

Routine Outcome Monitoring in de Geestelijke Gezondheidszorg

Strijden in een tweespalt?

Kyra van Leeuwen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Routine Outcome Monitoring in de Geestelijke Gezondheidszorg

Strijden in een tweespalt?

Kyra van Leeuwen | 296769kl

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Opleiding Sociologie
Master Arbeid, Organisatie en Management

Dr. P. Mascini
Begeleidend docent Erasmus Universiteit Rotterdam

Dr. R. van der Veen
Tweede lezer Erasmus Universiteit

Rotterdam, Juni 2014

Woord vooraf

Voor u ligt de scriptie 'Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg - Strijden in een tweespalt?'. Dit onderzoek heb ik uitgevoerd ter afsluiting van mijn masteropleiding Sociologie, variant Arbeid, Organisatie en Management.

Na mijn bachelor sociologie afgerond te hebben in 2008, besloot ik om eerst voor een carrière in de sport te gaan. Vier jaar later ben ik weer teruggekeerd naar de Erasmus Universiteit Rotterdam om een masteropleiding Sociologie te volgen. Ter afsluiting van deze master besloot ik mijn interesse voor organisaties en management te combineren met mijn passie voor mens en gezondheid, wat heeft geresulteerd in deze scriptie.

Langs deze weg wil ik graag alle respondenten danken voor de medewerking die zij hebben verleend aan dit onderzoek. Hetzelfde geldt voor Peter Lamme en Marcel Kwaijtaal, voor hun inspiratie en adviezen. Verder wil ik graag dr. Peter Mascini danken voor zijn commentaar en begeleiding en dr. Romke van der Veen voor zijn inzet als tweede lezer.

Ten slotte ben ik mijn familie en vrienden veel dank verschuldigd omdat zij mij hebben gesteund en aangemoedigd tijdens het leerzame proces dat tot deze scriptie heeft geleid.

Kyra van Leeuwen
Rotterdam, mei 2014

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	6
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Leeswijzer.....	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Klassiek professionalisme	11
2.2 Deprofessionalisering	12
2.3 Problematisering van de professionaliseringsthese.....	14
2.4 Segmentatiethese	17
2.5 Restrificatiethese	20
2.6 Dissociatiethese	22
2.7 Samenvatting	24
3. Methoden	26
3.1 Verantwoording van de onderzoeksstrategie	26
3.2 Interviews.....	26
3.3 Dataverzameling.....	29
3.4 Analyse van de data	30
4. Beschrijving van de casus	32
4.1 Achtergrondinformatie Routine Outcome Monitoring.....	32
4.2 Beleidsniveau.....	34
4.3 Instellingsniveau.....	36

5. Bevindingen	39
5.1 Houding ten aanzien van Routine Outcome Monitoring.....	39
5.1.1 Behandelaren.....	39
5.1.2 Managers.....	47
5.1.3 Semi-professionals.....	48
5.2 Gebruik.....	50
5.2.1 Behandelaren.....	50
5.2.2 Managers.....	54
5.2.3 Semi-professionals.....	57
5.3 Verhoudingen.....	59
5.3.1 Verhoudingen tussen behandelaren en management.....	59
5.3.2 Semi-professionals.....	63
5.3.3 Verhoudingen binnen beroepsgroepen.....	64
6. Analyse van de bevindingen	66
6.1 Deprofessionaliseringsthese.....	66
6.2 Segmentatiethese.....	71
6.3 Restraticatiethese.....	76
6.4 Dissociatiethese.....	81
7. Conclusie en Discussie	84
8. Literatuurlijst	92

