

Zorg om Schaal

*Een onderzoek naar ervaringen van professionals
in gefuseerde GGz-instellingen*

Marjolijn Brammer

Juni 2008

Zorg om Schaal

*Een onderzoek naar ervaringen van professionals
in gefuseerde GGz-instellingen*

Auteur: M. (Marjolijn) Bramer (0201723)

Begeleider USBO: Dr. T. (Thomas) Schillemans

Tweede lezer: Prof. dr. M. (Mirko) Noordegraaf

Begeleider Berenschot: drs. M.C. (Marco) van Putten MscBA

Master: Bestuur en Beleid

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Universiteit Utrecht

30 juni 2008

Berenschot



Universiteit Utrecht

VOORWOORD

Zorg om Schaal: mijn afsluiting van de Master Bestuur en Beleid. Deze scriptie is het resultaat van een half jaar durend onderzoek naar de *ervaringen van professionals in gefuseerde GGz-instellingen*. De afgelopen maanden hebben de kranten vol gestaan over *zorgen in de zorg*. Veel aandacht ging uit naar de steeds groter wordende zorgorganisaties. De Tweede Kamer spreekt zich uit tégen dergelijke ‘molochs’ die in onze zorgsector als paddestoelen uit de grond lijken te schieten. De RVZ heeft een rapport uitgebracht met conclusies dat zorgfusies goed zijn. In dit onderzoek ligt de focus op de professional. Ik vind dat het tijd wordt deze professionals aan het woord te laten over hun *zorg om schaal*.

Voor de totstandkoming van deze scriptie wil ik een aantal mensen bedanken:

Thomas en Mirko, bedankt voor jullie deskundige begeleiding. Jullie betrokkenheid als professionals bij mij als cliënt was geheel in USBO stijl.

Iedereen van de ‘adviesgroep zorg’ van Berenschot, bedankt voor jullie betrokkenheid. René en Marco in het bijzonder, bedankt dat jullie mij de mogelijkheid hebben gegeven mijn scriptie bij Berenschot te schrijven.

Alle respondenten, bedankt dat u, ondanks volle agenda’s, tijd heeft vrij willen maken mee te werken aan dit onderzoek. In het bijzonder Marjolein Lambooy, Douwe Wits en Hannah Engelsen, bedankt dat u mij heeft geholpen de juiste mensen te kunnen spreken.

Lieve familie en ‘sociale omgeving’, bedankt voor jullie interesse, betrokkenheid en vertrouwen. In het bijzonder Papa. Dank je wel dat jij er altijd voor mij bent, dat ik altijd bij je terecht kan met mijn enthousiasme als er iets goed gaat, maar ook op kleine paniek momentjes waarop jij mij vertrouwen kan geven er weer voor te gaan.

De dag waarop jij afstudeert, is de mooiste dag van mijn leven! ... zei mijn moeder altijd. En nu is het dan bijna zover. Zes jaar B&O, met deze quote als grote motivator. En ook al is ze er niet meer, en geloof ik niet echt in zaken als ‘er is meer tussen hemel en aarde’ toch is deze scriptie voor haar, omdat ik het haar zo had gegund.

Marjolijn Bramer, juni 2008

SAMENVATTING

Door bewegingen in het maatschappelijk krachtenveld van de zorgsector is er veel veranderd. De overheid probeert haar besturingsambities steeds meer los te laten en wil meer aan het veld overlaten. Dit werd meer concreet door de intrede van de Zorgverzekeringswet in 2006. Hiermee is marktwerking en concurrentie een rol gaan spelen in de zorgsector, en dus ook in de Geestelijke Gezondheidszorg. Zorgverzekeraars moeten namens hun verzekerden zo doelmatig mogelijk zorg inkopen bij zorgaanbieders. Hierdoor wordt concurrentie uitgelokt tussen deze zorgaanbieders onderling. Om deze ‘nieuwe concurrentiedruk’ te beheersen gaan GGz-instellingen nieuwe organisatorische relaties aan. Deze tendens van schaalvergroting is in de GGz duidelijk zichtbaar. Het aantal ‘geïntegreerde GGz-instellingen’ in Nederland was in 2006 41. Maar de tendens zet zich voort; zo staan de laatste maanden regelmatig dit soort berichten in de landelijke en regionale dagbladen:

GGz Friesland gaat fuseren met Lentis, de provinciale organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Groningen. De ggz-organisaties tellen samen zo’n 6500 medewerkers. De nieuwe organisatie wordt een van de grootste GGz-instellingen van het land. De fusie moet volgend jaar voltooid zijn. (Leeuwarder Courant, mei 2008)

In GGz-instellingen is het primaire proces van dienstverlening gelegen in de ‘zorgrelatie’: de relatie tussen een zorgvrager en een professionele dienstverlener, maar deze zorgprofessional is werkzaam in het georganiseerde verband van de zorgorganisatie. Het verband tussen professional en organisatie is dan ook aanwezig. Dit maakt dat verandering van de organisatie zijn weerslag heeft op de professional en vice versa. In GGz-instellingen zijn ‘verschillende soorten professionals’ te onderscheiden die verschillen van elkaar in ‘mate van professionaliteit’ en ‘mate van organisatiebetrokkenheid’.

De bewegingen in het maatschappelijk krachtenveld gaan, zo zagen we al even in termen van ‘marktwerking’ en ‘concurrentie’, gepaard met de opkomst van zogenoemde ‘managerial taal en tools’. Vanuit de institutionele logica, die zorg beziet vanuit het perspectief van ‘managerialism’, waar redeneringen als ‘strak, simpel, soepel’, ‘standaarden’ en ‘efficiënt’ aan ten grondslag liggen en ‘het systeem bepaalt’, zijn pijlen gericht op schaalvergroting. Dit doelrationele streven, kan ‘professioneel werk’ miskennen. Oftewel er kan een *mismatch* ontstaan tussen de institutionele logica en de professionele logica. De professionele logica beziet zorg vanuit het perspectief van

‘professionalism’, waar redeneringen als ‘ruimte voor professionele dienstverlening’ en ‘ruimte voor kennisontwikkeling’ aan ten grondslag liggen en ‘de professional bepaalt’.

Deze *misfit* zorgt voor spanningen voor professionals:

- Spanning tussen: de toenemende *afstand* tussen professionals en hun organisatie en de *nabijheid* die tussen beiden voor de aard van het werk gewenst is.
- Spanning tussen: de toenemende *afstand* tussen professionals en cliënten en de behoefte aan *nabijheid* die voor de aard van het werk nodig is.
- Spanning tussen: het *maatwerk* dat professionals willen leveren en de *standaarden* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet.
- Spanning tussen: de professionele wensen *kwaliteit* te leveren en het denken in termen van *kosten* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet.

Professionals moeten op één of andere manier met deze spanningen omgaan en kunnen hiervoor coping mechanismen inzetten. Deze mechanismen, zoals *controle*, *uitsluiten* en *acceptatie* werken als een soort ‘zelfverdediging’ voor professionals om met invloeden van buitenaf om te kunnen gaan.

De vraag die centraal staat in dit onderzoek is dan ook:

Op welke wijzen ervaren professionals in gefuseerde GGz-instellingen spanningen en hoe gaan ze daarmee om?

Door middel van een ‘dubbele case-study’, met de GGz-instellingen ‘Symfora Groep’ en ‘GGz Eindhoven en de Kempen’ als ‘cases’, is deze vraag onderzocht. Hierbij is gebruikt gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals literatuurstudie, documentstudie, interviews en is door middel van ‘coderen’ geanalyseerd.

Er zijn geen verschillen zichtbaar geworden tussen de wijzen waarop professionals in GGz-instellingen spanning ervaren en hiermee omgaan wanneer je de twee cases met elkaar vergelijkt. Professionals ervaren de spanningen *nabijheid versus afstand*, *maatwerk versus standaarden* en *kwaliteit versus kosten* en gaan hiermee om door middel van de coping mechanismen *controle*, *uitsluiten* en *passieve weerstand*. Niet iedere (geïnterviewde) professional ervaart de spanningen met een zelfde intensiteit, en zetten om hiermee om te gaan ook niet dezelfde coping mechanismen in. De spanning tussen *nabijheid en afstand* wordt het meest intens ervaren, omdat zij ‘door alle soorten professionals’ worden ervaren. Wel worden door professionals die verschillen in mate van organisatiebetrokkenheid de spanningen op een andere manier ervaren. Sterk organisatiebetrokken

professionals praten in termen van ‘het betrekken van medewerkers’ en professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid spreken in termen van ‘betrokken worden’. Daarnaast is een paradoxaal beeld zichtbaar bij deze spanning: Professionals willen *nabijheid* in termen van ‘vertrouwen’ en ‘betrokkenheid’, om vervolgens *ruimte* te hebben (*afstand* dus) om te handelen naar hun eigen professionele waarden en inzichten. De spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* wordt niet door iedere professional met dezelfde intensiteit ervaren. Dit is zichtbaar tussen professionals die verschillen in ‘mate van werkervaring’. Professionals met een ‘lagere mate van werkervaring’ ervaren deze spanning minder intens. De spanning tussen *kwaliteit* en *kosten* wordt, net als de spanning tussen *maatwerk* en *standaarden*, ook niet door iedere professional met dezelfde intensiteit ervaren. Dit verschil in ervaring is zichtbaar bij professionals met ‘een hogere mate van organisatiebetrokkenheid’.

Het coping mechanisme *controle* wordt het meest zichtbaar ingezet door professionals met minder werkervaring of een hogere mate van organisatiebetrokkenheid. Professionals die *uitsluiten* zijn veelal professionals die lang mee gaan, dus met veel werkervaring. *Passieve weerstand* wordt zichtbaar bij professionals met een hoge mate van professionaliteit en een lage mate van organisatiebetrokkenheid.

Voor het succes van hun organisatie zijn GGz-instellingen afhankelijk van hun professionals. Door het gebrek aan ‘betrokkenheid’ en ‘vertrouwen’ dat professionals ervaren is de spanning tussen *nabijheid* en *afstand* het meest pregnant aanwezig. De managers zijn dichtbij in termen van vragen om *standaarden*, wanneer het gaat om het beheersen van *kosten*. Maar vertonen een *afstand* in zaken waar het de professional om gaat: *maatwerk*, *kwaliteit*. Hier wordt de *misfit* tussen de professionele logica en de institutionele logica zichtbaar. Om deze *misfit* tot een (wat betere) *fit* te maken, de twee werelden wat beter op elkaar te laten aansluiten, is het aangaan van de dialoog van belang. Prioriteiten stellen en keuzes maken door bijvoorbeeld ‘de hand net iets vaker van het toetsenbord naar de schouder te bewegen’.

Wanneer managers en professionals elkaar blijven *binden en boeien*, kunnen zij samen, zonder zorgen werken aan zorg.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
INHOUDSOPGAVE	7
1. INLEIDING.....	9
1.1. DE WEG NAAR SCHAALVERGROTING	9
1.2. HET WERKVELD VAN DE GGZ.....	10
1.3. ZORGORGANISATIE EN ZORGPROFESSIONAL	11
1.4. SPANNINGEN VOOR DE PROFESSIONAL.....	12
1.5. PROFESSIONALITEIT EN OMGAAN MET SPANNINGEN	13
1.6. PROBLEEMSTELLING	13
1.7. HET ONDERZOEK	13
1.9. LEESWIJZER	15
2. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	17
2.1. INLEIDING	17
2.2. EEN BEELD VAN DE GGZ SECTOR	18
2.3. DYNAMIEK IN DE SECTOR.....	20
2.3.1. <i>Schaalvergroting</i>	22
2.4. PROFESSIONALS	24
2.5. TOT SLOT	27
2.5.1. <i>De achtergronden en verschijningsvormen van schaalvergroting binnen de GGz.....</i>	27
2.5.2. <i>Te onderscheiden professionals in de GGz.....</i>	27
3. SCHAAL EN SPANNINGEN.....	28
3.1. ORDE IN HET KRACHTENVELD	28
3.2. DRIE ZORGLOGICA'S	29
3.2.1. <i>De institutionele logica</i>	30
3.2.2. <i>De Professionele logica</i>	31
3.2.3. <i>De vraaglogica</i>	32
3.2.4. <i>De logica's in schema</i>	33
3.3. SPANNINGEN	33
3.4.1. <i>Nabijheid versus Afstand</i>	35
3.4.2. <i>Maatwerk versus Standaarden</i>	36
3.4.3. <i>Kwaliteit versus Kosten</i>	37
3.4.4. <i>De spanningen in schema</i>	37
3.4. COPING MECHANISMS	38
3.5. TOT SLOT	40
4. ONDERZOEKSOPZET.....	42
4.1. KWALITATIEF ONDERZOEK	42
4.2. CASE-STUDY	43
4.2. DATAVERZAMELINGSMETHODE	45
4.2.1. <i>Literatuurstudie</i>	45

4.2.2. Documentstudie	45
4.2.3. Interviews.....	45
4.3. METHODE VAN ANALYSE	48
4.2. ONDERZOEKSACTIVITEITEN IN SCHEMA	49
4.3. KWALITEITSCRITERIA	50
4.3.1. Betrouwbaarheid.....	50
4.3.2. Validiteit.....	50
4.4. TOT SLOT	51
5. ERVARINGEN VAN PROFESSIONALS	52
5.1. TWEE CASES	52
5.1.1. Structuur Symfora Groep.....	54
5.1.2. Structuur GGzE.....	55
5.1.3. Tot slot.....	56
5.2. SPANNINGEN	56
5.2.1. Nabijheid versus Afstand	57
5.2.2. Maatwerk versus Standaarden	59
5.2.3. Kwaliteit versus Kosten.....	61
5.2.4. De spanningen in schema.....	62
5.3. PROFESSIONALS EN COPING.....	64
5.3.1. Uitsluiten en Controle.....	64
5.3.2. Passieve Weerstand.....	66
5.3.1. Coping in schema.....	66
5.4. TOT SLOT	67
5.4.1. Spanningen voor Professionals.....	67
5.4.2. Hoe Professionals omgaan met Spanningen	68
6. CONCLUSIE.....	70
6.1. BEVINDINGEN	70
6.1.1. Ervaringen van professionals.....	70
6.1.2. Omgaan met spanningen.....	71
6.2. DISCUSSIE	72
6.3. AANBEVELINGEN.....	74
GERAADPLEEGDE LITERATUUR.....	75

1. INLEIDING

Een grote organisatie op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) positioneert zichzelf in haar jaarverslag als een zogenoemde ‘fusieorganisatie’. De betreffende organisatie is hierin niet uniek. ‘Geïntegreerde instellingen’, vormen vandaag de dag de grootste categorie in de sector. De cijfers zijn helder; het aantal instellingen in de GGz sector is gedaald van circa 160 in 1998 naar 103 instellingen in 2004, en dit terwijl het aantal cliënten in deze tijd is toegenomen met 40%, aldus het *Sectorrapport GGz 2003-2005; Toenemende zorg* dat dateert uit 2006. Hiermee is de tendens van *schaalvergroting* binnen de GGz zichtbaar.

Het lijkt vanzelfsprekend dat bij iedere poging om na te denken over een andere vormgeving van dienstverlening begonnen wordt bij de professional. Hij is immers de persoon waar expertise en deskundigheid zit, hij is het aanspreekpunt van de cliënt, het visitekaartje van de dienstverlening. Echter: *Een overeenkomst tussen bestuurlijke initiatieven en pogingen om de cliëntenmacht te versterken, is dat ze zelden spreken over rol van de professional*, aldus het WRR – rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ (2004).

1.1. De weg naar schaalvergroting

De overheid probeert haar besturingsambities richting de zorgsector steeds meer los te laten en wil meer aan het veld overlaten. Al in 1987 publiceerde de Commissie Dekker het rapport *Bereidheid tot Verandering*, waarin afstand werd gedaan van het geloof in overheidsplanning en werd verwacht dat marktwerking en concurrentie de doelmatigheid van de zorgsector zou vergroten (Grit en Meurs, 2005). De echte mijlpaal hiertoe werd echter pas bereikt toen in 2006 de invoering van de Zorgverzekeringswet een feit was. De invoering van deze wet zou meer marktwerking en daarmee ook concurrentie tussen zorgaanbieders stimuleren (Van de Pol, 2005). Ook een groot deel van de GGz valt onder deze wet en in deze sector heeft er onlangs wederom een verandering plaatsgevonden, doordat een deel van de nu in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerde geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2008 is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In de WMO ligt verankerd dat gemeenten belast zijn met de taak te zorgen dat burgers maatschappelijk mee kunnen doen (Meijering et al., namens RVZ, 2008).

Organisaties binnen de GGz zijn als gevolg van deze veranderingen meer geworden dan enkel een uitvoerder van overheidsbeleid; marktwerking en concurrentie zijn de sector binnengedrongen. De verzekerde kiest voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder, die zorg levert die het best aansluit bij zijn wensen. Zorgverzekeraars moeten hierdoor namens hun verzekerden zo doelmatig mogelijk zorg inkopen bij zorgaanbieders. Hierdoor wordt concurrentie uitgelokt tussen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders onderling (Kalbfleisch et al., namens NMa, 2007). De termen ‘doelmatigheid’ en ‘concurrentie’ maken duidelijk dat de taal binnen de sector meer en meer een ‘managementtaal’ is geworden en dat dus het denken in termen van ‘management’ is opgekomen (Noordegraaf, 2004). In de GGz is deze uitdaging te zien in het licht van de veranderende verantwoordelijkheid; meer zijn dan een uitvoerder van overheidsbeleid, en de toenemende complexiteit van de omgeving; zorgaanbieders versus zorgverzekeraars bijvoorbeeld. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden worden in de publieke sector allerhande managementideeën geïntroduceerd en veel van deze ideeën hebben een ‘strak bedrijfsmatig’ karakter. De toenemende concurrentiedruk moet beheerst worden en daarvoor worden nieuwe organisatorische relaties aangegaan. Door het aangaan van deze relaties wordt geprobeerd de complexiteit van de omgeving te reduceren, de wereld om de organisatie heen stabiel te maken (Noordegraaf, 2004). Hagelstein en Traag (1998) stellen dan ook dat bij ieder vraagstuk van besturen en organiseren de vraag aan de orde komt op welke schaal bepaalde activiteiten ontplooid moeten worden en dat de meeste schaalveranderingen zijn gelegen in sociale, economische of politiek-bestuurlijke ontwikkelingen. Binnen de GGz sector is een duidelijke tendens van schaalvergroting waar te nemen, om de uitdagingen die nieuwe ontwikkelingen in het maatschappelijk krachtenveld van de zorgsector, zoals de Zorgverzekeringswet, met zich meebrengen het hoofd te bieden. Op dit moment zijn er 41 geïntegreerde GGz-Instellingen in Nederland.

1.2. Het werkveld van de GGz

In de geïntegreerde instellingen, die ontstaan zijn na een fusie van verschillende typen instellingen (APZ, RIAGG, klinieken voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, instellingen voor beschermd wonen, klinieken voor verslavingszorg, consultatiebureaus voor alcohol en drugs en instellingen voor forensische psychiatrie) wordt, naar het brancherapport van het ministerie van VWS, op drie beleidsterreinen gewerkt: GGz met inbegrip van de forensische zorg en de verslavingszorg, GGz preventie en preventie van alcohol en drugs misbruik en maatschappelijke zorg. Binnen zogenoemde ‘circuits’ krijgen deze beleidsterreinen invulling. Er is een zestal circuits te

onderscheiden: volwassenen, kinderen en jeugdigen, ouderen, forensische psychiatrie, verslavingszorg en preventie. Van deze circuits wordt 'maatschappelijke zorg' onderscheiden. Maatschappelijke zorg omvat de maatschappelijke opvang, inclusief de vrouwenopvang, het algemeen maatschappelijk werk en andere maatschappelijke dienstverlening. Openbare geestelijke gezondheidszorg neemt binnen de maatschappelijke zorg een belangrijke plaats in. Er bestaat een overlap tussen maatschappelijke zorg en GGz en waar dit plaatsvindt wordt dan ook teruggegrepen op de hierboven benoemde circuits (Brancherapport VWS, 2005).

1.3. Zorgorganisatie en zorgprofessional

Naar idee van Grinten en Vos (WRR, 2005) is de organisatie waarbinnen de zorg verleend wordt van belang voor de dienstverlening. Om dit kracht bij te zetten onderscheiden zij twee subniveaus in de dienstverlening: de zorgrelatie en de zorgorganisatie. De zorgrelatie wordt gezien als het primaire proces; de relatie tussen een zorgvrager en een professionele dienstverlener. Op het niveau van de zorgorganisatie wordt duidelijk dat de zorgprofessional werkzaam is in het georganiseerde verband van een zorgorganisatie. Hiermee is een verband zichtbaar tussen de zorgorganisatie en de zorgprofessional. Verandering van de organisatie heeft dan ook gevolgen voor de professional. En dit geldt ook andersom; de professional drukt zijn stempel op de organisatie.

Hoewel het begrip 'professional' hier naar het lijkt als een eenduidig concept is geïntroduceerd, wordt er in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen 'soorten professionals'.

Waar voorheen de professionele bureaucratieën (naar Mintzberg en Gastelaars o.a.) als niet rationeel werden gezien, waarmee wordt bedoeld dat een professionele hiërarchie zich niet stoort aan formele gezagslijnen van gerationaliseerde organisaties, zien andere auteurs (waaronder Brint, 1994; in Gastelaars, 2006) een verandering ontstaan in de manier waarop professionals zich ten opzichte van hun organisaties verhouden. Veel professionals vestigen zich steeds meer in het centrum van de institutionele en organisatorische macht (Gastelaars, 2006). Dit maakt een onderscheid zichtbaar tussen professionals naar 'mate van organisatiebetrokkenheid'. Naast dit onderscheid zijn er binnen professionele organisaties verschillende actoren te onderscheiden in 'mate van professionaliteit', oftewel de mate van (exclusieve) deskundigheid en expertise. In meer specifieke termen zijn er binnen GGz-instellingen actoren te onderscheiden die weliswaar allen als professional kunnen worden bestempeld, maar verschillen in de mate van professionaliteit. Zo is de

‘psychiater’ door zijn deskundigheid en expertise in sterkere mate geprofessionaliseerd dan een ‘maatschappelijk werker’ bijvoorbeeld.

