maatschappij moesten professionals wel tegemoetkomen aan de roep om verantwoording. De beweging van standaardisering om kwaliteit te waarborgen kan ook in deze ontwikkeling geplaatst worden. Daarom hebben standaarden niet alleen de taak om kwaliteit van handelen te waarborgen, maar ook het maatschappelijke vertrouwen in de ggz-professional te herstellen (Wilensky, 1964).

Door standaardisering en het herstellen van het vertrouwen van het publiek is de staat steeds meer in het spel gekomen bij professies. Alleen bij de medische en juridische professies kan volgens Evetts (2002) nog gesproken worden over een grote mate van autonomie, waarmee zij zowel waarde- als taak-autonomie bedoelt. Er is een beweging van steeds meer externe controle om professies te reguleren (MacDonald, 1995). Deze controle wordt zichtbaar door externe partijen die invloed uitoefenen op de standaarden die beroepsgroepen gebruiken. Omdat volledige autonomie niet meer vanzelfsprekend is spreekt Evetts (2002) van discretie van professionals. Met discretie duidt ze op de handelingsvrijheid met patiënten in het werk van professionals. Van volledige zelfregulering door de beroepsgroep is volgens haar geen sprake meer. Er zijn dus verschillende typen autonomie te onderscheiden.

3.2.3 TYPEN AUTONOMIE

Zoals hiervoor beschreven geeft Evetts (2002) aan dat professionaliteit vorm krijgt op het niveau van de beroepsgroep zowel als op het individuele niveau in de behandelkamer. Timmermans en Berg (2003) beschrijven deze ook op zowel individueel als geaggregeerd niveau. Op geaggregeerd niveau is autonomie de autonomie van de beroepsgroep. Op individueel niveau is autonomie de vrijheid in professioneel handelen, de ruimte die je als professional hebt in de professionele praktijk, bijvoorbeeld de spreekkamer als arts. Dit onderzoek richt zich op hoe ggz-professionals hun autonomie ervaren en of dit verandert door de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Tummers en Bekkers (2014) hebben onderzoek gedaan naar discretie of autonomie in het handelen van professionals. In hun artikel maken ze net als Evetts (2002) en Timmermans en Berg (2003) onderscheid tussen autonomie

in het handelen van de professional en op een geaggregeerd niveau, dat van de beroepsgroep.

Tummers en Bekkers (2014) maken gebruik van een onderscheid in autonomie die je in je *taak* als professional nodig hebt om af te wijken van een standaard of procedure en de *waarde* van autonomie als zodanig. *Taak*-autonomie is de discretionaire ruimte die de professional nodig heeft om beslissingen te maken over wat voor behandeling passend is in een specifieke situatie, bijvoorbeeld welke medicijnen voor te schrijven. Dit is dan ook de ruimte die gevoelsmatig aangetast kan worden door voorgeschreven standaarden, regels en procedures. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer een professional een cliënt heeft waar de richtlijn iets anders voorschrijft dan wat de professional zou willen doen gebaseerd op zijn *tacit knowledge*. *Taak*-autonomie maakt ook dat een professional ruimte heeft om een bepaalde omgang te kiezen met standaarden of procedures (Lipsky, 1980).

Naast *taak*-autonomie is er *waarde*-autonomie, dit is het gevoel van autonomie dat voortkomt uit de socialisatie die je als professional doormaakt. Het is verbonden met het gevoel van een verworven recht dat professionals hebben op hun vakgebied (Freidson, 1994). *Waarde*-autonomie gaat ook over de *controle* en *zelfregulering* van de beroepsgroep. Noordegraaf (2007) beschrijft deze waarde; het gaat niet alleen om de technische kennis die je als professional hebt, het gaat er ook om hoe je je gedraagt als professional. Wanneer de werkpraktijk extern beïnvloed wordt, bijvoorbeeld door standaarden, kan dit gevoel van waarde autonomie aangetast worden. Tegelijkertijd verandert deze discretionaire ruimte op zowel geaggregeerd als individueel niveau. In het volgende onderdeel zal verder onderzocht worden hoe in de literatuur gesproken wordt over deze veranderende autonomie.

3.2.4 VERANDERENDE AUTONOMIE

Vanuit de in de inleiding beschreven situatie blijkt dat de vraag centreert rondom de veranderende professionele praktijk in de ggz en de reactie van professionals daarop. Zoals hiervoor genoemd, zijn er een aantal manieren om aan te kijken tegen de veranderende praktijk van professies. Wallenberg e.a. (2016) laat zien dat er door de veranderende verhoudingen tussen staat, markt, organisaties en de professies zelf de professionele praktijk veranderd is. Hierbij klinkt de roep om professies steeds transparanter te maken (Levay & Waks, 2009, p. 511), te reguleren en te protocolleren (Waring & Currie, 2009). In grote lijnen is de discussie zoals hierboven genoemd in twee categorieën te verdelen. De eerste is dat de professional zijn of haar autonomie ziet krimpen door kwaliteitssystemen die binnendringen in de professionele praktijk. De tweede is dat door deze (onvermijdelijke) ontwikkeling de professional zijn of haar positie weet te versterken. Dit zijn de uitersten die op een continuüm geplaatst kunnen worden. Er zijn meer mogelijk manieren van omgang met deze ontwikkeling, dit wordt hieronder verder toegelicht.

3.2.5 SLACHTOFFERS VS. STRATEGEN

In het spreken over deze veranderingen ten aanzien van de taak- en waarde-autonomie van professionals zijn verschillende geluiden te horen. Aan de ene kant worden professionals beschreven als *slachtoffers* omdat zij hun taak- en waarde-autonomie zijn kwijtgeraakt door regulering, standaardisering en protocollering (Levay Waks, 2009; Evetts, 2011). Dan wordt gesteld dat het werk van professionals gekoloniseerd wordt door managementtaal en auditsystemen (Waring & Currie, 2009). Er komt een focus te liggen op het voldoen aan de regels in plaats van het goed doen van werk (ticking the boxes). Kritiek die geleverd wordt op het kwaliteitssysteem is dat het onderdelen meet die niet relevant zijn voor de geleverde kwaliteit (Levay & Waks, 2009). De uitkomsten van kwaliteitssystemen worden gebruikt om professionals af te rekenen op hun prestaties (Noordegraaf, 2015b; Oosterom, 2018; Pronk, 2014). Procedurele standaarden worden dan performance standaarden (Timmermans, 2005). Professionals worden in deze manier van spreken over standaardisering neergezet als slachtoffers.

Aan de andere kant wordt gesproken over professionals als *strategen*. Door regulering, standaardisering en protocollering raken professionals niet hun taak- en waarde-autonomie kwijt maar kunnen ze juist hun eigen belangen behartigen (Wallenburg e.a., 2016). Professionals spelen dan in op de manier waarop kwaliteitssystemen worden gebruikt door managers. Hier zijn professionals in controle over de manier waarop ze gecontroleerd worden. De macht ligt niet bij de manager of 'het systeem' maar bij de professional (Currie, Lockett, Finn, Martin, & Waring, 2012; Levay & Waks, 2009; Waring & Currie, 2009). Het spreken over professionals als slachtoffers of als strategen is te plaatsen op een continuüm van reacties van professionals op managementingrijpen (Numerato e.a., 2012). In het volgende onderdeel wordt op basis van het artikel van Numerato e.a. (2012) dit continuüm geschetst, wat zal dienen als opzet om de reacties van ggz-professionals te verstaan.

3.2.6 CONTINUÛM

De reacties van professionals worden door Numerato, Salvatore en Fattore (2012) als volgt gecategoriseerd, welke hieronder verder worden toegelicht: *managerial hegemony*, *co-optation*, *negotiation*, *strategic adaptation* en *professional opposition*.

Managerial Hegemony of meegaan betekent het systeem van de managers overnemen. Het taalgebruik, de cultuur, de manier van evalueren. Numerato e.a. (2012) beschrijven deze beweging als een ideologie van 'managerialism' die door professionals wordt overgenomen (Numerato e.a., 2012, pp. 632–633). Zowel de taak- als waarde-autonomie van professionals wordt beperkt doordat deze gaan opereren vanuit het denkkader van managers via rationalisering en standaardisering (Levay & Waks, 2009). Professionals worden ter verantwoording geroepen door

managementsystemen waarin het kwantificeerbaar maken van resultaten centraal staat.

Co-optation betekent dat managers een systeem creëren waarbinnen professionals de controle hebben doordat ze de inhoud van evaluatiecriteria bepalen. Dit wordt ook wel soft bureaucracy genoemd door Waring en Currie (2009). Er is dus geen sprake van een harde top down controle door managers op de inhoud, maar op de procedure die professionals moeten volgen. Managers verzamelen professionals die samen middels een expert-netwerk standaarden opstellen die door de professionals worden nageleefd. Dat kan betekenen dat de taak-autonomie van professionals beperkt wordt door extra verantwoording (Molleman, Broekhuis, Stoffels, & Jaspers, 2008). Naast de verantwoording die moet worden afgelegd dragen professionals ook macht over door de kennis die ze bezitten te codificeren (Waring & Currie, 2009).

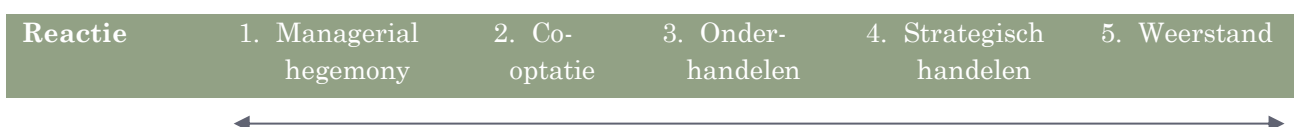
Negotiation trekt de professional in het management, dit duidt op de hybridisering van professionals. Er kan een onderscheid ontstaan tussen enerzijds managende professionals en anderzijds uitvoerende professionals. Hierbij gaan ggz-professionals managementfuncties uitvoeren waardoor legitimiteit van genomen maatregelen toeneemt. Professionals die managende taken gaan uitvoeren worden door Noordegraaf (2007) ook wel hybride professionals genoemd. Professionals gaan professionals controleren, dit blijkt effectiever dan traditionele manieren van managers om professionals te controleren (Numerato e.a., 2012, p. 634). Dit gaat echter in tegen de informele manier van peer-control en intercollegiale toetsing die niet gereguleerd is. Er komt dus een sterkere controle vanuit het management op professionals doordat de manier van controle, ondanks dat deze door professionals uitgevoerd wordt, is georganiseerd vanuit het management. Hierdoor worden zowel waarde- als taak-autonomie ingeperkt.

Strategic Adaptation betekent dat professionals controle gaan uitvoeren over de totstandkoming van de controlemechanismen en/of de implementatie daarvan. Door op deze manier in te spelen op de beweging van standaardisatie en controle vanuit het management kunnen professionals een grote mate van controle behouden, hierdoor blijft hun taak-autonomie intact of wordt zelfs verruimd (Wallenburg e.a., 2016). Dat doen ze door strategisch in te spelen op de nieuwe regels en zo de oude praktijk in stand houden; door regels soms te negeren of door checklists zo te gebruiken dat ze er toch iets uit kunnen halen (Wallenburg e.a., 2016). Een term die hierbij naar voren komt is die van *soft autonomy* van Levay en Waks (2009). Hierbij is de controle over evaluatiecriteria volledig in handen van professionals. Professionals kunnen managende elementen gaan gebruiken in hun professionele werk waardoor autonomie behouden kan blijven of zelfs versterkt wordt, dit noemen Waring en Currie *reverse colonization* (2009, p. 576). Wanneer professionals zich lijken te conformeren aan het management is dit eerder een 'schijnconformatie' dan dat dit een sterke impact heeft op de dagelijkse praktijk van de professional.

Professional Opposition of weerstand betekent dat de professionals een grote mate van weerstand bieden tegen protocollen of standaarden omdat deze gepercipieerd worden als een inbreuk in de professionele praktijk. Hierbij werken professionals om de mechanismen heen of men vult de systemen die kwaliteit moeten waarborgen oppervlakkig in (Flynn, 2004; Levay & Waks, 2009). Eén van de argumenten die door Numerato, Salvatore en Fattore (2012) wordt aangehaald is dat de standaarden niet passen bij de complexe situatie waarin cliënten zich bevinden. Professionals vragen zich af of het vergelijken van de gemeten resultaten zin heeft omdat de ene professional nu eenmaal moeilijkere patiënten krijgt dan de andere.

Professionals in het onderzoek van Levay en Waks (2009) stellen dat de professional met de slechtste score in een meetsysteem de beste in het vak zou kunnen zijn, *juist* omdat die met de meest moeilijke en risicovolle cliënten te maken krijgt. Wanneer er kritiek vanuit de professionals kwam, was dit niet zozeer gericht tegen het *idee* van kwaliteitscontrole, maar tegen de *manier* waarop deze werd uitgevoerd (Levay & Waks, 2009, p. 521). Ook Evetts (2011, p. 415) stelt dat professionals die creatief, innovatief en inspirerend willen werken, belemmerd worden in een context die neigt naar standaardisatie. Het is de slecht presterende professional die baat heeft bij standaardisatie. Door meetsystemen in de ggz worden professionals in hun beoordeling afhankelijk van de patiënt die ze behandelen. Het is niet een omgeving waarbij het resultaat alleen afhangt van de kwaliteit die de professional levert. Al deze redenen worden aangedragen als mogelijke antwoorden op de vraag waarom professionals weerstand bieden tegen standaardisering.

In het vorige onderdeel is de discussie besproken over de taak- en waarde-autonomie van de professional. Het hierin geschetste beeld van dichotomie tussen managers en professionals komt niet overeen met de complexe werkelijkheid, zo stellen Numerato, Salvatore en Fattore (2012). Andere auteurs, waaronder de Bruijn (2011) laten zien dat er een grijs gebied zit tussen managers en professionals en dat die twee ook kunnen samenwerken. Bijvoorbeeld als het gaat om procedures waarop de standaarden tot stand komen, ingevoerd worden of in de praktijk gebruikt worden. Het conflictuele of dichotomische beeld schiet tekort om alle mogelijke reacties van professionals te omvatten. De hierboven beschreven categorieën zijn dus een continuüm en zijn geen scherp afgebakende gebieden. Het continuüm dat gehanteerd zal worden om de reacties van professionals te kaderen is afgebeeld in figuur 2.



Figuur 2 Continuüm met reacties ggz-professionals

3.3 BRUIKBARE STANDAARDEN

Om voorbij te gaan aan de geponeerde tegenstelling tussen managers en professionals is meer onderzoek nodig over de impact en betekenis van kwaliteitsstandaarden op de professionele praktijk (Numerato e.a., 2012). Tummers en Bekkers (2014) concluderen dat de ervaren autonomie van professionals een belangrijke factor is voor de mate van bereidheid van professionals om nieuw beleid te volgen. Wanneer professionals meer taak-autonomie ervaren in de manier waarop ze standaarden mogen toepassen neemt hun bereidheid toe om deze te gebruiken in de professionele praktijk. Naast ervaren taak-autonomie stellen zij dat wanneer professionals standaarden als betekenisvol voor cliënt en maatschappij ervaren, de bereidheid toeneemt om deze te gebruiken in de professionele praktijk. De Bruijn (2011) beschrijft ook hoe standaardisatie op een zinvolle wijze voor professionals kan worden toegepast. Ondanks dat hij dit doet vanuit een managersperspectief, spreekt hij zich uit voor een grote rol voor professionals zelf. Zij moeten bepalend zijn in de manier waarop standaarden worden gebruikt in het dagelijkse werk.

Het eerste overkoepelende thema dat zowel bij De Bruijn (2011, p. 79) als bij Grol en anderen (Grol, 1993; Grol e.a., 2013, p. 96) expliciet genoemd wordt is *eigenaarschap*. De beleving dat de standaarden door professionals zelf zijn opgesteld en dat professionals bepalen hoe ze deze gebruiken in de praktijk geeft een gevoel van eigenaarschap. Wanneer professionals ervaren dat ze zelf eigenaar zijn van standaarden neemt de bereidheid toe om ermee te werken. Professionals stellen zelf de standaarden op en kunnen deze aanpassen waar nodig. Dit wordt gedaan door de beroepsvereniging omdat het niet haalbaar is dat letterlijk *alle* professionals van een beroepsgroep schrijven aan een standaard. Een commissie met experts op het betreffende thema wordt ingesteld welke dan werkt aan een standaard. *Eigenaarschap* is daarom verbonden met het gevoel van waarde-autonomie, het gevoel van autonomie als verworven recht van de beroepsgroep.

Een tweede overkoepelend thema is dat de standaarden *ruimte* van handelen moeten bieden. De discretionaire *ruimte* van de professional moet niet te drastisch veranderen want verandering roept weerstand op (Moliterno, 2013). Daarom moeten de nieuwe standaarden niet een te grote impact hebben op de professionele praktijk. Die ruimte zit bijvoorbeeld in het afwijken van standaarden. Standaarden moeten niet als een keurslijf aanvoelen voor de professional maar als een middel dat hen helpt om beslissingen te nemen over wat de beste zorg is voor de cliënt. Dit vindt dus niet zozeer plaats op het niveau van de beroepsgroep maar op het individuele niveau van professionals in de praktijk. *Ruimte* is daardoor verbonden met de taak-autonomie van professionals, de discretionaire ruimte die een professional nodig heeft om beslissingen te maken over wat passend is in een specifieke situatie.