1. INLEIDING

Sinds de jaren '80 is in Nederland een trend van minder overheidsbemoediging ontstaan in de publieke sector, met de totstandkoming van marktwerking-, privatiserings- en verzelfstandigingsbeleid (Stellinga, 2012). Managementtechnieken uit het bedrijfsleven zijn in de afgelopen jaren diep in de overheidsorganisatie doorgedrongen. De gedachte erachter is dat overheden – net als bedrijven – producten en diensten leveren en op prestaties beoordeeld kunnen worden (De Bruin, 2001). Veel van de elementen van deze administratieve trend, ook wel het New Public Management (NPM) genoemd (Hood, 1991), vormen een inspiratie voor ambitieuze programma's binnen de publieke dienstverlening (Pollit en Bouckaert, 2004). Het New Public Management blijft echter een verzamelnaam voor allerlei hervormingen, die niet overal ter wereld op dezelfde manier of in dezelfde mate optreden (Bezes, Demazière, Le Bianic, Paradeise, Normand, Benamouzig, Pierru, en Evetts, 2012). Hervormingen kunnen bovendien verschillen per sector en binnen sectoren (Dent, Chandler en Barry, 2004). Ook wordt er wel eens moord en brand geschreeuwd over de inconsistentie van het begrip (Christensen en Laegrid, 1999) of over de echtheid ervan (Goldfinch en Wallis, 2010).

Ondanks dat het gedachtegoed over het New Public Management soms complex en variabel is, zijn er toch elementen die vaak terugkomen in de literatuur en waar in zekere zin overeenstemming over lijkt te bestaan. Belangrijke kernpunten zijn onder andere een zakelijke en marktgeoriënteerde benadering van hoe organisaties in de publieke sector ontworpen, georganiseerd en gemanaged worden (Diefenbach, 2009). Verder is er meer aandacht voor stakeholders en klanten, kostenreductie en privatisering, decentralisering, een ondernemende bedrijfscultuur die op output is gericht, een opkomende managementcultuur en prestatie management (Bezes et al., 2012; Diefenbach, 2009; Hood, 1991).

Bovendien vinden er in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg ontwikkelingen plaats die onder de noemer van het New Public Management geschaard kunnen worden. Een van deze ontwikkelingen is Routine Outcome Monitoring (ROM). Dit project, dat in 2009 in heel Nederland van start is gegaan, betreft de (verplichte) afname van vragenlijsten bij patiënten. Patiënten of behandelaren dienen deze vragenlijsten in te vullen. Het doel van het gebruik van deze meetinstrumenten is de *effectiviteit* van de zorg die behandelaren leveren in kaart te brengen en daarmee de zorg *inzichtelijker* te maken voor zorgverzekeraars en patiënten. De uitkomsten van ROM-metingen worden nationaal verzameld door Stichting Benchmark GGZ (SBG). Met deze gegevens kunnen zorgverzekeraars nagaan hoe instellingen (en ook locaties en behandelaren) ten opzichte van elkaar presteren. Op basis daarvan zullen zij in de nabije toekomst zorg inkopen bij instellingen. Met de verzamelde gegevens kan zodoende ook een (gereguleerde) *marktwerking* gestimuleerd worden. Ook is het daarmee mogelijk om te spreken van *prestatie management*: de managementlagen communiceren de strategieën en doelstellingen van de instelling over Routine

Outcome Monitoring door naar de professionele behandelaren en houden de resultaten scherp in het oog. Immers, als de percentages ROM-metingen niet gehaald worden, kunnen zorgverzekeraars 'tariefkortingen' of 'budgetkortingen' opleggen aan zorginstellingen. Deze kortingen kunnen in de miljoenen euro's lopen. Ten slotte is er ook sprake van *decentralisatie*, aangezien de verantwoordelijkheden bij Routine Outcome Monitoring naar lagere niveaus worden doorgespeeld. Het duaal management, dat aan het hoofd staat van een behandelteam, moet het aantal afgenomen begin- en eindmetingen verantwoorden aan de directies. Het duaal management bestaat uit een manager Bedrijfsvoering, die de waarden van de organisatie vertegenwoordigt, en een manager Behandelzaken (ook wel inhoudelijke manager of manager Zorg genoemd), die de waarden van de professionele beroepsgroep vertegenwoordigt. De manager Behandelzaken treedt zo'n vier uur in de week op als manager, en de rest van de tijd als behandelaar. De eindverantwoordelijke voor de afname van de vragenlijsten is de behandelaar zelf. Vanwege deze kenmerken kan Routine Outcome Monitoring gezien worden als een uiting van het New Public Management.