De wederzijdse invloed tussen organisatie en professional blijkt ook uit Verhagens theorie over zorglogica’s. De logica van waaruit de tendens naar schaalvergroting is ontstaan, is een andere dan die van de professional, naar Verhagen (2005). Hij benadert de zorg als een sociale constructie, bestaande uit vier te onderscheiden zorglogica’s die ieder vanuit hun eigen discours naar zorg kijken. De verschillende logica’s zijn dus gebaseerd op verscheidene concepten. Zonder te uitputtend te zijn, zijn de vier door Verhagen (2005) onderscheiden logica’s de politieke zorglogica, de professionele zorglogica, de familiale zorglogica en de economische zorglogica. Uitgaande van de sociale constructie die Verhagen ziet, is het duidelijk dat een verandering vanuit de ene logica, zijn weerslag heeft op de andere logica’s (Verhagen, 2005). Er kan in dit kader ook gesproken worden van *spanning*. Spanning door een *misfit* tussen de verschillende logica’s.

1.4. Spanningen voor de Professional

Het verschil in perspectief, zoals in het voorgaande aan de orde gekomen, wordt ook door Noordegraaf (2008) aangestipt. Hij stelt dat de professional de wereld van het ‘echte werk’ vertegenwoordigt. Zij behandelen de cliënten, hebben affiniteit met specifieke gevallen, kwaliteit, menselijke maat en contact. De wereld van de organisatie is van een geheel andere orde en staat voor efficiency, transparantie en ‘control’ (Noordegraaf, 2008). De professional moet zich tot de nieuwe situatie, de grotere organisatie, zien te verhouden. Doordat de logica van waaruit de tendens naar schaalvergroting is ontstaan een andere is dan die van de professional, worden professionals met *spanningen* geconfronteerd.

Een voorbeeld van een dergelijk spanning waar professionals mee te maken kunnen krijgen onder invloed van schaalvergroting van hun organisatie, verwoorden Eggink en Van der Hulst (2007). Zij benadrukken dat bij een bepaalde schaal uitsluitend nog processen worden beheerst via bureaucratische procedures. De professional moet hierdoor steeds meer tijd steken in het tevreden houden van zijn bazen bijvoorbeeld, en er blijft minder tijd en ruimte om zich vanuit eigen inzichten bezig te houden met het helpen van zijn cliënten, het leveren van maatwerk (Eggink en Van der Hulst, 2007). Dit is een spanning tussen *maatwerk* en *standaarden*.

1.5. Professionaliteit en omgaan met spanningen

De ‘verschillende soorten professionals’ moeten op de één of andere manier *omgaan* met de *spanningen* waarmee ze geconfronteerd worden als gevolg van *schaalvergroting* binnen GGz-instellingen. In verschillende wetenschappelijke literatuur wordt gesproken van *coping mechanisms* die mensen inzetten om om te gaan met problemen waar zij voor komen te staan. Het gedrag van professionals is een soort zelfverdediging, een manier om de negatieve aspecten van het werk te minimaliseren. Coping mechanisms worden bijvoorbeeld ingezet om het werk psychisch makkelijker te maken, als antwoord op stress en om confrontaties met fouten te vermijden (Nielsen, 2006; Lipsky, 1980). In meer specifieke termen zouden professionals binnen een GGz instelling *coping mechanisms* kunnen inzetten om om te gaan met *spanningen* waar zij mee geconfronteerd worden onder invloed van *schaalvergroting*.

1.6. Probleemstelling

In navolging van het bovenstaande is de doelstelling van dit onderzoek als volgt geformuleerd:

Inzichtelijk maken op welke wijzen professionals in gefuseerde GGz instellingen spanningen ervaren en daarmee om gaan.

De vraagstelling luidt dan ook:

Op welke wijzen ervaren professionals in gefuseerde GGz instellingen spanningen en hoe gaan ze daarmee om?

Hierbij komen de volgende deelvragen aan bod:

1. *Wat zijn de achtergronden en verschijningsvormen van schaalvergroting binnen de GGz?*
2. *Welke professionals zijn te onderscheiden in GGz-instellingen ?*
3. *Voor welke spanningen komen welke professionals te staan in GGz- instellingen?*
4. *Hoe gaan verschillende professionals in GGz-instellingen om met deze spanningen?*

1.7. Het onderzoek

Dit onderzoek zal, ten behoeve van de probleemstelling, uitgevoerd worden met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden. De strategie die hierbij gehanteerd wordt is de zogenoemde

‘case-study’. Meer specifiek: het betreft hier een ‘dubbele case-study’ met de GGz-instellingen Symfona Groep en GGz Eindhoven en de Kempen als onderzoekslocaties. Zichtbaar wordt hier dat er dus twee cases worden onderzocht om over een grotere verzameling iets te kunnen zeggen. Dit wordt ook wel een *pars-pro-toto* (Swanborn, 2003; p. 33) onderzoek genoemd en door middel van literatuurstudie kan er, door de geval overschrijdende werking van theoretische concepten, over deze grotere verzameling iets gezegd worden.

Deze case-study laat zich kenmerken door kwalitatieve methoden van onderzoek. Dataverzameling (zoals interviews) en analyse wisselen elkaar af en de analyse is gebaseerd op kwalitatieve gegevens. Hiermee sluit dit onderzoek aan bij het *constructivistische paradigma* (Braster, 2000; p. 24). Het paradigma, een term van wetenschapsfilosoof Thomas Kuhn (1970), *is een samenhangend geheel van veronderstellingen, aannames en vanzelfsprekendheden die worden gedeeld door een bepaalde groep, met betrekking tot een specifiek werkelijkheidsdomein, een bepaald subject of object van onderzoek dan wel de wijze waarop onderzoek gedaan kan worden* (Jonger & Pennink, 2000; in: Braster, 2000; p. 24). In tegenstelling tot zijn ‘tegenhanger’ het positivistische paradigma, waaronder de meer traditionele wetenschapstradities worden geschaard, wordt in het constructivistisch paradigma de werkelijkheid niet als een enkele werkelijkheid beschouwd, maar de werkelijkheid wordt gezien als meervoudige, sociaal geconstrueerde werkelijkheden. De waarheid wordt vanuit de constructivistische opvatting gezien als een constructie waarover consensus bestaat (Braster, 2000).

Anyone can find an unanswered, empirically answerable question for which the answer isn't worth knowing (Maxwell, 2005; p. 15). Waarom de antwoorden die dit onderzoek geven wel het weten waard zijn blijkt uit het volgende.

De *maatschappelijke relevantie* van dit onderzoek is gelegen in het inzicht dat dit onderzoek biedt in de wijzen waarop professionals spanningen als gevolg van schaalvergroting ervaren en hoe ze hiermee omgaan. Door inzicht te krijgen in deze ervaringen van professionals wordt de betekenis die schaalvergroting heeft voor professionals zichtbaar. Deze inzichten zijn, naast het feit dat professionals en managers in beide GGz-instellingen die als onderzoekslocatie hebben gediend inzicht krijgen in de ervaringen van professionals, relevant voor het maatschappelijk debat over schaalvergroting in de zorg. Waar in dit debat veelal de ‘managerial’ en ‘cliëntgerichte’ betekenissen van schaalvergroting focus van gesprek zijn, wordt in deze de professional belicht: *de professional aan het woord*. Door het verband dat in het voorgaande is aangetoond tussen de

zorgprofessional en de zorgorganisatie is een inzicht in de betekenis die professionals geven aan het fenomeen schaalvergroting een waardevolle input.

De *wetenschappelijke relevantie* van dit onderzoek is gelegen in het feit dat er nog niet eerder onderzoek is gedaan naar de wijzen waarop professionals schaalvergroting in GGz-instellingen ervaren. In onderzoeken naar schaal en zorg, zoals het recentelijk verschenen onderzoek van Blank et al, ligt de focus op 'bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid' in hun relatie tot schaal. Wat de professionals in dergelijke zorgorganisaties ervaren wordt niet belicht, en juist door het verband dat bestaat tussen de zorgorganisatie en zorgprofessional is dit een interessante focus. Ook in de theoretische concepten van dit onderzoek is een wetenschappelijke relevantie gelegen. De spanningen die voor professionals ontstaan worden verduidelijkt door logica's die geformuleerd zijn aan de hand van theorieën over zorglogica's (naar Verhagen, 2005 en WRR, 2004), maar vormen een eigen ordening van de GGz-sector.

1.9. Leeswijzer

In het volgende (*hoofdstuk 2; Geestelijke Gezondheidszorg*) wordt allereerst, ter verkenning, een nadere beschouwing van de GGz sector gegeven. Naast een *beeld van de GGz sector* in termen van 'cijfers en kenmerken' wordt hier ook de *dynamiek in de sector* en daarmee de *schaalvergroting* besproken. Dit hoofdstuk sluit af met een paragraaf over *professionals*, waar de 'verschillende soorten professionals' uiteen worden gezet.

Hoofdstuk 3; Schaal en Spanningen is het zogenoemde 'theoretische hoofdstuk'. Dit hoofdstuk plaatst het onderzoek in een theoretisch kader door de verschillende theoretische concepten *professionals, zorglogica's* en *coping mechanismen* te behandelen.

Hoofdstuk 4; Onderzoeksopzet gaat nader in op de methoden die aan dit onderzoek ten grondslag liggen. Zo zal de traditie van het *kwalitatief onderzoek* nader worden behandeld, de *case-study* strategie worden uitgewerkt en door middel van het uiteenzetten van de gebruikte methoden van *dataverzameling* en *analyse* wordt inzichtelijk gemaakt hoe dit onderzoek is uitgevoerd. Dit hoofdstuk sluit af met *kwaliteitscriteria*.

Hoofdstuk 5; Spanningen voor Professionals is het hoofdstuk waar de ‘resultaten’ van dit onderzoek worden weergegeven. Allereerst worden in dit hoofdstuk de twee *cases* (Symfora Groep en GGzE) nader belicht en vervolgens worden de *spanningen* zoals deze na de case-study’s door de professionals worden ervaren zichtbaar gemaakt, om ten slotte in te gaan op de *coping mechanisms* die zij inzetten om met deze spanningen om te gaan.

Hoofdstuk 6; Conclusie is het afsluitende hoofdstuk van dit onderzoek. Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen: *bevindingen*, *discussie* en *aanbevelingen*, die achtereenvolgens worden besproken.

2. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De gemeente Rotterdam wil precies weten wat er allemaal mis is gegaan rond het vermoorde 'Maasmeisje'. Er komt een groot onderzoek van de inspecties voor Onderwijs, Gezondheidszorg en Jeugdzorg naar de handelwijze van de gemeentelijke diensten en de jeugdzorginstellingen (nu.nl, 12 oktober 2006).

De samenleving heeft last van onhandelbare jeugd, alcoholverslaving, kindermisbruik, schizofrene daklozen, arbeidsverzuim.... (Noordegraaf en Meurs, 2006; p. 2).

2.1. Inleiding

'Incidenten' als het zogenoemde Maasmeisje, en zwervers die geen 'Swiebertjes' meer zijn, maar worden gezien als kwetsbare personen die niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben (de Volkskrant, 8-2-2008); zo valt er nog een heel scala te noemen aan 'problemen' waar onze samenleving mee te maken heeft en waar het GGz-domein verantwoordelijk voor is. De roep vanuit de samenleving aan instanties, professionals en bestuurders om drama's en incidenten te voorkomen is groot (Noordegraaf en Meurs, 2006). Naast de toenemende druk vanuit de samenleving die leunt op de schouders van de GGz, is er nog een druk van een geheel andere orde zichtbaar. De druk die ontstaan is door het nastreven van een 'managerial' manier van organiseren, bijvoorbeeld *korter is beter, want goedkoper* (en dan korter in de zin van het aantal behandelingen die een cliënt krijgt) zoals op de blog van 'beroepseer' is te lezen. En wie niet voldoende heeft aan *kort*, moet betalen; dus wat moet de psychotherapeut bij diegenen die langdurige zorg nodig hebben en dit niet kunnen betalen?

Met deze krachten die inwerken op het GGz domein moe(s)t iets gedaan worden. En dat (is) gebeurt. Samenwerking om excessen te voorkomen en schaalvergroting om schaalvoordelen te behalen. In de GGz sector is dan ook een duidelijke tendens naar schaalvergroting waar te nemen. Het aantal instellingen in de GGz is gedaald van 160 in 1998 naar 103 in 2004, terwijl het aantal cliënten in deze periode is toegenomen met 40%, zo wordt gesteld in het Sectorrapport *Toenemende zorg* uit 2006.

Er gebeurt dus van alles in het GGz domein. Als startpunt worden in het volgende dan ook een aantal *feiten en cijfers* van het GGz domein op een rij gezet, gevolgd door een uiteenzetting van de *dynamiek* die zich in de sector heeft afgespeeld, met een nadere verdieping van *schaalvergroting*, om zo de achtergronden en verschijningsvormen van deze tendens zichtbaar te maken. Gezien de relatie die bestaat tussen de zorgorganisatie en de zorgprofessional wordt in dit hoofdstuk tenslotte aandacht besteed aan professionals; de *verschillende soorten professionals* die zijn te onderscheiden in de GGz worden hier uiteen gezet.

2.2. Een beeld van de GGz sector

Het werkveld van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland richt zich op vier zaken:

1. Het voorkomen van psychische aandoeningen
2. Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen
3. Het zo goed mogelijk laten deelnemen in de samenleving van mensen met een chronische psychische aandoening
4. Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en / of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken (GGz-Nederland, 2008)

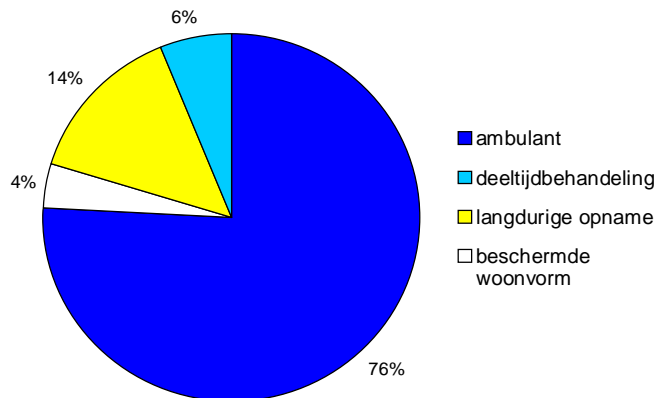
Een diverse sector dus; de GGz. De vier taken van het werkveld langslopend en de korte schets van verschillende problemen zoals in de inleiding van dit hoofdstuk benoemd, doet vermoeden dat veel mensen met de GGz te maken kunnen krijgen, en niets is minder waar. Kinderen met autisme en ADHD bijvoorbeeld, iemand met schizofrenie of mensen met een depressie, maar ook mensen met een verslaving, zoals een drankprobleem. Om deze variëteit te ordenen zijn in de sector zes verschillende ‘circuits’ te onderscheiden (Sectorrapport GGz 2003-2005; Toenemende zorg, 2006):

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Volwassenen | 4. Forensische psychiatrie |
| 2. Kinderen en Jeugdigen | 5. Verslavingszorg |
| 3. Ouderen | 6. Preventie |

Naast het onderscheid in deze zes circuits is er ook een sterke variëteit wanneer je kijkt naar de *vormen* van de zorg (GGz-Nederland, 2008). Voor de ene aandoening is het voldoende om eens per week een aantal weken of maanden even een uurtje te praten met iemand; de ambulante zorg. Voor de andere aandoening kan het zijn dat de cliënt permanent; vierentwintig uur per dag, zeven dagen

in de week in een beschermde woonvorm moet leven; de intramurale zorg. In 2006 werden er zo'n 750.000 cliënten in de GGz behandeld. *Figuur 1* maakt dit zichtbaar:

Figuur 1: Percentage Cliënten per Zorgsoort



Bron: GGz-Nederland, 2008

Naast *soorten* zorg kan er ook een onderscheid worden aangebracht in de *zwaarte* van de zorg. In de zogenoemde *eerste lijn* wordt zorg verleend door de huisarts, het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsychologen; is voor behandeling een meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan wordt doorverwezen naar de *tweede lijn*, de gespecialiseerde GGz. *Tabel 1* geeft de kenmerken van de eerste – en tweede lijn zorg weer.

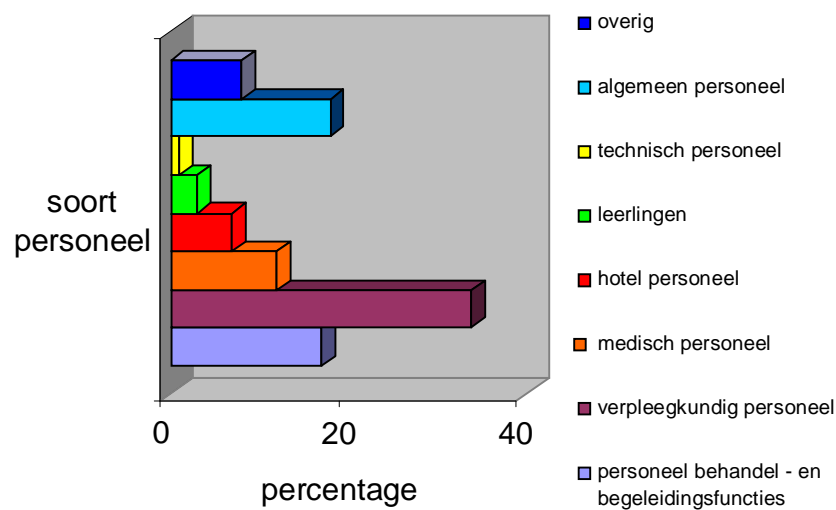
Tabel 1: Kenmerken eerste- en tweede lijn

Kenmerken eerste lijn	Kenmerken tweede lijn
Generalistisch	Specialistisch: geleverd door professionals met gespecialiseerde opleiding
Laagdrempelig	Drempel: voorselectie (bijv. op verwijzing door huisarts)
Eenvoudige (niet zo ernstige) problematiek	Complexe en/of multiple stoornissen / diagnoses
Behandeling monodisciplinair	Monodisciplinaire of multidisciplinaire behandeling
Zorg in de buurt aanwezig	

Bron: GGz Kompas; CVZ

Gezien de variëteit aan taken ligt het in de lijn der verwachting dat ook het personeelsbestand divers is. In 2006 waren er ongeveer 70.000 mensen werkzaam in de sector en dit is zo'n 10% van het totale personeel in de gezondheidszorg (GGz-Nederland, 2008). *Figuur 2* geeft deze opbouw van personeel weer:

Figuur 2: Opbouw Personeel GGz



Bron: GGz-Nederland, 2008

‘Personeel behandel – en begeleidingsfuncties’, ‘medisch personeel’ en ‘verpleegkundig personeel’ zijn in een professionele organisatie als een GGz-instelling te benoemen als *professionals*.

De GGz sector zoals hier geschetst, heeft er echter niet altijd zo uitgezien. Verschillende ontwikkelingen en verschuivingen hebben zich ongeveer vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw voorgedaan en deze *dynamiek* wordt, ten behoeve van een compleet beeld van de GGz sector en de achtergronden en verschijningsvormen van schaalvergroting, in het volgende nader uiteen gezet.

2.3. Dynamiek in de sector

Vóór 1970 werd intramurale zorg (zorg die binnen de muren van een instelling plaatsvindt) verzorgd door psychiatrische inrichtingen en de psychiatrische afdelingen van algemene

ziekenhuizen, en waren er kleine instellingen voor verschillende groepen van ambulante patiënten. Ambulant wil ook wel zeggen: 'extramuraal' (buiten muren), zorg die wordt verleend aan mensen die niet permanent in een instelling aanwezig zijn. Van een structurele samenwerking tussen deze verschillende, relatief kleine instellingen was geen sprake. Na de jaren '70 van de vorige eeuw veranderde dit. Tussen 1970 en 1985 hebben zich vernieuwingen voorgedaan die hebben geleid tot de vorming van de RIAGG (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), waar de nadruk kwam te liggen op psychotherapeutische behandeling. Hierdoor werden bij deze RIAGG's de psychotherapeuten, en niet de psychiaters, als belangrijkste beroepsgroep gezien. Niet alleen in de ambulante zorg veranderde een en ander, ook traden er vernieuwingen op in de intramurale GGz. Hieraan lag de opvatting ten grondslag dat de noodzaak van intramurale psychiatrie zou blijven bestaan en psychische aandoeningen langdurige en intensieve zorg vergen. Deze gedachte leidde tot het ontstaan van het APZ (algemeen psychiatrisch ziekenhuis). Deze ziekenhuizen hielden zich zowel bezig met deeltijd – als met voltijdbehandelingen. Voor chronische patiënten werden daarnaast beschermde woonvormen in het leven geroepen (Hutschemaekers et al., 2006). Na enige tijd, zo midden jaren tachtig, bleek dat*de dubbele vernieuwingsbeweging – RIAGG en APZ – problemen veroorzaakte rond de continuïteit van zorg* (Hutschemaekers en Tiemens, 2006). Zo kon het bijvoorbeeld voorkomen dat iemand die uit een APZ kwam, was aangewezen op RIAGG-hulp zodra hij terug was gekeerd in de samenleving en in zo'n geval is enige afstemming tussen beiden gewenst (Hutschemaekers en Tiemens, 2006). Gedachten richting een meer 'geïntegreerde sector'; nauwe samenwerking tussen ambulante en intramurale hulpverlening kwamen op en dat is op dit moment duidelijk te zien. Hoewel in de sector naast de genoemde APZ-en en RIAGG's klinieken voor kinder – en jeugdpsychiatrie, instellingen voor beschermd wonen, klinieken voor verslavingszorg, consultatiebureaus voor alcohol en drugs en instellingen voor forensische psychiatrie bestaan, zijn er ook de zogenoemde 'geïntegreerde instellingen'. Dit zijn instellingen die zijn ontstaan na een fusie van twee of meerdere typen instellingen. Deze geïntegreerde instellingen vormen op dit moment de grootste categorie; in 2006 waren er 41 van dit soort instellingen (Blank et al., 2008, p. 37). Gezien het verschijnen van de geïntegreerde instellingen is de laatste jaren duidelijk een tendens waar te nemen richting *schaalvergroting* binnen de GGz sector. De geïntegreerde instellingen komen, met een grotere reisafstand in Friesland en Zeeland, overal in Nederland voor (Blank et al., 2008; p. 38).

2.3.1. Schaalvergroting

De tendens van schaalvergroting komt niet enkel voort uit hernieuwd inzicht van binnenuit het GGz domein. Door ontwikkelingen in het gehele maatschappelijk krachtenveld, is deze tendens ingezet. Het maatschappelijk krachtenveld omvat *verschillende, mogelijk ongelijksoortige, actoren die met elkaar te maken hebben*, en wanneer we praten over het maatschappelijke krachtenveld waarin GGz-instellingen zich begeven kunnen we bijvoorbeeld spreken van het Ministerie van VWS, het parlement, zorgverzekeraars, lokale overheden, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties e.d. (Grit en Meurs, 2005).