Het derde overkoepelende thema is *leren* van standaarden. Dit betekent dat professionals van de standaarden of van elkaar leren door het werken met standaarden. Nieuwe kwaliteitsstandaarden kunnen een lerend proces

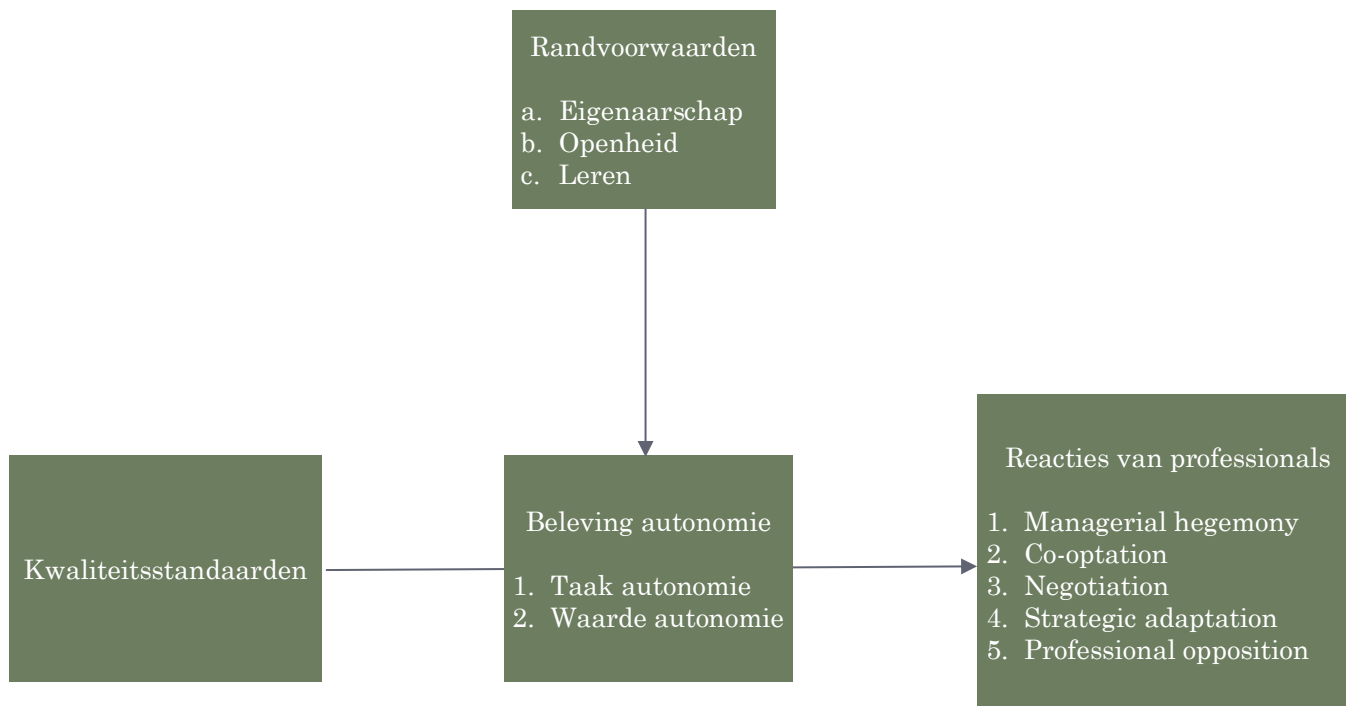
ondersteunen door nieuwe kennis onder professionals te verspreiden. Daarnaast kunnen standaarden helpen in een leerproces doordat ze het gesprek over behandelingen met andere professionals stimuleren. Dit is een manier waarop professionals elkaar onderling informeel en ongedwongen controleren en zodoende van elkaar leren en de kwaliteit van zorg waarborgen (De Bruijn, 2011). Om dit leerproces te faciliteren is het nodig dat standaarden feedback geven in de behandeling. Dit kan bijvoorbeeld door meetinstrumenten die door cliënten ingevuld worden, waardoor er informatie over de effectiviteit van de behandeling beschikbaar is. Net als *ruimte* relateert *leren* aan de taak-autonomie van professionals. In tabel 4 is een overzicht van de verschillende randvoorwaarden van professionals.

Tabel 4
Randvoorwaarden met omschrijving

Randvoorwaarden	Omschrijving
a. Eigenaarschap	GGz-professionals ervaren dat de standaarden zijn van en voor ggz-professionals
b. Ruimte	GGz-professionals ervaren dat de standaarden een beperkte impact hebben op de professionele praktijk
c. Leren	GGz-professionals ervaren dat de standaarden ingezet worden om van te leren, en van elkaar te leren.

3.4 THEORETISCH KADER

Hierboven zijn een aantal concepten behandeld die ook weergegeven kunnen worden in een schema, zie hiervoor figuur 3. Aan de linkerzijde staan de kwaliteitsstandaarden die van invloed zijn op de beleefde taak- en waarde-autonomie. Die beleving bepaalt de reactie van professionals, de verwachting is dat wanneer ggz-professionals ervaren dat de autonomie krimpt er gereageerd wordt met weerstand. Daar tegenover is de verwachting dat wanneer professionals niet het gevoel hebben dat hun autonomie krimpt ze zullen meebewegen met de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Tevens is de verwachting dat ggz-professionals voorwaarden hebben en dat, als daar rekening mee gehouden wordt, ze eerder geneigd zullen zijn mee te bewegen met de nieuwe kwaliteitsstandaarden.



Figuur 3 Schematische weergave theoretisch kader

3.5 CONCLUSIE

Wanneer deze verschillende perspectieven rondom standaardisatie, professionals en betekenisvolle standaarden samen worden genomen, zijn er een aantal conclusies die bepalend zijn voor de duiding en (in)richting van dit onderzoek. *Standaardisering* is een proces dat onontkoombaar is vanwege de toegenomen kennis en hoeveelheid onderzoek. Die kennis wordt voornamelijk vastgelegd in procedurele en performance standaarden. Deze kunnen gebruikt worden voor het up-to-date houden van professionals om zo de kwaliteit en uniformiteit te verhogen tussen behandelaren. Tevens is er een tendens om procedurele standaarden ook te gebruiken als performance standaarden. Het is daarom niet geheel ondenkbaar dat professionals bang zijn dat ze van bovenaf hiermee worden afgerekend.

Dit gevoel van werken met standaarden hangt samen met de *ervaren autonomie* van professionals. De standaarden van het NKO doen *iets* met de ervaring van taak- en waarde-autonomie van de professional. Hoe standaarden precies effect hebben op de beleefde autonomie van professionals (krimpen, groeien, veranderen) is niet onbetwist in de literatuur. Wat helder is, is dat er een veelvoud aan manieren is waarop professionals kunnen omgaan met deze verandering. Omdat standaarden invloed hebben op de professionele praktijk is het onwaarschijnlijk dat ze klakkeloos gevolgd worden. Eveneens is het onwaarschijnlijk dat ggz-professionals weigeren ermee te werken vanwege het wettelijke kader dat de standaarden verplicht stelt.

De reacties zullen naar verwachting liggen in het spectrum wat tussen deze uitersten ligt of in ieder geval randvoorwaarden hebben.

Dit onderzoek richt zich zowel op de taak-autonomie als de waarde-autonomie van professionals. Vanwege de hoge mate van co-morbiditeit bij cliënten is de verwachting dat ggz-professionals iets anders willen voorschrijven dan wat een standaard voorschrijft. Dat maakt dat er spanning ontstaat tussen de taak-autonomie van professionals en een standaard. Tevens is de verwachting dat wanneer professionals niet goed weten waar de standaarden vandaan komen ze weerstand zullen hebben vanuit hun beroepsgevoel. Dat betekent spanning tussen een standaard en de waarde-autonomie van professionals. De vraag is dan ook wat deze reactie van professionals kan beïnvloeden. Vanuit de literatuur is de verwachting dat de reactie bepaald wordt door de manier waarop managers sturen in het gebruik van standaarden.

De reactie van professionals is naar verwachting afhankelijk van de aandacht voor de aandachtsgebieden (eigenaarschap, ruimte en leren) in het gebruik van standaarden. Namelijk, hoe kunnen standaarden gebruikt worden in de praktijk op een manier die het gevoel van waarde en taak-autonomie van de professional niet te ingrijpend verandert. Het gevoel van *eigenaarschap* over de standaarden lijkt een belangrijk thema te zijn vanuit de literatuur. Dit ervaren eigenaarschap kan ervoor zorgen dat professionals meebewegen. Daarnaast zijn *ruimte voor professioneel handelen* en *leren van standaarden* belangrijke thema's wanneer het gaat om de weerstand die professionals bieden. Ruimte voor professioneel handelen omdat de discretionaire ruimte niet te ingrijpend moet veranderen. Leren van standaarden omdat de focus moet zijn op het leerelement in standaarden en niet op de standaarden om controle uit te oefenen. Deze inzichten samen hebben geleid tot de schematische weergave in figuur 3, welke gebruikt wordt in het vervolg van het onderzoek.

4 ONDERZOEKSAANPAK

Aan het einde van het vorige hoofdstuk is geconcludeerd dat de invoering van nieuwe kwaliteitsstandaarden een reactie van professionals oproept in relatie tot hun autonomie. Deze reactie is nog onduidelijk vanuit de breedte van de literatuur over dit onderwerp. Eveneens is het inzetten van standaarden wel sterk beschreven vanuit het perspectief van managers, maar minder vanuit een perspectief van professionals. Hoe deze regiebehandelaren de standaarden betekenisvol kunnen inzetten blijft daarmee ook een vraag. In dit hoofdstuk zal verder toegelicht worden hoe op deze vragen een antwoord kan worden gegeven door de methodologische kaders te schetsen.

4.1 STRATEGIE

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve aanpak omdat dit het beste aansluit bij de hoofdvraag. Er wordt immers gevraagd naar de *reactie* van professionals ten aanzien van de introductie van nieuwe kwaliteitsstandaarden en hun autonomie en de invloed van aanpak hierop. Vanuit het theoretisch kader werd duidelijk dat de reacties die professionals hebben op een continuüm te plaatsen zijn, beter dan in afgebakende hokjes. Ook buiten dit continuüm zijn er wellicht nog antwoorden die vanuit de huidige literatuur niet bekend zijn. Nuance is bij uitstek nodig om de ervaring en beleving van ggz-professionals te achterhalen, één van de kenmerken van kwalitatief onderzoek (Hox, Boeije, & 't Hart, 2016).

4.1.1 INTERPRETATIEF ONDERZOEK

Deetz (1996) schetst een kader van verschillende discoursen in wetenschappelijk onderzoek. Daarbinnen plaatst dit onderzoek zich in het interpretatieve kader. Vanwege de focus op het verstaan van de professional en diens ervaren van de invoering van nieuwe kwaliteitsstandaarden in de professionele praktijk ligt de nadruk op *interpretatief* onderzoek. De literatuur over professionals en de reacties van professionals zoals beschreven in het theoretisch kader dienen als input om de reacties van professionals te kunnen plaatsen. De intentie is ook om het continuüm uit 3.2.6. aan te passen wanneer andere reacties door ggz-professionals gegeven worden die niet geplaatst kunnen worden in het continuüm. De theorie wordt dus niet 'getoetst' maar gebruikt als frame waarop voortgebouwd wordt. Zoals bij de bespreking van Numerato e.a. (2012) al genoemd is, is de intentie voorbij te gaan aan het dichotomische discours van manager versus professional. In de tweede empirische vraag, welke zich richt op de randvoorwaarden van betekenisvolle hantering van standaarden, zit een emergent karakter. De intentie is om vanuit de empirie randvoorwaarden te destilleren van waaruit grotere categorieën van randvoorwaarden zich presenteren. Het onderzoek is dus interpretatief en wil vooral vanuit de professional emergent de data laten verschijnen.

4.1.2 INDUCTIE VERSUS DEDUCTIE

Dit onderzoek heeft zowel inductieve als deductieve elementen (Bryman, 2012). Het deductieve element vindt zijn oorsprong in de theorie die gebruikt wordt om een conceptueel kader op te stellen. Dit gaat dan met name over het continuüm dat Numerato e.a. (2012) schetsen. Tevens roepen zij op om buiten dit continuüm te treden. Door de kwalitatieve aanpak, waarbij het mogelijk is dat respondenten buiten dit kader treden, is de hoop een theoretische bijdrage te kunnen leveren aan wetenschappelijke theorievorming. Door buiten dit kader te treden ontstaat theorievorming voor nieuwe responses van professionals, een kenmerk van inductief onderzoek. Zowel inductie als deductie zijn op deze manier vertegenwoordigd in dit onderzoek. De gekozen vorm van methodologie is daarom die van *case study*.

4.1.3 CASE STUDY

Een case study wordt getypeerd doordat een case zo gedetailleerd mogelijk onderzocht wordt, met als doel om deze in de context zo volledig mogelijk te verstaan (Bryman, 2012; Silverman, 2013). Een ‘case’ wordt geassocieerd met een locatie, zoals een organisatie of gemeenschap (Bryman, 2012, p. 67). In dit onderzoek gaat het om een sector, die wel verspreid is over het hele land: de GGGZ.

Yin (2013) noemt drie voorwaarden waarin voldaan moet worden in de situatie van case study. Allereerst past case study het beste wanneer de onderzoeksvraag een ‘hoe- of waarom-element’ heeft. Dat is in dit onderzoek het geval omdat het gaat om *hoe* regiebehandelaren de standaarden ervaren in relatie tot hun autonomie. Ten tweede noemt hij dat het onderzoek geen invloed mag hebben op de situatie. De pretentie is niet dat de professionals hun autonomie anders zullen beleven door deel te nemen aan dit onderzoek. Als laatste element noemt Yin (2013) dat datgene wat onderzocht wordt een actueel thema is. Gezien het feit dat de invoering van de nieuwe kwaliteitsstandaarden op het moment van het onderzoek plaatsvindt, wordt ook aan deze voorwaarde voldaan.

4.2 DATAVERZAMELING

De verschillende methoden van dataverzameling die toegepast worden in dit onderzoek zijn documentanalyse, literatuurstudie en interviews.

4.2.1 ORIËNTATIE

In de oriëntatie die geleid heeft tot de uiteindelijke opstelling van onderzoeksvraag en theorievorming is zowel documentanalyse gedaan van beleidsdocumenten van het NKO als van het model Kwaliteitsstatuut ggz, als ook interviews met de directeur van het NKO. Deze initiële gesprekken functioneerden als oriënterende interviews. Die gesprekken hebben een focus opgeleverd en een kadering om richting te geven

aan het onderzoek. Bryman (2012, p. 543) beschrijft documenten als stukken tekst die er ‘gewoon zijn’, ze liggen te wachten om verzameld en geanalyseerd te worden.

4.2.2 INTERVIEWS

Voor dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews. Dit past het beste omdat deze nog wel geïnspireerd worden door de theorie, maar voldoende vrijheid bieden aan respondenten om nieuwe onderwerpen te introduceren die te maken hebben met het thema. Dat geldt met name voor de ervaring van ggz-professionals met de kwaliteitsstandaarden en de invloed daarvan op hun autonomie. De topiclijst is te vinden in bijlage 1.

Voor de tweede empirische vraag worden open vragen gebruikt. Hierbij is het de bedoeling dat regiebehandelaren zelf aangeven wat zij zien als randvoorwaarden voor het betekenisvol inzetten van kwaliteitsstandaarden. Vanuit de literatuur bestaan wel aanzetten voor betekenisvolle inzet zoals besproken in het theoretisch kader, maar deze vinden hun oorsprong vaak in het kader van managers. Daarom wordt binnen het interview een meer open vraagstelling gehanteerd om te ontdekken of ggz-professionals met andere randvoorwaarden komen dan managers. Het zou tot interessant vervolgonderzoek kunnen leiden wanneer deze sterk verschillen, of juist overeenkomen. In dat geval zou onderzocht kunnen worden waarom dit het geval is.

4.2.3 RESPONDENTEN

Het NKO is bereid om hun netwerk in te zetten om respondenten te werven. Hierbij wordt door het NKO gelet op de selectie van betrokken instellingen zodat niet alleen instellingen geselecteerd worden die betrokken zijn bij het opstellen van de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Dit zou een vertekend beeld kunnen geven, omdat het vermoeden bestaat dat bij het NKO betrokken professionals positiever staan tegenover de nieuwe kwaliteitsstandaarden dan professionals die niet betrokken zijn bij het NKO. Naast deze respondenten kent de onderzoeker vanwege zijn werkzame verleden bij een ggz-instelling een aantal mensen die regiebehandelaar zijn. Via een sneeuwbaaleffect is gezocht naar professionals bij andere instellingen (Silverman, 2013, p. 122).

Tevens is gekozen om vijftien regiebehandelaren te interviewen. Deze moeten verdeeld zijn over verschillende instellingen en verschillende opleidingsachtergronden hebben. Dit betekent dat een gelijke verdeling gezocht wordt van psychiaters/psychotherapeuten, GZ-psychologen, en verpleegkundig specialisten. Tevens moeten deze werkzaam zijn als regiebehandelaar in de ggz. Voor deze verdeling is gekozen om te voorkomen dat een specifiek type regiebehandelaar of een instelling een vertekend beeld zou kunnen geven van de situatie die onderzocht wordt.

De geïnterviewde respondenten staan hieronder in tabel 5. Zij zijn werkzaam bij de volgende instellingen: De Hoop ggz (5x), Indigo (1x), Breburg ggz (3x), Psyq (1x), Therapeutisch Centrum ggz (1x), Laurentius ziekenhuis (1x), Tergooi ziekenhuis (1x), Dimence (1x) en Pro Persona (1x). Aangezien de beroepsgroep van ggz-professionals voor het onderzoek belangrijker is dan de instelling waar zij werkzaam zijn, is ervoor gekozen alleen de functie en corresponderende code in de tabel op te nemen. De instellingsnaam is niet relevant voor taak- dan wel waarde-autonomie, de beroepsgroep wel. Daarnaast is de naam van de instelling hierboven wel genoemd maar niet gekoppeld aan een beroepsgroep waardoor anonimiteit vergroot wordt voor de respondenten. Door deze anonimiteitsgarantie wordt het voor respondenten makkelijker om vrij te spreken.

Tabel 5
Overzicht respondenten naar functie

Afkorting	Functie
VSP01	Verpleegkundig specialist
VSP02	Verpleegkundig specialist
VSP03	Verpleegkundig specialist
VSP04	Verpleegkundig specialist
GZP05	GZ-psycholoog
GZP06	GZ-psycholoog
GZP07	GZ-psycholoog
GZP08	GZ-psycholoog
PSA09	Psychiater
PSA10	Psychiater
PSA11	Psychiater/psychotherapeut
PSA12	Psychiater
PSA13	Psychiater/psychotherapeut
PSA14	Psychiater/psychotherapeut
PST15	Psychotherapeut

4.2.4 ROL ONDERZOEKER

Tevens speelt het mee dat de onderzoeker gewerkt heeft in een ggz-instelling en daardoor bekend is met de context. Tijdens het onderzoek heeft deze stage gelopen bij het NKO, de organisatie die het proces van het opstellen van de standaarden begeleidt. Dit betekent dat hij tijdens dit onderzoek beïnvloed wordt door kennis van verschillende contexten. Zowel de werkervaring binnen de ggz als het stagelopen bij het NKO helpen bij het verstaan van de omgeving van de ggz. Naast het verstaan en het spreken van de taal van ggz-professionals kan het ook de visie op ggz-professionals beïnvloeden. Tijdens het doen van het onderzoek is gemiddeld twee

dagen per week doorgebracht op het kantoor van het NKO. Daardoor wordt het kijken naar de standaarden gekleurd door de organisatie die ze opstelt welke uiteraard enthousiast is over de standaarden. In het afnemen van de interviews is daarom gekozen voor een zo neutraal mogelijke vraagstelling om te voorkomen dat respondenten in hun mening beïnvloed zouden worden door de onderzoeker.

4.3 ANALYSE

Codering van het materiaal zal een aantal fasen volgen, initieel coderen, axiaal coderen en theoretisch coderen (Saldaña, 2009). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software (QACDAS), Nvivo. Initieel coderen wordt ook wel ‘open’ coderen genoemd. Charmaz (2014) geeft aan dat het doel van initieel coderen is om open te blijven voor mogelijke inzichten die uit de data opkomen, dus ook wanneer deze in tegenstelling zijn met de literatuur die erover bekend is. Vanwege de kritiek op het continuüm aan reacties van professionals is dit van belang voor dit onderzoek. Deze wijze van coderen sluit aan bij de idee van interviewtopics doordat er geen vragen gesteld worden met als doel het toetsen van de theorie.

Axiaal coderen is de tweede fase, hierin worden elementen die in de initiële codering uit elkaar getrokken zijn weer met elkaar verbonden (Corbin & Strauss, 2008). In die zin is de axiale fase een reconstructie van de codes die de tekst gedeconstrueerd hebben tijdens de initiële fase. Bij het theoretisch coderen worden alle codes uit de voorgaande fasen verbonden met elkaar. Integratie van de tot dusverre aangemaakte codes door theorievorming is het doel (Saldaña, 2009).