De *deprofessionaliseringsthese* bekleedt een prominente positie in de discussie over mogelijke gevolgen van het New Public Management (Bezes et al., 2012; Duijvendak, 2006; Freidson, 1983; 1984; Haug, 1973; 1975; 1977). In essentie houdt deprofessionalisering in dat de beroepsgroep van klassieke professionals aan status en autonomie inboet. Kenmerken die aan de klassieke professionals worden toegeschreven, zoals expertise, zelf-regulering, ethische codes, toewijding en groepssolidariteit (Rothman, 1984; Raelin, 1989) verdwijnen door de opkomst van controle-instrumenten (Bezes et al., 2012). De autonomie van de klassieke professional daarnaast ook in het nauw vanwege een opkomende managementlaag (Bezes et al., 2012, Haug, in Freidson, 1983; 1994, Raelin, 1989).

Alhoewel de deprofessionaliseringsthese veelvuldig in de literatuur naar voren komt (Bezes et al., 2012; Duijvendak, 2006; Freidson, 1983;1984; Haug, 1973; 1975; 1977), kan echter ook gesteld worden dat er tekortkomingen aan deze theorie zitten en dat de theorie in een aantal opzichten niet correspondeert met wat beroepsgroepen ondervinden (Bezes et al., 2012; Chamberlain, 2010; Dent et al., 2004; Duijvendak, 2006; Freidson, 1983; 1984, 2001; Hood, 2007; Kletz, 2014; Knijn en Kremer, 2005;). Deprofessionalisering is gebaseerd op het concept van de klassieke professional. Wat er onder dit concept verstaan wordt, is soms niet eenduidig en er kan ook gesteld worden dat de definitie in tijd en ruimte verschuift door onder andere de opkomst van nieuwe soorten professionals en hybride vormen van professionalisme (Kletz, 2014; Noordegraaf, 2007).

Het doel van deze scriptie is te onderzoeken of door de implementatie van Routine Outcome Monitoring daadwerkelijk deprofessionalisering plaatsvindt van de professionele beroepsgroep van behandelaren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Immers, deze theorie gaat uit van een tegenstelling tussen het New Public Management (een opkomende managementlaag) en professionele groepen, terwijl het de vraag is of zo'n binaire benadering wel allesomvattend is (Bezes et al., 2012). Maar, als er niet kan worden gesproken van deprofessionalisering van professionele beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg, wat speelt zich dan wel af? Welke andere mogelijke verklaringen zijn er dan mogelijk? In dit onderzoek worden daarom ook andere theoretische invalshoeken behandeld die andere verwachtingen hebben over de gevolgen van het New Public Management. Deze theorieën nemen andere karakteristieken en dimensies in overweging, in plaats van alleen het één-op-één conflict tussen de beroepsgroepen van professionals en managers. De *segmentatiethese* voorspelt dat er binnen beroepsgroepen scheidingen kunnen ontstaan naar aanleiding van het New Public Management. Zo kan er een bovenlaag en een onderlaag binnen de beroepsgroep van professionals ontstaan (een verticale segmentatie) met respectievelijk elite-professionals die zich bezighouden met de ontwikkeling van beleid en 'rank-and-file' professionals, die op oude voet verder gaan. De *restratificatiethese* (Chamberlain, 2010) gaat uit van verschuivingen in de hiërarchie van beroepsgroepen. Beroepsgroepen schuiven naar een hogere of lagere positie, of ze komen naast elkaar te staan. De *dissociatiethese* gaat ervanuit dat er tussen de professionele overtuiging en de uitvoeringspraktijk een gat ontstaat. Professionals koloniseren of minimaliseren daarnaast het gebruik van meetinstrumenten (Dent et al., 2004, in Bezes et al., 2012, p. 16).