Toen de verzorgingsstaat in ‘crisis’ raakte werd het *houdbaarheidsprobleem* en het *besturingsprobleem* van de staat zichtbaar (Grit en Meurs, 2005; p. 17). Het houdbaarheidsprobleem omvat de visie dat de crisis van de verzorgingsstaat het gevolg is van overbelasting; de overheid legt een te groot beslag op de collectieve lasten en er wordt een te intensief beroep gedaan op de collectieve lasten, waardoor de beheersbaarheid in gevaar komt.

Het besturingsprobleem stelt het sturingsvermogen en het gezag van de staat ter discussie en dit afnemende vertrouwen impliceert dat de overheid, ook door de complexiteit van problemen en toenemende maatschappelijke pluriformiteit, niet meer alleen alle maatschappelijke problemen het hoofd kan bieden. (Grit en Meurs, 2005; p. 17-19).

Deze besturingsproblemen hebben de overheid gedwongen een deel van haar taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg over te dragen naar het veld van de zorg; oftewel, er is sprake van *deregulering* en *verzelfstandiging* in de zorg (Grit en Meurs, 2005). Al in 1987 werd een rapport gepubliceerd van de Commissie Dekker (*Bereidheid tot Verandering*), waarin afstand werd gedaan van het geloof in overheidsplanning en werd verwacht dat marktwerking en concurrentie de doelmatigheid van de zorgsector zou vergroten (Grit en Meurs, 2005). In dit kader is in 2006 uiteindelijk een nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden (Van de Pol, 2005). Ook een deel van de verzekerde GGz dat voorheen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd verzekerd, is per januari 2008 onder de nieuwe Zvw komen te vallen (Meijering et al., namens RVZ, 2008)

De terugtrekkende overheid, met een nieuw zorgstelsel als resultaat, is in lijn met het idee van Noordegraaf (2004) dat in de publieke sector het denken in termen van management opgekomen is, wat zich afspeelt tegen de achtergrond van ‘complexe bestuurlijke en beleidsmatige uitdagingen’ (Noordegraaf, 2004). De GGz wordt voor ambivalente uitdagingen gesteld. Aan de ene kant bevindt

zich de variëteit van de sector, zoals is gebleken, en staat de sector bloot aan een verwarrende en veeleisende samenleving en tegelijkertijd heeft zij te maken met dat denken in termen van management; met ‘managerial’ en marktgerichte taal en tools. De GGz moet transparant, evidenced based geleverd worden, prestaties moeten worden gemeten, zodat problemen opgelost kunnen worden (Noordegraaf en Meurs, 2006).

GGz-instellingen gaan zich onderscheiden en positioneren in de markt. Deze markt bestaat uit drie actoren die van belang zijn: de cliënten, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De onderlinge relaties tussen deze drie actoren vinden hun neerslag in drie te onderscheiden markten. Te weten: de *zorgverleningsmarkt* waarin cliënten en zorgaanbieders acteren, de *zorgverzekeringsmarkt* waarin verzekeraars hun polissen aan verzekerden trachten te slijten, en de *zorginkoopmarkt* waarin zorgverzekeraars en zorgkantoren de benodigde zorg bij zorgaanbieders inkopen (Van de Pol, 2005). GGz-instellingen kunnen zich door concurrentie op prijs, kwaliteit en productdifferentiatie, maar ook door *schaalvergroting* en verschillende vormen van samenwerking onderscheiden in de markt (Kalbfleisch et al., namens NMa, 2007). Hiermee maken ze de wereld om hen heen stabiel en dit is in tijden van instabiliteit en dynamiek urgent geworden (Noordegraaf, 2004). In het licht van deze nieuwe organisatorische relaties, schaalveranderingen, blijkt dat iedere schaal voor- en nadelen heeft en dat door een verandering van de schaal sommige problemen hooguit worden vervangen door andere. Bij ieder vraagstuk van besturen en organiseren komt dan ook op een zeker moment aan de orde op welke schaal bepaalde activiteiten ontplooid moeten worden, aldus Hagelstein en Traag (1998).

In de GGz is schaalvergroting, fusie tussen verschillende zorginstelling, een bewuste strategische manoeuvre. Zo wordt het gezien als een verzekering van de continuïteit van de instellingen en de efficiëntie van betrokken instellingen moet er fors door worden verhoogd. Men denkt aan het delen van overheadkosten en het in elkaar schuiven van taken en functies. Daarnaast is de verwachting dat men gezamenlijk meer body heeft om marktgericht te kunnen opereren en gezamenlijk risico's beter te kunnen dragen (Van Hout, 2007; p.138). Schaalvergroting kan leiden tot een verdere standaardisering en formalisering van werkprocessen (WRR, 2004; p. 138). Binnen de GGz is er een onderscheid te maken tussen twee bewegingen. Zo is er een duidelijke tendens van horizontale fusie zichtbaar: GGz instellingen onderling om *een bovenregionaal of zelfs landelijk netwerk van voorzieningen te realiseren en zo een goede ‘countervailing power’ voor de zorgverzekeraar te*

vormen (Noordegraaf en Meurs, 2006; p. 5). Verder is een beweging in het vormen van allianties of fusies met zorginstellingen buiten de GGz, zoals ouderenzorg en thuiszorg, zichtbaar (Noordegraaf en Meurs, 2006). Beide bewegingen worden in dit onderzoek aangeduid als ‘schaalvergroting’.

Deze tendens van schaalvergroting heeft zijn weerslag op de professional. Deze wordt in het volgende dan ook nader geduid.

2.4. Professionals

Iedere maatschappij wijst van oudsher personen aan die gespecialiseerd zijn in bepaalde activiteiten. Hierbij gaat het om mensen die specifiek bevoegd zijn deze activiteiten te verrichten of om mensen die beschikken over uitzonderlijke krachten of vermogens. Professionals zijn verbonden met hooggeschatte maatschappelijke waarden, waarmee bepaalde groepen maatschappelijk aanzien, en daarmee ook macht verschaffen. Desondanks onderscheiden professionals zich door een grote mate aan belangeloosheid in hun vak (Gastelaars, 2006).

Het gezag van deze mensen wordt echter vooral ontleend aan een ‘exclusieve’ deskundigheid of expertise (Gastelaars, 2006). Dit idee van Gastelaars over professionals is in lijn met de structureel functionalistische visie die stelt dat de positie van professionele beroepen een gevolg is van hun hoog gespecialiseerde kennis, aldus Groenewegen (2007).

Ten opzichte van ‘leken’ zijn professionals door hun mate van expertise in staat grotere betekenisvolle patronen te construeren, en herkennen zij bijvoorbeeld sneller de kenmerken van praktijksituaties (Hutschemaekers et al., 2006; p.16). Noordegraaf (2004) stelt dat een professional in klassieke zin; *een professional is, zoals een arts of advocaat, een beroepsbeoefenaar die onderdeel uit maakt van een professie* (Noordegraaf, 2004; p. 185). Een professie wordt wel gedefinieerd als *een beroep in de publieke sector dat volledig tot wasdom is gekomen* (Hutschemaekers et al., 2006; p.15).

Professionals als experts dus. Ze maken onderdeel uit van een professie. Dit is de kern, maar de invulling hiervan is gelegen in de zaken die professionals binnen hun beroepsgroep doen:

- Het maken van gedragscodes
- Het starten van opleidingen en bepalen van de eisen voor deze opleidingen
- Selecteren
- Certificeren
- Sanctioneren

Wat deze handelingen en 'vrijheid' van de beroepsgroepen, waar overigens ook normen (zoals codes en tuchtrecht) ontstaan in de hand werkt is de zogenoemde 'professionele autonomie'. De autonomie van professionals is gelegen in hun bevoegdheden en exclusieve deskundigheid en expertise (o.a. naar Gastelaars, 2006; Van Hout, 2007; Noordegraaf 2004). Doordat de professional degene is met bevoegdheden en exclusieve deskundigheid, moet deze beschikken over het 'fingerspitzengefühl' om 'goed' te handelen. De deskundigheid, het fingerspitzengefühl maakt dat professionals belast zijn met (grote) verantwoordelijkheden (een afgezet been kan er niet meer worden aangezet) en dient alles op weloverwogen wijze en ook achteraf als zodanig rechtvaardigd kunnen worden (Gastelaars, 2006).

De autonomie heeft zijn weerslag op de manier waarop de professional en de organisatie waarin de professional werkzaam is zich tot elkaar verhouden. Professionals zijn buiten de organisatie opgeleid en lid van beroepsverenigingen, waardoor de loyaliteit aan de organisatie niet voor zich spreekt. De meeste professionals zijn dan ook in hoofdzaak gericht op hun beroep en zien de organisatie waaraan zij verbonden zijn als een podium waarop zij kunnen excelleren, aldus Weggeman (2007) (WRR, 2004; p. 151). Groenewegen (2007) beschrijft in zijn boek *Professies en de toekomst* dat *...veranderingen in arbeidsmarkt en arbeidsverhoudingen en schaalvergroting leiden tot een andere samenstelling van de beroepsbevolking,...., er is flexibilisering van de arbeidsmarkt,....., verder worden de professies steeds vaker in dienstverband in plaats van als vrij beroep uitgeoefend en dan ook steeds vaker in grotere organisatieverbanden (schaalvergroting)*. (Groenewegen, 2007; p. 13) Ofwel, het verband tussen de professionals en hun organisaties is hier zichtbaar. Noordegraaf (2004) stelt dan ook dat het opereren van professionele organisaties in hoge mate afhangt van professionals, terwijl professionals op hun beurt weer de neiging hebben om zich aan de werking van organisaties te onttrekken (Noordegraaf, 2004; p.185-186).

Echter is er wel een trend te herkennen waarin de zorgprofessional en de zorgorganisatie zichtbaar dichterbij elkaar komen. Waar voorheen de professionele bureaucratieën (naar Mintzberg en Gastelaars o.a.) als niet rationeel werden gezien, waarmee wordt bedoeld dat een professionele hiërarchie zich niet stoort aan formele gezagslijnen van gerationaliseerde organisaties, zien andere auteurs (waaronder Brint, 1994) een verandering ontstaan in de manier waarop professionals zich ten opzichte van hun organisaties verhouden. Veel professionals vestigen zich steeds meer in het centrum van de institutionele en organisatorische macht. Hiermee wordt bedoeld op het onderscheid

tussen professionals die hoger op willen komen in management en bestuur, en professionals die dat niet willen (Gastelaars, 2006).

‘De professional’ is dus diffuus. Hierboven wordt wel duidelijk dat expertise een factor is waardoor we iemand ‘een professional’ noemen. Echter op werkvloeren is een gevarieerd scala aan uitvoerders en professionals te zien; maatschappelijk werkers zijn heel andere uitvoerders dan psychiaters bijvoorbeeld. Daarnaast kunnen professionals ook een bepaalde mate van organisatiebetrokkenheid hebben; *medische managers* bijvoorbeeld (Noordegraaf, 2008). ‘De professional’ zal in deze dan ook worden geordend naar ‘soorten professionals’:

- Professionals en hun mate van professionaliteit
- Professionals en hun mate van organisatiebetrokkenheid

Hoe dit vorm heeft binnen de GGz is weergegeven in de *Tabel 2*:

Tabel 2: Soorten Professionals

Mate van organisatiebetrokkenheid \ Mate van professionaliteit	Hoog	Middel	Laag
Hoog	Medisch personeel	Personeel behandel- en begeleidingsfuncties	Verpleegkundig personeel
Middel	Medisch personeel	Personeel behandel- en begeleidingsfuncties	Verpleegkundig personeel
Laag	Medisch personeel	Personeel behandel- en begeleidingsfuncties	Verpleegkundig personeel

Medisch personeel wordt in deze gezien als de professionals met een hoge mate van professionaliteit. Zij zijn bijvoorbeeld de psychiaters. Personeel behandel- en begeleidingsfuncties worden beschouwd als professionals met een ‘middel’ mate van professionaliteit. Dit zijn bijvoorbeeld psychologen, of maatschappelijk werkers. De professionals met een lagere mate van professionaliteit zijn hier het verpleegkundig personeel, zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Al deze professionals met hun eigen mate van professionaliteit kunnen een bepaalde mate van organisatiebetrokkenheid hebben door bijvoorbeeld formeel ‘beleidstaken’ te hebben, of in Medezeggenschapsraden te zitten, programmacoördinator te zijn of als teamleider te

fungeren. Het betreft hier dus de ‘zichtbare organisatiebetrokkenheid’ die is gerelateerd aan een formele taak of functie.

2.5. Tot Slot

Dit hoofdstuk, dat een verkenning van de GGz sector heeft geschetst biedt een antwoord op de volgende deelvragen:

- 1. Wat zijn de achtergronden en verschijningsvormen van schaalvergroting binnen de GGz?*
- 2. Welke professionals zijn te onderscheiden in GGz-instellingen?*

De antwoorden op deze vragen worden in het volgende gegeven.

2.5.1. De achtergronden en verschijningsvormen van schaalvergroting binnen de GGz

Na verschillende ontwikkelingen in het maatschappelijk krachtenveld met de opkomst van het ‘managerial’ denken voorop, bestaat de GGz-sector op dit moment voor het grootste deel uit ‘geïntegreerde instellingen’ die bestaan uit een combinatie van twee of meer typen instellingen zoals de APZ’s, RIAGG’s, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, instellingen voor beschermd wonen, klinieken voor verslavingszorg, consultatiebureaus voor alcohol en drugs en instellingen voor forensische psychiatrie; de tendens van *schaalvergroting* is duidelijk zichtbaar. Schaalvergroting kan schaalvoordelen opleveren, maar levert naar idee van anderen ook nadelen op voor bijvoorbeeld de cliënt, die zijn weg niet meer kan vinden, of voor de professional voor wie de organisatie om hem heen verandert.

2.5.2. Te onderscheiden professionals in de GGz

De GGz is een sector die gekenmerkt wordt door variëteit. Een veelheid aan problemen die op hun schouders leunen, maken de variëteit aan taken, cliënten, organisaties en personeel groot.

Er zijn binnen de GGz verschillende ‘soorten professionals’ te onderscheiden aan de hand van ‘mate van professionaliteit’ en ‘mate van organisatiebetrokkenheid’.

Deze verschillende soorten professionals hebben te maken gekregen met de steeds groter wordende organisatie. Dit levert mogelijkspanningen op voor professionals. Deze spanningen worden aan de hand van zorglogica’s in het volgende hoofdstuk nader bezien.

3. SCHAAL EN SPANNINGEN

In het voorgaande is duidelijk geworden dat er sprake is van een tendens van schaalvergroting binnen de GGz-sector. Onderliggend aan deze tendens is een *spanning* voelbaar. De spanning tussen het ‘denken in termen van management’ en het karakter van ‘grote variëteit aan cliënten’, en daarnaast de organisatie met ‘professionals als dienstverleners’ (Verhagen, 2005; WRR, 2004). Dit hoofdstuk is dan ook een zoektocht naar de duiding van de spanningen waar professionals mee geconfronteerd worden door schaalvergroting. Dit gebeurt aan de hand van theorieën over ‘zorglogica’s’. Zorglogica’s worden gebruikt om orde aan te brengen in het complexe krachtenveld van de zorgsector. Allereerst wordt dan ook de orde in het krachtenveld geschept, vervolgens zullen de drie zorglogica’s worden onderscheiden in de *institutionele logica*, de *professionele logica* en de *vraaglogica* en worden de *spanningen* tussen de logica’s die door schaalvergroting ontstaan, zichtbaar. Ten slotte wordt ingegaan op theorieën over ‘coping mechanismen’; mechanismen die professionals kunnen inzetten om om te gaan met de spanningen.

3.1. Orde in het krachtenveld

GGz-instellingen opereren in een maatschappelijk krachtenveld. Dit krachtenveld is continu aan veranderingen onderhevig. Voorbeelden hiervan zijn zoals we hebben gezien de steeds mondig wordende burger, de overheid die haar sturingsambities los laat en dergelijke. Dit maakt dat zorginstellingen in deze steeds veranderende omgeving iedere keer weer een weg moeten zoeken zich tot het krachtenveld te verhouden. Hiermee is de zorginstelling niet te benaderen als een autonoom vaststaand geheel en dit zorgt ervoor dat de gezondheidszorg niet als een institutie met een eigen, eenduidige onveranderende logica is op te vatten (Grit en Meurs, 2005; WRR, 2004). Om grip te krijgen op de dynamiek die zich in en rond de sector afspeelt zijn verscheidene theorieën over zogenoemde *zorglogica’s* gedefinieerd. De complexe wereld van de zorg, de ‘wanordelijke werkelijkheid’, kan door begrip van de verschillende logica’s, worden geordend. Deze logica’s moeten naar Verhagen (2005) gezien worden als ‘ideaaltypen’ en zullen nooit in hun zuivere vorm voorkomen. Wel komen ze in ‘mengvormen’ voor, en deze mengvormen functioneren als vertogen. Een vertoog (of discours) is naar Gastelaars (2006) *een min of meer samenhangend netwerk van betekenissen, met ‘ingebakken’ handelingsopties, dat zich rond bepaalde thema’s manifesteert*. Vertogen hebben vaak een lange geschiedenis en geven ‘als vanzelf’ richting aan allerlei maatschappelijke discussies (Gastelaars, 2006; p. 31-32).

Verhagen (2005) ziet logica's als 'betekenissystemen'; systemen waartoe de verschillende actoren en problemen zich verhouden. Hij maakt op ideologisch, institutioneel en relationeel niveau een onderscheid tussen vier zorglogica's:

Tabel 3: Zorglogica's naar Verhagen (2005)

	Ideologie	Institutie	Relatie
Politieke Logica	Sociale Rechtvaardigheid	Overheid	Burgerschap
Economische Logica	Economisch Liberalisme	Markt	Ondernemers/ Consumenten
Famiale Logica	Informele Solidariteit	Familie Gemeenschap	Informele Verzorgers/ Naasten, Verwanten
Professionele Logica	Discretionaire Dienstbaarheid	Professie	Deskundigen/ Clienten

In het WRR rapport *Bewijzen van goede dienstverlening* wordt de logica theorie ook gehanteerd en hier wordt in navolging van Hemerijck en Helderma (1995) de term logica gebruikt als: ...*logica omvat zowel het handelen van groepen actoren (politici, bestuurders en professionals) als het niveau waarop zij werkzaam zijn (de staat, de instelling)* (WRR, 2004; p. 10). In het WRR rapport wordt een onderscheid gemaakt tussen drie logica's: *de institutionele logica, de provisiel logica* en de *vraaglogica*. De institutionele logica wordt hier gezien als het *bestuur en beheer* van maatschappelijke dienstverlening door middel van coordinatiemechanismen en via interventie-instrumenten. De provisiel logica omvat de instellingen en professionals die verantwoordelijk zijn voor de *uitvoering* van de dienstverlening zelf, waarbij het hier gaat om actoren, fysieke omgevingen en meer abstracte organisatiemodellen. De vraaglogica wordt in deze gezien als het geheel van *relaties tussen vragers en aanbieders* in de maatschappelijke dienstverlening (WRR, 2004; p. 11).

Logica's dus ten behoeve van orde van het krachtenveld, en het verduidelijken van spanningen.

3.2. Drie zorglogica's

In deze paragraaf worden verschillende (GG)zorglogica's onderscheiden. Hierbij zijn de logica's van zowel Verhagen (2005) als die van de WRR (2004) een referentie om vervolgens mijn eigen logica's te formuleren die het meest geschikt zijn om de spanningen die ontstaan voor professionals onder invloed van schaalvergroting binnen de GGz te verduidelijken.

De logica's die in het voorgaande zijn behandeld zijn ingedeeld naar verschillende concepten. De indeling van Verhagen is duidelijk naar *ideologie, institutie en relatie*. Deze logica's zijn onderscheiden met de thuiszorg als te ordenen zorggebied. Uit de logica's geformuleerd door de WRR is een indeling te herleiden in *bestuur en beheer, uitvoering* en *relaties tussen vragers en aanbieders*. Deze logica's zijn gebaseerd op de gehele maatschappelijke dienstverlening. De indeling die ik hanteer om mijn eigen logica's te onderscheiden, specifiek voor de GGz, is een indeling in *taken*. In het krachtenveld van de GGz, onderscheid ik grofweg drie taken: 'aansturing', 'uitvoering' en 'vraag'. Aan de hand van deze 'taken' onderscheid ik dan ook de volgende drie logica's: *de institutionele logica, de professionele logica* en *de vraaglogica*. In het volgende worden deze drie logica's uiteen gezet; zowel wat betreft 'afbakening' alsmede door aandacht te besteden aan met welk perspectief vanuit de betreffende logica naar GGz wordt gekeken.

3.2.1. De institutionele logica

Onder de institutionele logica versta ik de *aansturing* van zorg door middel van combinaties van verschillende coördinatiemechanismen en via interventie-instrumenten (WRR, 2004). Dus, meer concreet: overheid, politiek, markt en managers hebben in deze logica 'de hand in de verzorging van burgers'. Een institutionele context is een context van instituten, bestuurlijke regimes en culturele patronen, waarin managers en organisaties opereren (Noordegraaf, 2004). Vanuit coördinatiemechanismen (zoals markten, gemeenschappen en samenwerkingsverbanden) en interventie-instrumenten (zoals wet- en regelgeving) van de institutionele logica is de GGz sector 'veranderd'. Deze verandering is grofweg te benoemen als 'van verzorging naar verzekering'. Daar waar de verzorgingsstaat een grote rol speelde (verzorging) in de 'aansturing van zorg', is deze rol nu meer toebedeeld aan de 'markt' (verzekering). GGz moet 'transparant worden gemaakt' en 'evidence-based geleverd worden'; op systematiek en objectiviteit gerichte 'managerial' en marktgerichte taal en tools. Ook moet zorg via ketens worden georganiseerd, prestaties moeten worden gemeten zodat problemen worden opgelost en risico's worden geminimaliseerd. De maatschappij roept om orde, netheid en veiligheid, en de genoemde tools sluiten hierbij aan. Dit wordt door Noordegraaf en Meurs (2006) ook wel bestempeld als 'post-politieke tijden' (Noordegraaf en Meurs, 2006). In deze post-politieke tijden ligt de nadruk op 'managerialism'; het GGz domein wordt gedwongen om zowel in de zin van 'visies op zorg' als in de zin van 'visies op de organisatie van zorg', dienstverlening 'strak, simpel en soepel' aan te pakken (Noordegraaf en Meurs, 2006).