4.4 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Betrouwbaarheid gaat over de mate waarin een onderzoek herhaald kan worden en dezelfde resultaten behaald worden. Validiteit is de mate waarin je meet wat je zegt dat je meet (Bryman, 2012; Silverman, 2013).

4.4.1 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid wordt onderverdeeld in interne en externe betrouwbaarheid (Bryman, 2012). Interne betrouwbaarheid neemt toe wanneer er meer onderzoekers meedoen aan het onderzoek. Het aantal onderzoekers dat meedoet is één, maar de interne kwaliteit wordt wel gewaarborgd door de betrokkenheid van een eerste en tweede lezer. Tevens wordt deze vergroot doordat tijdens opzetten en uitvoeren van het onderzoek samengewerkt wordt met het NKO. Eveneens ondersteunt de ervaring van de onderzoeker in de ggz en het spreken van ‘de taal’ dit element. Externe betrouwbaarheid gaat over de herhaalbaarheid. Dit wordt gewaarborgd

door de transparantie die gegeven wordt over het proces van het onderzoek en de vragen en topics die gebruikt zijn bij de interviews.

4.4.2 VALIDITEIT

De validiteit kan ook onderverdeeld worden in interne en externe validiteit. Interne validiteit is de mate van causaliteit en verbinding tussen datgene wat onderzocht is en hoe het verklaard wordt door theoretische concepten (Bryman, 2012). Dit wordt voor een groot deel verzekerd door de context waarin het onderzoek is voorbereid en de hoeveelheid literatuur die besproken is het theoretisch kader welke de verbinding tussen autonomie van professionals en de invloed hierop door standaardisering bevestigt.

Externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van de gevonden data (Bryman, 2012). Dit wordt zo goed mogelijk gewaarborgd door een diversiteit aan regiebehandelaren te interviewen en deze gelijkmatig te selecteren. Op deze manier wordt voorkomen dat het niet zozeer gaat over de groep regiebehandelaren, maar een kleine groep regiebehandelaren uit een specifieke organisatiecontext.

4.5 OPERATIONALISERING

Tot op heden is in dit hoofdstuk verantwoording afgelegd voor de gekozen onderzoeksopzet. In dit onderdeel zal specifiek gekeken worden hoe de literatuur vanuit het theoretisch kader gebruikt kan worden om de reacties van professionals meetbaar te maken.

Het genoemde continuüm wordt tot op zekere hoogte bekritiseerd vanwege de tegenstelling die het impliceert tussen managers en professionals. Aan het ene uiterste staat 'overgave' aan de nieuwe standaarden, aan het andere uiterste staat weerstand door het afhouden van deze standaarden. Deze reacties worden in tabel 6 hieronder weergegeven met omschrijving en de bijbehorende indicatoren:

Tabel 6
Reacties met omschrijving en indicatoren

Reacties	Omschrijving	Indicatoren
1. Hegemonie van managers	Managers bepalen hoe zorg en professional geëvalueerd wordt.	Professionals gaan mee met het invoeren van nieuwe maatregelen.
2. Co-optatie	Managers bepalen niet de inhoud maar de procedures die professionals moeten volgen.	Professionals volgen lijdzaam de manager en voelen zich machteloos hierin. Ervaren dat ze gedwongen worden om te

		werken met nieuwe standaarden.
3. Onderhandeling	Managers trekken professionals in het management. Deze professionals controleren andere professionals.	Professionals zijn ook managend in hun taakuitvoering. Geformaliseerde intercollegiale toetsing komt tot stand.
4. Strategische aanpassing	Professionals lijken zich te conformeren. Ze gaan achter de schermen sterke controle uitoefenen op de totstandkoming van evaluatiecriteria.	Professionals werken om de standaarden heen. Breken regels waardoor de standaard niet gevolgd wordt. Geven een andere diagnose omdat die meer ruimte biedt in behandeling.
5. Weerstand van professional	Professionals zijn ontevreden over standaarden en bieden weerstand. Perceptie van professionals dat autonomie wegebt.	Professionals uiten zich gefrustreerd over de standaarden. Denken niet dat de zorg er beter door wordt. Ze percipiëren standaarden als een machtsmiddel van verzekeraars.

Het tweede concept van betekenisvolle standaarden wordt geoperationaliseerd door de randvoorwaarden te bevragen bij professionals. Vanuit de literatuur voor managers zijn categorieën op te maken die hieronder schematisch zijn weergegeven in tabel 7. Ze worden niet gebruikt om de theorie te toetsen, wel om antwoorden van ggz-professionals in een kader te kunnen plaatsen. Uiteraard kunnen hier nog categorieën aan toegevoegd worden wanneer de interviews daar aanleiding toe geven.

Tabel 7

Randvoorwaarden met omschrijving en indicatoren

Randvoorwaarden	Omschrijving	Indicatoren
a. Eigenaarschap	Ggz-professionals ervaren dat de standaarden zijn van en voor ggz-professionals	Professionals geven aan betrokken te willen zijn bij de opstelling van standaarden. Professionals geven aan dat het belangrijk is dat de beroepsgroep de inhoud bepaalt van de standaarden om ermee te werken.
b. Ruimte	Ggz-professionals ervaren dat de standaarden een beperkte impact hebben op de professionele praktijk	Professionals geven aan af te moeten kunnen wijken van standaarden. Standaarden moeten voldoende opties bieden voor verschillende behandelmogelijkheden. Standaarden worden niet gebruikt om professionals af te rekenen op hun prestaties en de uitkomst van een behandeling.
c. Leren	Ggz-professionals ervaren dat de standaarden ingezet worden om van te leren, en van elkaar te leren.	Professionals geven aan standaarden te willen gebruiken voor intercollegiaal overleg en/of te leren van standaarden door ze als reflectiemiddel te gebruiken op het eigen professioneel handelen.

5 PRAKTISCHE STANDAARDEN

In het resultatenhoofdstuk zal een beschrijving en analyse volgen van de gevonden resultaten. Dit gebeurt deels aan de hand van het opgestelde model aan het eind van het theoretisch kader in hoofdstuk 3. Achtereenvolgens worden autonomie, reacties van professionals en de randvoorwaarden besproken.

5.1 GOEDE ZORG DOOR STANDAARDEN

Alle respondenten afgezien van VSP03 geven aan dat de kwaliteit die ze kunnen leveren kan verbeteren door zorgstandaarden. Ggz-professionals zijn in die zin dus positief over de zorgstandaarden, maar niet zonder vragen of voorwaarden. Er bestaat onduidelijkheid bij respondenten over wat zorgstandaarden zijn en hoe ze praktisch gebruikt kunnen worden. Tijdens de interviews werd duidelijk dat een groot aantal mee zou bewegen in het gebruik van zorgstandaarden, ook als ze daarnaast sceptisch zijn en voorwaarden stellen voor gebruik (VSP02 t/m VSP03, GZP05 t/m GZP08, PSA10 t/m PSA12). Bij een aantal respondenten was dit onderzoek de eerste keer dat ze hoorden van zorgstandaarden, over het algemeen was er nog een grote onbekendheid en gebruikte nog bijna niemand de zorgstandaarden actief.

Tegelijkertijd wordt hierbij aangegeven dat de zorgstandaarden veelal bekende informatie bevatten, waardoor de meerwaarde soms onduidelijk is. Door zes respondenten wordt expliciet aangegeven dat ze zich afvragen wat de verhouding is tussen bestaande richtlijnen en de zorgstandaarden op ggzstandaarden.nl (VSP01, VSP03, VSP04, GZP05, PSA12, PSA13). Er leven vragen of ze elkaar overlappen, tegenspreken en of er écht nieuwe informatie in staat. Respondenten geven aan al binnen de kaders van zorgstandaarden te werken omdat ze tijdens het doornemen van de zorgstandaarden geen nieuwe informatie tegenkwamen (VSP04, GZP06, GZP08, PSA09).

Die zorgstandaarden zijn toch ook heel erg breed? Want als ik dan zo las over jeugd waar ik 8 jaar heb gewerkt. Zet maar even de wet WBO ernaast van 16 tot 18, hoe dat dan zit met keuzevrijheid van cliënten en hun autonomie. Zijn dat echt zorgstandaarden of zijn dat gewoon dingen die je moet weten? Want iedereen handelt toch zo, hoop ik? Dus het is wel goed dat het opgeschreven is, maar dat doe je dus wel allemaal al. – GZP06

Zoals gezegd geven alle respondenten afgezien van VSP03 aan dat de kwaliteit die ze kunnen leveren kan verbeteren door zorgstandaarden. Respondenten geven aan dat zorgstandaarden kunnen helpen bij het zichtbaar maken van blinde vlekken (VSP01, VSP04, GZP05, GZP07, PSA10, PSA14). Ook kunnen cliënten meer betrokken worden door zorgstandaarden in de regievoering over de eigen behandeling (VSP01, VSP04, GZP05, PSA10). Ggz-professionals geven juist aan dat

het werken met zorgstandaarden zal helpen in het voorkomen van overbehandelen doordat je als regiebehandelaar op de behandeling gefocust blijft en niet verzandt in andere zaken (VSP02, VSP03). Er wordt vooral aangegeven dat het mogelijk de zorg kan verbeteren doordat het een ondersteunende *tool* is. Het is een middel om de eigen behandeling aan te spiegelen en om te zien of er geen elementen vergeten worden. Op het moment dat standaarden als ondersteunende tools mogen worden gebruikt, ervaren ggz-professionals de standaarden niet als een beperking in behandel mogelijkheden en taak-autonomie, maar eerder als een uitbreiding daarvan. Taak-autonomie hoeft dus niet te krimpen, maar kan dan groeien. Wanneer de standaarden als een spiegel functioneren, is het een gesprekspartner om de zorg voor cliënten te verbeteren. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat weerstand lager wordt wanneer ggz-professionals de toegevoegde waarde zien van een maatregel voor cliënten (Tummers & Bekkers, 2014).

Ja het kan het kan zorgen dat je breder ehm kijkt naar mensen breder dat je anders denk dat je heel snel versmalt in je eigen visie van zo is het zo heb ik het altijd gedaan en zo moet het, dat is het beste. – PSA09

Concluderend kan gesteld worden dat zorgstandaarden kunnen helpen in het leveren van goede of betere zorg. Dat neemt niet weg dat er voorwaarden gesteld worden om met de standaarden te kunnen werken en er nog een hoop onbekendheid is bij zorgprofessionals. Met name wat professionals daadwerkelijk kunnen in de praktijk met de standaarden en hoe ze daar gebruikt kunnen worden is nog onduidelijk.

5.2 AUTONOMIE

Zowel taak- als waarde-autonomie is besproken met ggz-professionals. Hierbij is uiteraard niet letterlijk gevraagd naar die twee concepten maar zijn vragen gebruikt waardoor over die twee concepten gesproken werd. Deze zijn terug te vinden in bijlage 1. Eerst zal taak-autonomie besproken worden en vervolgens waarde-autonomie. Waarde-autonomie wordt per beroepsgroep besproken omdat er duidelijke verschillen zijn tussen de beroepsgroepen als het aankomt op waarde-autonomie. Bij vragen rondom waarde-autonomie kwamen zorgverzekeraars regelmatig naar voren in gesprekken met ggz-professionals. Om deze reden worden deze onder waarde-autonomie apart behandeld.

5.2.1 TAAK-AUTONOMIE

Taak-autonomie is de mogelijkheid die de professional heeft om invulling te geven aan een behandeling en op basis van eigen inzicht te kunnen handelen (Evetts, 2002; Tummers & Bekkers, 2014). Wanneer er sprake is van een gevoel van inbreuk op de autonomie is dit sterker bij taak- dan waarde-autonomie. Een mogelijke verklaring is dat respondenten veel meer bezig zijn met wat de praktische implicaties zijn voor

hun dagelijkse praktijk, dan met een gevoel van autonomie als verworven recht. Dit wordt bevestigd wanneer gevraagd wordt naar wat professionals nodig hebben om de standaarden te gaan gebruiken. Dan volgen er geen antwoorden over inspraak en eigenaarschap (waarde-autonomie), maar antwoorden over het praktische gebruik in de dagelijkse praktijk en het leren van standaarden (taak-autonomie). Deze voorwaarden worden verderop uitgewerkt (5.4.).

Enerzijds geven ggz-professionals aan dat ze ruimte hebben in de standaarden die groot genoeg is om in te bewegen, anderzijds zijn er ggz-professionals die aangeven dat ze zich beknot voelen in het handelen in de behandelkamer omdat ze dan vroeg in een behandeling moeten aangeven wat ze later zullen gaan doen of er te weinig ruimte is voor creativiteit in de behandeling. Ook wanneer behandelaren zich beknot voelen, zeggen ze dat ze iets anders zullen doen dan wat de standaard voorschrijft, wanneer ze dit nodig achten. Verantwoording in het afwijken van bestaande richtlijnen is iets dat iedereen aangeeft al te doen.

Nee, ik maak gebruik van de discretionaire ruimte die in die standaard besloten ligt. Namelijk als het anders is, dan moet je het anders doen. – PSA13

Eigenlijk altijd bespreken in het multidisciplinair overleg. Ehm en dan kan het zijn dat we met elkaar besluiten dat we om bepaalde redenen ervan afwijken maar dat wordt dan met elkaar met het team besloten en gedragen en gedocumenteerd. – GZP08

Maar dat doe je volgens ja, zoals je je vak geleerd hebt.... En als het conflicteert [met een standaard] dan denk ik, ik doe het lekker zoals ik het wil. – PSA11

Wanneer er wordt afgeweken van de standaarden, bijvoorbeeld door therapieën te willen inzetten die bij een andere diagnose passen, wordt dit besproken in het multidisciplinaire teamoverleg en gedocumenteerd in het EPD. Ggz-professionals geven ook aan in overleg met de cliënt deze keuzes te maken (VSP01 t/m VSP03, VSP04, GZP08, PSA09 t/m PSA12, PSA14 PST15). Dat deze keuzes besproken worden in een teamoverleg is normaal, omdat alle cliënten in multidisciplinaire overleggen besproken moeten worden. Dit is een bestaande praktijk. Wanneer in het interview naar voren komt dat ggz-professionals het nodig achten om af te wijken van standaarden wordt de vraag gesteld waarom ze dit doen. Het antwoord is dan unaniem: vanwege de cliënt. Als de cliënt iets nodig heeft, dan wordt dit gedaan. De cliënt staat centraal in de behandeling.

Als je denkt dat het misschien anders moet dan ga je de dialoog over aan – van hé, waarom denkt u dat het dat de eerste stap is en dat de tweede stap is? Dat je daarover in gesprek gaat en dat doe je dan met het netwerk erbij: de familie of vrienden of buurman die erbij is en samen kom je tot een plan. Ook als iemand zegt: ik wil per se dit doen dan, gaan we dat doen. Hoe gaan we dat dan doen, hoe lang gaan we dat dan doen? En dan wijk je misschien wel af van een zorgstandaard

maar je bent wel denk ik het meest herstelgericht bezig. En de cliënt die centraal staat. – PSA09

...voor de rest zou ik het zou ik te eigenwijs zijn denk ik of te cliënt gericht om een zorgstandaard te willen volgen. Ik wijk daar gewoon vanaf als het nodig is. Als het nodig is voor de cliënt dan doe ik dat zeker. Dan ga ik ook uitleggen waarom maar ga ik het anders doen dan een zorgstandaard mij zou verplichten. – VSP01

Er kan spanning bestaan tussen wat een professional wil en wat de zorgstandaard voorschrijft. Wanneer dat het geval is, is er geen professional die aangeeft sec de standaard te volgen terwijl hij/zij denkt dat er iets anders nodig is. In zo'n geval wordt de situatie besproken met collega's. Afwijken gebeurt soms ook doordat de zorgstandaard gemanipuleerd wordt of regels gebroken en dit niet kan worden verantwoord (VSP01, PSA09 t/m PSA11, PST15). Het afwijken en manipuleren ten behoeve van de cliënt kan verklaard worden vanuit het *service-ideaal* voor cliënten (Wilensky, 1964). Wanneer het aankomt op het voldoen aan de regels of de belangen van de cliënt, gaat de cliënt voor.

...in je waarden hiërarchie vind je het belang van het leven van de cliënt belangrijker dan het leven van de verzekeraar dus dan kies je voor een andere soort hiërarchie. – PST15

Concluderend kan gesteld worden dat het gevoel van inbreuk door standaarden aanwezig is. Zodra de bewegingsruimte in de praktijk beperkt lijkt te worden, schieten ggz-professionals in de weerstand. Bij het bevragen wat professionals nodig hebben, geven ze vooral praktische zaken aan en voorwaarden rondom ruimte en leren. Dit zijn zaken die relateren aan taak-autonomie. Dat is een groter thema dan inbreuk op de waarde-autonomie van een beroepsgroep. Het afwijken van de standaarden is iets dat gebeurt in overleg met collega's in multidisciplinaire overleggen, voornamelijk in geformaliseerde overlegstructuren. Het afwijken, ook wanneer dit niet verantwoord kan worden, wordt gedaan zodra de cliënt dat nodig heeft. De ggz-professional staat dan sterk in zijn taak-autonomie.

5.2.2 WAARDE-AUTONOMIE

Waarde-autonomie is het gevoel van autonomie als verworven recht op het vakgebied van de professional. In de interviews wordt nagenoeg niet aangegeven dat ggz-professionals zich aangetast voelen door de standaarden in hun waarde-autonomie. Dit gevoel verschilt tussen de beroepsgroepen. Dit kan verklaard worden bij GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten doordat het beroepsgevoel minder sterk ontwikkeld is dan bij psychiaters. Psychiaters geven vaker aan dat de eigen beroepsgroep meegewerkt heeft aan de opstelling van standaarden, of geven aan dat de kwaliteit erdoor verhoogd wordt (PSA11 t/m PSA14). Wanneer psychiaters dit niet aangeven ontstaat er eerder wantrouwen (PSA09, PSA10). Dit wordt hieronder verder per beroepsgroep toegelicht. Zowel vanuit theorie als empirie

blijkt dat er verschillen zijn tussen beroepsgroepen, daarom is ervoor gekozen om deze autonomie per beroepsgroep te bespreken. Deze identificatie per beroepsgroep bevestigt het kenmerk van professionaliteit dat ggz-professionals zich sterker aan een beroepsgroep verbonden voelt dan aan een instelling (Wilensky, 1964). Daarbij zijn psychiaters en psychotherapeuten als één groep behandeld, omdat drie psychiaters die geïnterviewd zijn ook psychotherapeut zijn (er was één persoon die ‘alleen’ psychotherapeut was (zie tabel 5 onder 4.2.3.)). Daarnaast worden GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten apart besproken.