Aangezien Routine Outcome Monitoring ook onder het New Public Management geschaard kan worden, kunnen deze theorieën in dit onderzoek worden getoetst. De keuze is op deze theorieën gevallen, omdat zij de meest voorkomende sociologische theorieën zijn in de literatuur op het gebied van New Public Management (Bezes et al., 2012). Bovendien biedt dit onderzoek de mogelijkheid om deze theorieën in *dezelfde* context op hun houdbaarheid te testen en kan er gekeken worden hoe zij zich tot elkaar verhouden.

1.1 Doelstelling en probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is de deprofessionaliseringstheorie te toetsen binnen de context van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, naar aanleiding van de implementatie van Routine Outcome Monitoring. Deze theorie gaat ervan uit dat kenmerken van de beroepsgroep van professionals aan het verdwijnen zijn en dat er bovendien een kloof tussen professionals en managers ontstaat. Door de aandacht uit te laten gaan naar hoe professionals tegenover Routine Outcome Monitoring staan, hoe de meetinstrumenten interfereren met hun behandelstrategieën en wat hun reacties betekenen voor hun positie als professionele beroepsgroep ten opzichte van de beroepsgroepen van managers en semi-professionals, zal gekeken worden in hoeverre de deprofessionaliseringstheorie voldoende verklaring biedt voor wat zich afspeelt in de geestelijke gezondheidszorg. Ook zal worden nagegaan in welke opzichten alternatieve theorieën als segmentatie, restratificatie en dissociatie verklaringen bieden voor de effecten van Routine Outcome Monitoring. De probleemstelling van dit onderzoek luidt daarom als volgt:

In welke opzichten biedt de deprofessionaliseringstheorie een houdbare verklaring voor de houding van professionele behandelaren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en hun verhouding ten opzichte van andere beroepsgroepen? In welke opzichten bieden de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese alternatieve of aanvullende verklaringen voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor professionele behandelaren?

In dit onderzoek is gekozen voor Routine Outcome Monitoring, omdat het een prestatie-instrument is dat er sterk op is gericht de effectiviteit van behandelingen in kaart te brengen en de economische doelen van een zorginstelling te verwezenlijken. Vanwege deze kenmerken kan Routine Outcome Monitoring geschaard worden onder het New Public Management.

Verder biedt Routine Outcome Monitoring een eenduidige onderzoekscasus, in tegenstelling tot zorgprogramma's en diagnose-behandelcombinaties (die ook onder de noemer van het New Public Management geschaard kunnen worden). Deze omvatten echter een vrij breed scala aan beleidstoepassingen en managementtechnieken. Routine Outcome Monitoring biedt daarentegen een duidelijk kader, met de meetinstrumenten als kernpunt. Zo kunnen de uitkomsten van dit onderzoek beter herleid worden. Ten tweede raakt Routine Outcome Monitoring continu en direct de uitvoeringspraktijk van professionals, de behandelaren in dit geval. De verantwoordelijkheid voor het afnemen en bespreken van de vragenlijsten ligt immers bij de behandelaren. Ten derde zet de discussie over Routine Outcome Monitoring zich onverminderd voort op instellings- en nationaal niveau en blijkt de naleving van het beleid vijf jaar na de introductie ervan op locaties in heel Nederland nog steeds moeizaam te verlopen (in tegenstelling tot de invoering van zorgprogramma's en Diagnose Behandel Combinaties). Ten vierde is de invoering van Routine Outcome Monitoring vergelijkbaar met andere bewegingen binnen de (geestelijke)

gezondheidszorg wereldwijd, op het gebied van het inzichtelijk en betaalbaar maken van zorg (Tummers, 2011).