Vanuit deze logica vindt de ‘verdeling van zorg’, vanuit een ‘managerialism’ perspectief, plaats vanuit de gedachte van ‘marktwerking’, het ‘strak, simpel en soepel organiseren’.

Vanuit deze logica is dan ook de tendens van *schaalvergroting* ontstaan. Schaalvergroting is een instrument om, zo hebben we gezien, de efficiëntie van betrokken instellingen te verhogen; bijvoorbeeld door het in elkaar schuiven van taken en functies en het delen van overheadkosten. Daarnaast kunnen door dit ‘instrument’ risico’s gezamenlijk worden gedragen. ‘Managerial taal en tools dus’; geheel in lijn met het ‘managerialism’.

3.2.2. De Professionele logica

De professionele logica is gebaseerd op professionele opvattingen, normen en waarden en op vakinhoudelijke kennis en vaardigheden. Enerzijds omvat deze logica de *uitvoering* van taken van professionals *in* een organisatie en de vormgeving van het primaire proces van dienstverlening, anderzijds ga ik in deze logica ook uit van de aanwezigheid van een beroepsdomein dat verder gaat dan de organisatie, waarbinnen professionals naar eigen oordeel beslissingen nemen over de te verlenen zorg (WRR, 2004; Verhagen, 2005). De professional als persoon die zich op grond van zijn opleiding en ervaring kan opwerken als ‘expert van de dienstverlening’, en de professional als aanspreekpunt voor de cliënt en het ‘gezicht van dienstverlening’ (WRR, 2004; p. 26).

Verhagen (2005) ziet ‘discretionaire dienstbaarheid’ als ideologie op grond waarvan professionals zich op het welzijn van hun cliënt richten (Verhagen, 2005; p. 165). Niet gehinderd door enige voorwaarden of restricties van ‘buiten’ kunnen zij zich bezig houden met ‘zorgen voor’. Discretionaire dienstbaarheid biedt professionals de beschikbaarheid over een eigen, afgebakende ruimte; de beroepsgroep¹ (Verhagen, 2005). Een professionele benadering van zorg is gebaseerd op professionele ethiek, met het oog op kwaliteit van zorg en individuele dokter - cliënt relaties (Van der Scheer, Noordegraaf en Meurs, 2007; p. 7). Waar de institutionele logica uitgaat van het managerialism, gaat het bij de professionele logica om ‘professionalism’. Het professionalism waarbinnen professionals hun discretionaire dienstbaarheid, hun autonomie, hun ruimte kunnen

¹ Om verwarring te voorkomen: de beroepsgroep kan opgevat worden als een ‘institutie’, maar valt niet onder de ‘institutionele logica’. Dit vooral doordat bij de beroepsgroep de redeneringen het meest direct aansluiten bij het professionalism. Het professionalism van de professional wordt versterkt door de beroepsgroep.

innemen ten behoeve van dienstverlening op zowel uitvoerend niveau in relatie tot de cliënt, als mede met beroepsgenoten onderling ten behoeve van kennisontwikkeling.

3.2.3. De vraaglogica

Bij deze logica komt de cliënt in beeld; de ‘vrager’ van de zorg. De vraaglogica omvat de noden, behoeften en eisen die cliënten hebben ten opzichte van professionals en instellingen. Dit kan door bijvoorbeeld cliëntenorganisaties (Verhagen, 2005). Bij de vraag naar zorg gaat het dan ook niet enkel om de samenleving als collectief van burgers, maar ook om de individuele burger.

Een directe ruilrelatie tussen consumenten en producenten van zorg is er niet. Naast het feit dat de aard van de relatie meer afhankelijk is dan gelijkwaardig (de cliënt als ‘leek’) is het ook zo dat tussen vraag en aanbod ruis zit. Deze ruis bestaat naar idee van de WRR (2004) uit: *procesversturende wet – en regelgeving, oneigenlijke bureaucratie en het optreden van ‘zaakwaarnemers’, zoals verzekeraars, zorgkantoren of regionale indicatieorganen (RIO’s).* (WRR, 2004; p.167).

De cliënt wordt geconfronteerd met waar het uiteindelijk om draait: de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Vraagsturing speelt dan ook een belangrijke rol en heeft de laatste jaren meer en meer aandacht gegenereerd. De toenemende assertiviteit van burgers; ‘de mondige burger’, heeft hieraan bijgedragen. Zo stelt ook Van den Brink (2002), die in het WRR rapport *Mondiger of Moeilijker* laat zien dat burgers assertiever zijn geworden. Voor de zorg betekent dit dat zij hun mening geven over de manier waarop zij door een medicus behandeld zijn. Of assertiviteit uit zich door het aanvragen van een second opinion wanneer er twijfels over de juistheid van een diagnose zijn. Dit soort bewegingen vanuit de ‘client’ draagt er naar idee van Van den Brink toe bij dat de positie van de patiënt tegenover de professional, de zorgaanbieder en de medische voorzieningen in het algemeen versterkt wordt (Van den Brink, 2002; p. 28).

Het toenemende gevoel van vrijheid van het individu heeft hieraan bijgedragen. ‘Baas over je eigen leven’, naar verwoording van Van der Lans (2005).

Patiënten in de zorg zijn consumenten geworden die vragen om goede dienstverlening. Zij kijken vanuit een perspectief van ‘consumerism’ naar zorg.

3.2.4. De logica's in schema

Verschillende logica's om orde te scheppen in het krachtenveld en spanningen bloot te leggen. Er zijn op basis van de 'taken' 'aansturing', 'uitvoering' en 'vraag' drie logica's met eigen perspectieven en redenties onderscheiden.

Tabel 4: Logica's

Logica	Perspectief	Redentie(s)
Institutionele logica	<i>Managerialism</i>	<u>Managerial taal en tools:</u> <ul style="list-style-type: none"> - strak simpel soepel - standaarden - efficiënt - het systeem bepaalt
Professionele logica	<i>Professionalism</i>	<u>Professionele autonomie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ruimte voor professionele dienstverlening - ruimte voor kennisontwikkeling - de professional bepaalt
Vraaglogica	<i>Consumerism</i>	<u>Vraagsturing:</u> <ul style="list-style-type: none"> - mondige burger - kwaliteit - van patiënt naar cliënt - de client bepaalt

3.3. Spanningen

Door Verhagen (2005) wordt bediscussieerd welke verschillende door hemzelf gedefinieerde logica's op een al dan niet positieve manier op elkaar inwerken. In navolging van Knijn (2000) en anderen wordt bijvoorbeeld gesteld dat een logica als de hierboven beschreven 'institutionele logica' de 'professionele logica' perverteert. Het doelrationele streven naar efficiëntie, standaardisering (institutionele logica), zouden professioneel werk (professionele logica) miskennen (Verhagen, 2005). Deze miskennen zorgt voor spanningen. De WRR (2004) spreekt in dit kader ook wel van een *misfit* (WRR, 2004; p. 155). Vanuit de institutionele logica worden er 'pijlen op schaalvergroting' gericht, maar wat betekent dit voor de professional, met een andere logica?

Naar idee van de WRR (2004) wordt zelden gesproken over de rol van de professional, aldus gesteld in hun rapport *Bewijzen van goede dienstverlening*. En dit terwijl hij de persoon is waar

expertise en deskundigheid zit, het aanspreek punt is van de cliënt en dus het gezicht van de dienstverlening (WRR, 2004). Ackroyd et al. (2007) stellen dan ook dat de professional niet onderschat moet worden. De rol van de professional in tijden van een organisatieverandering is volgens hen groot. Niet alleen hebben waarden en prioriteiten van het management hun weerslag op het professionele werk; voor het succes van organisatorische herstructurering moet ook rekening gehouden worden met de kenmerken en het karakter van de organisatie. Uit een vergelijkende studie naar het succes van organisatorische hervorming in de UK, is gebleken dat het karakter van de organisatie dominant is aan de geïnvesteerde middelen. De GGz is een sector met een sterk geprofessionaliseerd karakter. Uit de vergelijkende studie is dan ook gebleken dat de hervorming in de 'health care' sector het meest moeizaam verliep in vergelijking tot 'housing' en 'social service'. De mate van professionalisering in deze sectoren ligt hier naar idee van Ackroyd et al. aan ten grondslag (Ackroyd et al., 2007). Een organisatieverandering, zoals schaalvergroting heeft dus invloed op de professional, maar tegelijkertijd is de professional een bepalende actor in het succes van de organisatieverandering. Denkend naar logica's betekent dit dat, wanneer schaalvergroting plaatsvindt, de institutionele logica 'inwerkt' op de professionele logica en vice versa.

Wanneer deze logica's op elkaar 'inwerken' ontstaan er spanningen tussen bijvoorbeeld het 'managerial simpel, strak en soepel organiseren' en het 'professionalisme' van waaruit professionals hun ruimte genereren en nodig hebben om hun professionaliteit optimaal te kunnen benutten. Van Vliet zegt dan ook dat schaalvergroting de handelingsruimte van professionele hulpverleners aantast (Van Vliet, 2002; p. 29).

Ook Tonkens stelt: *...het is hoog tijd om het professionalisme uit de klauwen van de bureaucratie en de vrije markt te redden*. Het professionalisme wordt volgens Tonkens vermalen tussen de eisen van de bureaucratie en die van de markt (WRR, 2004; p. 163). Er wordt, aldus de WRR in *Bewijzen van goede dienstverlening*, te weinig rekening gehouden met de aard van het primaire proces in de gezondheidszorg. De rol die de professional speelt in het dienstverleningsproces wordt onder invloed van management en marktconcepten bijvoorbeeld ingeperkt. Professionals hebben een bepaalde 'resistance to change'. Naar idee van Groenewegen et al. (2007) voelen professionals zich over-managed en ondergewaardeerd (Van der Scheer, Noordegraaf en Meurs, 2007).

Deze *misfit* tussen de institutionele en professionele logica, die ontstaat onder invloed van schaalvergroting zorgt voor spanningen voor professionals. De mogelijke spanningen zijn *afstand versus nabijheid*, *maatwerk versus standaarden* en *kwaliteit versus kosten*, en worden in het

volgende nader behandeld. Hierbij wordt het duidelijk dat in de duiding van de spanningen de ‘vraaglogica’ terzijde wordt geschoven.

3.4.1. Nabijheid versus Afstand

Zorgverlening in de menselijke maat is voor vele betrokkenen het meest gewild, aldus Mouton (2008). Korte afstanden, overzichtelijke gebouwen, niet te groot, bekende gezichten en dergelijke zijn hierbij wenselijk en het opgaan van bestaande arrangementen met deze eigenschappen in grootschalige onpersoonlijke organisaties lijkt een onwenselijke situatie (Mouton, 2008; p. 12). Van der Lans (2008) stelt dat de verbinding tussen directiekamers en werkvloeren zoek is geraakt, het zijn gescheiden werelden geworden. En ook: *meer en meer lijken professionals zich in hun kantoren te verschansen en het directe contact met het publiek te vermijden* (Van der Lans, 2005; p. 51). Van der Lans laat hier een afstand zien tussen ‘directiekamers en werkvloeren’ en tussen ‘professionals en het publiek’. De grotere organisatieverbanden, die onwenselijk lijken wanneer we Mouton (2008) volgen, is volgens Toon Duis (Beroepseer, 2006) een veroorzaker van de afstand tussen deze ‘directiekamers en werkvloeren’. Hij ziet dat door schaalvergroting de afstand tussen de top van een organisatie en de individuele werknemer steeds groter wordt en dat naar mate deze afstand toeneemt de betrokkenheid naar elkaar toe lijkt af te nemen. Door de massaliteit van een dergelijke organisatie is de ‘persoon werknemer’ niet meer interessant, maar is de werknemer een getal geworden (Duis, 2006). En dit terwijl de uitvoerenden de meest aanwezige ‘bewoners’ zijn van een organisatie, aldus Gastelaars (2006). Professionals zijn verantwoordelijk voor het primaire proces, de hulpverlening en op hun kennis en vaardigheden rust het eigenlijke werk van een professionele dienstverlening als een GGz-instelling. Gastelaars (2006) benadrukt dan ook dat de organisatie en haar uitvoerenden *samen* moeten proberen vorm te geven aan verschillende verantwoordelijkheden (Gastelaars, 2006; p. 110).

Kortom: ‘De toenemende *afstand* tussen professionals en hun organisatie en de *nabijheid* die tussen beiden voor de aard van het werk gewenst is kan voor spanning zorgen’.

Zorginstellingen: organisaties die bestaan bij de gratie van het direct contact met het publiek, maar die tegelijkertijd de neiging hebben zich in zichzelf te keren. Schaalvergroting heeft de afstand tussen professional en client groter gemaakt, de grotere schaal brengt immers een grotere noodzaak met zich mee dat professioneel werk beheersbaar gemaakt moet worden (Van der Lans, 2008). Deze beheersbaarheid leidt tot een vorm van onpersoonlijke zorgverlening, die ver af staat van de

persoonlijke vertrouwelijke ondersteunende zorg waaraan mensen behoefte hebben (RMO, Aansprekend Burgerschap; 2000).

Kortom: ‘De toenemende *afstand* tussen professionals en cliënten en de behoefte aan *nabijheid* die voor de ‘aard van het werk’ nodig is kan voor spanning zorgen’.

3.4.2. *Maatwerk versus Standaarden*

Bureaucratie is een paradox, aldus Jos van der Lans in zijn boek *Ontregelen; de herovering van de werkvloer* (2008). De argumentatie die hieraan ten grondslag ligt is dat de meeste wetten waarmee de regering vanaf 2006 de gezondheidszorg is gaan veranderen, bedoeld waren om de zorg, met een terugtrekkende overheid en een naar voren komende zorgverzekeraar, minder bureaucratisch te kunnen aansturen. Het tegendeel is echter gebeurd (Van der Lans, 2008; p. 36):

De professional [...] is te veel tijd kwijt met het produceren van een papieren werkelijkheid en wordt alleen afgerekend op gestandaardiseerde maten (Smeijsters, 2006). Door deze standaardisatie, komt het *maatwerk* dat de professional wil leveren in het nauw en de professional wil maatwerk leveren, inspelen op specifieke situaties van een client, zijn of haar client geven waar deze behoefte aan heeft, maar wordt afgerekend op *standaarden*: Verzekeraars maken productieafspraken met hun zorgaanbieders, maar willen wel nauwkeurige gegevens terug zien en dit gebeurt door middel van uitgebreide formulieren, uitgesplitste codes en gedetailleerde cijfers (Van der Lans, 2008; p. 37).

Professionals zijn ‘eigenaar’ van het primaire proces, terwijl de besturing van de organisatie en de afweging tussen doelmatigheid en kwaliteit bij anderen zijn gelegd. De toenemende complexiteit van het professionele werk vereist een fijnmazige organisatie van de werkprocessen, die paradoxaal genoeg niet meer aan de professional kan worden overgelaten. Dit gegeven leidt tot een continue spanning tussen eisen van de organisatie en de autonomie van de professional (WRR, 2004; p. 136).

De eisen van de organisatie staan op gespannen voet met de autonomie van de professional, aldus het citaat van de WRR (2004) hierboven. Grotere organisaties hechten meer aan protocollen dan kleinere soortgenoten (WRR, 2004; p. 130); ‘de lijn is langer’. De verantwoordings-eisen zijn aangescherpt om zo meer zicht te krijgen op de prestaties van de professionals (WRR, 2004; p. 133). De professional moet zich hiertoe zien te verhouden, maar hecht veel waarde aan het behouden van zijn discretionaire ruimte om maatwerk te leveren aan zijn of haar cliënten. Ook naar opinie van onder andere Thijs Jansen (Beroepseer blog, 31-3-2008) worden professionals al

jarenlang bestookt met onwerkbaar instrumenten om verantwoording af te leggen. En ook in het beleidsdocument *De krachten gebundeld* (GGZ Nederland, 2004) wordt gesteld dat professionals:

... zich verloren voelen in de bureaucratie die overheids – en instellingsbeleid met zich meebrengen. [...] Professionals moeten meer ruimte krijgen en nemen hun vak te ontwikkelen en uit te oefenen. [...] Daarbij moet de inhoudelijke kennis van de professionals input vormen voor het beleid van het management (Smeijsters, 2006; p. 5).

Kortom: ‘Het *maatwerk* dat professionals willen leveren en de *standaarden* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet kan voor spanning zorgen’.

3.4.3. Kwaliteit versus Kosten

Marktconcentratie en schaalvergroting kunnen de kwaliteit, door scherpe prijsconcurrentie tussen instellingen, doen verlechteren (Blank et al., 2008). Deze prijsconcurrentie maakt dat in grote organisaties professionals gebonden zijn aan budgetten en dit heeft invloed op de behandeling die zij kunnen geven aan cliënten (Groenewegen et al, 2007). Deze invloed is bijvoorbeeld gelegen in de manier waarop scherpe prijscalculaties doorwerken op de professionele werkvloeren. Hier ontstaat dan de neiging om het werk zo te organiseren dat het met goedkoper (veelal ‘minder professioneel’) personeel wordt gerealiseerd (Van der Lans, 2008; p. 39). De tendens wordt aangevoerd dat in de zorg bureaucratie het vakmanschap ondermijnt, en dat de organisatie met protocollen, regels en procedures probeert vast te leggen wat voorheen door vakmanschap gewaarborgd was (Smeijsters, 2006). Een gebrek aan ruimte voor het ontwikkelen van vakmanschap kan dan ten koste gaan van kwaliteit. Van der Lans geeft hierbij aan dat in de raden van bestuur van grote organisaties heel andere redeneringen ontspruiten dan in de hoofden van hun professionele werknemers. Vanuit de institutionele logica (die raden van bestuur) wordt hier gedacht aan marktvolumes, kapitaalstromen, rendementen en investeringen terwijl vanuit de professionele logica (de ‘werkvloer’) gedacht wordt aan hoe hij mensen te woord staat, geruststelt of achter de broek zit (Van der Lans, 2008; p. 39-40).

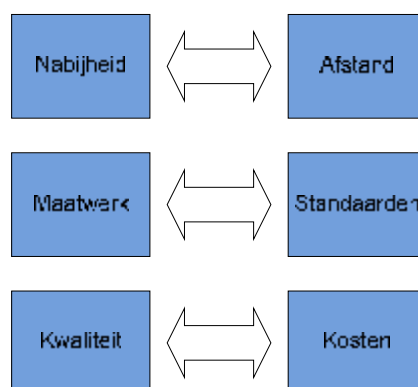
Kortom: ‘De professionele wensen *kwaliteit* te leveren en het denken in termen van *kosten* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet kan voor spanning zorgen’.

3.4.4. De spanningen in schema

De ‘spanningen’ waar professionals mee geconfronteerd kunnen worden onder invloed van schaalvergroting zijn spanningen die voornamelijk voortkomen uit de *misfit* tussen de professionele

en institutionele logica. De spanningen die in het voorgaande zijn beschreven zijn weergegeven in de volgende figuur:

Figuur 3: Spanningen



Om om te gaan met deze spanningen kunnen professionals ‘coping mechanisms’ inzetten. De theorie van deze coping mechanisms wordt in het volgende behandeld.

3.4. Coping Mechanisms

Coping refers to behavior that protects people from being psychologically harmed by problematic social experience, a behavior that importantly mediates the impact that societies have on their members (Pearlin en Schooler, 1978; p. 2).

Duidelijk is geworden dat professionals onder invloed van schaalvergroting voor spanningen komen te staan. Hier moeten zij op één of andere manier mee omgaan. Het citaat hierboven komt uit een artikel over zogenoemde ‘coping mechanisms’ en in navolging van dit citaat en andere wetenschappelijke literatuur wordt coping gezien als *het gedrag dat mensen vertonen om met invloeden van buitenaf om te kunnen gaan* (Pearlin en Schooler, 1978; Lipsky 1980; Nielsen 2006). Door het inzetten van coping mechanisms, vinden professionals een manier om de negatieve aspecten van het werk te minimaliseren. Lipsky (1980) stelt dan ook dat een belangrijke functie van het inzetten van coping mechanisms, het psychisch makkelijker maken van het werk is, bijvoorbeeld als antwoord op stress en om confrontaties met fouten te vermijden (Nielsen, 2006; Lipsky, 1980). Nielsen (2006) ziet daarnaast ook een functie van gedragsmechanismen zoals coping

in het genereren van meer plezier en tevredenheid in het werk dat professionals uitvoeren. Waar al eerder in dit onderzoek is aangegeven dat professionals onder invloed staan van hun organisatie onderschrijft Lipsky (1980) dat de context waarin professionals werken vraagt om mechanismen om naar tevredenheid diensten te kunnen verlenen (Lipsky, 1980; p. 82). Professionals ervaren naar idee van Lipsky een kloof tussen de vele orders die ze krijgen; de vele dingen die ze moeten doen, en de beperkte middelen die hen hiervoor beschikbaar worden gesteld. Dit levert logischerwijs frustraties op, omdat met beperkte middelen geen optimale kwaliteit kan worden verleend. Deze frustratie wordt 'opgevangen' door de coping mechanisms die de professionals inzetten (Lipsky, 1980).

Meer specifiek; professionals kunnen coping mechanisms gebruiken om om te kunnen gaan met de spanningen waar ze mee te maken krijgen door schaalvergroting. Het willen leveren van maatwerk; 'zorg op maat', aandacht voor de cliënt, maar zich moeten houden aan alle protocollen, verantwoordingsvereisten; standaarden dus ten behoeve van de organisatie. Door het gebruik van 'coping mechanisms' wordt de impact die dit soort spanningen hebben op de professional door henzelf bestierd.

Pearlin en Schooler (1978) formuleren drie mogelijke coping mechanisms:

- Condities die het probleem doen ontstaan worden uitgesloten of veranderd – *uitsluiten*
- De betekenis die men geeft aan het probleem kan door controle geneutraliseerd worden – *controle*
- De emotionele consequenties kunnen binnen behapbare grenzen worden gehouden – *beheersen* (Pearlin en Schooler, 1978; p.2)

Hoe dergelijke coping mechanismen in de praktijk werken wordt duidelijk aan de hand van Checkland (2004). Zij heeft in een onderzoek naar significante veranderingen in de natuur van het medische werk in de huisartsenpraktijk in de UK, gebruik gemaakt van theorieën van Lipsky. Ze stelt dat de manier waarop zorg wordt aangeboden is veranderd en kijkt hoe de huisartsen op deze veranderingen reageren. Langzaam is de wereld van de GP meer managerial geworden. Organisatieverandering heeft gezorgd voor verandering in 'de natuur' van GP's en verpleegkundigen. Van de traditionele benadering van patiënten die om hulp vragen behandelen, naar een 'scientific-bureaucratic' benadering van 'clinic-based' handelen naar groepen patiënten.