5.2.2.1 PSYCHIATERS EN PSYCHOTHERAPEUT

De meeste psychiaters geven aan dat de beroepsgroep zelf heeft meegewerkt aan de zorgstandaarden en ze daarom niet als een inbreuk op hun waarde-autonomie ervaren (PSA11 t/m PSA14). Soms worden de standaarden zelfs geprezen omdat ze slecht presterende psychiaters – de ‘rotte appels’ – eruit halen (PSA11). Dat neemt niet weg dat kritisch gekeken wordt door psychiaters naar standaarden. Ook zijn er psychiaters die aangeven dat ze zich aangetast voelen in hun waarde-autonomie. Hierbij bevragen ze dan vooral de herkomst van de standaarden en geven ze aan dat een externe instantie zich niet moet bemoeien met de arts-patiëntrelatie (PSA09, PSA10). In het bespreken van waarde-autonomie als het verworven recht van de beroepsgroep werd duidelijk dat psychiaters dit gevoel het duidelijkst ervaren. Een mogelijke verklaring is dat psychiaters de oudste beroepsgroep zijn die geïnterviewd is en de langste opleiding hebben van de beroepsgroepen (Vos, 2011). Daarnaast hebben zij als beroepsgroep ook de grootste autonomie door exclusieve jurisdictie (Abbott, 1988; Noordegraaf, 2007). Daardoor hebben zij doorheen de tijd de grootste waarde-autonomie kunnen opbouwen (Wilensky, 1964). Ook werd aangegeven dat gebruik moet worden gemaakt van het gevoel de beste professional te willen zijn.

Elke professional wil de beste zijn, ja en als ze dat in het [instelling] beter kunnen. Dan denk ik: wat doen ze daar slimmer?! Dat wil je toch ook? Niet via afrekenen. Kijk en daar zit natuurlijk best een spanningsveld in en ik vind zorgverzekeraars mogen daar eisen stellen en mogen daar ook ehm best wat mee doen. Je moet wel stimuleren. Maar de belangrijkste stimulans in het enthousiasme van een beroepsgroep, benut dat. Die hoef je echt niet met een zweepje te stimuleren. Dat werkt helemaal niet. – PSA14

5.2.2.2 GZ-PSYCHOLOGEN

GZ-psychologen geven geen eenduidig beeld als het gaat om de waarde-autonomie. Eén geeft bij het bevragen op waarde-autonomie aan dat vooral de intercollegiale toetsing en onderwijs versterkt moet worden om de kwaliteit te waarborgen in een behandeling (GZP05). Een andere GZ-psycholoog geeft aan dat er in de MDO's spanning kan optreden tussen de beroepsgroepen, met name met psychiaters (GZP06).

Dan is dat altijd een beetje je eigen afweging, van moet ik daar wel in mee of niet. Uiteindelijk ben ik wel verantwoordelijk. En kijk als het echt om suïcidaliteit gaat en de psychiater zegt ik vind het prima als ze naar huis gaan dan vind ik dat ook goed, want dan heb ik het gedekt. Want dan is mijn verantwoordelijkheid gedeeld en gedekt. Dan heb ik gedaan wat je als GZ-psycholoog moet doen, je moet de psychiater mee laten beoordelen en dat heb ik dan gedaan. – GZP06

De andere GZ-psychologen gingen ook niet echt in op waarde-autonomie als verworven recht (GZP07, GZP08). Het lijkt eerder zo te zijn dat autonomie als waarde hier niet zo sterk ervaren wordt als bij de geïnterviewde psychiaters. Als de waarde-autonomie ervaren wordt dan blijkt dit eerder uit een spanning in hiërarchie tussen de beroepsgroepen. Dit relateert aan waarde-autonomie omdat de psychiater dan 'boven' de andere beroepsgroepen staat, in dit geval GZ-psychologen. GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten zijn minder geprofessionaliseerd dan psychiaters, ze bezitten minder technische kennis, hebben een kortere opleiding en hebben een beperktere autonomie en jurisdictie (Abbott, 1988; Noordegraaf, 2007; Wilensky, 1964).

5.2.2.3 VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN

Verpleegkundig specialisten zijn overwegend volgend in hun werk (VSP02 t/m VSP04). Dat betekent dat hun gevoel van waarde-autonomie niet zo sterk ontwikkeld is. Het gevoel van autonomie als verworven recht is hier wellicht nog sterker afwezig dan bij GZ-psychologen.

Nou ik vond het fijn dat ik erin [zorgstandaard] genoemd werd, Dat is fijn he. We zijn natuurlijk erg aan strijden geweest de afgelopen jaren om gewoon genoemd te worden als regiebehandelaar, en dat staat er. Dus ik denk nou – mooi – dus dat was het vooral: het staat erbij, klaar. – VSP03

Een andere verpleegkundig specialist geeft aan dat het vooral nog draait om het verwerven van een positie in het team omdat er voorheen geen verpleegkundig specialisten werkzaam waren in het team (VSP02). Verpleegkundig specialisten mogen sinds 2016 functioneren als regiebehandelaar, vanaf de totstandkoming van het Kwaliteitsstatuut (GGZ Nederland, 2016). Het lijkt erop dat verpleegkundig specialisten hun waarde-autonomie nog aan het opbouwen zijn. De exclusieve jurisdictie is tot stand gekomen doordat ze regiebehandelaar in de Specialistische GGZ mogen zijn onder bepaalde omstandigheden (Abbott, 1988; NKO, 2016b, p. 22). Het bijbehorende gevoel van deze positie als verworven recht moet waarschijnlijk nog tot stand komen (Noordegraaf, 2007; Wilensky, 1964). Twee jaar is te kort om dat op te bouwen.

5.2.2.4 WANTROUWEN VS. VERTROUWEN

Wanneer gevraagd wordt of ggz-professionals het gevoel van autonomie als verworven recht ervaren, komt geen eenduidig antwoord naar voren. Vooral GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten spreken dan niet zozeer over het beroepsgevoel maar over kwaliteitswaarborging, of ze geven aan dat ze blij zijn dat de beroepsgroep erkend wordt. Eén van de onderwerpen die aan waarde-autonomie raakt is zorgverzekeraars en de invloed die zij hebben op de zorg. Daar laten respondenten zich zeer gemengd over uit, ook wanneer er niet actief naar zorgverzekeraars gevraagd wordt. Zorgverzekeraars zijn dus een bewogen thema onder ggz-professionals. Enerzijds is er waardering voor zorgverzekeraars om de zorg betaalbaar te houden en zeggen ggz-professionals dat het prima is als zorgverzekeraars controleren op de naleving van zorgstandaarden. Anderzijds is er een wantrouwend geluid dat zorgverzekeraars professionals in de ggz niet moeten dwingen om met zorgstandaarden te werken. Ggz-professionals willen niet afgerekend worden op strikte naleving van de zorgstandaarden. Dat relateert voornamelijk aan het gevoel dat zorgverzekeraars niet de macht zouden moeten hebben om met zorgprofessionals mee te kijken. Zij kennen immers de dagelijkse praktijk niet. Dit zegt daarom eerder iets over waarde- dan over taak-autonomie.

Het merendeel van ggz-professionals geeft aan dat ze niet het idee hebben dat ze door zorgverzekeraars vertrouwd worden of dat ze zelf de zorgverzekeraars niet vertrouwen (VSP03, GZP05, GZP07, GZP08, PSA09 t/m PSA12, PSA14, PST15). De angst bestaat dat zorgverzekeraars zorgstandaarden gebruiken om meer controle uit te oefenen op de manier waarop zorg verleend wordt waardoor zorgverleners worden afgerekend op naleving van de standaarden (Timmermans, 2005). Men vreest dat zorg niet uitbetaald wordt op het moment dat er wordt afgeweken of wanneer een vinkje niet goed staat in het dossier. Een tekenend voorbeeld is de angst dat er niet wordt uitbetaald ondanks het leveren van goede zorg. Goede zorg wordt in dat geval beschreven als een tevreden cliënt en behandelaar.

De tevreden cliënt sluit aan bij de elementen van *effectief* en *patiëntgericht* uit het kader wat Timmermans en Berg (Timmermans & Berg, 2003, pp. 195, 196) over goede zorg schetsen. *Efficiëntie* hoort in dit kader echter ook bij goede zorg. Hoewel ggz-professionals blij zijn met het betaalbaar houden van de zorg door verzekeraars, kiezen zij eerder voor de patiënt dan voor kostenefficiëntie. Dit kan mogelijk weer verklaard worden door het service-ideaal dat ggz-professionals hebben. Professionals verdedigen de patiëntgerichtheid in het kader van goede zorg en de verzekeraars proberen de zorg efficiënt te bekostigen. De vraag van ggz-professionals lijkt dan eerder te zijn of een vinkje de beste manier is om de kwaliteit en zorg te waarborgen.

Dat vertrouwen en wantrouwen thema's zijn die terugkomen is duidelijk, niet alleen in relatie tot zorgverzekeraars maar ook in relatie tot het eigen team en zorginstelling. Ggz-professionals beginnen zelf over het vertrouwen dat nodig is.

Vertrouwen in elkaar als collega's binnen een team, maar ook het vertrouwen van de leidinggevende en managers in een instelling in de ggz-professional (VSP04, GZP05, GZP07, PSA09, PSA14). Als laatste wordt ook genoemd dat men graag vertrouwen zou zien vanuit zorgverzekeraars in de zorgaanbieders (GZP05, GZP07, PSA09, PSA14).

Ik weet vanuit de zorgverzekeraars die kunnen dat [zorgstandaarden] heel venijnig inzetten. Dat als je dat niet doet dan wordt de behandeling niet vergoed. Ehm alleen zo zwart wit is het inderdaad niet. – GZP07

Ik vooral denk dat als wij echt vanuit het vertrouwen met elkaar willen werken en willen verbinden.... De cliënt staat centraal dat die verbinding verbondenheid die je hebt. Dan moet er ook een soort vertrouwen komen vanuit het hogere segment die het als het ware betalen. Daar is toch wel vaak een soort van wantrouwen in. ... Dus ik denk dat als je vanuit wantrouwen van bovenhand en je gaat op die manier naleven dan krijg ga je creëren met hulpverlener en cliënten en familie dat je dat je ook onderling wantrouwt. Je wil eigenlijk vanuit vertrouwen met elkaar leven in dit mooie land. PSA10

Ggz-professionals staan sterk in hun taak-autonomie ten aanzien van de zorgstandaarden. Het aantasten van autonomie komt niet zozeer door de zorgstandaarden waarvan regelmatig gezegd wordt dat de beroepsgroep eraan meewerkt en men er hoe dan ook van afwijkt als dit nodig wordt geacht, maar door het wantrouwen dat ervaren wordt vanuit zorgverzekeraars en vanuit management. Men is bang dat standaarden gebruikt worden als machtsmiddel en controle op de professionele praktijk. Het wordt niet afgekeurd dat zorgverzekeraars het gebruik van standaarden verwachten en stimuleren, maar wel zodra het neigt naar financieel afstraffen. Wanneer het gebruik van standaarden gevolgen heeft voor de manier van zorginkoop of het afstraffen van ggz-professionals, dan is de reactie vrijwel eenduidig afkeurend.

Ik vind dat de zorgverzekeraar best eisen mag stellen aan de kwaliteit van zorg. Dus die mag vragen of wij met zorgstandaarden willen werken. Dat moeten we eigenlijk kunnen laten zien. Vind ik allemaal prima, maar geef verder vooral vertrouwen en een beetje ruimte. Dat je op een gegeven moment weet: worden die mensen nou beter? En ons feedback geeft: bij een andere vergelijkbare PAAZ worden ze twee keer zo snel beter. Ik wil dat heel graag weten! Ga ik kijken hoe ze dat daar doen. – PSA14

Concluderend kan gesteld worden dat psychiaters sterker reageren op het concept waarde-autonomie. Ze reageren ook eerder enthousiaster of geagiteerder over de herkomst van standaarden. Daar tegenover staan de GZ-psychologen en verpleegkundige specialisten die een veel minder duidelijk gevoel hebben bij waarde-autonomie. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat psychiaters een oudere beroepsgroep zijn, meer discretionaire ruimte hebben, meer technische kennis en verdergaande exclusieve jurisdictie hebben. Er lijkt daardoor een strijd te bestaan

tussen de beroepsgroepen die verklaard kan worden vanuit de verschillende mate van professionalisering. Een ander thema in het gesprek over waarde-autonomie is de macht van zorgverzekeraars en het gevoel van wantrouwen dat dat oproept bij ggz-professionals. Men is bang voor de (toenemende) macht van zorgverzekeraars. Daarbij vinden ggz-professionals het niet erg dat verzekeraars het gebruik van standaarden stimuleren, maar afgerekend worden op basis van een standaard is uit den boze.

5.3 REACTIES

Hoe ggz-professionals de standaarden relateren aan hun autonomie, dus of ze standaarden ervaren als een beperking van hun autonomie of niet, is gerelateerd aan hun reactie. Wanneer ze het ervaren als een beperking van hun autonomie schieten ze in de weerstand, en als ze het ervaren als een verruiming of versterking van hun eigen professioneel handelen zijn ze enthousiast. Het spectrum van Numerato e.a. (2012) is niet breed genoeg om alle reacties van ggz-professionals in te beschrijven. Hoewel Numerato e.a. (2012) stellen dat de verhouding tussen managers en professionals verandert en het geschetste beeld te dichotomisch is, blijft hun spectrum wel daarin hangen. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat dit niet klopt met de werkelijkheid; het continuüm aan reacties is bruikbaar, maar te smal om alle reacties in te plaatsen. De ruimte moet uitgebreid worden voor enthousiaste reacties, of reacties waarin mensen aangeven te stoppen met hun werk als standaarden gehanteerd moeten worden. Tegelijkertijd geven professionals reacties die in meerdere ideaaltypen te plaatsen zijn, de scheidslijnen zijn dus erg vaag in de werkelijkheid. Wanneer het continuüm van Numerato e.a. (2012) wordt aangevuld is figuur 4 het resultaat.

Reactie	0. Enthousiasme/ nieuwsgierigheid	1. Managerial hegemony	2. Co- optatie	3. Onder- handelen	4. Strategisch handelen	5. Weerstand	6. Ontslag
Typering prof.	Ambassadeur			Strateeg			Slachtoffer

Figuur 4 Continuüm aangevuld met reacties ggz-professionals

Aan het ene uiterste van het spectrum staan de enthousiaste reacties, die worden gegeven door ggz-professionals die zich praktisch als ambassadeurs opstellen voor de standaarden. Zij geven vaak aan dat de zorg die ze kunnen leveren kan verbeteren door het werken met standaarden. Aan het andere uiterste staan weerstand en ontslag. Hierbij kunnen ggz-professionals getypeerd worden als slachtoffers omdat ze het gevoel hebben dat zorgverzekeraars de controle in de zorg hebben of overnemen (Evetts, 2011; Levay & Waks, 2009). Tussen die twee uitersten zit het onderhandelen en strategisch handelen van professionals waarin ggz-professionals getypeerd kunnen worden als strategen. Dan zetten ze de standaarden in om hun eigen taak-autonomie te versterken of ze werken juist om de standaarden heen.

Het kan niet genoeg benadrukt worden dat dit een continuüm is, geen harde afgebakende categorieën: de reacties zijn stereotypen die geen recht doen aan de nuance die in de werkelijkheid wordt aangetroffen. Professionals bevinden zich in verschillende ideaaltypen. Zo komt het voor dat respondenten zowel meebewegen in de *managerial hegemony* als dat ze *weerstand* vertonen of *strategisch handelen*. De reacties in één categorie verzamelen zou geen recht doen aan de nuances die naar voren zijn gekomen. Daarbij valt wel op dat professionals veelal aan de uitersten van het continuüm zitten. Een mogelijke verklaring is de manier waarop ze de standaarden ervaren, als een beperking van hun autonomie of niet. Daarnaast is een andere mogelijke factor van invloed, namelijk de relatieve onbekendheid met de nieuwe standaarden. Respondenten geven reacties op basis van hoe zij *verwachten* te reageren wanneer ze gaan werken met de nieuwe standaarden.

5.3.1 GGZ-PROFESSIONALS ALS AMBASSADEURS

Aan de 'linkerkant' van het spectrum bevinden zich enthousiasme/nieuwsgierigheid en meegaan/*managerial hegemony*. Wanneer het gaat om enthousiasme wordt vaak de reden gegeven dat men verwacht dat de zorg hier beter van wordt. Dit betekent dat de geïnterviewde ggz-professionals enthousiast zijn over de komst van zorgstandaarden en nieuwsgierig zijn naar de inhoud daarvan. Hierbij past het beeld van ggz-professionals als *ambassadeurs* van standaarden (VSP03, GZP07, GZP08, PSA12 t/m PSA14).

Ik denk sowieso dat het eigenlijk altijd wel goed is om kritisch te blijven op waarom geef je de zorg op deze manier vorm. We zijn er steeds wel op aan het reflecteren. Ook wel vanuit de identiteit van de instelling. Waarom doen we dat op die manier, maar ook op de kwaliteit van de zorg, zitten we daar nog goed? Qua de nieuwste ontwikkelingen. Qua het betrekken van het netwerk, als je stil gaat zitten en je doet je oogkleppen op en je doet alleen maar je eigen dingetje dan ga je de boot mis op een gegeven moment. Dat is niet goed voor je netwerk, niet voor je cliënten en ook niet goed voor je eigen plezier in je werk. Dus kom vooral maar op! – GZP08

Wanneer men meebeweegt met de invoering van de standaarden wordt vaak de reden gegeven dat het werk niet concreet zal veranderen met de nieuwe standaarden (VSP02 t/m VSP04, GZP06, GZP08, PSA09 t/m PSA11, PSA13). Vijf respondenten geven aan dat ze niets nieuws konden vinden bij het doornemen van de standaarden (VSP04, GZP06, GZP08, PSA09 PSA10). Daarom accepteert men dat de zorgstandaarden ingevoerd worden. Of men dan vervolgens actief met de standaarden gaat werken is iets dat zal moeten blijken. Tevens worden de zorgstandaarden niet als een bedreiging van de eigen taak-autonomie ervaren omdat de verwachting is dat de standaarden genoeg ruimte bieden om in te bewegen. De waarde-autonomie wordt niet aangetast omdat de eigen beroepsgroep vertegenwoordigd is in het proces van opstellen van de standaarden.

Het was voor mij ook niet echt heel veel nieuws. Bij een hoop dingen dacht ik – hey – dat heb ik ook tijdens mijn opleiding moeten doornemen. Ja dus in die zin was het voor mijn gevoel he richtlijn voor depressie en dan standaarden naasten betrekken en autonomie van de cliënt en denk ik ja dat zijn natuurlijk wel allemaal dingen die je doet. Hoop ik. Maar ook wel doordat je het zo geleerd hebt denk ik. – GZP06

Dat de ggz-professionals meebewegen kan ook verklaard worden door iets anders wat zijzelf al aangeven: multidisciplinaire overleggen (MDO's). Dat zijn geformaliseerde overlegstructuren die al bestaan. Dit past in de reacties van co-optatie en onderhandelen (Numerato e.a., 2012). Via MDO's kunnen professionals invloed uitoefenen in hoe ze beoordeeld worden doordat ze voor een deel beoordeeld worden op de verslaglegging in het EPD. Daarnaast beoordelen ggz-professionals elkaar via deze MDO's doordat ze aan elkaar motiveren welke keuzes gemaakt worden met patiënten. Deze keuzes kunnen door collega's gecorrigeerd of aangevuld worden via een MDO. Ggz-professionals moeten al verantwoording afleggen tegenover mede-behandelaren, managers en zorgverzekeraars waarom zij afwijken van richtlijnen. Dit zal dus niet een nieuwe reactie zijn op zorgstandaarden in de GGZ, maar een voortzetting van de bestaande praktijk.