Dit onderzoek is wetenschappelijk gezien interessant, omdat Routine Outcome Monitoring de mogelijkheid biedt om verschillende theoretische verklaringen uit de literatuur (de deprofessionaliseringsthese, de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese) binnen één setting te kunnen onderzoeken. Door de aanwezigheid van professionals (behandelaren), managers en semi-professionals (secretarissen, projectleiders, ICT-managers en applicatiebeheerders) die bij de implementatie en de uitvoering van het ROM-beleid betrokken zijn, kunnen al deze theorieën op hun houdbaarheid getoetst worden. Zij zeggen immers allemaal iets over de gevolgen van het New Public Management voor deze beroepsgroepen. Verder is dit onderzoek maatschappelijk gezien relevant, omdat het inzicht biedt in de werkprocessen van behandelteams binnen GGZ-instellingen. Met het in kaart brengen van de houdingen van actoren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en de betekenis voor de verhoudingen tussen beroepsgroepen, kan er voor instellingen een bijdrage geleverd worden aan het aan- en bijsturen van de behandelprocessen op team-, afdelings- en divisieniveau (Buwalda et al., 2012, p. 23).

Het belang van inzicht in werkprocessen van teams voor GGZ-instellingen wordt door Buwalda (2012, p. 54) benadrukt, omdat het kan helpen bij het uitvoeren van ROM-afspraken. Niet zozeer de hoeveelheid taken kan als een probleem ervaren worden, maar ook hoe er in een team mee wordt omgegaan (Buwalda, 2012, p. 35). De reacties van behandelaren op het ROM-beleid zijn doorslaggevend voor de werking van het instrument. Immers, de behandelaar of professional is een van de centrale figuren in de implementatie ervan (Buwalda et al., 2012, p. 32) en indien hij/zij niet mee wil werken en er bij te weinig patiënten gegevens worden verzameld, dan kunnen uitkomsten niet goed geïnterpreteerd worden.

1.2 Leeswijzer

In dit hoofdstuk heeft u kunnen lezen welke probleemstelling in dit onderzoek wordt behandeld en de aanleiding hiertoe. In hoofdstuk 2 zal het theoretisch kader worden gepresenteerd, waarbij de aandacht uit zal gaan naar de deprofessionaliseringsthese, de problematisering hiervan en de alternatieve verklaringen (segmentatiethese, restratificatiethese en dissociatiethese). In hoofdstuk 3 komt de methodologische verantwoording van dit onderzoek aan de orde. In hoofdstuk 4 wordt extra informatie verschaft over het onderwerp Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien wordt er een schets gegeven van de onderzochte instelling en haar werkprocessen. In hoofdstuk 5 worden de bevindingen uit dit onderzoek gepresenteerd en geanalyseerd. In hoofdstuk 6 wordt de conclusie gepresenteerd. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met een reflectie op het onderzoek en de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op professionalisme, de deprofessionaliseringstheorie en de problematisering ervan. Naar aanleiding van de problematisering van de deprofessionaliseringstheorie zullen drie andere theorieën worden uitgelicht: de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese. Zij hebben elk andere verwachtingen over de gevolgen voor de beroepsgroep van professionals en de manier waarop deze beroepsgroep zich verhoudt tot andere beroepsgroepen (zoals managers en semi-professionals) naar aanleiding van het New Public Management. Voor elke theorie zullen koppelingen worden gemaakt naar Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg. Daar zullen vervolgens verkennende hypothesen uit voortkomen.

2.1 Klassiek professionalisme

Alhoewel de grenzen van klassiek professionalisme niet altijd even eenduidig vast te stellen zijn (Larson, 1977), lijken verschillende conceptualisaties van professies en professionalisme toch naast elkaar te bestaan (Tummers, 2011). Larson (1977) onderscheidt drie dimensies die volgens hem regelmatig naar voren komen: de cognitieve dimensie (gekenmerkt door een hoeveelheid kennis en technieken die professionals toepassen in hun werk, waar bovendien training voor nodig is om het te beheersen), de normatieve dimensie (die de privilege van zelfregulering rechtvaardigt) en de evaluatieve dimensie (de professionele beroepsgroepen vergeleken met andere beroepen worden gekenmerkt door prestige en autonomie).