Checkland stelt dat professionals gebruik maken van *eigen doel definities*, en bepaalde *routines* en *simplificaties* ontwikkelen om om te gaan met de ‘nieuwe druk’.

In navolging van het bovenstaande, van theorieën als die van Lipsky, Checkland en Pearlin en Schooler, onderscheid ik in de volgende figuur drie mogelijke coping mechanismen:

Tabel 5: Coping Mechanismen

Coping Mechanismen
<p>1. Uitsluiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een eigen doel definiëren
<p>2. Accepteren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het nemen zoals het is - Geen invloed uitoefenen
<p>3. Controle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invloed uitoefenen

Meer specifiek: Het uitsluiten van spanningen kan een manier zijn om met de spanning om te gaan. Dit kan bijvoorbeeld door het definiëren van een eigen doel. Accepteren, is een manier om om te gaan met spanningen door deze te nemen zoals het is. Het is bij dit mechanisme niet nodig invloed uit te oefenen. Het derde coping mechanisme, controleren, kan een mechanisme zijn om te gaan met spanningen, bijvoorbeeld door er voor jezelf iets goeds uit te halen door invloed uit te oefenen.

3.5. Tot Slot

Dit hoofdstuk, dat een theoretisch kader voor dit onderzoek vormt biedt een theoretische grondslag voor de volgende deelvragen:

3. Voor welke spanningen komen welke professionals te staan in GGz-instellingen?

4. Hoe gaan verschillende professionals in GGz-instellingen om met deze spanningen?

Deze deelvragen zijn in deze fase, zo moge duidelijk zijn, niet in hun geheel te beantwoorden. Wel is uit het voorgaande zichtbaar geworden met welke spanningen professionals geconfronteerd kunnen worden en hoe zij hier mee om zouden kunnen gaan.

De zorgsector is te begrijpen aan de hand van verschillende zorglogica's; de institutionele, professionele en vraaglogica. Deze logica's gaan allemaal uit van hun eigen ‘gelijksoortige eisen, wensen en verlangens’. Wanneer er iets verandert in de ene logica heeft dit zijn weerslag op de

andere logica. Zo wordt wel gesteld dat de institutionele logica de professionele logica ‘perverteert’ en vice versa. Dit kan spanningen opleveren.

Deze spanningen maken het theoretisch legitiem te stellen dat een tendens van schaalvergroting invloed heeft op de professional binnen een GGz instelling. De spanningen die mogelijkterwijs onder invloed van schaalvergroting ontstaan zijn: ‘nabijheid versus afstand’ ‘maatwerk versus standaarden’ en ‘kwaliteit versus kosten’. Met deze spanningen moeten professionals op een of andere manier omgaan.

Om om te gaan met de mogelijke spanningen kunnen professionals coping mechanismen inzetten. Coping wordt gezien als het gedrag dat mensen vertonen om met invloeden van buitenaf om te kunnen gaan. De drie mogelijke coping mechanismen die professionals kunnen inzetten zijn in navolging van verschillende auteurs: ‘uitsluiten’, ‘accepteren’ en ‘controle’.

4. ONDERZOEKSOPZET

Dit hoofdstuk behandelt de opzet en methode die ten grondslag ligt aan dit onderzoek. Om inzicht te krijgen in hoe professionals in gefuseerde GGz-instellingen omgaan met spanning die ontstaat onder invloed van schaalvergroting is gekozen voor de onderzoeksmethode die ertoe dient om te 'beschrijven' en te 'verklaren'; *kwalitatief onderzoek*. Allereerst wordt er dan ook aandacht besteed aan deze onderzoeksmethode. Een strategie voor kwalitatief onderzoek is de zogenoemde 'case-study' (Swanborn, 2003; Yin, 2003; Hutjes, 1992). De case-study strategie wordt in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk behandeld. Vervolgens worden de dataverzamelingmethoden en de methode(n) van analyse, in navolging van het kwalitatief onderzoek als case-study behandeld en wordt er afgesloten met kwaliteitscriteria.

4.1. Kwalitatief onderzoek

In kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren. (Boeije, 2005; p. 27)

De kracht die verschillende onderzoekers (Maxwell, 2005; Boeije, 2005) zien in het kwalitatief onderzoek is gelegen in de inductieve benadering: de focus in dergelijk onderzoek ligt op specifieke situaties van mensen en is meer narratief dan numeriek van aard (Maxwell, 2005, Van de Velde et al, 2000).

De hierboven genoemde definitie van kwalitatief onderzoek en de inductieve benadering met een narratieve focus maakt dat in navolging van de probleemstelling van dit onderzoek de kwalitatieve onderzoeksmethode een logisch volgende keuze is. Volgens de 'variance theory' naar Maxwell (2005) gaan kwalitatieve onderzoekers op zoek naar hoe x een rol speelt in het veroorzaken van y. Dus in deze: hoe schaalvergroting (x) een rol speelt voor (spanning voor) professionals (en hoe zij hiermee om gaan) (y).

Naar idee van Boeije (2005) is in de praktijk van het kwalitatieve onderzoek een grote diversiteit gegroeid. Zo is er een onderscheid aan te brengen tussen de structurele variant en de zogenoemde

interpretatieve variant. Waar het om gaat bij de interpretatieve variant is het specifieke karakter van de sociale werkelijkheid. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat deze werkelijkheid door mensen wordt gemaakt. Meer specifiek: de onderzoeker wil te weten komen hoe de mensen die hij onderzoekt de situatie interpreteren en van elkaar afwijkende perspectieven kunnen hebben (Boeije, 2005; p. 19-20). Gezien de focus die in dit onderzoek ligt op professionals, is deze interpretatieve variant geschikt om te gebruiken. Door middel van methoden van dataverzameling die bij deze variant van onderzoek horen, kan worden gezien hoe de professionals omgaan met spanning onder invloed van schaalvergroting. De methoden voor dataverzameling en analyse die bij het interpretatief kwalitatief onderzoek horen, zullen later worden besproken. Allereerst wordt in de volgende paragraaf meer aandacht besteed aan de vorm, ook wel strategie van interpretatief kwalitatief onderzoek die gezien de doelstelling van dit onderzoek logischerwijs volgend is, beschreven. Het betreft hier de zogenoemde ‘case-study’.

4.2. Case-study

Om te onderzoeken hoe professionals omgaan met spanning onder invloed van schaalvergroting is het, vanuit praktisch oogpunt, niet haalbaar alle professionals in alle GGz-instelling in Nederland te bevragen. Wel is het van belang dat de bestudering van het verschijnsel plaatsvindt:

1. bij één of enkele dragers van het verschijnsel
2. in de natuurlijke omgeving
3. over een bepaalde periode
4. met gebruik van verschillende databronnen (Yin, 2003).

In navolging van deze ‘eisen’ heb ik in dit onderzoek gebruik gemaakt van:

1. verschillende ‘soorten professionals’ die te maken hebben (of hebben gehad) met schaalvergroting
2. bij twee GGz-instellingen – Symfora Groep en GGzE
3. in een tijd waarin schaalvergroting zichtbaar een rol speelt; hetzij in het kader van zichtbare gevolgen, dan wel in het kader van op stapel zijnde fusieplannen
4. verschillende databronnen; interviews met respondenten, documenten, literatuur.

Als *onderzoeklocatie* is er gebruik gemaakt van twee GGz-instellingen, die enerzijds geselecteerd zijn op basis van *maximalisatie*; waar is de tendens van schaalvergroting het meest zichtbaar, anderzijds op basis van *toegang verkrijgen*; welke ‘gatekeepers’ (mensen die deuren voor je

openen) kun je inzetten om voldoende toegang te krijgen tot relevante respondenten? De huidige Symfona Groep bestaat sinds 2000 en is ontstaan uit een fusie tussen Zon & Schild, De Open Ankh en twee RIAGGs en is op dit moment bezig met een proces tot fuseren met Meerkanten. Bij Symfona Groep was de gatekeeper een kinderpsychologe. GGzE is net als Symfona Groep ontstaan uit fusies. Deze fusie heeft plaatsgevonden tussen de RIAGG's en de Grote Beek. Bij GGzE was de gatekeeper een programmacoördinator bij Kinder & Jeugd.

De aanduiding case-study impliceert wellicht dat er één enkel geval wordt bestudeerd. Een onderzoek wordt echter ook een case-study genoemd als er sprake is van een aantal cases. Waar Swanborn (2003) praat over de 'case-oriented comparative method' hanteert Yin (2003) een terminologisch onderscheid tussen 'single-case designs' en 'multiple case designs'. Dit onderzoek is een 'dubbele case-study' (multiple case design). Hiervoor is gekozen omdat het toegang verkrijgen tot respondenten moeilijk is: professionals in de GGz zijn druk bezet en hebben weinig 'vrije ruimte' in een dag. Daarom is ervoor gekozen de 'vijver' groter te maken. Bij twee instellingen heb je immers meer kans op voldoende respondenten dan bij één. Daarnaast is het voor beide instellingen, en ten behoeve van het onderzoek, inhoudelijk interessanter wanneer er twee instellingen participeren. Dit omdat er een verschil bestaat in de fase van fusie, Symfona Groep is op dit moment bezig met een fusie, zodat de dimensie van 'vergelijken' ontstaat. Bij 'multiple case-study's' is de fundamentele vraag: onderzoek je alle cases op dezelfde manier, of wil je van de ene case leren met het oog op de bestudering van de andere? (Swanborn, 2003; Yin, 2003; Hutjes, 1992). In eerste instantie worden de cases, de twee GGz-instellingen Symfona Groep en GGzE op een zelfde wijze onderzocht, de methode van dataverzameling zal gelijk zijn en de 'gatekeepers' zijn bij beide cases werkzaam bij de afdelingen Kinder & Jeugd.

Wanneer de verzameling van eenheden in de probleemstelling breder is, maar het onderzoek plaatsvindt bij één of enkele cases spreken we van een *pars-pro-toto* onderzoek (Swanborn, 2003; p. 33). De probleemstelling van dit onderzoek wil inzicht verkrijgen in hoe professionals omgaan met spanning in gefuseerdere GGz-instellingen. Er worden in dit onderzoek dus twee cases onderzocht om over een grotere verzameling uitspraken te doen. De GGz-instellingen Symfona Groep en GGzE zijn de cases, maar door middel van literatuurstudie kunnen er over een grotere verzameling uitspraken worden gedaan; theorieën en modellen overstijgen namelijk per definitie het enkele geval (Swanborn, 2003; p. 33).

4.2. Dataverzamelmethode

In navolging van de methoden van dataverzameling die horen bij een kwalitatief onderzoek als case-study is gebruik gemaakt van *literatuurstudie*, *documentstudie* en *interviews*. Hieronder behandel ik per methode de toepassing hiervan in het onderzoek.

4.2.1. Literatuurstudie

Om het onderzoek af te bakenen, in een disciplinair kader te plaatsen en te zorgen dat het aansluit bij actuele ideeën en discussies en ten behoeve van het aanreiken van begrippen is *literatuurstudie* een belangrijke component van dit onderzoek. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van werkwijzen van de gefundeerde theoriebenadering, met als doel begrips- of theorieontwikkeling. Er is gebruik gemaakt van verschillende concepten uit de literatuur. Hierbij zijn *sensitizing concepts*, oftewel richtinggevende begrippen leidend geweest. Zo is er gebruik gemaakt van literatuur over *schaalvergroting* en *professionals* en vervolgens is aan de hand van theorieën over *zorglogica's* de dynamiek tussen schaalvergroting en professionals in de GGz overzichtelijk gemaakt en dit zal vervolgens verder worden geanalyseerd naar theorieën over *coping mechanisms* (Boeije, 2005; Yin, 2003; Maxwell, 2005).

4.2.2. Documentstudie

Naast literatuurstudie, waarbij wetenschappelijke literatuur is gebruikt, is voor dit onderzoek ook gebruik gemaakt van verschillende documenten. Dit voornamelijk ten behoeve van beeldvorming van de GGz sector, ontwikkelingen hierin en de beschrijvingen van beide case-organisaties. Zo is gebruik gemaakt van documenten van de WRR, RvZ, RMO, maar ook is om aan te sluiten bij de actualiteit gebruik gemaakt van verschillende dagbladen, tijdschriften en de site beroepseer is meerdere malen geraadpleegd. Ten behoeve van een inzicht in beide cases zijn jaardocumenten en strategische nota's van Symfora Groep en GGzE geraadpleegd.

4.2.3. Interviews

The best introduction to the current status of a research area is close association with advisors who know the territory [...] (Maxwell, 2005; p. 34).

Selectie respondenten

Voor de interviews die gedaan zijn in het kader van dit onderzoek zijn allereerst respondenten geselecteerd. Deze respondenten zijn verschillende soorten professionals bij Symfona Groep en GGzE. Beide ‘gatekeepers’, in navolging tot het gegeven citaat van Maxwell (2005) hierboven, waren werkzaam op de afdeling Kinder & Jeugd van beide organisaties. Dit maakt dat door het aspect van ‘toegang verkrijgen’ een deel van de verdere respondenten ook werkzaam zijn bij deze afdelingen. Het verkrijgen van toegang is dus via de netwerk- of sneeuwbal methode verlopen (Boeije, 2005; Maxwell, 2005). Er is naar gestreefd bij beide organisaties dezelfde ‘soort professionals’ te interviewen. De volgende tabel geeft weer welke ‘soorten professionals’ van beide organisaties zijn benaderd.

Tabel 6: Respondenten

Mate van organisatie betrokkenheid \ Mate van professionaliteit	Hoog	Middel	Laag
Hoog	- R1/s* - R2/e**	- R3/s	
Middel		- R4/s - R5/e	
Laag	- R6/s - R7/e	- R8/e	- R9/s - R10/e

*R = Respondent, s = Symfona Groep

**R = Respondent, e = GGzE

Functie Respondenten:

R1/s: Manager (Symfona Groep)

R2/e: Beleidspsychiater (GGzE)

R3/s: Maatschappelijk werker / voorzitter OR (Symfona Groep)

R4/s: GZ-Psycholoog / teamleider (Symfona Groep)

R5/e: Maatschappelijk werker / Programmacoördinator (GGzE)

R6/s: Psychiater (Symfona Groep)

R7/e: Psychiater (GGzE)

R8/e: Systeemtherapeut (GGzE)

R9/s: SPV (Symfona Groep)

R10/e: SPV (GGzE)

Deze tabel geeft weer dat zowel bij Symfona Groep als bij GGzE vijf professionals hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Uit deze figuur blijkt dat bij Symfona en GGzE niet ‘precies

dezelfde soorten professionals' zijn geselecteerd. Hier is echter wel naar gestreefd, maar de beschikbare tijd en bereidheid tot meewerken van de professionals heeft ertoe bijgedragen dat dit streven niet haalbaar is gebleken. Dit argument geldt ook voor de plekken in het bovenstaande schema waarbij vermeld staat dat er – geen respondenten - zijn geraadpleegd.

Structurering interview

Een interview kan worden beschouwd als *een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer – zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan een of meer anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen. De vorm van interviews is afhankelijk van de mate van structurering vooraf. Deze structurering gaat over de inhoud van de vragen, de formulering, de volgorde van de vragen en de antwoordkeuze* (Boeije, 2005; p. 57).

Voor aanvang van de interviews is een grondige voorbereiding gedaan in de vorm van literatuur- en documentstudie. Dit heeft geleid tot een lijst van onderwerpen die aan bod moesten komen bij de interviews. Het 'semi-gestructureerde interview' naar Boeije (2005) betreft naast structurering over de inhoud van de vragen ook voorbereiding over de formulering van vragen, de volgorde van de vragen en de antwoordkeuze. Naarmate deze zaken meer afhangen van de interviewsituatie is sprake van het 'open interview'. Het interviewinstrument dat is gebruikt voor de interviews is een *topiclijst*:

Topiclijst Interviews

1. Inleiding door interviewer

- Achtergrond interviewer
- Achtergrond en context onderzoek
- Procedure interview

2. Achtergrond respondent

- Opleiding
- Loopbaan
- Leeftijd

3. Organisatie

- Wat vindt/verwacht/voelt u bij/van de organisatie?
- Wie is uw direct leidinggevende?
- Hoeveel contact heeft u met uw leidinggevendenden?

- Hoeveel contact zou u met uw leidinggevendenden willen?

4. Schaalverandering

- Hoe zag de organisatie eruit toen u binnen kwam?
- Wat vond u hier prettig aan?
- Wat vond u hier minder prettig aan?
- Hoe ziet de organisatie er nu uit?
- Wat vindt u hier prettig aan?
- Wat vindt u hier niet prettig aan?

Afhankelijk van reactie doorvragen met vragen als:

- Wat vindt u daarvan?
- Hoe gaat u daarmee om?
- Hoe denkt u dat andere collega's van u hierover denken?
- Praat u hierover?
- Hoe verandert het in uw dagelijkse praktijk?
- Wat is uw ideale werksituatie?

5. Algemene opmerkingen

- Vragen of de respondent nog op of aanmerkingen en aanvullingen heeft

6. Afsluiting door interviewer

- Dankwoord interviewer
- Uitleg verdere procedure

Afhankelijk van de respondent zijn de interviews van redelijk gestructureerd tot helemaal open verlopen. Dit was voornamelijk afhankelijk van de betrokkenheid die respondenten hadden bij het onderwerp.

4.3. Methode van analyse

Analyseren is de verwerking van onderzoeksgegevens door ze te schiften, samen te vatten en met elkaar in verband te brengen (Boeije, 2005; p. 62). De analyse draagt bij aan het inzicht in het onderwerp en bestaat uit een reeks activiteiten van het uiteenleggen van de gegevens tot het structureren ervan. In navolging van de gefundeerde theoriebenadering worden gegevens niet mechanisch geordend, maar beslist de onderzoeker hoe de gegevens worden geordend. Het accent ligt op het verminderen van de hoeveelheid gegevens door ze te schiften, samen te vatten en in categorieën in te delen. Deze categorieën worden met elkaar in verband gebracht, zodat een theorie kan worden ontwikkeld. Bij deze strategie horen activiteiten als uiteenrafelen en structureren (Boeije, 2005). De interviews zijn allemaal opgenomen 'op band' en getranscribeerd. Uit deze transcripties zijn vervolgens 'labels' geformuleerd. De citaten van respondenten die bij elkaar passen zijn per label geclusterd. Voorbeelden van dergelijke labels zijn: verandering, reactie op verandering, macht, afstand en binding, kleinschaligheid, ontwikkelingen schaal, professional

versus management, professional versus systeem, regels en procedures. Bij het labelen van de citaten zijn de sensitizing concepts continu op de achtergrond aanwezig geweest. De labels zijn dan ook met behulp van deze concepten en uit het taalgebruik van respondenten ontsponnen. In de eerste ‘coderingsfase’ (ook wel axiaal coderen genoemd (Boeije, 2005)) is er nog een veelheid aan labels onderscheiden. Om meer concrete thema’s te formuleren, de resultaten werkbaar te clusteren en te komen tot een afbakening ten behoeve van systematische vastlegging in het ‘resultaten hoofdstuk’ zijn de labels vervolgens geclusterd in thema’s. Gedurende de activiteiten van ‘selectief coderen’ zijn de labels geclusterd met de theorieën uit hoofdstuk drie op de achtergrond. Dientengevolge zijn na deze onderzoeksactiviteit de volgende ‘thema’s’ geformuleerd:

Spanningen en Ervaring: *Maatwerk vs Standaarden; Nabijheid vs Afstand; Kwaliteit vs Kosten*

Coping: *Uitsluiten, Controle, Accepteren, Passieve Weerstand*

4.2. Onderzoeksactiviteiten in Schema

Tabel 7: Onderzoeksactiviteiten

	Literatuurstudie	Documentstudie	Interviews	Analyse
Fase I Opzet	Verkenning theorieën over schaal, professionals e.d.	Verkenning GGz sector; inrichting en ontwikkelingen		
Fase II Focus en Locus	Vastleggen sensitizing concepts: logica’s – schaal - professionals	Vastleggen Locus: GGz Sector - GGzE - Symfora Groep - Afdelingen K&J	Benaderen Gatekeepers; verkrijgen van toegang Benaderen respondenten	
Fase III Uitvoering Onderzoek	Continu updaten theoretisch kader	Continu updaten locus	Benaderen respondenten Afnemen interviews Uitwerken interviews	Axiaal coderen
Fase IV Analyse	Continu updaten theoretisch kader	Continu updaten locus	Afnemen interviews Uitwerken interviews	Axiaal en selectief coderen Vastleggen resultaten Koppeling aan literatuur en duiding
Fase V Afronding	Verscherpen theorieën en aanpassen aan actualiteit	Verscherpen locus en aanpassen aan actualiteit	Uiteindelijke terugkoppeling rapport naar respondenten	Verscherpen resultaten en analyse hoofdstukken

Uit deze figuur blijkt dat vooral literatuur- en documentstudie een continu proces is geweest. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dan ook dat dataverzameling en analyse elkaar afwisselen en continu wordt gezocht naar aansluiting bij theorieën. De actualiteit van dit onderwerp speelt hierin ook een significante rol. Gedurende de fases II en III is er in de media, mede door een rapport van RvZ over 'zorg en schaal' veel verschenen dat gerelateerd is aan dit onderzoek. Dit maakt dat gedurende deze fases, maar ook gedurende de fases IV en V continu de ontwikkelingen in het veld zijn gevolgd en waar relevant in het kader vastgelegd.

4.3. Kwaliteitscriteria

De kansen een goede case-study te doen, zullen groter zijn wanneer je een multiple-case-study doet. De analytische voordelen van meerdere cases zijn substantieel. Je hebt immers de mogelijkheid van directe replicatie. Analytische conclusies die onafhankelijk van elkaar naar voren komen in twee cases zullen krachtiger zijn dan die uit 1 komen. Los van het feit dat dit voordeel, het voordeel van een multiple-case-study, is behaald in dit onderzoek zijn er nog twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van onderzoek: *betrouwbaarheid* en *validiteit*.