We hebben elke donderdag eh ehm multidisciplinair en eens in de zes weken hebben we monodisciplinair overleg. En daar bekijken we casuïstiek dat wordt gewoon ad random ingepland. Dus ik zie ik kan dus niet zeggen: ik wil die patiënt bespreken. Zo hebben we het ook geregeld hoor. Dus het systeem zegt: jij moet nu die bespreken en als het niet op orde is dan... J: ja want de patiënten moet eens in de zoveel tijd in een MDO naar voren komen? R: Dat vinden wij belangrijk. En dan kijken mijn collega's mee en af en toe zeg ik wel: 'die moet er even ff bij, want dat is een puzzel'. – PSA14

In relatie tot het spectrum van Numerato e.a. (2012) is managerial hegemony opnieuw gedefinieerd tot meegaan, omdat de tegenstelling tussen managers en professionals niet terugkwam in de interviews. De beschrijving van managerial hegemony doet daarmee geen recht aan de situatie die professionals beschrijven. Een mogelijke verklaring is dat ggz-professionals gehybridiseerd zijn (Noordegraaf, 2007).

Sinds de omslag van het *hoofd*behandelaarschap naar *regie*behandelaarschap hebben ggz-professionals meer coördinerende taken gekregen zoals het afstemmen met andere zorgverleners en de communicatie met patiënt en diens naasten (NKO, 2016b). Het betekent voor professionals dat ze niet alleen zorginhoudelijk verantwoordelijkheid dragen maar als regiebehandelaar ook voor het organiseren van de zorg. Om professionals dus slechts als 'pure' professionals te beschouwen in de ggz zou geen recht doen aan de werkelijkheid. Regiebehandelaren hebben als hybride professionals ook managende verantwoordelijkheden in hun professie en staan dus niet tegenover een manager, maar eerder ernaast.

5.3.2 GGZ-PROFESSIONALS ALS STRATEGEN

Een manier waarop nieuwe standaarden ook gebruikt kunnen worden, zoals ze nu al gebruikt worden, is door de eigen autonomie of gemaakte keuzes af te dwingen. Een ggz-professional gaf aan dat een cliënt opgenomen zou worden (GZP06). Hierbij wilde de opnameafdeling een ander beleid voeren dan de GZ-psycholoog waarbij de GZ-psycholoog uiteindelijk bestaande richtlijnen gebruikt heeft om medicatievoorschrift af te dwingen. Op deze manier kunnen standaarden ook aangegrepen worden voor het versterken van de autonomie. Dit voorbeeld sluit aan bij het gebruik van standaarden door professionals als strategen in plaats van slachtoffers (Currie e.a., 2012; Levay & Waks, 2009; Wallenburg e.a., 2016; Waring & Currie, 2009).

Strategisch handelen is in dit onderzoek geïnterpreteerd als een reactie om het gebruik van standaarden te ontwijken of manipuleren. Hierin lijkt het alsof ggz-professionals zich conformeren aan de nieuwe standaarden of regels, maar doen zij dit eigenlijk niet (VSP01, PSA09 t/m PSA11, PST15). Omdat het binnen de regels ook mogelijk is om af te wijken van standaarden en dit te verantwoorden in het dossier van patiënten, is dit niet meegenomen als strategisch handelen. Het gaat bij strategisch handelen om het manipulatief omgaan met of ontwijken van standaarden, buiten de regels om werken. De reden die professionals aangeven voor dit gedrag is dat dit in het belang van cliënten zou zijn. Dit kan verklaard worden door wat al eerder genoemd is, het service-ideaal van ggz-professionals. De cliënt wordt belangrijker gevonden dan regels (Wilensky, 1964).

...aanpassen in die zin in wat in mijn ogen de patiënt ten goede komt. En wat 't mij niet ontzettend moeilijk maakt.... bijvoorbeeld hebben wij nu ook een of andere NZa enquête, van alle patiënten moeten wij dan ehm weet ik eerlijk gezegd niet waar dat voor is. Dan vul ik dat maar in – maar ja – maar dat gaat dan wel even heel snel, dan doe je dat omdat het moet... – PSA10

Kijk ik vertrouw de mensen die hier werken heel erg hoor. Ik denk echt dat ze het goede zoeken voor de cliënt en als dat met die zorgstandaard maar anders wijken ze gewoon echt af. ... Maar dat is precies hetzelfde met dat hele geclassificeer, je vult maar wat in – PST15

5.3.3 GGZ-PROFESSIONALS ALS SLACHTOFFERS

Weerstand betekent dat standaarden ervaren worden als een inbreuk op de professionele praktijk (VSP01, PSA09, PSA11, PSA12, PST15). Hierbij worden de standaarden niet gebruikt of sterk gewantrouwd. Het beeld van ggz-professionals als slachtoffer komt daarbij meermaals naar voren, het gevoel dat de standaarden worden opgelegd en ggz-professionals weerloos zijn. Bij respondenten in het onderzoek kwam dit onder meer naar voren in het wantrouwen over de herkomst

van de standaarden. Ook uitte de weerstand zich niet altijd expliciet maar was het zichtbaar in non-verbale communicatie en houding. Weerstand uitte zich ook door veranderbaarheid. Professionals gaven aan dat er al zoveel regels waren opgelegd in de afgelopen jaren en er zoveel veranderingen zijn geweest. Nu komen de standaarden er ook nog bij:

Ja je hebt van die al die nieuwe DSM, we hebben het hele kwaliteitsstatuut, regiebehandelaar implementatie... Er is zo enorm veel aan de hand eh ja dat is gewoon heel veel dus... Je moet het eigenlijk kant en klaar aangeleverd krijgen, van zo kun je dat in gaan zetten. Want anders wordt het niks. Dat is misschien heel negatief maar ik denk dat binnen grotere GGZ-instellingen regiebehandelaars zo vol zitten. Dat is wel zorgelijk als daar nog iets bij moet, want zo ervaren ze het toch als iets anders moet. Het is natuurlijk dat er iets bij moet, wat je moet. – PSA12

Bij één ggz-professional ging de reactie zo ver dat hij/zij aangaf te stoppen met werken als hij/zij met zorgstandaarden moet gaan werken (PST15). Deze reactie komt niet naar voren in het continuüm van Numerato e.a. (2012). De respondent geeft aan niet meer te kunnen werken zoals deze is opgeleid wanneer gewerkt moet worden volgens zorgstandaarden.

Ja ik verkeer in omstandigheden dat ik met pensioen ben dus ik kan zeggen joh dit is mijn vak niet en dat ga ik ook niet meer leren dus ik denk dat ik beter dat ik in de vrije praktijken kan gaan werken... Maar ik ja ik ga niet uitsluitend gestandaardiseerde behandelingen uitvoeren. – PST15

Wanneer gevraagd wordt wat de respondent zou doen als deze twintig jaar jonger zou zijn, geeft de respondent aan dat hij/zij zich zou laten omscholen. De reactie zou nog steeds ontslag zijn. Wat opvalt bij deze categorie is dat een groot deel van de weerstand voort lijkt te komen uit onbekendheid met de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Men geeft aan weinig te weten over de standaarden, de herkomst, het precieze doel en wie hebben meegewerkt aan de standaarden. Dit sluit aan bij de voorwaarde dat men meer informatie nodig heeft over de standaarden om ermee te kunnen werken. Het is mogelijk dat deze weerstand vermindert wanneer er meer informatie komt over de nieuwe standaarden.

5.3.4 KRITISCHE PSYCHIATERS VOOROP

Wanneer de reacties beschreven worden per beroepsgroep zijn daar een aantal opvallende resultaten waar te nemen. Verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen geven eerder een reactie van meebewegen met het gaan werken met de nieuwe standaarden (VSP02 t/m VSP04, GZP05 t/m GZP) dan dat ze strategisch handelen (VSP01) of weerstand bieden (VSP01). Ook tonen verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen nieuwsgierigheid naar de nieuwe standaarden (VSP03, GZP07, GZP08). De psychiaters en psychotherapeut laten een gepolariseerd beeld zien. Daar zitten zowel sterke reacties qua enthousiasme en nieuwsgierigheid

(PSA12 t/m PSA14) als die van strategisch handelen (PSA09 t/m PSA11, PST15) en weerstand (PSA09, PSA11, PSA12, PST15). Mogelijk wordt dit verklaard door de positie van de beroepsgroep. GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten werkten altijd onder psychiaters voor de omslag naar het regiebehandelaarschap. Er was en is misschien nog wel een bepaalde hiërarchie tussen de beroepsgroepen, waarin GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten ‘verlengde armen’ zijn van de psychiater (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, pp. 11–14). Zowel in taak- als waarde-autonomie geven zij blijk van een sterk ontwikkeld gevoel. Dit kan verklaard worden door wat eerder beschreven is bij *waarde-autonomie van psychiaters en psychotherapeut (5.2.2.1.)*.

5.4 VOORWAARDEN

Naast het bevragen van ggz-professionals over de reactie op de kwaliteitsstandaarden is ook rekening gehouden met de vraag wat de randvoorwaarden zijn voor ggz-professionals om standaarden in te zetten in de professionele praktijk. Antwoorden zijn gegroepeerd in overkoepelende thema’s: eigenaarschap, ruimte, leren en praktische toepasbaarheid.

5.4.1 EIGENAARSCHAP

Eigenaarschap betekent dat professionals *ervaren* dat de standaarden van ggz-professionals zijn en ze voor en door ggz-professionals zijn opgesteld. In het proces van opstellen van de standaarden zijn alle leden van de kwaliteitsraad (zie tabel 1 onder 2.4.1.) gevraagd mee te denken. In die zin zijn *alle* ggz-professionals indirect eigenaar van de standaarden. Dit betekent duidelijk niet automatisch dat ggz-professionals dat zo ervaren. Naast de vertegenwoordiging van de beroepsgroepen in het proces van opstellen van standaarden, is het de bedoeling dat ggz-professionals commentaar mogen leveren op de inhoud van standaarden. Deze informatie wordt dan meegenomen in het herzien van de standaarden. Deze voorwaarde linkt sterk aan waarde-autonomie, het gevoel van de beroepsgroep. Wanneer ggz-professionals uit naam van hun professie mogen reageren, is dit mogelijk een manier waarop waarde-autonomie versterkt kan worden, doordat je reageert *als* psychiater, verpleegkundig specialist of GZ-psycholoog. Opvallend is wel dat eigenaarschap van alle mogelijke voorwaarden het minst genoemd wordt door de respondenten (VSP09, VSP04, PSA01, PSA12, PSA13).

Heeft het nut? Waarom? En wie zit daarbij? Is dat vanuit een bedrijfsmatig zorg verzekeringstechnisch oogpunt ingeschoten of vanuit inhoud? Want je hebt al je richtlijnen en waarin je al je behandelaanbod hebt en de zorgpaden dus waarom nu weer opnieuw een zorgstandaard? En wat wordt daar vervolgens aan gekoppeld als je vervolgens van die standaard afwijkt? En wat voor juridisch gevolg zit daaraan vast want een zorgstandaard is naar mijn idee ook weer niet op de cliënt gericht.... Het gaat over zet je echt iemand centraal en zie je iemand als mens. En kan iemand

deelnemen aan de maatschappij? En ik denk dat een zorgstandaard daar niet zoveel meerwaarde aan heeft. – PSA09

Uit het citaat blijkt dat de psychiater niet het idee heeft dat de standaarden voor, door en van psychiaters zijn, maar dat ze opgelegd worden. Of ze worden ervaren als een controlemiddel van zorgverzekeraars – die de behandelpraktijk niet kennen – in plaats van een middel om de kwaliteit in behandeling te waarborgen (Timmermans, 2005). Kortom, ggz-professionals ervaren niet dat de standaarden van hen zijn, maar geven ook niet aan dat dit een heel belangrijk thema is. Wanneer ze het eigenaarschap naar voren brengen, komt dit soms doordat ze aangeven dat de eigen beroepsvereniging mee heeft gewerkt aan de standaarden. In andere gevallen komt het naar voren, zoals blijkt uit het citaat, omdat ze *geen* eigenaarschap ervaren, omdat dat volgens hen bij de verzekeraar ligt. Ggz-professionals brengen eigenaarschap niet duidelijk naar voren als een randvoorwaarde om met de standaarden te werken. Dit betekent niet dat, wanneer ingezet zou worden op het creëren van een gevoel van eigenaarschap onder ggz-professionals, dezen dat niet als behulpzaam zouden ervaren in het werken met standaarden. Wel kan worden afgeleid dat er onder ggz-professionals andere prioriteiten leven dan eigenaarschap zoals *ruimte* en in nog grotere mate *leren* en *praktisch toepasbaar*.

5.4.2 RUIMTE

Onder ruimte wordt verstaan dat de kwaliteitsstandaarden een beperkte impact hebben op de bestaande werkpraktijk. Dat vertaalt zich onder meer in het kunnen kiezen voor een bepaalde manier van werken met zorgstandaarden en de ruimte hebben om af te wijken van standaarden wanneer dit nodig wordt geacht. Wanneer ggz-professionals afwijken van bestaande richtlijnen wordt dit verantwoord in een multidisciplinair overleg en vastgelegd in het EPD. Respondenten geven aan dat ruimte in het werken met zorgstandaarden belangrijk is om ze betekenisvol in te kunnen zetten in de werkpraktijk (VSP01, VSP04, GZP05, GZP07, PSA09, PSA10 t/m PSA12, PSA14). Dat uit zich bijvoorbeeld in ruimte voor de eigen autonomie om creatief te zijn als behandelaar, onder andere door bepaalde elementen van verschillende behandelmethoden toe te passen wanneer je dat als behandelaar zelf nodig acht. Ook geven respondenten expliciet aan dat ze niet afgerekend willen worden op het gebruik van zorgstandaarden door bijvoorbeeld financiële consequenties te verbinden aan het gebruik (VSP01, VSP04, GZP05, PSA09, PSA10 t/m PSA12, PSA14). Van dergelijke financiële consequenties zou sprake kunnen zijn wanneer een verzekeraar kan zien dat de zorgstandaard niet gevolgd is in een behandeling, of als de behandelaar afwijkt van de standaard om redenen waar de zorgverzekeraar het niet mee eens is. De angst om hierop afgerekend te worden komt overeen met wat Timmermans (2005) stelt, namelijk de beweging naar het gebruiken van procedurele standaarden als performance standaarden.

Dat is dan het gevaar – als die ruimte er niet meer is – dat het alleen maar op die manier kan, volgens die zorgstandaard dan eh. Dat is een beetje het enge dat je dan denkt: ‘dan gaan verzekeraars dit misbruiken’. – GZP05

Kijk ik zou het minder vinden als je – weet ik veel – afgerekend wordt. Als zo’n pressiemiddel zou gebruikt worden. – VSP04

Kortom, ggz-professionals geven aan dat de nieuwe standaarden niet teveel zouden moeten veranderen aan de huidige bewegingsruimte van ggz-professionals. Dat zou te veel impact hebben op de bestaande professionele praktijk. Er bestaat al een cultuur van verantwoording binnen de ggz via multidisciplinaire overleggen en het vastleggen van besluiten in EPD’s. Hier komt duidelijk de vrees naar voren bij ggz-professionals om afgerekend te worden waarbij procedurele standaarden veranderen in performance standaarden. Het gebruik van procedurele standaarden als prestatie standaarden wordt bijna unaniem afgewezen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de standaarden ingezet moeten worden als procedurele standaard die de professional ondersteunt in het maken van keuzes, niet om op deze keuzes afgerekend te worden. Nog sterker dan ruimte komen de voorwaarden *leren* en *praktisch toepasbaar* naar voren als randvoorwaarden.

5.4.3 LEREN

Onder leren wordt verstaan dat het gebruik van zorgstandaarden leidt tot een gesprek tussen collega’s, in informele dan wel formele vorm. Intercollegiale toetsing is één van de voorwaarden die De Bruijn (2011) noemt. Twaalf van de vijftien respondenten geven aan de zorgstandaarden te willen gebruiken als een middel om van te leren (VSP02, VSP04, GZP05 t/m GZP08, PSA09, PSA10, PSA12 t/m PSA14, PST15). Het inzetten van zorgstandaarden als middel om een leerklimaat te creëren wordt gepositioneerd tegenover het gebruik van zorgstandaarden als middel om ggz-professionals af te rekenen.

Kijk een afrekencultuur hebben we al veel te veel in Nederland en daar gaat de kwaliteit echt niet verhogen. Feedback geven, dat helpt wel. ... Ga die discussie aan. Dus zorg voor feedback op het handelen. Uiteindelijk afrekenen dat kan helemaal aan het eind. Maar dat vind ik zelf niet een helpende cultuur. – PSA14

Ja ik denk dat het altijd goed is... ik zie het als een soort je gaat ergens een interactie mee aan en enne als er ergens een interactie mee aangegaan wordt. Kijk het is het verschil als het een soort van partner is die denkt dat reflectie en op wat je aan het doen bent dat het dan niet een een een dwingend iets is waar je gedwongen wordt om het op die manier te doen en niet anders eh maar als het een een partner is waarmee je een interactie aangaat. Dan kan je er beide beter van worden. – GZP05

Daarnaast wordt genoemd dat het nodig is dat er meer uitleg over de zorgstandaarden komt om er goed mee te kunnen werken (VSP02, VSP04, GZP05,

GZP07, PSA10, PSA13, PSA14, PST15). Verschillende vormen van onderwijs worden daarbij genoemd: online modules, onderwijs voor accreditatiepunten vanuit beroepsverenigingen, zelfstudie, scholing samen met collega's binnen de instelling en externe personen die meer komen vertellen over zorgstandaarden.

Dan moet je daar wel met elkaar bij stilstaan, dus heb je wel studiedagen nodig om het allemaal op dezelfde manier te lezen en rond te krijgen en in te vullen. Want als je zegt: 'nou hier zijn de zorgstandaarden ga je gang'. Ja... dan gebeurt het niet natuurlijk. – PSA10

Gewoon wat meer uitleg erover. Want ik zou gewoon willen dat iemand fysiek hier komt. Bijvoorbeeld van ok om het daar eens met ons over te hebben. – VSP04

Concluderend kan gesteld worden dat professionals graag feedback ontvangen door het werken met standaarden of gestandaardiseerde meetinstrumenten. Informatie door het werken met gestandaardiseerde meetinstrumenten willen ze vooral inzetten *binnen* de behandeling, of in het gesprek met mede-regiebehandelaren, maar niet aan verzekeraars verschaffen. Het valt op dat het kunnen leren van standaarden in sterk contrast staat met het gebruik van de standaarden door verzekeraars. Naast die afkeer van het gebruik van standaarden door verzekeraars moet er meer informatie over de standaarden komen. Er moet meer informatie over het mogelijke gebruik in de praktijk komen en het deelnemen aan deze bijscholingsactiviteiten zou beloofd moeten worden.