Ook vanuit andere benaderingen worden professionals van 'amateurs' en 'leken' onderscheiden, zoals bij de attributenbenadering en de machtsbenadering het geval is. De machtsbenadering gaat ervan uit dat professionals pogingen ondernemen om beroepscontrole te behouden door middel van politieke en sociale invloed (Raelin, 1989). De attributenbenadering gaat meer uit van specifieke kenmerken (attributen) die aan professionals toegeschreven kunnen worden, en die in meer of mindere mate kunnen voorkomen.

Kennisexpertise en kennismonopolie wordt doorgaans als een van de belangrijke kenmerken van een professionele beroepsgroep genoemd (Bezes et al., 2012; Haug, 1973; 1975; 1977, in Freidson, 1984; 1994; Noordegraaf, 2007; Raelin, 1989; Rothman, 1986). We zouden volgens Freidson (1986, p. 16) onderscheid kunnen maken tussen alledaagse, 'common sense'-kennis en gespecialiseerde kennis die gedeeld wordt door specifieke groepen of mensen. Kennis van professionals wordt doorgaans gezien als abstract (Larson, 1977).

Naast kennis spelen complexe *vaardigheden* ook een belangrijke rol voor professionals (Freidson, 1994; Larson, 1977; Rothman, 1986). Professies beschikken over speciale competenties, die de wortels hebben liggen in het esoterische kennisarsenaal (Larson, 1977). Professionals kunnen

volgens Freidson (1994, p. 16) gezien worden als een goed georganiseerde beroep waarbinnen leden een pad afleggen, waar ze een bepaalde beroepsidentiteit opbouwen en hun vaardigheden blijven uitoefenen ongeacht de institutie waarbinnen ze werken.

Ook zijn *zelfregulering* (Freidson, 1994, 2001; Noordegraaf, 2007) en *groepssolidariteit* (Rothman, 1986) vaak genoemde kenmerken. De beroepsgroep van professionals heeft controle over wie er toegang heeft tot de beroepsgroep (Freidson, 2001; Noordegraaf, 2007, Reed, 1996). Er vindt als het ware een identificatie plaats met de professie of met medeprofessionals door middel van formele structuren of externe referenties (Raelin, 1989). De groep van professionals onderscheidt zich door zelf te bepalen wie wel en wie niet geschikt is om hun beroep uit te voeren, om te voorkomen dat anderen ook zomaar hun taken zullen uitvoeren. Ook zijn de professionals in staat zelf de criteria om prestaties te beoordelen te controleren (Freidson, 2001). De professionele controle van de beroepsgroep kan functioneel, maar ook normatief en ethisch zijn (Noordegraaf, 2007).

Professionalisme wordt verder ook gekenmerkt door '*gecontroleerde inhoud*' (Noordegraaf, 2007). Hiermee wordt bedoeld dat de inhoud van het vak van de pure professional door de beroepsgroep wordt gecontroleerd. Professionals maken deel uit van een beroepsgroep, die professioneel werk vaststelt, definieert en controleert. Daarmee wordt als het ware een scheiding tussen een *ingroup* (de groep van professionals) en een *outgroup* (managers, leken, enzovoort) gecreëerd. Voor de groep pure professionals vinden doorgaans ook extra trainingen en conferenties plaats. Congressen en vakbladen worden ook gebruikt om kennis over te brengen en up-to-date te blijven. *Autonomie*, oftewel het hebben van vrijheid om met middelen problemen op te lossen, is bovendien een vaak voorkomend element dat wordt toegeschreven aan professionele beroepsgroepen (Bezès et al., 2012; Haug, 1973; 1975; 1977, in Freidson, 1984; 1994; Raelin, 1989).

Andere vaak voorkomende attributen van de klassieke professionele beroepsgroep zijn *toewijding* (de wil tonen om de gekozen discipline na te streven) en *ethiek* (diensten verlenen zonder dat men er persoonlijk betrokken bij raakt) en professionele *standaarden* (toewijding aan het bewaken van het gedrag van medeprofessionals) (Raelin, 1989).