4.3.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft betrekking op beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten. Afgemeten aan de precisie van de methoden van dataverzameling of de meetinstrumenten (Boeije, 2005). Zoals gesteld in het voorgaande hadden de interviews een semi-structurele voorbereiding, er zijn verschillen gelegen in het verloop van de verschillende interviews. Het ene interview had een meer open karakter dan het andere. Dit was vooral gelegen in de 'commitment' die respondenten hadden bij het onderwerp van gesprek en de ervaring van de onderzoeker. Doordat de interviews op de schaal van semi-gestructureerd tot open zijn verlopen kan dit gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid, ik acht deze verschillen echter niet dusdanig significant dat dit ook daadwerkelijk het geval is geweest.

4.3.2. Validiteit

Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij wil meten of verklaren, is dat validiteit. Validiteit staat onder druk wanneer een deel van de onderzoekspopulatie niet wil meewerken of bij de

werving niet wordt bereikt. Vanuit praktisch oogpunt zijn in dit onderzoek niet alle soorten professionals in alle GGz-instellingen in Nederland betrokken. Dat moge duidelijk zijn. Door belemmeringen in ‘toegang verkrijgen’ is het niet gelukt bij beide organisaties precies ‘de zelfde hoeveelheid soorten professionals’ te spreken. Waren er bij beide cases precies dezelfde ‘soorten professionals’ geconsulteerd, zou dit onderzoek meer valide geweest zijn. Daarnaast zijn er door dezelfde belemmeringen van toegang verkrijgen 10 professionals geïnterviewd. Dit beperkte aantal respondenten komt de validiteit van dit onderzoek niet ten goede.

4.4. Tot Slot

Dit kwalitatieve onderzoek heeft het karakter van een dubbele case-study. Naast literatuur- en documentstudie zijn er bij twee GGz-instellingen; Symfora Groep en GGzE, bij verschillende soorten professionals interviews afgenomen. Deze interviews hadden een semi-gestructureerd tot open karakter. Na deze periode van dataverzameling, waarin ook continu de theorie is verscherpt, heeft door middel van codering van de interviews de analyse plaatsgevonden. De resultaten van deze dubbele case-study worden in *hoofdstuk 5* nader uiteen gezet.

5. ERVARINGEN VAN PROFESSIONALS

Verskillende professionals in GGz instellingen krijgen onder invloed van hun steeds groter wordende organisatie te maken met spanningen. Met deze spanningen moeten ze op één op andere manier om zien te gaan. Zoveel is duidelijk geworden uit de literatuurstudie van dit onderzoek. In het voorgaande is tevens aan de orde gekomen dat dit onderzoek een multiple-casestudy behelst, wat betekent dat, om te bezien hoe verschillende professionals in gefuseerde GGz-instellingen omgaan met spanningen, twee GGz-instellingen zijn gekozen die te maken hebben (of hebben gehad) met schaalvergroting.

In dit hoofdstuk wordt allereerst nader ingegaan op de cases; de GGz-instellingen Symfora Groep en GGzE en hoe zij te maken hebben (of hebben gehad) met schaalvergroting. Vervolgens wordt bezien welke spanningen zichtbaar zijn en hoe deze spanningen door de verschillende (soorten) professionals worden ervaren. Tenslotte worden de coping mechanisms die de verschillende professionals inzetten besproken.

5.1. Twee Cases

De GGz-instellingen die als case hebben gediend voor dit onderzoek zijn Symfora Groep en GGz Eindhoven en de Kempen (GGzE). Beide organisaties bieden geestelijke gezondheidszorg aan mensen (kinderen, volwassenen en ouderen) met psychiatrische aandoeningen, psychosociale problemen en bieden deze zorg met behulp van ambulante en klinische voorzieningen. GGzE heeft een sterk regionaal karakter en richt zich op de regio Eindhoven en de Kempen, waar dan ook de meeste locaties zich bevinden. Een aantal voorzieningen kent een bovenregionale of landelijke functie. Zo werken de klinische intensieve behandelingen (KIB) en de klinisch psychiatrische gezinsbehandeling (KPG) bovenregionaal (Brabant, Zeeland, Limburg en Gelderland) en de Catamaran (jeugd forensisch instituut) en de forensische kliniek landelijk. Symfora Groep biedt naar eigen zeggen zorg in drie regio's: Gooi en Vechtstreek, Almere en Oostelijk Utrecht & Veluwe Vallei (Jaardocument GGze, 2007; Jaarverantwoording Symfora groep, 2007). Symfora Groep en GGzE zijn zogenoemde 'geïntegreerde instellingen'; organisaties die zijn ontstaan uit het samengaan van meerdere instellingen en hebben dus te maken gehad met schaalvergroting. Symfora Groep bestaat in haar huidige vorm sinds 2000. De juridische fusie die geleid heeft tot Symfora Groep bestond uit Zon en Schild, De Open Ankh, RIAGG Gooi en Vechtstreek te Hilversum en

RIAGG Flevoland, onderdeel Almere. Hierbij moet worden opgemerkt dat Zon en Schild al sinds haar oprichting deel uit maakte van De Open Ankh; de beide RIAGG's zijn in 2000 betrokken (Jaardocument zorginstellingen 2006; maatschappelijk verslag). Op dit moment is Symfora Groep bezig met de voorbereidingen van een samenwerking met 'De Meerkanten GGz'. De aanvraag tot fuseren is in april 2008 ingediend bij de NMa.²

GGzE bestaat in haar huidige vorm sinds 2001. Het Rijks Krankzinnigen Gesticht (RKG) te Woensel is in 1906 opgericht en wijzigde haar naam in 1946 in Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI). In 1985 is het RPI Stichting De Grote Beek geworden. De Grote beek is in 1995 gefuseerd met RIAGG regio Eindhoven en De Kempen en werd daarmee Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen. In 2001 is de Stichting GGzE gefuseerd met de Stichting RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen Eindhoven en de Kempen) en daarmee ontstond de GGzE zoals deze in haar huidige vorm bestaat (Interne Notitie, Historische data GGzE en haar voorgangers; 6-9-2006).

De volgende cijfers geven een beeld van de omvang van beide organisaties zoals deze is na de genoemde ontwikkelingen van schaalvergroting:

Tabel 8: Kengetallen Symfora Groep en GGzE

	Symfora Groep	GGzE
Aantal Medewerkers	1.998	1.885
Aantal Fte	1.515	1.572,42
Aantal Clienten	18.071	12.780

Bron: www.symfora.nl, www.ggze.nl, 9-6-2008

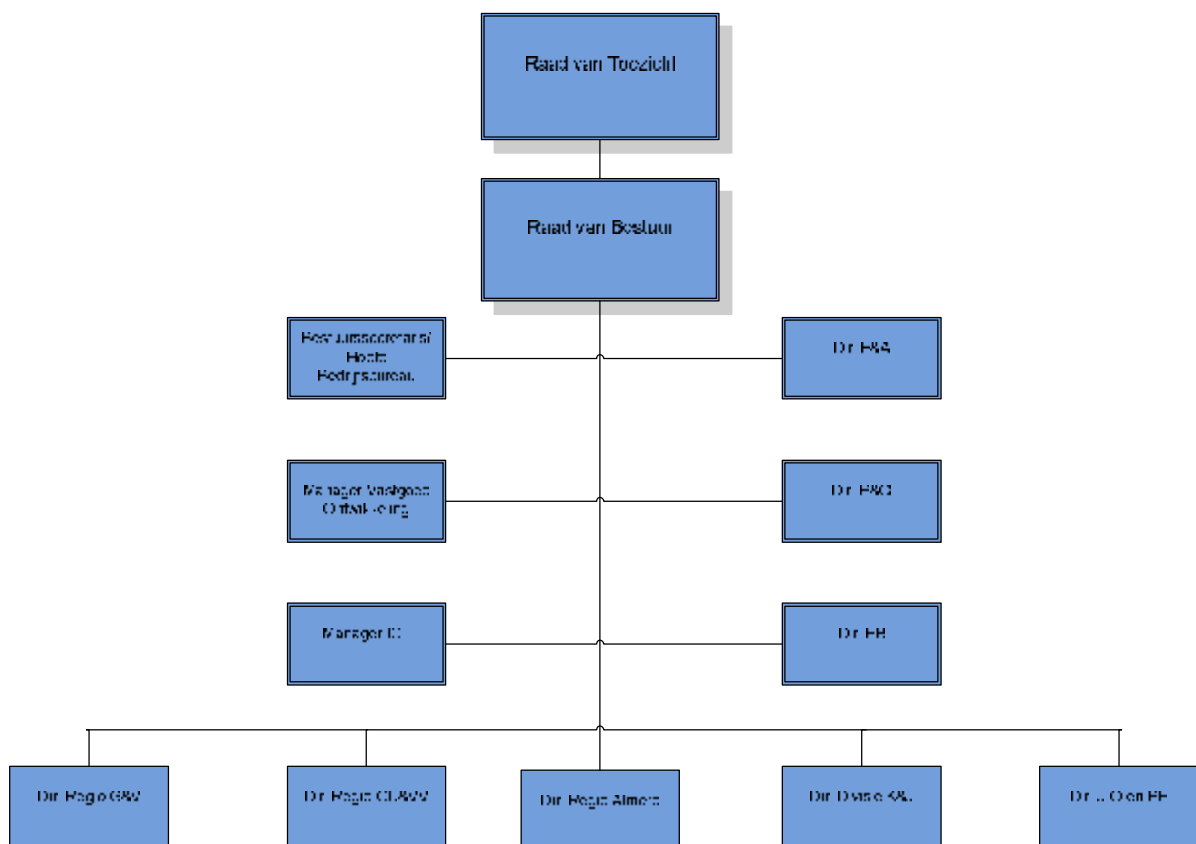
² Op 17 april 2008 hebben Stichting Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe en Stichting Symfora Groep een melding ingediend bij de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit inzake een voorgenomen concentratie. Hierin is medegedeeld dat Meerkanten en Symfora voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet (Zaaknummer: 6365/ Meerkanten GGz – Symfora Groep; Kleijweg, A.J.M.; waarnemend directeur Concentratiecontrole, NMa).

De structuur zoals deze in haar huidige vorm bij GGzE en Symfona Groep bestaat wordt in het volgende weergegeven.

5.1.1. Structuur Symfona Groep

Het bestuur van Symfona Groep is in handen van een Raad van Bestuur onder toezicht van een Raad van Toezicht. De Symfona groep is ingedeeld in drie regio's; Almere, Gooi & Vechtstreek en Oostelijk Utrecht & Veluwe Vallei en de divisie Kinderen & Jeugd. Deze worden allen geleid door een directeur. Tevens is een directeur benoemd voor de locatie Laren (centrum voor Neuropsychiatrie en herstellingsoord). Verder zijn er drie ondersteunende diensten; Financiën en Administratie, Personeel en Organisatie en het Facilitair Bedrijf, met een directeur en twee stafafdelingen (ICT en Vastgoed) geleid door een manager. Het MO (management overleg) wordt gevormd door de Raad van Bestuur en de directeuren (Jaardocument zorginstellingen, VWS, 2006). Figuur 4 geeft schematisch de structuur van Symfona Groep weer.

Figuur 4: Organogram Symfona Groep

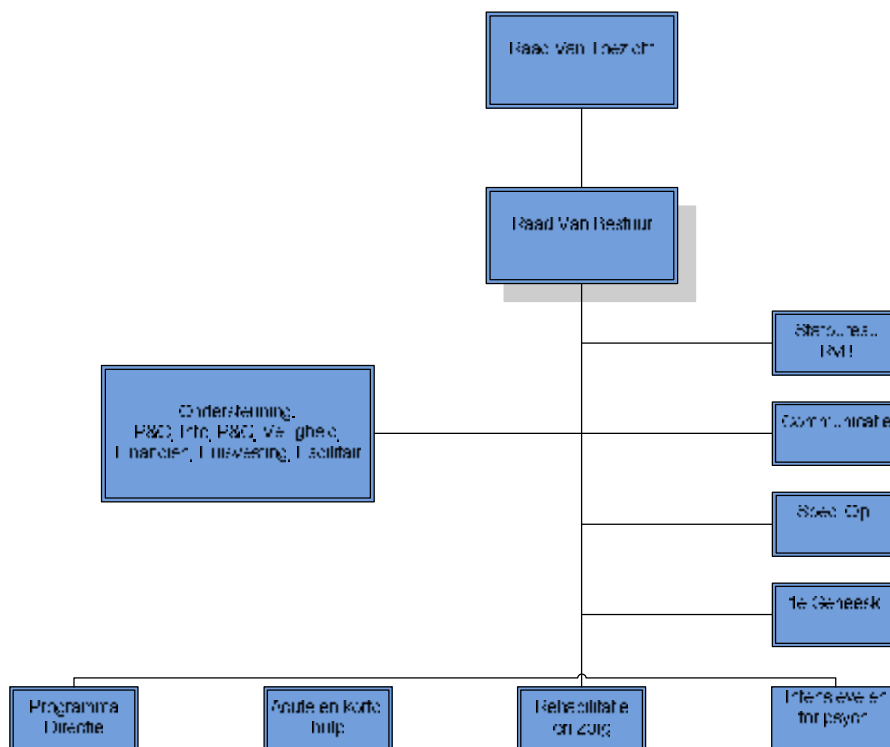


5.1.2. Structuur GGzE

Op dit moment werkt GGzE vanuit een programmaliijn. De programmadirectie is verantwoordelijk voor de zorgprogramma's. Per programma is een programmaleider verantwoordelijk. Elk van de zorggroepen omvat meerdere zorgeenheden. Aan het hoofd van een zorggroep staat een zorggroepdirecteur en per zorggroep fungeert een eerste geneeskundige. Een zorgmanager staat aan het hoofd van een zorgeenheid of een aantal beschermende woonvormen. Binnen zorgeenheden werken één of meer hulpverleners die de functie hebben van programmacoördinator. Zij zijn het schakelpunt tussen de betreffende zorgeenheid en de zorgprogramma's. Op centraal niveau heeft GGzE projectmanagers. Zij zijn verantwoordelijk voor projecten rond belangrijke, centrale thema's die GGzE-breed van toepassing zijn. De diensten Ondersteuning zijn er ter ondersteuning op financieel, personeel en facilitair vlak.

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijke voor het beleid van de GGzE en legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur wordt ondersteund door een stafbureau Raad van Bestuur. Figuur 5 geeft schematisch de organisatiestructuur van GGzE weer:

Figuur 5: Organogram GGzE



5.1.3. Tot slot

Zowel Symfora Groep als GGzE zijn grote, geïntegreerde GGz-instellingen; ontstaan uit fusies tussen verschillende APZ's en RIAGG's, maar ook met stichtingen voor beschermde woonvormen.. Symfora Groep is op dit moment bezig met de voorbereidingen van een fusie met de Meerkanten GGz. Symfora Groep is werkzaam in drie regio's, GGzE voornamelijk in Eindhoven.

5.2. Spanningen

Door schaalvergroting in de GGz-sector worden de verschillende professionals die in deze sector werkzaam zijn met een aantal spanningen geconfronteerd. De eerste spanning is zichtbaar tussen het *maatwerk* dat professionals willen leveren en de *standaarden* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet. De tweede spanning, tussen *afstand* en *nabijheid* is tweeledig. Het behelst de spanning tussen de toenemende *afstand* tussen professionals en hun organisatie en de *nabijheid* die tussen beiden voor de aard van het werk gewenst is, en de spanning tussen de toenemende *afstand* tussen professionals en cliënten en de behoefte aan *nabijheid* die voor de aard van het werk nodig is. De derde spanning is zichtbaar tussen de *kwaliteit* die de professional wil leveren en het denken in termen van *kosten* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet.

Deze drie spanningen spelen alledrie, zo suggereren de gehouden interviews in het kader van dit onderzoek, een rol voor de verschillende professionals in de twee gefuseerde GGz-instellingen (Symfora Groep en GGzE). De spanningen zijn alledrie zichtbaar, maar gezien de intensiteit van de ervaring van de spanningen zie ik een grotere aanwezigheid van de spanning tussen *afstand* en *nabijheid*. Deze spanning werd door elke geïnterviewde professional ervaren, dus professionals met zowel een hogere als lagere mate van organisatiebetrokkenheid en professionaliteit. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid spreken in termen van 'het betrekken van medewerkers' en professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid in termen van 'betrokken worden door het management'. De andere twee spanningen worden minder intens ervaren door de verschillende professionals. Dit verschil is bij de spanning *kwaliteit* versus *kosten* zichtbaar tussen professionals in mate van organisatiebetrokkenheid. Bij de spanning *maatwerk* versus *standaarden* is er een verschil in

ervaring zichtbaar tussen ‘oude professionals’ en ‘jonge professionals’.³ In het volgende worden de drie spanningen, hoe zij zich voordoen in de praktijk, nader uitgewerkt.

5.2.1. Nabijheid versus Afstand

Dat er een mate van *nabijheid* van de professional wenselijk is voor het succes van de organisatie wordt zichtbaar in de jaardocumenten van beide GGz-instellingen. Zo wordt in het jaardocument van Symfora Groep benadrukt dat juist in de huidige tijd de ontwikkelingen van marktwerking, vraagsturing, transparantie, en individualisering, informatisering en demografische ontwikkelingen, de organisatie een beroep doet op *alle* medewerkers. *Het zijn de medewerkers die in hun werk het verschil maken voor de klant. De kennis, kunde en houding van de medewerkers zijn alledrie sterk bepalend voor het succes van onze organisatie.* (Jaarverantwoording Symfora Groep, 2007, p. 42). Even verderop in dit document wordt echter aangegeven dat de doelen die gesteld zijn op het gebied van jaargesprekken en beoordeling met en van medewerkers ‘praktisch nergens gehaald werden’ (Jaarverantwoording Symfora Groep, 2007, p. 42). Vanuit de institutionele logica wordt het belang van *nabijheid* hier benoemd, maar tegelijkertijd wordt duidelijk dat het doel in de praktijk niet behaald is en daarmee zie ik een *afstand* tussen de institutionele en professionele logica. John Graafmans (GGzE) verwoordt deze spanning tussen *nabijheid* en *afstand* op beroepseer.nl in 2006: *De hand gaat van schouder naar toetsenbord; over managers jegens professionals.* Deze verschuiving van ‘schouder naar toetsenbord’ is ook in de interviews naar voren gekomen: *Vroeger stapte mijn teamleider altijd even binnen, maar hij ging op een gegeven moment in de computer kijken hoe ik het deed (R3/s).* De *afstand* die deze verschuiving weergeeft neemt een vorm van *nabijheid* weg die voor professionals van belang is: [...] *als je de sturing en samenhang weg haalt dat kan niet [...] wij zijn daar toch voor gemaakt: betrokkenheid, dichtbij, iemand waarbij je terecht kunt, waardering (R5/e).* Deze wens van *nabijheid* is voor professionals van belang door de ‘aard van hun werk’, omdat commitment een vereiste is een goede hulpverlener te zijn. Deze commitment maakt echter ook kwetsbaar. Professionals in de GGz hebben naar eigen zeggen dan ook zorg nodig: [...] *als je mensen gezond wilt houden moet je goed voor je medewerkers zorgen (R5/e).*

³ Jong: minder ervaring in professie; Oud: meer ervaring in professie

Het ‘jong’ en ‘oud’ onderscheid gaat dus niet per definitie over leeftijd of hoe lang iemand in betreffende organisatie werkzaam is, maar hoeveel ervaring deze heeft ‘in het vak’.

De spanning tussen *afstand* en *nabijheid* wordt in beide GGz-instellingen ervaren. Ik zie geen zichtbare verschillen tussen de ervaring van deze spanning tussen professionals met een hogere of lagere mate van organisatiebetrokkenheid. Door beiden wordt hier namelijk een belang van *nabijheid* zichtbaar. Voor de professional met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid is dit belang er vooral in gelegen dat ‘je je medewerkers moet betrekken’: *Dat zijn onze visitekaartjes en daar, daarmee kunnen we laten zien dat we zorg te bieden hebben en die bewustwording daar werken we natuurlijk aan (R1/s)*. Voor professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid is het vooral dat ze betrokken willen worden bij de organisatie en wordt er ervaren dat in plaats van deze gewenste betrokkenheid, *nabijheid*, een *afstand* bestaat: *Ik heb het gevoel dat de afstand tussen degene die de beleidslijn uitzet en die de beleidslijn implementeert en die het uitvoert steeds groter wordt. [...] ik kan nog wel spreken met degene die de beleidslijn implementeert, maar niet met degene die hem uitzet (R8/e)*. Hierbij komt uit de interviews zichtbaar naar voren dat deze *afstand* in sterkere mate wordt ervaren richting het ‘hogere management’. Deze ervaring wordt duidelijker zichtbaar wanneer de verschillende professionals, met zowel een hogere als lagere mate van organisatiebetrokkenheid en professionaliteit, een vergelijking maken in de tijd. Voorheen, in een kleinschaliger organisatieverband was de ervaring dat er meer ‘vertrouwen’ in de professional was. *Er was vertrouwen [...] daardoor had je ruimte en als professional veel meer het idee van leuk, we gaan er met z’n allen voor en ook binnenstappen bij collega’s, vragen kijk even mee en hoe zullen we dat oplossen [...] nu wordt je meer in de gaten gehouden en dat geeft een beetje een eng gevoel (R9/s)*. Een kleinschaliger organisatieverband wordt dan ook door de verschillende soorten professionals met de wenselijke *nabijheid* in termen van ‘vertrouwen’ en ‘betrokkenheid’ als idealer ervaren en zichtbaar wordt ook dat binnen de *afstand* die een schaalvergroting met zich meebrengt, toch gezocht wordt naar een bepaalde mate van *nabijheid*. ‘Kleinschalig in zorg, groot in beheer’; een visie van Symfona Groep is hierbij ook illustratief. *Over de hele lijn is het moeilijker je verbonden te voelen ik merk dat ik dan kies voor een team [...] daar zitten ook medewerkers waarbij ik me vrij thuis voel en dat is ook belangrijk voor mij [...] dat kost me wel meer energie, ik moet me daar wel meer voor inzetten (R10/e)*. Hier wordt duidelijk dat er naast de spanning tussen *afstand* en *nabijheid* op de vlakken ‘organisatie en professional’ en ‘professional en client’ een derde uiting zichtbaar wordt, namelijk de spanning tussen *afstand* die ontstaat tussen professionals onderling en de *nabijheid* die voor de aard van het werk wenselijk is. Het lukt niet iedere professional een gewenste mate van *nabijheid* te creëren: *[...] wij worden als mensen op de werkvloer niet betrokken bij het management [...] er zijn veel soorten management,*

op allerlei lagen en als je direct op je werkplek iets wil veranderen dan moet dat door drie lagen heen en dat vertraagt enorm, terwijl je sneller actie wil ondernemen voor je client (R7/e). Door deze *afstand* voelen professionals zich niet ‘betrokken’ (niet *nabij*) terwijl dat voor hen wel van belang is: *Door de schaalvergroting is de afstand dusdanig groot dat de aandacht voor mensen die het werk verrichten en de belangen van die mensen ondergesneeuwd worden (R8/e).* Hier ontstaat naar mijn idee een paradoxaal beeld over de spanning tussen *afstand* en *nabijheid*. Professionals willen namelijk *nabijheid* in termen van ‘vertrouwen’ en ‘betrokkenheid’, om vervolgens meer *ruimte* te hebben (*afstand* dus) om te handelen naar hun eigen professionele waarden en inzichten.