5.4.4 PRAKTISCH TOEPASBAAR

Naast de bovenstaande elementen die respondenten noemen om betekenisvol te kunnen werken met zorgstandaarden, geven twaalf van de vijftien respondenten aan dat zorgstandaarden praktisch toepasbaar moeten zijn (VSP02, VSP04, GZP05 t/m GZP08, PSA09, PSA10, PSA12 t/m PSA14). Er leven vooral praktische vragen over het gebruik van de zorgstandaarden. Door zes respondenten wordt aangegeven dat er meer informatie moet komen over de zorgstandaarden (VSP01, VSP04, GZP05, GZP07, PSA09, PSA12). De achtergrond, maar ook de inhoud en verhouding tot bestaande richtlijnen moeten verduidelijkt worden om ze goed te kunnen gebruiken. Door respondenten wordt expliciet aangegeven dat er een koppeling met het EPD zou moeten komen waardoor zorgstandaarden makkelijk toegankelijk zijn (VSP03, GZP05, PSA09, PSA10). Ook wordt de toegankelijkheid van de website van de database getypeerd als ingewikkeld. Het doorklikken voelt aan als een doolhof, respondenten weten op een zeker moment niet meer waar ze zijn op de website. Er wordt expliciet door drie respondenten aangegeven dat ze de standaarden en/of samenvattingen op papier willen hebben.

Als je zeg maar een psychiater bent die gewoon patiëntenzorg doet kan ik me bijna niet voorstellen dat je dan daarin gaat duiken, vanuit jezelf. Ik vind dus vanuit die zorgstandaarden, je krijgt heel weinig mee. Ik krijg een mailtje van

ouderenpsychiatrie of kwetsbare oudere patiënten. Maar dan ja... dat is het dan. En niet van: 'die hebben dat ontwikkeld en als je vragen hebt of als je wat wil organiseren binnen je instelling, neem dan contact op met die en die'. Daar zou ik behoefte aan hebben. Want ik moet dan heel die module nalezen. Ik vind dat klikken van de ene naar de andere modulestukjes schiet en dan weet je niet meer waar je bent dat vind ik heel onhandig. Ja ik vind het heel klantvriendelijk ingericht. Ik zou heel erg behoefte hebben aan wie is nou verantwoordelijk of contactpersoon voor welke module. Ik kan dat moeilijk terugvinden. – PSA12

Het is erg opvallend dat ggz-professionals zo'n sterke focus hebben op de praktische zaken rondom het gebruik van standaarden. Dit is een aanvulling op wat De Bruijn (2011) en Grol e.a. (2013) over het implementeren van standaarden in de professionele praktijk schrijven. Veel vaker ging het gesprek over praktische zaken in het dagelijks gebruik van kwaliteitsstandaarden dan over het ervaren eigenaarschap over de standaarden. Dit betekent dat hier in de aankomende jaren op ingespeeld kan worden door de standaarden te integreren in EPD's en verschillende vormen van samenvattingskaarten beschikbaar te maken om die te kunnen inzetten in de praktijk. Een voorbeeld hiervan is een uitgeprinte kaart voor patiënten met een overzicht van de behandeling die ze gaan krijgen.

5.5 CONCLUSIE

Concluderend kan gesteld worden dat de nieuwe kwaliteitsstandaarden vooral invloed hebben op de ervaren taak-autonomie van ggz-professionals. Dat blijkt uit het feit dat de randvoorwaarden die betrekking hebben op taak-autonomie het sterkst naar voren komen: ruimte en leren. Naast deze en eigenaarschap is er zelfs nog een vierde categorie bij gekomen die helemaal gericht is op de taak-autonomie van ggz-professionals: praktisch toepasbaar. Taak-autonomie in de praktijk is dus een groter onderwerp voor ggz-professionals dan waarde-autonomie. Althans, dit is duidelijk het geval voor GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten. Psychiaters hebben wel een sterk gevoel van waarde-autonomie naast taak-autonomie, wat verklaard kan worden door de mindere mate van professionalisering. Dit uit zich ook in de randvoorwaarden die gesteld worden om te werken met standaarden: eigenaarschap komt voornamelijk terug bij de psychiaters en over het geheel genomen veel minder dan de andere randvoorwaarden.

Het beeld dat gecreëerd wordt over taak- en waarde-autonomie van ggz-professionals wordt bevestigd in de manier waarop zij reageren. Psychiaters zijn verder geprofessionaliseerd dan GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten. De verwachting is dan ook dat GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten eerder meebewegen met het invoeren van nieuwe maatregelen dan psychiaters. Ze zijn immers minder autonoom dan psychiaters. Psychiaters laten eerder een reactie zien van ofwel strategisch handelen en weerstand en zelfs ontslag of die van enthousiasme. Ze hebben een veel meer uitgesproken mening over de standaarden

dan de verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen. De randvoorwaarden voor het werken met de nieuwe standaarden hebben voor psychiaters betrekking op zowel taak- als waarde-autonomie. Voor GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten hebben ze vooral betrekking op taak-autonomie.

Randvoorwaarden waar aandacht voor zou moeten zijn bij het implementeren van de standaarden zijn voornamelijk *ruimte* en nog sterker *leren* en *praktische toepasbaarheid* van standaarden. Voor psychiaters komt hier nog bij dat er een gevoel van eigenaarschap gecreëerd wordt. Dit zou kunnen helpen bij het (gaan) gebruiken van de nieuwe standaarden en het verminderen van weerstand. Afsluitend moet gewezen worden op een thema dat bij alle typen ggz-professionals terugkwam: angst voor de macht van de verzekeraar. *Eigenaarschap*, *ruimte* en *leren* worden allemaal gecontrasteerd met de macht van de verzekeraar: ggz-professionals moeten *eigenaar* zijn van standaarden, niet de verzekeraar, ggz-professionals moeten *ruimte* hebben om af te wijken, niet afgerekend worden door verzekeraars op het strikt naleven van de standaard en ggz-professionals moeten kunnen *leren* door het werken met standaarden, niet afgerekend worden door verzekeraars.

6 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Zowel uit academische literatuur als uit de afgenomen interviews blijkt dat standaardisering een omstreden onderwerp is. De kwaliteitsstandaarden die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ heeft voortgebracht roepen vele en verschillende reacties op. De standaarden zijn te plaatsen in een beweging van standaardisering die niet alleen in de ggz plaatsvindt, maar ook in andere onderdelen van de zorg en daarbuiten. Deze beweging gaat niet voorbij aan de professionals die ermee moeten gaan werken. De standaarden worden gebruikt om de kwaliteit in geleverde diensten te waarborgen. Al met al maakt dit de standaarden een onderwerp waar veel partijen verschillende dingen van en mee willen.

In dit hoofdstuk zullen de deelvragen besproken worden, onderverdeeld in theoretische vragen en empirische vragen. Daarna zal de hoofdvraag beantwoord worden. In de discussie zal beschreven worden wat voor bijdrage dit onderzoek maakt in wetenschappelijk en maatschappelijk opzicht. Wat heeft dit onderzoek nu bijgedragen aan kennis over standaarden en zijn er lessen te trekken uit dit onderzoek voor de praktijk, de ggz? Tevens wordt in deze sectie gereflecteerd op het proces van het onderzoek.

6.1 CONCLUSIE

6.1.1 THEORETISCHE DEELVRAGEN

HOE KUNNEN DE KWALITEITSSTANDAARDEN GEZIEN WORDEN IN DE CONTEXT VAN STANDAARDISATIE IN DE ZORG?

Standaardisatie is een proces dat niet alleen in de ggz plaatsvindt, maar in verschillende sectoren. Door New Public Management is de roep om verantwoording van professioneel handelen luider geworden. Publieke instellingen worden door NPM-invloeden steeds meer gemanaged op een zakelijke manier. Er is een focus gekomen op het leveren van producten tegen een zo laag mogelijke prijs. Eén van de oorzaken hiervan is dat burgers meer verwachten voor minder geld. Om de kwaliteit te waarborgen en aan de roep om verantwoording te voldoen wordt gewerkt met standaarden. Standaarden zijn een middel om de laatste (wetenschappelijke) inzichten te verspreiden en zo meer uniformiteit in behandeling mogelijk te maken. Deze zijn in eerste instantie bedoeld om de kwaliteit van een dienst te waarborgen.

In de ggz is het NKO de organisatie die het proces van het opstellen van standaarden beheert. In dat proces zijn alle leden van de leden van de kwaliteitsraad (zie tabel 1) en relevante veldpartijen betrokken; beroepsverenigingen, zorgaanbieders, cliëntorganisaties en zorgverzekeraars. Van oudsher lag de macht om standaarden

op te stellen bij de beroepsverenigingen van professionals. Nu nemen andere partijen ook deel aan dit proces. Externe partijen kunnen de kwaliteitsstandaarden gebruiken om geleverde diensten te beoordelen op kwaliteit. Zorgverzekeraars gebruiken deze informatie om op basis hiervan zorg in te kopen. Zo is er een verschuiving geweest van macht: beroepsverenigingen delen deze nu met zorgaanbieders, patiëntverenigingen en zorgverzekeraars.

HOE KUNNEN DE RECENTE ONTWIKKELINGEN BINNEN DE GGZ
VERSTAAN EN VERKLAARD WORDEN IN HET LICHT VAN HET DEBAT
RONDOM PROFESSIONALS EN HUN (VERANDERENDE) AUTONOMIE?

Professionals waren vroeger ‘pure’ professionals, ze hadden een grote mate van waarde-autonomie en taak-autonomie. Waarde-autonomie is het gevoel van autonomie als verworven recht van de beroepsgroep, taak-autonomie is de discretionaire ruimte die de professional nodig heeft om beslissingen te nemen over wat voor behandeling passend is in een specifieke situatie. Pure professionals hebben bijvoorbeeld een grote discretionaire ruimte en autonome jurisprudentie (Wilensky, 1964). Ze konden in de professionele praktijk doen wat zij dachten dat goed was voor de cliënt. Inmiddels zijn professionals gehybridiseerd; ze vervullen ook managende taken. Doordat ze ook managende taken vervullen zijn ze niet alleen maar bezig met de inhoud van de zorg maar ook het proces van het organiseren van zorg. Door de grotere roep om verantwoording in het managen van de zorg wordt de vrijheid in taak- en waarde-autonomie beïnvloed.

Door de nieuwe standaarden wordt de autonomie van professionals beïnvloed. Niet langer stelt alleen de beroepsvereniging ze op, ook externe partijen zijn betrokken in dit proces. Daarnaast gebruiken zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden om het functioneren van ggz-professionals te beoordelen. Dit betekent een verandering in waarde- en taak-autonomie. Doordat standaarden niet meer geheel in het beheer zijn van beroepsverenigingen verschuift de waarde-autonomie. Doordat standaarden gebruikt worden om het handelen van professionals te beoordelen zijn ze niet zo vrij meer als ze ooit waren. Dit zorgt ervoor dat de taak-autonomie beïnvloed wordt. Professionals kunnen deze standaarden ook aangrijpen om hun autonomie te versterken, bijvoorbeeld door te bepalen hoe standaarden gebruikt worden in de organisaties waar ze werken. In de literatuur is niet onomstreden hoe professionals standaarden ervaren en hoe ze erop reageren.

HOE KUNNEN GGZ-PROFESSIONALS REAGEREN OP HET INVOEREN
VAN NIEUWE STANDAARDEN IN DE PROFESSIONELE PRAKTIJK?

In de literatuur zijn verschillende reacties van professionals te onderscheiden, van meebewegen in het discours van ‘de manager’ die de standaarden oplegt, tot complete weerstand tegen standaarden omdat professionals het niet eens zijn met

hoe deze standaarden de professionele praktijk veranderen. Daartussen liggen mogelijkheden waar standaarden gemanipuleerd of omzeild worden om toch de eigen zin mogelijk te maken. Opvallend is dat de in de literatuur geboden reactiemogelijkheden altijd uitgaan van een negatieve houding van professionals ten opzichte van de (kwaliteits)standaarden. Ze worden altijd gezien vanuit het perspectief van de professional die overheerst wordt door de manager. De verschillende reacties zijn samen genomen in een continuüm waarin de in de literatuur gevonden reacties geplaatst konden worden. Dat loopt van managerial hegemony, co-optatie, onderhandelen, strategisch handelen, tot weerstand.

6.1.2 EMPIRISCHE DEELVRAGEN

De empirische deelvragen gaven soms een ander beeld dan wat in de literatuur naar voren kwam.

HOE REAGEREN GGZ-PROFESSIONALS OP HET INVOEREN VAN NIEUWE STANDAARDEN IN DE PROFESSIONELE PRAKTIJK?

De reacties die ggz-professionals geven op de nieuwe kwaliteitsstandaarden beperken zich niet tot het spectrum wat geschetst is onder 3.2.6. Het spectrum is op basis van de gevonden theorie opgesteld. Dat spectrum loopt van weerstand tot en met managerial hegemony. In dit onderzoek kwam naar voren dat ggz-professionals ‘verder’ gaan dan dat spectrum. In één geval geeft een ggz-professional aan ontslag te zullen nemen wanneer gewerkt moet worden met de nieuwe standaarden. Aan de andere kant reageren ggz-professionals juist enthousiast op de nieuwe standaarden. Ook deze reactie valt buiten het spectrum dat geschetst is. De reacties liggen voornamelijk in de uitersten van het spectrum en verschillen per beroepsgroep. Dat de reacties in de uitersten liggen is opvallend, dit wordt mogelijk verklaard door de relatief grote onbekendheid met de standaarden. De mate van professionaliteit blijkt een indicator voor de reactie te zijn. Psychiaters reageren ofwel enthousiaster ofwel schieten sterker in de weerstand. GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten bewegen eerder mee met het invoeren.

De reacties zijn te plaatsen op het uitgebreide continuüm (zie 5.3). Wanneer ggz-professionals zich gedragen als *ambassadeurs* zijn ze blij met de nieuwe standaarden en verwachten zij dat deze de zorg zullen kunnen verbeteren. Daarnaast laten professionals zich uit als *strategen*. In dat geval manipuleren of ontwijken ze de standaarden als ze ervaren dat de cliënt iets anders nodig heeft. Als laatste laten professionals zich soms uit als *slachtoffers*: ze ervaren de standaarden als een controle en machtsmiddel en geven blijk van weerstand tegen het invoeren hiervan. Professionals laten vaak meerdere van deze typen reacties zien. Ze kunnen tegelijkertijd zowel enthousiast zijn als standaarden manipuleren of ze laten een reactie zien waarin ze slachtoffer zijn en tegelijkertijd de standaarden manipuleren.

WAT ZIJN DE RANDVOORWAARDEN DIE GGZ-PROFESSIONALS HEBBEN OM DE STANDAARDEN TE GEBRUIKEN IN DE PROFESSIONELE PRAKTIJK?

De randvoorwaarden die in de theorie gevonden zijn, blijken overeen te komen met de randvoorwaarden die ggz-professionals zelf stellen aan kwaliteitsstandaarden. Zo komen *eigenaarschap*, *ruimte* en *leren* terug als randvoorwaarden van ggz-professionals. Echter, op basis van de empirie kunnen deze drie worden uitgebreid met een vierde categorie: *praktische toepasbaarheid* van standaarden. Daarin ligt de nadruk op het gebruik van de standaarden in de professionele praktijk, namelijk: hoe kunnen standaarden concreet ingezet worden? Voorbeeld van praktisch toepasbaar is een koppeling van de standaarden met het EPD, of samenvattingskaarten op papier die aan cliënten meegegeven kunnen worden. Ggz-professionals zijn meer bezig met de dagelijkse praktijk en goede zorg voor hun cliënten dan dat ze zich aangetast voelen als beroepsgroep. Dit kan gesteld worden omdat de randvoorwaarden ruimte en vooral leren en praktische zaken gerelateerd zijn aan taak-autonomie en eigenaarschap aan waarde-autonomie.

Eigenaarschap kwam veel minder prominent naar voren in de antwoorden dan ruimte, leren en praktische toepasbaarheid. Daarmee is niet gezegd dat waarde-autonomie niet belangrijk is, maar de prioriteit ligt bij de overige randvoorwaarden. Dit kan mogelijk verklaard worden door het service-ideaal: de cliënt gaat boven de regelgeving en misschien zelfs boven het eigenbelang van de ggz-professional.

6.1.3 BEANTWOORDEN HOOFDVRAAG

Op basis van het onderzoek kunnen een zestal hoofdconclusies getrokken worden welke hieronder behandeld worden. De hoofdvraag zoals gesteld aan het begin van dit onderzoek is:

Op welke wijze gaan (relatief autonome) ggz-professionals om met (nieuwe) kwaliteitsstandaarden en welke factoren zijn daarop van invloed?

1. Heterogeniteit onder ggz-professionals

De eerste conclusie die getrokken kan worden is dat er veel heterogeniteit is onder ggz-professionals. Er is geen eenduidig beeld aan reacties waar te nemen op de kwaliteitsstandaarden. Grofweg laten ggz-professionals drie soorten reacties zien (ambassadeurs, strategen en slachtoffers) die te plaatsen zijn langs het uitgebreide continuüm van Numerato, Salvatore en Fattore (2012). Ook is gebleken dat het continuüm niet breed genoeg is.

Naast het uitbreiden van het continuüm blijkt dat professionals niet tegenover de managers staan maar zelf managend zijn. Dat wil niet zeggen dat er geen managers meer zijn waar mee samengewerkt wordt, maar de managementtaken worden niet

exclusief meer door managers uitgevoerd. Regiebehandelaren zijn a priori gehybridiseerde professionals omdat ze ook managende taken in de uitvoering van zorg hebben gekregen ten opzichte van de tijd dat er nog hoofdbehandelaars waren. De theoretische dichotomische opstelling van managers versus professionals sluit dus niet aan op de realiteit. Als er gesproken wordt in termen van ggz-professionals versus een andere partij, is deze andere partij altijd de verzekeraar, daar heerst angst voor.

2. Standaarden als bijdrage aan de versterking van beroepsmatige professionaliteit

Een tweede conclusie die getrokken kan worden is dat standaarden onder bepaalde omstandigheden kunnen bijdragen aan de beroepsmatige professionaliteit. Verwacht zou kunnen worden vanuit de literatuur (zie bijvoorbeeld Timmermans, 2005) dat standaarden gebruikt worden om professionals te disciplineren en controleren. Angst daarvoor is zeker aanwezig, maar ggz-professionals geven aan dat de standaarden ook kunnen bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van zorg. Het versterken van de beroepsmatige professionaliteit gaat niet automatisch, maar kan versterkt worden op het moment dat de standaarden ingezet worden als reflectiemiddel. Wanneer professionals gestimuleerd worden om hun eigen handelen zelf te evalueren op basis van de standaarden en te zien waar hun eigen blinde vlekken zitten, kunnen de standaarden bijdragen aan het versterken en verhogen van de kwaliteit die geleverd wordt.