2.2 Deprofessionaliseringsthese

De deprofessionaliseringsthese is vaak terug te vinden in de sociologische literatuur voor het bieden van verklaringen voor de effecten van het New Public Management. De deprofessionaliseringsthese houdt in dat essentiële kenmerken van professionals aan het verdwijnen zijn (Haug, in Freidson, 1984; 1994). Als gevolg van het verdwijnen van deze kenmerken zouden het prestige en de autoriteit van de professionele beroepsgroepen eroderen, ofwel: er vindt deprofessionalisering plaats (Haug, in: Freidson, 1984; 1994). Dit gebeurt onder

meer doordat kennis in de computer opgeslagen kan worden en toegankelijk is voor iedereen, de bevolking steeds beter opgeleid is en kritischer wordt en doordat er andere specialistische velden ontstaan die ook autoriteit claimen over een deel van de kennis en vaardigheden waar de gevestigde professionele groepen voorheen een monopolie over hadden (Freidson, 1984). Ook zou er afbreuk ontstaan in status en autonomie van professionals volgens Le Bianic (in Bezes, 2012), en bovendien in toewijding, identificatie, ethiek en standaarden (Raelin, 1989).

Deze stroming binnen de literatuur over deprofessionalisering lijkt zich te beperken tot een focus op de beroepsgroep van professionals. Een tweede stroming binnen de literatuur is te herkennen aan de koppeling tussen een afname van kenmerken van de beroepsgroep van professionals aan een nieuwe managementlaag die zich aan het vestigen is in de publieke sector, die bovendien een van de kenmerken is van het New Public Management (Bezes et al., 2012). Het New Public Management is in essentie een typisch orthodox, strategisch managementconcept (Diefenbach, 2009), dat tot deprofessionalisering van professionele beroepsgroepen en de professionalisering van managementfuncties zou leiden (Bezes et al., 2012; Raelin, 1989). Klassieke professionals worden in de huidige maatschappij 'vervolgd' (Farrel & Morris, 2003, in: Noordegraaf, 2007). Zij zijn gedwongen zich aan te passen aan sociale veranderingen, kapitalistische druk en een consumptiemaatschappij, die autonomie en een afgesloten (werk)sfeer lastig maken. Daarbij worden professionals gedwongen zich aan te passen aan allerlei organisatorische en bureaucratische realiteiten (Noordegraaf, 2007). Er vindt daarmee een daling plaats in het publieke vertrouwen en dit vormt een bedreiging voor de zelfregulering van de professionals (Chamberlain, 2012). De opkomende managementlaag (Diefenbach, 2009; Gooyert, 2011; Raelin, 1989) zou leiden tot een botsing van culturen (Raelin, 1989), omdat professionals en managers voor verschillende waarden staan (inhoudelijke waarden versus organisatie-waarden). Door de opkomst van de managementlaag en het verlies aan autoriteit van de professionals (die als belangenbehartiger van de kwaliteit van de dienstverlening kunnen worden beschouwd), zou er een *kloof* kunnen ontstaan tussen de managers en professionals (Noordegraaf, 2007, Diefenbach, 2009; De Gooyert, 2011).

Deelverklaringen

Geredeneerd vanuit de deprofessionaliseringsthese kan verwacht worden dat de kenmerken van de beroepsgroep van professionele behandelaren door Routine Outcome Monitoring (zoals autoriteit, kennisexpertise, autonomie en zelfregulering) verdwijnen. Bovendien ontstaat er een kloof tussen het management en de behandelaren, doordat de managementlaag erop toeziet dat de prestaties van behandelaren transparant en inzichtelijk worden gemaakt.

Verwacht kan worden dat de behandelaren afwijzend staan tegenover Routine Outcome Monitoring, omdat het hun status aantast. Het gebruik van de meetinstrumenten zullen ze dan ook

proberen te minimaliseren.

Naar verwachting zullen *managers* daarentegen wel positief staan tegenover Routine Outcome Monitoring, omdat het hen een mogelijkheid biedt tot een hogere status en meer inspraak (professionalisering). Meer inspraak kunnen zij bewerkstelligen door het ROM-beleid naar zich toe te trekken. Zij zullen naar verwachting ook de behandelaren aansporen de meetinstrumenten te gebruiken en hen daarop aansturen, omdat dit hun status als manager goed zou kunnen toekomen.