De ervaring van de verschillende soorten professionals is dat de *afstand* die er bestaat tussen hen en hun organisatie ook voor *afstand* tussen hen en hun cliënten zorgt. Het hierboven gegeven citaat is daarbij illustratief, maar ook door professionals met een lagere mate van professionaliteit en professionals met een hogere en lagere mate van organisatiebetrokkenheid wordt deze spanning tussen *afstand* en *nabijheid* richting de client ervaren. *Staat de client nog centraal?* Vraagt John Graafmans (GGzE) zich dan ook af op beroepseer.nl (2006). Door de *afstand* tussen ‘management en werkvloer’ is er niet altijd een helder beeld van wat nodig is voor de client. *Ik zou graag meer tijd willen, een uur per patiënt, voor het gesprek en ook tijd voor uitwerking. Nu moet het in een half uur (R9/s).*

5.2.2. Maatwerk versus Standaarden

De spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* komt reeds in de jaarverslagen van zowel Symfora Groep als GGzE naar voren. Deze jaarverslagen laten zien dat onder andere sinds de ingang van de ‘Kaderregeling administratieve organisatie en interne controle’ (AO/IC), de organisatorische controle-maatregelen geïntensiveerd zijn. Dat Symfora Groep in 2006 haar ambities uitspreekt de bureaucratie, de (onnodige) regelgeving te verminderen is hierbij illustratief (Jaarverantwoording Symfora Groep, 2007, p. 26). De roep naar meer controle komt voort uit de ontwikkelingen in het krachtenveld, de ontwikkeling van meer en/of anders verantwoording afleggen. Dit zorgt voor meer standaarden. Een zichtbare uiting hiervan binnen GGzE is het meldpunt ‘Paarse Krokodil’ (de alom bekende ‘metafoor voor onnodige regeldruk’), die binnen de GGzE is opgestart voor onnodige interne bureaucratie voor (o.a.) medewerkers, omdat de zorg leeft over de hoeveelheid tijd die medewerkers moeten investeren in registratie (Jaardocument GGzE, 2007; p. 35). De behoefte aan

controle wordt groter naar mate de organisatie groter wordt, dus de druk te werken naar standaarden wordt onder invloed van deze schaalvergrotingen groter. Dit is in beide GGz-instellingen zichtbaar. Deze standaarden verhouden zich in de beleving van de professionals niet goed tot de aard van hun werk: *[...] behandeling en therapie is ook een kunst [...] en als je dat wilt vangen in strakke regels; zoveel sessies voor dit en dat, dan verlies je mensen (R5/e)*. Standaardisatie in de zin van controle en verantwoording die professionals moeten afleggen over hetgeen ze nu precies doen levert dus spanning op voor de professional, omdat deze zijn of haar werk niet ziet als iets wat in cijfers, regels en verantwoording is te vangen. *Je hebt toch een mens voor je en dan kan je niet altijd zeggen: het moet sneller (R9/s)*. Niet iedere client is hetzelfde, de één zal langer hulp nodig hebben voor het, op papier mogelijk, zelfde probleem.

De spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* is zichtbaar in de praktijk, bij beide GGz-instellingen, maar wordt niet door iedere professional met dezelfde intensiteit ervaren. Dit verschil in intensiteit ligt niet zichtbaar in het verschil tussen ‘soorten professionals’ zoals die in de theorie is onderscheiden. Zowel professionals met een hoge als een lagere mate van professionaliteit ervaren de spanning tussen maatwerk en standaarden: *alles gaat zo moeizaam, terwijl je direct actie wilt ondernemen voor je client [...] dat systeem daar loop ik tegen aan (R7/e)*, en: *[...] voor mij is het een kunst die facetten van hulpverlening te krijgen op die plek waar ik ze wil hebben zonder dat je heel veel bureaucratische rompslomp eromheen moet hebben (R8/e)*. Professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid ervaren de spanning ook: *meetbaar, controleerbaar, stuurbaar, uitzetbaar, aantoonbaar; die doorgeschoten regelcultuur (R3/s)* en *[...] we hebben een Paarse Krokodil gebruik om de papierwinkel te verminderen [...] het is te veel (R2/e)*. Wel is er een verschil zichtbaar in de intensiteit van de ervaring van de spanning tussen maatwerk en standaarden tussen de ‘jongere professionals’ en de ‘oudere professionals’. Het leveren van *maatwerk* wordt ervaren als een groot belang voor clients, maar de ‘jongere professionals’ ervaren dat een zekere mate van standaardisatie goed is om efficiënt te blijven werken: *[...] een half uurtje voor één client is wat kort, vooral doordat je dan ook nog van alles moet vastleggen en ja, ze verschillen gewoon van elkaar, maar om bijvoorbeeld twee uur met een team te praten over één client vind ik ook wat veel en dat is ook helemaal niet nodig (R4/s)*. De intensiteit van de ervaring van de spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* is voor de ‘wat oudere, meer ervaren professional’ sterker. Hij of zij ziet duidelijk een verschil met ‘hoe het vroeger ging’ en hierbij is vroeger vaak een ‘kleiner organisatieverband’. Dit uit zich in de praktijk bijvoorbeeld door *de reactie op de ‘gedragscode’* die

bij Symfora Groep in 2007 in werking is getreden. Deze code geeft aan welk gedrag van haar medewerkers Symfora Groep belangrijk vindt (Jaarverantwoording Symfora Groep, 2007, p. 26). De ervaring van enkele professionals van Symfora groep is dat in tegenstelling tot deze uiting van standaardisatie er voorheen, in tijden vóór schaalvergroting, *vertrouwen was in de professional*. Het overzicht werd in kleinere organisatieverbanden door verschillende professionals als makkelijker ervaren: *het overzicht over hoe iedereen functioneerde was wat automatisch en daardoor was er ook een soort vrijheid en vertrouwen richting de professionals van bovenaf (R9/s)*. Door deze overzichtelijkheid *hoefde je niet zoals nu iedere tien minuten alles vast te leggen (R10/e)*.

5.2.3. *Kwaliteit versus Kosten*

Dat de institutionele logica de dienstverlening ertoe aanzet in termen van *kosten* te denken is zichtbaar in het jaardocument van GGzE: *hoe ziet de behandeling er uit, wat levert het op en daarbij zal ook de prijs van belang zijn* (Jaardocument GGzE, 2007, p. 27). Ook in het jaardocument van Symfora Groep wordt het denken in termen van *kosten* zichtbaar. Aan kostenbesparing kan Symfora Groep naar eigen zeggen niet voorbij gaan en om dit te bewerkstelligen doet men een appel op haar medewerkers (Jaarverantwoording Symfora Groep, 2007; p. 42). Het punt waar dit denken in termen van *kosten* een spanning veroorzaakt met *kwaliteit* wordt duidelijk uit het volgende: De regio Eindhoven blijkt een fors lagere productiewaarde te hebben voor de GGz dan gemiddeld in Nederland. Daarbij blijft het financieel kader fors lager. Binnen dit kader is het niet mogelijk meer cliënten met complexere, meervoudige problematiek adequaat te helpen (Jaardocument GGzE, 2007, p. 28). Deze spanning wordt, zo komt uit de interviews naar voren, ook ervaren door professionals. Juist in de GGz zijn complexe cases aan de orde van de dag. In tegenstelling tot de zogenoemde ‘vrijgevestigden’ willen GGz-instellingen, als hulpverleningsinstelling van oudsher [...] *alle klanten en met name de meest kwetsbare [...] binnen de poorten houden, terwijl daar juist zoveel aan de hand is dat je er heel weinig aan verdient (R3/s)*. Bij deze kwetsbare groep, de moeilijke cliënten, duurt behandeling lang. [...] *vanuit de zorgverzekeraar hoor je dan: lang, dat is niet goed of dat kost geld (R7/e)*. Deze focus op *kosten* zorgt voor *verschaling in de hulpverlening: we maken ons druk om de verkeerde dingen (R3/s)*.

De ervaring van de spanning tussen *kwaliteit* en *kosten* is bij de verschillende soorten professionals in beide GGz-instellingen zichtbaar. Bij professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid wordt deze spanning op een andere manier ervaren dan door professionals

met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid. De bij de organisatie betrokken professional ervaart dat schaalgrootte een antwoord is op de eisen van denken in termen van *kosten* waartoe de institutionele logica de dienstverlening aanzet; een antwoord om specialistische (*kwalitatieve*) zorg te bieden: *Je moet toch een beetje schaalgrootte hebben als antwoord op mensen die op een vrij eenvoudige manier een specialisme aanbieden [...] je moet specialismen ontwikkelen om de concurrentie aan de kunnen en je ziet dat schaal daar toch een belangrijke rol in speelt (R3/s)*. Dat *kosten* voor de organisatiebetrokken professional minder als een spanning met kwaliteit wordt ervaren blijkt ook uit: *je moet kijken vanuit inhoud en financiën van hoe doen we het nu (R2/e)*. De ervaring van professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid is dat er vanuit de institutionele logica inderdaad in termen van *kosten* wordt gedacht: *er zijn gaandeweg steeds meer beslissingen markt of financieel gebaseerd (R8/e)*. De professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid ervaren meer dan hun meer organisatie betrokken collega's dat hier een spanningsveld ontstaat tussen dit denken in termen van *kosten* en de *kwaliteit* die zij als professional aan hun klanten willen leveren. *Als klanten eenmaal in zorg zijn is er denk ik wel kwaliteit, hulpverleners doen er hun best, maar iedereen loopt tegen de organisatie aan (R7/e) [...] door die concurrentie en dergelijke werd de GGzE steeds groter en daardoor kwamen er alleen maar meer muren bij. Ik vind dat voor de client en de werker geen succes (R8/e)*.

5.2.4. De spanningen in schema

In het voorgaande is naar voren gekomen dat de verschillende spanningen die in de theorie zijn benoemd ook in de praktijk, zo bleek uit interviews, zichtbaar is. De spanning tussen *afstand* en *nabijheid*, wordt niet alleen ervaren tussen 'professional en organisatie' en 'professional en client', maar ook tussen 'professionals onderling'. Gebleken is dat de verschillende soorten professionals, zoals benoemd in de theorie, niet bij iedere spanning zichtbare verschillen in intensiteit van de ervaring en de spanning vertonen. Dit wordt zichtbaar in de volgende tabel:

Tabel 9: Ervaren spanningen door verschillende soorten professionals

Mate van professionaliteit Mate van organisatiebetrokkenheid	Hoog			Middel			Laag		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<i>Spanningen</i>									
Hoog	R1/s R2/e	R1/s R2/e	R1/s R2/e	R3/s	R3/s	R3/s			
Middel				R4/s R5/e	R4/s R5/e	R4/s R5/e			
Laag	R6/s R7/e	R6/s R7/e	R6/s R7/e	R8/e	R8/e	R8/e	R9/s R10/e	R9/s R10/e	R9/s R10/e

Groen = spanning wordt minder intens ervaren

Rood = spanning wordt intens ervaren

Spanning 1 = Nabijheid versus Afstand

Spanning 2 = Maatwerk versus Standaarden

Spanning 3 = Kwaliteit versus Kosten

Deze tabel maakt inzichtelijk wat in het voorgaande aan de orde is gekomen. Spanning 1 (nabijheid versus afstand) wordt door alle respondenten met een zelfde intensiteit ervaren. Bij spanning 2 (maatwerk versus standaarden) wordt hier zichtbaar dat er in ieder geval één respondent is die deze spanning minder intens ervaart (R4/s). Dit is een 'jongere professional', met een minder werkervaring. Spanning 3 (kwaliteit versus kosten) wordt minder intens ervaren door professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid (R1/s, R2/s, R3/s).

Hieruit wordt duidelijk dat de spanning tussen *nabijheid* en *afstand* het meest sterk aanwezig is bij de respondenten. De andere twee spanningen worden niet door iedere respondent met dezelfde intensiteit ervaren. Dit maakt dat, hoewel er ook bij deze spanningen respondenten zijn die de spanning intens ervaren, deze spanning over het geheel genomen minder sterk aanwezig is. De respondenten waarbij deze spanningen minder intens worden ervaren zijn bij spanning drie professionals met een hoge mate van organisatiebetrokkenheid en bij spanning twee professionals met minder werkervaring.

5.3. Professionals en Coping

Professionals in GGz-instellingen ervaren spanningen door schaalvergroting. Om om te gaan met deze spanningen kunnen zij coping mechanismen inzetten, zo is in de theorie uiteen gezet. De coping mechanismen die in de theorie zijn benoemd zijn *uitsluiten*, *accepteren* en *controle*. In de paragrafen wordt duidelijk dat de (geïnterviewde) professionals in beide GGz-instellingen ook coping mechanismen inzetten om om te gaan met de spanningen die zij ervaren. De mechanismen *uitsluiten* en *controle* zijn zichtbaar naar voren gekomen. Het mechanisme *acceptatie* echter niet. Wel is er een ‘nieuw’ mechanisme zichtbaar geworden dat ik benoem als *passieve weerstand*.

5.3.1. Uitsluiten en Controle

Uit de interviews komt naar voren dat er een verschil bestaat tussen hoe sommige professionals in het verleden omgingen met veranderingen als schaalvergroting en hoe zij dat nu, na die ervaringen uit het verleden, doen. Waar enkelen ‘vroeger nog wel hebben geknokt’: [...] *ik heb dat wel gedaan, geknokt, ik was heel actief in wat ik vond dat wel of niet kon en heel duidelijk in wat ik als mankement zag (R5/e)*, zijn zij nu meer passief: [...] *ik heb mezelf beloofd niet meer te knokken (R5/e)*. [...] *Vroeger was ik heel controlerend en erg pro-actief. Nu ben ik meer van nou ik zie het wel. [...] vroeger schreef ik brieven [...] dat doe ik niet meer (R6/s)*. Bij een enkeling lijkt dit te komen doordat zij een bepaalde mate van ‘overkill’ ervaren, of de ervaring hebben gehad ‘dat het niet helpt’: [...] *ik heb mijn broek er wel van vol gekregen (R6/s)*, [...] *ik heb wel eens mijn mening geventileerd naar het management, maar had niet het gevoel dat daar iets mee gedaan werd (R8/e)*. Voor enkele van deze respondenten geldt dat zij de spanningen door schaalvergroting ‘over zich heen laten glijden’: [...] *het is het zoveelste dat ik mee maak, ik neem het voor lief [...] het waait wel weer over, [...] het zal me een worst wezen (R9/s) [...] daar ga ik me niet mee bezig houden (R6/s)*. Deze respondenten ‘knokken’ niet meer, maar ervaren wel spanningen. Om met deze spanningen om te gaan, komen ze niet in opstand, nemen ze geen invloedrijke positie in, maar lijken ze de spanningen uit te sluiten, omdat ze de ervaring hebben dat het niet echt helpt actieve weerstand te bieden. Bij deze respondenten is dan ook het coping mechanisme *uitsluiten* zichtbaar. Dat professionals in GGz-instellingen door middel van uitsluiting copen met spanningen wordt ook bevestigd door een respondent die in de OR van zijn organisatie zitting heeft: [...] *veel mensen gaan alleen naar de cliënt en niet naar de organisatie, dus voor hen is het vooral buitensluiten en*

negeren (R3/s). [...] We doen maar gewoon ons werk (R6/e), Door de cliënt, het werk, op de eerste plaats te zetten definiëren deze professionals voor zichzelf een ‘eigen doel’.

Daar waar het lijkt dat de respondenten zoals hierboven geciteerd ‘vroeger’ meer het coping mechanisme *controle* inzetten om om te gaan met soortgelijke spanningen, zij schreven immers brieven en waren actief bezig met ‘invloed uitoefenen’, is dit ook zichtbaar bij de ‘jongere professional’: *[...] voor mij is het wel een uitdaging, het is wel afwisselend dat er iets veranderd, ik ben daar wel actief in (R4/s), [...] de jongeren vonden het wel leuk, de ouderen hadden zoiets van nou, dat weet ik niet hoor (R9/s).* Dit leuk vinden, en vooral het ‘actief’ zijn maakt het coping mechanisme *controle* hier zichtbaar. Dat enkele professionals copen door middel van *controle* is niet enkel zichtbaar bij de ‘jongere professional’, maar ook bij professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid: *[...] zij zijn er actief mee bezig, bezig met managen, dus dan is het wel een uitdaging (R3/s).* De meer organisatiebetrokken professional oefent hier dus ‘invloed uit’ en gaat daarmee op een *controle*nde manier om met spanningen. Naast ‘invloed uitoefenen’ richting het management (het schrijven van brieven, actief zijn), of door organisatiebetrokkenheid is er uit de interviews nog een andere manier van ‘invloed uitoefenen’ zichtbaar geworden waardoor het mechanisme *controle* te herkennen is: *[...] ik kies dan voor het werken in een team. Dat team is vrij hecht, daar vind ik de verbinding weer (R10/e).* Deze uiting van het uitoefenen van invloed komt voort uit het zoeken naar verbinding: *over de hele lijn is het moeilijker je verbonden te voelen (R10/e).*

Tot dusver is ook uit de interviews zichtbaar geworden dat professionals in GGz-instellingen de coping mechanismen *uitsluiten* en *controle* inzetten. De professionals die *uitsluiten* zijn veelal professionals die vroeger *controleerden*, dus voornamelijk professionals met een hogere mate van ‘werkervaring’. De professionals die copen door middel van *controle* zijn moeilijker te categoriseren naar ‘soort professional’. De ‘jongere professional’ en de ‘organisatiebetrokken professional’ gebruiken veelal het uitoefenen van invloed (*controle*) om om te gaan met spanning, maar gezien het laatste citaat van R10/e (een ‘oudere, niet - organisatiebetrokken professional’) is persoonlijke voorkeur van bijvoorbeeld het werken in een team en je verbonden voelen ook een reden te copen door *controle*.

5.3.2. *Passieve Weerstand*

In de theorie is echter nog een derde coping mechanisme besproken: *acceptatie*. Dit mechanisme zie ik niet duidelijk terug in de praktijk. Wel is er naar mijn idee iets anders zichtbaar geworden in de praktijk. Dit ontleed ik uit de term *frustratie* dat door verschillende professionals is benoemd. [...] *je directe patiëntenzorg vraagt al zoveel tijd en aandacht, je bent al zo moe om door die bureaucratische molen heen te gaan [...] ik loop er tegenaan en het frustreert me (R7/e). [...] de hakken in het zand zetten is geen constructieve oplossing, maar het frustreert wel soms (R6/s)*. Hier spreken professionals met een hoge mate van professionaliteit en tevens een lage mate van organisatiebetrokkenheid. Zij ervaren spanningen, sluiten deze tot op zekere hoogte uit, immers denken vooral aan cliënten (eigen doel definitie): *de directe patiëntenzorg vraagt al zoveel tijd en aandacht (R7/e)*, maar de term *frustratie* kan ik niet plaatsen bij het mechanisme *uitsluiten*. Ook bij *acceptatie* vind ik dat dit moeizaam is, gezien het feit dat ze wel degelijk ‘geen invloed uitoefenen’, maar *frustratie* impliceert voor mij allerm minst dat zij de spanningen ‘nemen zoals het is’. Dat deze professionals niet copen door *controle* is duidelijk doordat ze ‘geen invloed uitoefenen’. In theorieën over coping wordt gesteld dat *frustratie wordt opgevangen door coping mechanismen (p. 36)*. Waar frustratie in deze zichtbaar is zou je dus kunnen stellen dat hiertoe geen coping mechanisme wordt ingezet. Ik interpreteer echter ‘iets niet doen’ ook als een manier van copen. Wat hier in de praktijk zichtbaar wordt benoem ik dan ook als het coping mechanisme *passieve weerstand*. Bij dit coping mechanisme copen professionals door ‘geen invloed uit te oefenen’, ‘een eigen doel te definiëren’ en ‘frustratie’. Hiermee vertoont dit mechanisme kenmerken van de mechanismen *uitsluiten* en *acceptatie*, maar is de ‘frustratie’ voor mij voldoende afwijkend van deze twee mechanismen dat *passieve weerstand* een vierde coping mechanisme is die professionals inzetten om om te gaan met spanningen.

5.3.1. *Coping in schema*

In het voorgaande is gebleken dat verschillende professionals in beide GGz-instellingen drie coping mechanismen inzetten om om te gaan met de spanningen. Er zijn geen zichtbare verschillen naar voren gekomen tussen beide GGz-instellingen. Wel zijn er andere verschillen zichtbaar die zijn gelegen tussen ‘coping en soorten professionals’. De verschillende soorten professionals, die verschillen in mate van professionaliteit, organisatiebetrokkenheid, maar ook in mate van werkervaring, copen op verschillende manieren. Dit wordt zichtbaar gemaakt in de volgende tabel:

Tabel 10: Professionals en Coping

Coping Mechanisme	Soort professional
Uitsluiten	Meer werkervaring
Controle	Hogere mate organisatiebetrokkenheid Minder werkervaring
Passieve Weerstand	Hogere mate professionaliteit en tevens lage mate organisatiebetrokkenheid

Professionals met *meer werkervaring* sluiten spanningen uit, zij die minder werkervaring hebben *controleren*. Professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid *controleren* ook en *passieve weerstand* is zichtbaar bij hen die een hoge mate van professionaliteit en tevens een lage mate van organisatiebetrokkenheid vertonen. Hierbij dient echter wel te worden opgemerkt dat het hier de soorten professionals, zoals deze benoemd zijn per coping mechanisme onder het kopje ‘soort professional’, betreft waarbij het betreffende mechanisme *het meest duidelijk* zichtbaar was. Gezien de verschillen die er bestaan tussen de coping mechanismen die de verschillende professionals inzetten, is het verband tussen ‘coping’ en ‘soort professional’ zichtbaar.