3. Angst voor de macht van de verzekeraar

Het verhogen van de beroepsmatige professionaliteit en de kwaliteit van zorg gaat niet vanzelf, vanwege een belemmerende factor: de macht van verzekeraars en de angst daarvoor. Ggz-professionals tonen angst voor de macht van externe partijen die meer macht krijgen door de nieuwe standaarden. Dit zijn met name de verzekeraars en de manier waarop zij de standaarden zullen gebruiken. De angst is dat verzekeraars professionals zullen afrekenen wanneer zij niet volgens de standaard werken of het afwijken niet goed genoeg verantwoord hebben. De verzekeraar kan de standaarden dan gebruiken om niet te betalen wanneer er niet volgens de standaard gewerkt is. Deze angst voor externe machten en krachten wordt regelmatig getoond. Niet zozeer de angst dat verzekeraars stimuleren dat er gewerkt wordt met standaarden, maar des te meer dat professioneel handelen beoordeeld en afgerekend wordt met standaarden. Dit sluit aan bij de verwachtingen rondom het gebruik van procedurele standaarden als prestatie standaarden. Zorgverzekeraars gebruiken de standaarden dan niet om ggz-professionals te stimuleren om deze te gebruiken, maar rekenen professionals af op het al dan niet werken met de standaard, zelfs wanneer de behandelaar en cliënt tevreden zijn. Dit brengt een gevoel van onrechtvaardigheid en onmacht teweeg bij ggz-professionals.

4. *Autonomie van ggz-professionals en de mate van professionalisering*

Als het aankomt op de taak-autonomie van ggz-professionals wordt uit de interviews duidelijk dat deze niet zo sterk wordt aangetast. Daarvoor staan ggz-professionals te sterk in hun taak-autonomie in de professionele praktijk: ze doen wat ze goed achten voor de cliënt. Wel of geen standaard, een ggz-professional wijkt af wanneer deze denkt dat dat nodig is. Wanneer er wordt afgeweken van standaarden wordt dit verantwoord in een multidisciplinair overleg waar cliënten periodiek besproken worden. Afwijken wordt daarmee vaak in overleg gedaan met andere collega's van verschillende disciplines. Dit multidisciplinaire besluit wordt dan gedocumenteerd. Soms geven professionals aan ook af te wijken wanneer ze dit nodig achten maar het wellicht niet goed kunnen verantwoorden. Ook in dat geval doen ze dat wanneer ze denken dat de cliënt dit nodig heeft.

In de gevonden data bleek dat professionals op verschillende manieren reageren en daar verschillende redenen voor geven. Een duidelijke bevinding is dat professionals gedreven worden door het belang van hun cliënten, het service-ideaal. Die staan boven de belangen van zorgverzekeraars. Dat maakt dat, wanneer er weerstand te zien is bij professionals, ze aangeven dat de standaard de cliënt niet ten goede komt. Wanneer ze enthousiast zijn over de nieuwe kwaliteitsstandaarden komt dat vaak doordat ze verwachten betere zorg te kunnen leveren met de standaarden. Het effect van standaarden op de cliënt is dus een belangrijke motivator voor zowel weerstand als enthousiasme ten aanzien van standaarden.

Als het aankomt op waarde-autonomie van ggz-professionals is er niet zozeer sprake van spanning tussen de zorgstandaard en het beroepsgevoel van ggz-professionals. Deze spanning is eerder aanwezig tussen de beroepsgroepen van ggz-professionals zelf: tussen psychiaters enerzijds en GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten anderzijds. Psychiaters hebben een sterker ontwikkelde waarde-autonomie, een langere geschiedenis als professionals met exclusieve jurisprudentie en de langste opleiding. Ze zijn dus het sterkst geprofessionaliseerd. Verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen zijn nog niet zo lang toegestaan om als regiebehandelaar op te treden in de Gespecialiseerde GGZ en lijken, mogelijk daardoor, nog op zoek naar het gevoel van waarde-autonomie, vooral binnen een multidisciplinair team met psychiaters.

5. *Praktische standaarden in een strijd om macht*

Wanneer gevraagd wordt naar waarde-autonomie benoemen ggz-professionals regelmatig praktische zaken. Ze willen hun werk in de praktijk gewoon kunnen blijven doen. Wanneer er gevraagd wordt naar het gevoel van autonomie als verworven recht gaat het gesprek richting praktische voorwaarden. Ggz-professionals geven dan aan dat de zorgverzekeraar zich niet moet bemoeien met het maken van keuzes met de cliënt. Verzekeraars mogen sturen op het *gebruik* van standaarden, maar ze niet aanwenden om ggz-professionals op *af te rekenen*. De

politieke strijd om macht in de ggz uit zich in het stellen van praktische voorwaarden bij professionals.

6. *Randvoorwaarden zijn bepalend voor het gebruik van standaarden*

De randvoorwaarden die ggz-professionals stellen om te kunnen werken zijn vaak praktisch van aard, gericht op de dagelijkse werkpraktijk. Een andere randvoorwaarde is *hoe* standaarden ingezet kunnen worden. Worden ze ingezet om van te *leren*, om het eigen handelen aan te spiegelen en om intercollegiaal overleg te faciliteren of om professionals af te straffen wanneer ze zich er niet aan houden? Afstraffen met standaarden is een overkoepelend thema dat terug blijft komen doorheen de interviews. Ggz-professionals willen de standaarden inzetten om hun kwaliteit te waarborgen door de standaarden als reflectiemiddel te gebruiken. Een politieke machtsstrijd voeren met standaarden over de rug van cliënten is voor ggz-professionals uit den boze.

Wat verder opviel is dat *eigenaarschap* over de standaarden een veel minder grote randvoorwaarde bleek dan gedacht. Dit kan verklaard worden door de praktische inslag van respondenten en hun focus op de cliënten waar ze mee werken, het eerdergenoemde service-ideaal. Daaraan gekoppeld is de *ruimte* die ze aangeven nodig te hebben. Ruimte om hun eigen creativiteit en *tacit knowledge* in te kunnen zetten. Het sterkst komen leren en de praktische inslag terug. Wanneer er aandacht is voor de randvoorwaarden die ggz-professionals stellen, voornamelijk met een praktische focus, zullen zij eerder geneigd zijn mee te bewegen in het actief werken met de nieuwe kwaliteitsstandaarden.

Kortom, ggz-professionals reageren op vele verschillende manieren op de nieuwe kwaliteitsstandaarden van het NKO; van enthousiasme tot en met ontslag. Deze tegengestelde reacties kunnen mogelijk verklaard worden door een aantal factoren. De beleefde invloed van de standaarden op de taak- en waarde-autonomie is een belangrijke. Met name taak-autonomie en wat standaarden betekenen voor de ruimte die ggz-professionals hebben om voor de cliënt goede zorg te kunnen leveren. Daar komt ook de angst voor controle vandaan. Als je als professional niet meer kunt doen wat je goed acht voor de cliënt, dan treedt weerstand of zelfs ontslag op als reactie.

Wanneer de standaarden ingezet kunnen worden om betere zorg te leveren omdat ze als een spiegel functioneren waarin de ggz-professional naar het eigen handelen kijkt en ziet wat er mogelijk beter kan, is de reactie meebewegen of zelfs enthousiasme. Naast het bespreken van de behandeling door middel van standaarden met de cliënt kan het ook gebruikt worden als een aanzet tot gesprek met collega's. Hierin faciliteert een standaard het gesprek met andere professionals uit de ggz. Deze manier van spiegelen wordt erg gewaardeerd door ggz-professionals. De manier waarop nieuwe kwaliteitsstandaarden gepercipieerd en ingezet kunnen worden door ggz-professionals lijkt te bepalen hoe ze erop reageren.

6.2 DISCUSSIE

6.2.1 ACADEMISCHE IMPLICATIES

In dit onderzoek zijn verschillende theorieën gebruikt om de reacties van ggz-professionals op nieuwe kwaliteitsstandaarden te onderzoeken, evenals de randvoorwaarden die zij stellen voor het gebruik ervan. Zo zijn het proces van standaardisatie en de functies van standaarden (Burgers e.a., 2013; De Bruijn, 2011; Timmermans, 2005), professionals en hun autonomie (Abbott, 1988; Evetts, 2002; Noordegraaf, 2015a; Timmermans & Berg, 2003; Tummers & Bekkers, 2014; Wilensky, 1964) en de reacties van professionals op veranderingen en factoren die daarop van invloed zijn (Levay & Waks, 2009; Numerato e.a., 2012; Tummers & Bekkers, 2014; Wallenburg e.a., 2016; Waring & Currie, 2009) onderzocht. Er zijn drie belangrijke theoretische implicaties die hieronder behandeld worden.

Ten eerste, het spectrum dat Numerato Salvatore en Fattore (2012) aandragen op basis van voorgaand onderzoek wordt door dit onderzoek bekritiseerd. Het spectrum is te smal om alle reacties die in dit onderzoek door professionals gegeven worden te omvatten. Aan de ene kant van het continuüm gaat het niet verder dan het volgzzaam meebewegen van professionals met de manager. De andere kant van het continuüm eindigt bij weerstand tegen een nieuwe beleidsmaatregel. In het huidige onderzoek bleken veel professionals enthousiast over de nieuwe standaarden en wilden ze deze graag gaan gebruiken. Tevens was er ook een ggz-professional die zijn ontslag zou indienen als hij met de nieuwe standaarden zou moeten werken. Dit onderzoek spreekt dus voor het uitbreiden van het spectrum van Numerato Salvatore en Fattore (2012).

Het tweede punt van kritiek is de dichotomische verhouding tussen managers en professionals die in de literatuur gevonden is. Er lijkt weinig rekening gehouden te worden met de hybridisering van professionals (Noordegraaf, 2007). Numerato, Salvatore en Fattore (2012) noemen dit zelf al als een kritiekpunt, dit onderzoek bevestigt dat. In de ggz is er een omslag geweest van het hoofd- naar regiebehandelaarschap, dit past in de hybridiserende beweging van professionals (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015; NKO, 2016b). Om die dichotomische verhouding op te heffen is een parallel continuüm opgesteld dat de verhouding tussen professionals en standaarden typeert: namelijk als ambassadeurs, strategen en slachtoffers (figuur 3, onder 3.4). Dit doet meer recht aan de ervaring van professionals die in de interviews naar voren kwam.

Het derde punt, aansluitend op het tweede, betreft de verhouding tussen ggz-professionals en zorgverzekeraars. Er is zeker een dichotomie te vinden bij ggz-professionals, maar dat is niet met de manager, maar met zorgverzekeraars. De oorsprong hiervan ligt in het gebruik van procedurele standaarden als prestatiestandaarden (Timmermans, 2005). De angst die onder ggz-professionals

leeft is voor de inspraak in de behandelkamer door zorgverzekeraars. Ondanks dat professionals aangeven te blijven doen wat ze nodig achten voor de cliënt, is de angst dat een externe partij meekijkt met het werk van de professional en daar een oordeel over heeft. De wetenschap dat dat oordeel bepaalt of zorgcontracten worden verlengd of niet, creëert onzekerheid. Dit zorgt voor een sfeer van wantrouwen waar professionals aangeven te willen werken vanuit vertrouwen. Deze sfeer van onzekerheid en wantrouwen heeft wellicht ook invloed op de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden. Dit onderzoek bevestigt dat deze angst bestaat en leeft onder zorgprofessionals.

De overkoepelende categorieën van randvoorwaarden om de standaarden te gebruiken in de dagelijkse praktijk bleken grotendeels passend te zijn (De Bruijn, 2011; Grol, 1993; Grol e.a., 2013). Opvallend is wel dat de verhouding waarin prioriteit werd gegeven aan randvoorwaarden onderling redelijk sterk verschilde en een categorie is toegevoegd. *Leren* van standaarden bleek verreweg de grootste van de bestaande categorieën te zijn, terwijl *eigenaarschap* relatief weinig aan bod kwam in interviews. *Eigenaarschap* gaat over waarde-autonomie en lijkt eerder een manier om weerstand tegen de standaarden weg te nemen, waar *leren* en *ruimte* gaan over de taak-autonomie. Omdat deze laatste twee betrekking hebben op de dagelijkse professionele praktijk hebben ze potentie het actief gebruik van standaarden te stimuleren. Dit heeft gevolgen voor de praktische implicaties van dit onderzoek, welke onder 6.2.3 beschreven worden.

Ten vierde is er een aanvulling op de bestaande categorieën van randvoorwaarden: *praktische toepasbaarheid*. Het bleek dat ggz-professionals vooral veel praktische voorwaarden hebben voor het gebruik van standaarden. Deze categorie kwam niet naar voren in de hierboven genoemde literatuur en is hier een belangrijke aanvulling op. Of dit verschilt met andere beroepsgroepen buiten de ggz moet nog nader onderzocht worden. In de ggz-blijkt het vooralsnog een belangrijk element te zijn. Dit kan wellicht deels verklaard worden door de nog relatief grote onbekendheid met de standaarden. De praktische implicaties hiervan worden hieronder verder uitgewerkt.

6.2.1 VERVOLGONDERZOEK

Op basis van dit onderzoek zijn er vijf concrete aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Deze hebben betrekking op hoe de standaarden in de praktijk ervaren worden, de verhouding tussen beroepsgroepen in de ggz, het testen van een nieuw continuüm wat de reacties van ggz-professionals schetst en de nieuw toegevoegde randvoorwaarde: praktische inzetbaarheid.

Allereerst: hoe de standaarden daadwerkelijk gebruikt gaan worden in de praktijk moet nog blijken. Interessante vragen zijn hoe deze standaarden in de praktijk ingezet kunnen worden door de ggz-professionals en of ze deze daadwerkelijk als

ondersteunend zullen ervaren in het leveren van zorg van goede kwaliteit. Dit zou middels een kwalitatief onderzoek onderzocht moeten worden omdat de nuances hierin belangrijk zijn. Dit zou aanzetten kunnen geven voor het NKO en andere sectorpartners om de inhoud en/of ondersteuning van zorgstandaarden aan te passen.

Ten tweede is het relevant om te onderzoeken hoe de verhoudingen tussen de beroepsgroepen functioneren en bijdragen en samenhangen met de kwaliteit die geleverd kan worden in de ggz. Verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen hebben een ander gevoel bij waarde-autonomie dan psychiaters, zo blijkt uit de empirie. Het verschil in de beleving van waarde-autonomie kan zorgen voor spanningen in multidisciplinaire overleggen tussen GZ-psychologen en/ of verpleegkundig specialisten enerzijds en psychiaters anderzijds. Soms luisteren de eerstgenoemde twee beroepsgroepen naar een psychiater, hoewel zij zelf denken dat het anders zou moeten. Hoe dat samenhangt met de kwaliteit die professionals leveren aan cliënten zou onderzocht kunnen worden. Een vervolgonderzoek kan uitwijzen of de waarde-autonomie van verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen over de loop van de tijd versterkt door het langer werkzaam zijn als regiebehandelaar. Mogelijk blijkt dat zij ervaren dat ze meer scholing nodig hebben, in welk geval dit aanknopingspunten zijn om de professionaliteit te versterken.

Een derde mogelijkheid voor vervolgonderzoek is het testen van het continuüm van ambassadeurs, strategen en slachtoffers. Wat zijn de strategieën van gehybridiseerde professionals in het omgaan met standaardisering uit netwerksamenwerkingen waarin ook financiers vertegenwoordigd zijn? De verschuiving van macht in het opstellen van standaarden heeft effect op de manier waarop standaarden gepercipieerd worden, en zodoende is dit nieuwe continuüm opgesteld. De genoemde typering van reacties zijn nu nog (te) brede categorieën die meer uitgediept en genuanceerd moeten worden. Het continuüm is waardevol, maar behoeft verder onderzoek onder een grotere populatie.

Een vierde thema dat verder onderzoek behoeft, is de sfeer van wantrouwen en vertrouwen tussen verzekeraars enerzijds en zorgaanbieders en ggz-professionals anderzijds. Uit de reacties van ggz-professionals blijkt dat deze relatie niet gebaseerd is op vertrouwen, maar op wantrouwen. De vraag die opkomt is of dit effect heeft op de kwaliteit die ggz-professionals kunnen leveren. Wanneer zij ervaren dat ze niet vertrouwd worden door verzekeraars bestaat wellicht de kans dat dit weerslag heeft op de manier waarop interactie met cliënten plaatsvindt. Het gevolg hiervan is mogelijk dat de geleverde kwaliteit wordt aangetast. Het zou waardevol zijn om dit te onderzoeken, zowel voor de verzekeraars als voor ggz-professionals.

Ten vijfde en laatste kan op basis van dit onderzoek een aanzet gegeven worden voor het verder onderzoeken van de randvoorwaarden van ggz-professionals voor het gebruik van kwaliteitsstandaarden. Samen met *leren was praktisch toepasbaar* de

grootste categorie van randvoorwaarden die de professionals benoemden. De vraag is of dit perspectief naar voren kwam omdat de standaarden nog zo nieuw zijn of, omdat dit een algemene grotere categorie is die nu nog onvoldoende aandacht heeft gekregen in de literatuur. De verwachting op basis van de empirie is het laatste.

6.2.2 PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

Op basis van de conclusies van dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen te maken, gericht op de verschillende stakeholders. Allereerst zullen aanbevelingen aan beleidsmakers gedaan worden, vervolgens aan ggz-instellingen, verzekeraars, ggz-professionals en aan de sector als geheel.

Op basis van de bevindingen in dit onderzoek zijn er een aantal *beleidsmatige* aanbevelingen. Zoals genoemd is de bekendheid van de nieuwe standaarden minimaal onder ggz-professionals terwijl het NKO als sinds 2013 werkt aan de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Tevens hoorden respondenten niets of nauwelijks iets van hun beroepsverenigingen. Dit is op zijn minst opmerkelijk te noemen. Zowel op basis van literatuur als de empirie kan gesteld worden dat informatievoorziening belangrijk is en er wellicht verbeteringen mogelijk zijn. Wanneer de beroepsverenigingen hun informatievoorziening over de nieuwe kwaliteitsstandaarden versterken, kan het gevoel van eigenaarschap toenemen onder ggz-professionals. Als dit via de beroepsverenigingen gebeurt, heeft het de potentie om de ervaren waarde-autonomie van ggz-professionals te verhogen. Dat ggz-professionals niet sterk aangeven dat eigenaarschap een randvoorwaarde is wil niet zeggen dat wanneer eigenaarschap versterkt wordt, het geen positief effect kan hebben op de bereidheid om te willen werken met de nieuwe standaarden.

Daarnaast is er nog een andere aanbeveling aan het NKO op basis van wat ggz-professionals aangeven. De website ggzstandaarden.nl wordt door een aantal ggz-professionals bekritiseerd. Zij geven aan dat de navigatie op de website zelf onduidelijk is vanwege het doorklikken van de ene standaard naar de andere. Op zeker moment weten zij niet meer waar ze zich op de website bevinden. Dit omschrijven ze als ingewikkeld en frustrerend.

Aan *ggz-instellingen* is het op basis van zowel theorie als empirie aan te bevelen dat zij stimuleren dat ggz-professionals de standaarden kunnen gebruiken als leertool. Hierbij kan het gaan om het doornemen van de standaarden met collega's en zien waar blinde vlekken liggen in de manier van behandelen. Ook kan het betekenen dat de standaarden als spiegels functioneren waarin op het eigen handelen gereflecteerd wordt. Een voorwaarde hiervoor is een veilige omgeving waarin dit leidt tot een leercultuur en niet een afrekencultuur. Omdat ggz-professionals in eerste instantie te maken hebben met hun managers in de zorg is het zaak dat vanuit de instelling wordt aangestuurd op het leren van de standaarden, niet het afrekenen.

Hier liggen uiteraard ook mogelijkheden voor verzekeraars en, breder beschouwd, voor de organisaties die de standaarden geschreven hebben.

Die veilige omgeving heeft onder meer te maken met de inspraak van *zorgverzekeraars* die mogelijk de procedurele standaarden gaan gebruiken als prestatie standaarden. Het gevolg is dat zij bepalen wat goede zorg is, waarbij zij mogelijk niet uitbetalen als niet aan de standaarden voldaan wordt. De angst onder ggz-professionals is dat de macht om te bepalen wat goede zorg is verschuift van de professionals naar financiers. Want wie betaalt, bepaalt? Deze financiers proberen met gestandaardiseerde metingen het effect van een behandeling te bepalen. Ggz-professionals geven aan dat het niet altijd van hen afhankelijk is of een behandeling effectief is, dat hangt ook af van de cliënt zelf en van andere omstandigheden waar behandelaar of cliënt geen grip op hebben. Het meenemen van alle factoren die de kwaliteit en effectiviteit van een behandeling bepalen wordt door professionals als lastig gezien. Dit neemt niet weg dat zij zelf ook graag gebruik maken van effectmetingen, Het mantra *meten is weten* kwam regelmatig naar voren in de interviews, maar dan wel binnen een behandeling, samen met de patiënt. Of die gegevens met verzekeraars gedeeld zouden moeten worden, blijft een zeer heikel punt. Het is in ieder geval aan te bevelen om terughoudend te zijn met het afrekenen van ggz-professionals op basis van het gebruik van de standaarden.

Op basis van dit onderzoek zouden *ggz-professionals* zich sterk kunnen maken voor een grotere inspraak in de totstandkoming van standaarden. Dit gebeurt al via hun beroepsverenigingen maar dat beleven zij momenteel nog niet zo. Op het moment dat ggz-professionals middels meer inspraak hun waarde-autonomie versterken kunnen ze de discretionaire ruimte die ze hadden (psychiaters) of willen krijgen (GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten) zeker stellen. Op deze manier kunnen ze hun eigen positie verstevigen tegenover zorgverzekeraars, waar voor hen momenteel veel macht naartoe verschuift/ is verschoven.

Om de standaarden in te kunnen zetten in de *dagelijkse praktijk* is het aan te raden dat ze deze allereerst lezen en bespreken met collega's. Waar liggen eventuele blinde vlekken van ggz-professionals? Bijvoorbeeld psycho-educatie, of het ondertekenen van een behandelplan, is de informatie voor naasten op orde? Dat zijn hele praktische zaken waarbij zorgstandaarden en generieke modules kunnen ondersteunen om de zorgkwaliteit te verhogen. Daarnaast kunnen ggz-professionals de standaarden gebruiken bij informeel en formeel intercollegiaal overleg, zoals MDO's. Dan zijn het niet alleen maar naslagwerken maar worden het tools waarmee gereflecteerd kan worden op het eigen handelen, waar vervolgens met collega's over gesproken kan worden. Dit zou professionals kunnen helpen om zichzelf verder te ontwikkelen. Uit de empirie kwam immers naar voren dat alle professionals de beste willen zijn in hun vakgebied. De nieuwe kwaliteitsstandaarden kunnen daarbij gebruikt worden.

Sectorbreed is de aanbeveling om te werken aan vertrouwen. Regelmatig kwam wantrouwen en vertrouwen als thema naar voren in de empirie. Zowel binnen teams, ggz-instellingen en sectorbreed voornamelijk tussen de financiers en leveranciers van zorg. Vooral het wantrouwen dat ervaren wordt door ggz-professionals vanuit zorgverzekeraars is iets waaraan gewerkt moet worden. Dit is lastig vanuit één partij te doen, daarom is dat een aanbeveling die voor de gehele sector geldt. Dit is ook bij het vervolgonderzoek aangegeven als onderwerp. Extra onderzoek zou mogelijke antwoorden kunnen opleveren op de vraag welke en hoe interventies kunnen bijdragen aan dit vertrouwen.

6.2.3 REFLECTIE

De verwachting en hoop was dat een deel van de ggz-professionals die gesproken zijn al met de nieuwe kwaliteitsstandaarden werkten, dit bleek niet het geval. Sterker nog, een fors deel van de respondenten hoorde voor het eerst van de standaarden door de uitnodiging om met dit onderzoek mee te doen. Het ging dus eerder over wat ggz-professionals dachten te gaan doen in plaats van wat ze op dit moment deden met de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Een andere factor die de antwoorden van professionals zou kunnen hebben beïnvloed is de houding ten opzichte van recente veranderingen in de sector. Het zou zo kunnen zijn dat de ggz-professionals die negatief over de Routine Outcome Monitoring (ROM) metingen denken deze negatieve mening laten overheersen bij andere veranderingen in het veld.

Er is voor gekozen om professionals te spreken die in instellingen in de Gespecialiseerde GGZ werken. Verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen mogen in de vrijgevestigde sector namelijk niet in de Gespecialiseerde GGZ optreden als regiebehandelaar. Dit maakt wel dat de vrijgevestigde sector niet is onderzocht. Andere delen van de GGZ zoals de Praktijk Ondersteunende Hulp (POH-GGZ) en regiebehandelaren in de Generalistische Basis GGZ kunnen de standaarden wellicht op een andere manier ervaren in relatie tot hun autonomie als professional. Dit is mogelijk omdat ze meer op zichzelf zijn aangewezen vanwege de kortere behandelingen. Cliënten worden daar waarschijnlijk minder vaak of niet in een multidisciplinair overleg besproken. Aanvullend onderzoek zal moeten uitwijzen of in deze sectoren de reacties van professionals anders zijn. Vooral POH-GGZers zijn daarbij interessant om te onderzoeken omdat die volledig zelfstandig werken en niet in een multidisciplinair team met GZ-psychologen of psychiaters en psychotherapeuten. Naast het volledig zelfstandig werken zijn POH-GGZers een relatief jonge beroepsgroep.

Onder 4.2.4 is de rol van de onderzoeker besproken waar ook gezegd is dat deze mogelijk beïnvloed is door zijn stage bij het NKO. Door aanwezig te zijn in een context waar men sowieso positief is over de kwaliteitsstandaarden heeft dit waarschijnlijk weerslag gehad op de manier waarop de onderzoeker zelf naar de nieuwe standaarden kijkt. Die heeft de mogelijke waarde van standaarden vooral

meegekregen bij de stageorganisatie. Om de invloed hiervan op de data zoveel mogelijk te beperken is in de interviews gelet op het zo neutraal mogelijk formuleren van de vragen. Dit bleek regelmatig toen respondenten vroegen wat de mening van de onderzoeker zelf was. Dan was altijd het antwoord dat dat besproken kon worden, maar dan wel na afloop van het interview omdat het daarin ging om de mening van de respondenten, niet die van de onderzoeker.

6.3 TOT SLOT

Dit onderzoek pleit voor meer aandacht voor de framing en de manieren van gebruik van de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Wanneer er meer informatie verschaft wordt aan professionals over de herkomst van standaarden en ze niet ingezet worden om af te straffen, zal naar verwachting de weerstand afnemen. Deze verwachting wordt nog sterker wanneer professionals dit te horen krijgen van zowel hun eigen beroepsvereniging als van andere partijen die betrokken waren bij het opstellen van de standaarden. Wanneer de standaarden ingezet worden als leermiddel door intercollegiaal gesprek en toetsing te faciliteren en wanneer ze praktisch toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk, is de kans groot dat ze gebruikt gaan worden. Sterker nog, dan kan wellicht zelfs enthousiasme toenemen voor de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Dat dit de kwaliteit kan verhogen van zorg wordt immers bijna unaniem gesteld door de ggz-professionals. De verandering van verwarring naar helderheid is er één die alleen kan plaatsvinden als alle actoren in de sector meebewegen.

BIBLIOGRAFIE

ACADEMISCHE LITERATUUR

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5de dr.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4de dr.). Oxford: Oxford University Press.
- Burgers, J., Smolders, M., Van Der Weijden, T., Davis, D., & Grol, R. (2013). Clinical Practice Guidelines as a Tool improving Patient Care. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Red.), *Improving Patient Care: the Implementation of Change in Health Care* (2de dr., pp. 91–113). Chichester, UK: Wiley Blackwell.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory: a Practical Guide through Qualitative Analysis* (2de dr.). London: SAGE.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3de dr.). Los Angeles, CA: SAGE.
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism. *Organization Studies*, 33(7), 937–962.
- De Bruijn, H. (2011). *Managing Professionals*: London: Routledge.
- Deetz, S. (1996). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7(2), 191–207.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Evetts, J. (2002). New Directions in State and International Professional Occupations: Discretionary Decision-making and Acquired Regulation. *Work, Employment and Society*, 16(2), 341–353.

- Evetts, J. (2011). A New Professionalism? Challenges and Opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406–422.
- Flynn, R. (2004). “Soft Bureaucracy”, Governmentality and Clinical Governance: Theoretical Approaches to Emergent Policy. In A. Gray & S. Harrison (Red.), *Governing Medicine: Theory and Practice* (pp. 11–26). Maidenhead: Open University Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Grol, R. (1993). Development of Guidelines for General Practice Care. *British Journal of General Practice*, 43(369), 146–151.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (Red.). (2013). *Improving Patient Care: the Implementation of Change in Health Care* (2de dr.). Chichester, UK: Wiley Blackwell.
- Hox, J., Boeije, H., & 't Hart, H. (2016). *Onderzoeksmethoden* (8ste dr.). Den Haag: Lemma.
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and Management in a Comparative Perspective: The Case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 642–658.
- Koerselman, G. F., & Korzec, A. (2008). Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1757–1759.
- Levay, C., & Waks, C. (2009). Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy. *Organization Studies*, 30(5), 509–527.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- MacDonald, K. M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: SAGE Publications Ltd.
- Moliterno, J. E. (2013). *The American Legal Profession in Crisis: Resistance and Responses to Change*. New York, NY: Oxford University Press.
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R., & Jaspers, F. (2008). How Health Care Complexity Leads to Cooperation and Affects the Autonomy of Health Care Professionals. *Health Care Analysis*, 16(4), 329–341.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39(6), 761–785.

- Noordegraaf, M. (2015a). Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187–206.
- Noordegraaf, M. (2015b). *Public Management: Performance, Professionalism and Politics*. London: Palgrave Macmillan.
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The Impact of Management on Medical Professionalism: a Review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626–644.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles, CA: Sage.
- Timmermans, S. (2005). From Autonomy to Accountability: the Role of Clinical Practice Guidelines in Professional Power. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(4), 490–501.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: the Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2014). Policy Implementation, Street-level Bureaucracy, and the Importance of Discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527–547.
- Wallenburg, I., Hopmans, C. J., Buljac-Samardzic, M., Den Hoed, P. T., & IJzermans, J. N. M. (2016). Repairing Reforms and Transforming Professional Practices: a Mixed-Methods Analysis of Surgical Training Reform. *Journal of Professions and Organization*, 3(1), 86–102.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization Studies*, 30(7), 755–778.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158.
- Yin, R. K. (2013). *Case Study Research: Design and Methods* (5de dr.). Los Angeles, CA: SAGE.

GRIJZE LITERATUUR EN OVERIGE BRONNEN

- Baan, S. (2018, januari 3). Interview directeur NKO.
- Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014 - 2017. (2013, juli 16).
Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017>
- Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 - 2014. (2012, juni 18). [rapport].
Geraadpleegd 27 oktober 2017, van
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>
- Blokhuis, P. (2017, november 30). Geraadpleegd van
<https://twitter.com/PaulBlokhuis/status/936248990118670336>
- Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ. (2015). *Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep*.
- GGZ Nederland. (2016, april 4). Model kwaliteitsstatuut ggz opgenomen in Register Zorginstituut. Geraadpleegd 6 oktober 2017, van
<http://www.ggznederland.nl/actueel/model-kwaliteitsstatuut-ggz-opgenomen-in-register-zorginstituut>
- Hendriks, G. J. (2013). Stichting Benchmark GGZ creëert een enorme bureaucratie, maar benchmarkt niet! *Psychopraktijk*, 5(4), 25–26.
- Janse, I. (2018). Verhaal van het NKO. NKO. Geraadpleegd van
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2017/04/Verhaal-van-het-NKO-web.pdf>
- Megchelen, P. van. (2017). Kwaliteitsafspraken hebben nu wettelijke status. *De psychiater*, 25(7), 14–15.
- NKO. (2014, februari 14). Meerjarenprogramma 2014-2017. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz.
- NKO. (2015). Implementatiekalender 2016 - 2018 voor het Kwaliteitsstatuut GGZ. Zorginstituut Nederland.
- NKO. (2016a, juni). Patiënten- en naastenversie Kwaliteitsstatuut ggz. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd van
<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Patientenversie%20Kwaliteitsst.%20GGZ.pdf>

- NKO. (2016b, oktober 14). Model-Kwaliteitsstatuut GGZ. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>
- NKO. (2017a). Meerjarenprogramma 2018-2022. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz.
- NKO. (2017b). NKO - Over het Netwerk. Geraadpleegd 29 oktober 2017, van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/netwerk/>
- NKO. (2017c). Samenvattingskaart angstklachten en angststoornissen. NKO. Geraadpleegd van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/64f412366a04454678ccbbf1f41a0828.pdf
- NKO. (2018a). GGZ Standaarden. Geraadpleegd van www.ggzstandaarden.nl
- NKO. (2018b). Ondersteuning - Waarom zijn er kwaliteitsstandaarden nodig voor de GGZ. Geraadpleegd 27 januari 2018, van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/ondersteuning/>
- NZa. (2015, april). NZa: Zorgaanbieders, zoek oplossing voor gedupeerden Europsyche. Geraadpleegd 27 oktober 2017, van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/Toezicht-en-Handhaving/Nieuws/NZa-zorgaanbieders-zoek-oplossing-voor-gedupeerden-Europsyche/>
- NZa. (2017). *Marktscan GGZ 2016*. Geraadpleegd van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2016.pdf
- Oosterom, R. (2018, februari 27). Ggz-instelling deelt zonder toestemming gegevens met omstreden databank. *Trouw*.
- Pronk, I. (2014, april 6). Meten of behandeling effect heeft, psychiaters worden er gek van. *Trouw*. Geraadpleegd van <https://www.trouw.nl/home/meten-of-behandeling-effect-heeft-psychiaters-worden-er-gek-van~a4f8278e/>
- Schellevis, F. G., Burgers, J. S., Tuut, M. K., & Kleinnibbelink, G. (2017). Generieke module: Comorbiditeit. Geraadpleegd van [ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)
- Schippers, E. I. (2011, juni 10). Voornemens curatieve GGZ.
- Schippers, E. I. (2016, april 26). Voorhangbrief kwaliteitsstatuut ggz.
- Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook* (4de dr.). London: Sage Publications.

Stoffelen, A. (2013, februari 14). Miljoenenverlies verzekeraars door EuroPsyche. Geraadpleegd 31 oktober 2017, van <https://www.volkskrant.nl/archief/miljoenenverlies-verzekeraars-door-europsyche~a3393523/>

Van Balkom, T., Van Avendonk, M., Van Hamerseld, J., Hilderink, K., Kampman, M., Visser, S., ... Weenink, C. (2018). Angstklachten en angststoornissen. Geraadpleegd 7 maart 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>

Vos, J. (2011). *Pleitbezorger van de psychiatrie: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1871-2011*. Utrecht: De Tijdstroom.

BIJLAGE 1 TOPICLIJST INTERVIEW

Inleiding

- Voorstellen
- Doel van het onderzoek
- Toestemming vragen om het gesprek op te nemen?
- Gegevens worden geanonimiseerd, transcript van het interview wordt opgestuurd ter verificatie.

Algemene vragen

- Wat is uw functie?
- Heeft u een bepaald type cliënten dat u voornamelijk behandelt of een specialisme?
- Hoe ziet een gemiddelde werkdag eruit?
- Heeft u voorheen ooit gewerkt met richtlijnen?
- Bent u bekend met de kwaliteitsstandaarden van het NKO?

Zorgstandaarden

- Wat was uw eerste reactie toen u hoorde van de nieuwe zorgstandaarden?
- Kunt u iets vertellen over hoe u werkt met zorgstandaarden?
- Hoe ervaart u het werken met zorgstandaarden?
- Verandert er iets in uw werk door zorgstandaarden, zo ja, wat/hoe dan?

Taak-autonomie

- Heeft u het gevoel vrijheid te hebben in het werk door deze zorgstandaarden?
- Ervaart u dat u een hoge of lage administratieve last heeft in het werken met zorgstandaarden?
- Hoe ervaart u de zorgstandaarden in relatie tot de kwaliteit van zorg die u kunt leveren?
- Wat is de invloed van het werken met zorgstandaarden op uw cliënten?

Waarde-autonomie

- Doen de zorgstandaarden iets met uw gevoel als (*beroepsgroep*)?
- Heeft u het met collega's over de zorgstandaarden? Zo ja, wat bespreekt u dan?

Responses

- Hoe denkt u dat u zal reageren wanneer de zorgstandaarden ingevoerd worden in de organisatie? Hoe denkt u dat uw mede-regiebehandelaren zullen reageren?
- Hoe worden de zorgstandaarden met collega's besproken
- Hoe worden de zorgstandaarden met leidinggevenden besproken?

Randvoorwaarden

- Wat heeft u nodig om de zorgstandaarden te gebruiken in de professionele praktijk?
- Hoe bereidt u zich voor op het werken met de nieuwe zorgstandaarden?
- Wat heeft u nodig uw werk succesvol te doen?

BIJLAGE 2 CODEBOOM

- Introductie
- Reactie
 - Enthousiasme
 - Meegaan
 - Co-optatie
 - Onderhandelen
 - Strategische aanpassing
 - Weerstand
 - Ontslag
 - Afhankelijke van implementatie
 - Afwachtend
 - Eerste reactie
- Zorgstandaarden
 - Bestaande standaarden
 - Afwijken
 - Bekend mee
 - Doen/ volgen we al
 - Evidence based
 - Kosten
 - Lezen
 - Meerwaarde
 - Standaardisering
 - Veel bronnen
 - Voorbereiding
 - Zorgstandaarden versus andere standaarden
- Professionals
 - Autonomie
 - o Taak
 - o Waarde
 - De beste willen zijn
 - Overleg collega's
- Clënten
 - Client bepaalt
 - Client diversiteit
 - Overleg cliënt
 - Therapeutische relatie
 - Type cliënt
- Gevolgen
 - Veranderen door zorgstandaarden
 - Behandelopties overzicht behandeling
 - Client meer betrokken regie
 - Invloed op cliënt
 - Meer tijd kosten
- Opgelegd gevoel
- Overbehandelen/ onderbehandelen
- Praktisch toepassen
- Rotte appels eruit
- Up to date
- Kwaliteit
 - Intercollegiale toetsing
 - ROM
 - Uniformiteit
 - Zorgkwaliteit
- Controle
 - Vertrouwen wantrouwen
 - Zorgverzekeraar
- Voorwaarden
 - Client centraal
 - Consequentie geld
 - Eigenaarschap
 - Leren
 - Niet afrekenen
 - Onderwijs bijscholing
 - Proces totstandkoming
 - Reflectie
 - Ruimte
 - Praktisch
- Werk goed doen
 - Ruimte
 - Scholing
 - Team
 - Tijd
 - Vertrouwen