5.4. Tot Slot

Dit hoofdstuk, het ‘resultaten’ hoofdstuk van dit onderzoek, geeft antwoord op de volgende deelvragen:

3. *Voor welke spanningen komen welke professionals te staan in GGz-instellingen?*
4. *Hoe gaan verschillende professionals in GGz-instellingen om met deze spanningen?*

De antwoorden op deze vragen worden in het volgende behandeld.

5.4.1. Spanningen voor Professionals

De spanningen zoals deze in de theorie is behandeld zijn ook, zo is uit interviews gebleken, in de praktijk zichtbaar. De spanning *afstand versus nabijheid* die in de theorie tweeledig benoemd is,

blijkt in de praktijk een derde uiting te hebben: de *afstand* die professionals ten opzichte van elkaar ervaren en de *nabijheid* die voor de aard van het werk tussen hen wenselijk is. Dit is te verklaren wanneer je kijkt naar de 'aard van de professional'. Zij hebben meer binding met hun beroepsgroep, met elkaar dus, dan met hun organisatie. Ten behoeve van zaken als 'kennisdeling' die van belang zijn voor de aard van het professionele werk wensen professionals een nauwe samenwerking met elkaar. Wanneer hierin een mate van *afstand* zichtbaar wordt ervaren zij dan ook een spanning. De spanning die het meest intens wordt ervaren door 'alle soorten professionals' is dan ook de spanning tussen *afstand* en *nabijheid*. Deze spanning laat wel een paradoxaal beeld zien: professionals willen *nabijheid* in termen van 'vertrouwen' en 'betrokkenheid', om vervolgens meer *ruimte* (*afstand* dus) te hebben om te naar hun eigen professionele waarden en inzichten. De verschillen die bestaan in de intensiteit van de ervaring van de spanningen, zijn bij de spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* gelegen in de 'mate van werkervaring' waarin de professionals van elkaar verschillen. Professionals met een 'lagere mate van werkervaring' ervaren deze spanning minder intens. De reden hiervoor is mogelijk dat de professionals met een lagere mate van werkervaring geen of minder vergelijkingsmateriaal hebben met hoe het voorheen, mogelijk in een kleiner organisatieverband, werkte en wellicht zit er een verschil in de opleiding die deze 'jongere professionals' hebben genoten. Bij de spanning tussen *kwaliteit* en *kosten* is het verschil in de intensiteit van de ervaring van de spanning gelegen in de mate van organisatiebetrokkenheid. Professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid ervaren deze spanning minder intens en dit is mogelijk gelegen in het feit dat zij ook 'afgerekend worden' op *kosten*.

5.4.2. Hoe Professionals omgaan met Spanningen

Professionals gebruiken coping mechanismen om om te gaan met spanningen. In navolging van de theorie is dit ook uit interviews gebleken. Waar in de theorie de mechanismen *uitsluiten*, *controle* en *acceptatie* werden onderscheiden, is uit interviews een vierde mechanisme zichtbaar geworden: *passieve weerstand*. Daarnaast is het mechanisme *acceptatie* niet in de praktijk zichtbaar geworden. Het mechanisme *uitsluiten* wordt het meest ingezet door professionals met 'meer werkervaring'. Dat professionals met 'meer werkervaring' spanningen *uitsluiten* ligt voornamelijk in het feit dat zij ofwel uit ervaring hebben beleefd dat *controle* geen zin heeft, ofwel omdat 'ze hun tijd uitzitten'. Het coping mechanisme *controle* wordt voornamelijk ingezet door professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid, zij zitten ook het meest dicht bij de 'bron' om 'invloed uit te oefenen' en door professionals met 'minder werkervaring'. Dit is te verklaren door het feit dat zij

veranderingen die ontstaan nog meer als een uitdaging zien en ‘flexibeler’ kunnen en willen acteren op deze verandering. Het mechanisme *passieve weerstand* wordt voornamelijk zichtbaar bij professionals met een hogere mate van professionaliteit en tegelijkertijd een lagere mate van organisatiebetrokkenheid. Dit is te verklaren uit het feit dat deze sterk geprofessionaliseerde professionals die niet organisatiebetrokken zijn naar eigen gevoel worden beperkt in hun professionaliteit en de macht niet (meer) hebben hier iets aan te doen. Dit sluit voor hen niet aan op hoe zij als ‘arts’ opgeleid zijn. Daarnaast zijn zij door mogelijk hoge caseload ‘te moe’ om invloed uit te oefenen. Accepteren kunnen ze het echter niet, uitsluiten ook niet; daar zijn ze teveel ‘arts’ voor.

6. CONCLUSIE

Dit hoofdstuk is de conclusie van het onderzoek *Zorg om Schaal; een onderzoek naar ervaringen van professionals in gefuseerde GGz-instellingen*. In het volgende worden dan ook allereerst de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek weergegeven aan de hand van *ervaringen van professionals* en *omgaan met spanningen*. Ten tweede wordt een discussie aangegaan om deze bevindingen in hun bredere betekenis weer te geven en ten slotte worden enkele aanbevelingen gedaan.

6.1. Bevindingen

Bewegingen in het maatschappelijk krachtenveld van de zorgsector, zoals de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, hebben invloed gehad op de inrichting van de GGz-sector. Zo is er in deze sector een duidelijke tendens van schaalvergroting zichtbaar. De zogenoemde geïntegreerde instellingen vormen de grootste categorie in de sector. Door het verband dat bestaat tussen de zorgorganisatie en de zorgprofessional hebben veranderingen in de organisatie zijn weerslag op de professional werkzaam in deze organisatie en vice versa. De bewegingen in het maatschappelijk krachtenveld gaan gepaard met de opkomst van zogenoemde ‘managerial taal en tools’. Vanuit de institutionele logica, die zorg beziet vanuit het perspectief van ‘managerialism’, zijn pijlen gericht op schaalvergroting. Dit doelrationele streven, kan ‘professioneel werk’ miskennen. Oftewel er kan een *misfit* ontstaan tussen de institutionele logica en de professionele logica. De professionele logica beziet zorg vanuit het perspectief van ‘professionalism’, waar redeneringen als ‘ruimte voor professionele dienstverlening’ en ‘ruimte voor kennisontwikkeling’ aan ten grondslag liggen en ‘de professional bepaalt’. Deze *misfit* leveren spanningen op voor professionals. En met deze spanningen moeten professionals op de één of andere manier omgaan.

In dit onderzoek is dan ook gezien op welke wijzen professionals in gefuseerde GGz-instellingen spanningen ervaren en hoe zij hiermee omgaan.

6.1.1. *Ervaringen van professionals*

Professionals in gefuseerde GGz-instellingen ervaren de spanningen *afstand versus nabijheid*, *maatwerk versus standaarden* en *kwaliteit versus kosten*.

Waar er geen verschil zichtbaar is in de wijzen waarop professionals in beide case-organisaties deze spanningen ervaren, zijn er wel verschillen gelegen in de intensiteit waarmee de verschillende professionals spanningen ervaren en ‘welke soort professional’ de spanningen ervaart. De spanning die het meest intens wordt ervaren is die tussen *nabijheid* en *afstand*. Deze spanning wordt tussen ‘professionals en organisaties’ en ‘professionals en cliënten’ ervaren, maar ook tussen ‘professionals onderling’. Zowel professionals met een hogere als met een lagere mate van professionaliteit en organisatiebetrokkenheid ervaren deze spanning en er is geen verschil zichtbaar in de ervaring van professionals die van elkaar verschillen in ‘mate van werkervaring’. Hierbij zijn echter wel enkele nuanceringen te plaatsen:

- Professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid zien het belang van *nabijheid* voornamelijk in het ‘betrekken van’ medewerkers.
- Professionals met een lagere mate van organisatiebetrokkenheid spreken in termen van ‘betrokken worden’.
- Er is een paradoxaal beeld van deze spanning zichtbaar: Professionals willen *nabijheid* in termen van ‘vertrouwen’ en ‘betrokkenheid’, om vervolgens *ruimte* te hebben (*afstand* dus) om te handelen naar hun eigen professionele waarden en inzichten.

De spanning tussen *maatwerk* en *standaarden* wordt niet door iedere professional met dezelfde intensiteit ervaren. Dit verschil is niet zichtbaar tussen ‘soorten professionals’ in mate van professionaliteit en organisatiebetrokkenheid, maar tussen professionals die verschillen in ‘mate van werkervaring’. Professionals met een ‘lagere mate van werkervaring’ ervaren deze spanning minder intens. De spanning tussen *kwaliteit* en *kosten* wordt, net als de spanning tussen *maatwerk* en *standaarden*, ook niet door iedere professional met dezelfde intensiteit ervaren. Dit verschil in ervaring is zichtbaar bij professionals met ‘een hogere mate van organisatiebetrokkenheid’. Zij ervaren de spanning minder intens.

6.1.2. Omgaan met spanningen

Om met deze spanningen om te gaan maken professionals gebruik van zogenoemde *coping mechanismen*. Deze mechanismen worden gezien als het gedrag dat mensen vertonen om met invloeden van buitenaf om te kunnen gaan. De coping mechanismen *uitsluiten*, *controle* en *passieve weerstand* worden door professionals ingezet om om te gaan met spanningen.

Controle, het mechanisme waarbij professionals invloed uitoefenen om om te gaan met de spanningen, wordt voornamelijk ingezet door professionals met een hogere mate van organisatiebetrokkenheid. *Uitsluiten*, het mechanisme waarbij professionals een eigen doel definiëren, de spanning van zich af laten glijden, wordt het meest ingezet door professionals met 'meer werkervaring'. *Passieve weerstand*, het mechanisme waarbij professionals copen door uitsluiting maar hier wel gefrustreerd over zijn, wordt voornamelijk zichtbaar bij professionals met een hoge mate van professionaliteit en tegelijkertijd een lage mate van organisatiebetrokkenheid.

In het volgende, de discussie, zal de bredere betekenis van de ervaringen van de professionals worden weergegeven.

6.2. Discussie

Voor het succes van hun organisatie, zijn GGz-instellingen afhankelijk van hun professionals. 'Betrokkenheid' en 'vertrouwen' zijn veelgehoorde termen van professionals en dit verklaart ook waarom de spanning tussen *afstand* en *nabijheid* het meest pregnant aanwezig is gebleken. Door schaalvergroting ervaren professionals minder 'betrokkenheid' bij elkaar, bij hun organisatie en bij hun cliënten en minder 'vertrouwen' van hun leidinggevenden. Veelal wordt benoemd dat dit niet per definitie ligt aan die bewuste leidinggevende, maar dat 'het systeem' van steeds meer standaarden, denken in termen van kosten, kortom het denken in termen van 'managerial taal en tools' het deze managers ook niet makkelijker maakt. De institutionele logica perverteert de professionele logica daar waar zij binding, vertrouwen, betrokkenheid nodig heeft. *Binden en boeien* van professionals lijkt hiermee in gefuseerde GGz-instellingen moeilijker. De professionals die hier het meest last van hebben zijn de professionals die al een tijdje mee gaan en weten dat het ook anders kan, die het anders gewend zijn. De professionals met meer werkervaring zijn moeizamer te binden en boeien dan professionals met minder werkervaring, maar ook professionals met een hoge mate van professionaliteit en tegelijkertijd een lage mate van organisatiebetrokkenheid lijken door schaalvergroting meer en meer op afstand te komen. Om de spanningen die professionals ervaren te verminderen moeten juist deze mensen aandacht krijgen. 'Betrokkenheid' en 'vertrouwen' om ze te blijven 'binden en boeien'.

Zoals Noordegraaf (2008) benoemt: *het gaat niet over te veel afstand tussen managers en professionals, maar te weinig afstand. De manager staat niet te ver af, maar is te dichtbij gekomen* (Noordegraaf, 2008). Wat voor mij hier zichtbaar wordt is dat deze visie van afstand en nabijheid

ook in dit onderzoek is te herkennen. Meer concreet: professionals willen *nabijheid* in termen van ‘betrokkenheid’ en ‘vertrouwen’, om zo hun discretionaire ruimte, *afstand*, in ere te herstellen. Echter ervaren zij een *afstand* door het gebrek aan vertrouwen en betrokkenheid. *De hand van schouder naar toetsenbord* is hierbij illustratief. De manager is dus niet per definitie dichtbij gekomen; hij is op de andere manier dichtbij gekomen. En dat is precies waar de professionele en de institutionele logica elkaar perverteren. De managers zijn dichtbij in termen van vragen om *standaarden*, wanneer het gaat om het beheersen van *kosten*. Maar vertonen een *afstand* in zaken waar het de professional nu juist om gaat: het *maatwerk*, de *kwaliteit*.

Om de bevindingen van dit onderzoek op waarde te schatten is het op deze plek wenselijk een aantal zaken te benadrukken. Duidelijk is geworden dat er niet alleen een onderscheid zichtbaar is tussen ‘soorten professionals’ in mate van organisatiebetrokkenheid en mate van professionaliteit, en de manier waarop zij spanningen ervaren en hiermee omgaan. Ook de mate van werkervaring speelt zichtbaar een rol. Dit wordt vooral duidelijk bij de spanning maatwerk versus standaarden, die minder intens door de professional met minder werkervaring wordt ervaren en bij het coping mechanisme controle dat ingezet wordt door professionals met minder werkervaring en dat professionals met meer werkervaring vooral uitsluiten. Hierbij wil ik opmerken dat deze uitspraken gebaseerd zijn op interviews met tien respondenten. Gezien de beperkte tijd voor dit onderzoek en de moeilijkheid van toegang verkrijgen is het niet mogelijk geweest meer professionals te interviewen. Hoewel ik, vooral doordat er geen zichtbare verschillen zijn tussen beide cases, tot dusver geen reden heb te verwachten dat andere, soortgelijke professionals, andere ervaringen hebben en anders copen met spanningen, dient deze beperking in het achterhoofd te worden gehouden.

Daarnaast wil ik op deze plek mijn visie laten schijnen over de rol die schaalvergroting heeft in wijzen waarop professionals spanningen ervaren. Schaalvergroting is in dit onderzoek gepositioneerd als een reactie op allerhande veranderingen in het maatschappelijk krachtenveld. Voor mij is schaalvergroting een zichtbare uiting van deze verandering en om die reden geschikt om in dit onderzoek te bezien. Echter denk ik dat wanneer je een professional naar zijn of haar ervaringen vraagt, ook al leg je de focus op schaalvergroting, de antwoorden op deze vragen niet los te zien zijn van andere veranderingen waar professionals mee te maken gehad hebben. Het kan hier gaan om nieuwe computersystemen, de invoering van de DBC's en dergelijke. Hiermee zijn de

resultaten van dit onderzoek niet alleen relevant voor managers en professionals in het kader van schaalvergroting, maar kunnen de spanningen ook bij andere veranderingen waar de institutionele logica de professionele logica mogelijk perverteert zichtbaar worden. Vervolgonderzoek naar waar spanningen tussen deze twee logica's zich voordoen zou dit beeld kunnen bevestigen.

6.3. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek is het op zijn plaats een aantal aanbevelingen te formuleren. Wanneer je spreekt over 'ervaringen van professionals' gaat het om dat wat zij vinden, voelen en beleven in een bepaalde situatie. Dat er eisen worden gesteld in termen van kostenbeheersing, het afleggen van verantwoording, standaarden en dergelijke, is evident. De spanningen die professionals onder druk van deze eisen ervaren komt de 'binding', de 'kwaliteit' en het leveren van 'maatwerk' niet ten goede. Van belang is naar mijn idee dan ook dat professionals en managers samen op zoek gaan naar een (wat betere) *fit* tussen de institutionele en de professionele logica.

Naast het feit dat dit onderzoek professionals en managers in GGz-instellingen inzicht geeft in de *misfit* die er bestaat, kan het ook handvatten bieden hoe met dit inzicht de toekomst in te gaan. De 'wat betere fit' is naar mijn idee voor een deel te bereiken door de dialoog aan te gaan. De taal die managers en professionals spreken is daarbij belangrijk. Om professionals te binden en boeien is het voor managers van belang de managerial taal en tools waar mogelijk om te buigen in een dialoog die aansluit bij de wereld van de professional. Ondanks alle managerial eisen kan de manager er voor kiezen 'de hand weer af en toe van toetsenbord naar schouder te brengen'. Dit gaat gepaard met keuzes maken, prioriteiten stellen. Dit kan voor de professional weer het gewenste gevoel van *nabijheid* creëren, waardoor zij mogelijk ook de toegevoegde waarde van het denken in termen van *standaarden* en *kostenbeheersing* in kunnen gaan zien. Wanneer professionals open door middel van *uitsluiting* of *passieve weerstand*, is dit echter moeizaam te bereiken en juist deze mensen, zij met veel werkervaring en professionals met een hoge mate van professionaliteit en tevens een lage mate van organisatiebetrokkenheid, zijn de professionals die de aandacht nodig hebben. Daar waar managers, juist deze professionals, meer zouden kunnen *binden en boeien* is het aan de professionals om dit ook toe te laten.

Professionals en managers; *elkaar* blijven binden en boeien en samen, zonder zorgen, werken aan zorg.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., Walker, R.M., Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: a comparative analysis. In: *Public Administration*, 2007, Vol. 85, No.1, pp. 9-26.
- Bergen, van M., Jaardocument GGzE 2007, GGzE april 2008.
- Blank, J., Haelermans, C., Koot, P., Putten – Rademaker, van O., Schaal en Zorg. Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, *Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies*, Technische Universiteit Delft, 2008.
- Boeije, H., Analyseren in kwalitatief onderzoek; denken en doen, 2^e druk, 2005, Boom Onderwijs.
- Brancherapport VWS, 2005.
- Braster, J.F.A., De kern van casestudy's, Uitgeverij van Gorcum, Assen, 2000.
- Brink, van den G., Mondiger of Moeilijker? Een studie naar de politieke habitus van hedendaagse burgers, WRR, 2002.
- Checkland, K., National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?, In: *Sociology of Health & Illness*, vol. 26 no. 7 p. 951-957, 2004.
- Duis op beroepseer.nl, 2006.
- Eggink, J.W., Van der Hulst, G., *Beroepszeer: de vervreemding van de 21^e eeuw*, Leersum, maart 2007.
- Gastelaars, M., Excuses voor het ongemak. De vele gevolgen van klantgericht organiseren, Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2006.
- GGz Nederland, *De Krachten Gebundeld*, Amersfoort, 2004.
- GGz Nederland, *Sectorrapport GGz 2003-2005: Toenemende Zorg*, Amersfoort december 2006.
- GGz Nederland, 2008.
- Grinten, van der T.E.D., Vos, P., WRR-rapport; Maatschappelijke Dienstverlening, 2004.
- Grit, K. en Meurs, P., Verschuivende verantwoordelijkheden. Dilemma's van zorgbestuurders, Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2005.

- Groenewegen, P.P., Hansen, J., Ter Bekke, m.m.v. S., *Professies en de toekomst. Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*, Springer Uitgeverij BV, Utrecht, 2007.
- Hagelstein, G. en J. Traag, *De fantasie van de beste schaal. Over schaalvragen als maat voor besturen*. In: *Bestuurskunde*, 1998, jrg. 7. nr. 1, pp. 2-9.
- Hutjes, J.M., Van Buuren, H., *De gevalsstudie: strategie van kwalitatief onderzoek*, Boom Uitgeverij, Amsterdam, 1992.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B., Smit, A., *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de de geestelijke gezondheidszorg*, GRIP-De Gelderse Roos, Wolfsheze, 2006.
- Interne notitie GGzE
- Jaardocument Zorginstellingen, VWS, 2006.
- Jaarverslag NMa 2006, *De agenda*.
- Kalbfleisch, P., Jansen, R.J.P., Zijl, G.J.L., *Nederlandse Mededingingsautoriteit: Richtsnoeren voor de zorgsector*, In: *Staatscourant*, december 2007.
- Lans, van der J., *Koning Burger. Nederland als zelfbedieningszaak*, Uitgeverij Augustus, Amsterdam, 2005.
- Lans, van der J., *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Uitgeverij Augustus, Amsterdam, 2005.
- Lypsky, M., *Street – level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, Russell Sage Foudation, New York, United States of America, 1980.
- Maxwell, J.A., *Qualitative research design; an interactive approach*, Sage publications, 2^e editie, 2005.
- Meijering, M.H., *Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Beter zonder AWBZ?, Een advies aan de minister en de staatssecretaris van VWS*, Den Haag, 2008.
- Mouton, R., *Schaalgrootte van zorginstellingen: Implicaties van vraagsturing. Een essay over de interactie van overheidsingrijpen en ondernemersgedrag in de zorg*, Achtergrondadvies Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, april 2008.
- Nielsen, V.L., *Are street-level bureaucrats compelled or enticed to cope?* In: *Public Administration*, 2006, Vol. 84, No. 4, pp. 861-889.
- Noordegraaf, M., *Management in het publieke domein. Issues, intituties en instrumenten*, Uitgeverij Coutinho, Bussum, 2004.

- Noordegraaf, M., Meurs, P.L., Beelden rond besturen. Gedachten over GGZ in post-politieke tijden, GGZ Nederland, Amersfoort, 2006.
- Noordegraaf, M., Professioneel Bestuur, Oratie, Universiteit Utrecht, februari 2008.
- Pearlin, L.I., Schooler, C., The structure of coping, In: *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 19: 2-21, 1978.
- Pol, van de Frans, Gereguleerde marktwerking in de GGz. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2005, jrg. 60. nr.11, pp. 1095-1107.
- Scheer, van der W., Noordegraaf, M., Meurs, P.L., Talk in Action. Health Care Executives' Professionalism in-between Politics and Professionals, *Paper for the Critical Management Conference 2007*, Manchester, 2007.
- Smeijsters op beroepseer.nl, 2006.
- Swanborn, P.G., Case-study's: wat, wanneer en hoe?, Boom Uitgeverij, Amsterdam, 2003.
- Verburgt, J., Jaardocument GGzE 2007, Eindhoven, maart 2008.
- Verhagen, S.M., *Zorglogica's uit balans*, Tekst - Proefschrift Universiteit Utrecht, 2005.
- Vliet, van K., Vraaggericht werken, in: *Open deuren; sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*, NIZW, Utrecht, 2002.
- Yin, R.K., Case-Study Research; Design en Methods, SAGE Publications Inc., USA, 2003.
- WRR, Bewijzen van goede dienstverlening, 2004.