Over de groep van semi-professionals doet de deprofessionaliseringstheorie geen uitspraken, omdat de theorie uitgaat van slechts twee beroepsgroepen: die van de professionals en die van de managers.

2.3 Problematisering van de deprofessionaliseringstheorie

Ondanks dat er grotendeels overeenkomstige kenmerken aan professionals worden toegeschreven, is het niet altijd even duidelijk wie er wordt bedoeld met de 'professional' en de 'manager' (Freidson, 1994; Noordegraaf, 2008), en wordt er ten onrechte van uitgegaan dat professies volledig autonoom opereren, zeer prestigieus zijn en bestaan uit individuele ondernemers die in essentie kunnen doen wat zij willen (Freidson, 2001). Zo zou het argument dat professionals aan autonomie verliezen - doordat ze in grotere organisaties worden opgenomen - ongeldig zijn. In het verleden zouden ze namelijk in vele gevallen niet onafhankelijk werken, maar waren ze vaak juist al binnen organisaties werkzaam (Freidson, 1994). Ook vallen critici vaak over de empirische houdbaarheid van de theorie (Chamberlain, 2010; Freidson, 1977, 1983, 1984, 1994, 2001; Harisson en Ahmed, 2000). Volgens Freidson (1983; 1984) is het onmogelijk deprofessionalisering empirisch te verifiëren, aangezien het niet zeker is of auteurs over dezelfde inhoud praten. Ook zou de deprofessionaliseringstheorie niet de gehele professionele context dekken (Elston, 1991, in: Chamberlain, 2010). Ten slotte stellen critici dat de deprofessionaliseringstheorie vooral focust op externe factoren, zoals de groei van een steeds beter geïnformeerd publiek (Elston, 2004, in: Chamberlain, 2010), waardoor interne veranderingen in professionele beroepsgroepen (Stacey, 2000 en Davies, 2004, in: Chamberlain, 2010) ondermijnd worden.

De deprofessionaliseringstheorie kan ook geproblematiseerd worden vanwege die verschuivende betekenis van professionaliteit. Die verschuivende betekenis heeft een lange geschiedenis. De industriële revolutie en de groeiende politieke rechten van de middenklasse genereerden in de negentiende eeuw al een opkomst van meer professionele beroepsgroepen dan alleen artsen, advocaten en architecten (Larson, 1977). Sinds de opkomst van het New Public management, en de daarbij opkomende managementlaag, zijn er nog meer beroepsgroepen bijgekomen. Professions

kunnen eerder gezien worden als een historische en relationele categorie, in plaats van dat ze een vaste status hebben (Bezes et al., 2012). Bovendien is de omgeving van professionele dienstverleners veranderd en worden er andere eisen gesteld aan hun functioneren (Noordegraaf, 2008).

Ondanks dat de macht van managers over beslissingsruimte is toegenomen, vaak ten koste van de uitvoerende professionals, zou er ook *re-professionalisering* kunnen plaatsvinden (Duijvendak, 2006; p. 16). Er vinden namelijk tegelijkertijd (en paradoxaal genoeg) *evidence-based* ontwikkelingen plaats, die op uitkomst georiënteerd zijn. Quasi-, proto- of semi-professionals kunnen deze ontwikkelingen aangrijpen om zich te professionaliseren (Noordegraaf, 2007). Semi-professionals worden door Noordegraaf gezien als maatschappelijk werkers, thuiswerkers en verplegers. Zij bekleden een andere positie op de schaal van professionaliteit dan bijvoorbeeld advocaten of artsen, en ook kan dit per land verschillen (Noordegraaf, 2006, in: Duijvendak, 2006).

Gezien deze ontwikkelingen zou het te simpel zijn om te stellen dat de beroepsgroepen van professionals en managers recht tegenover elkaar komen te staan naar aanleiding van het New Public Management (Clarke en Newman, 1997; Duijvendak, 2006; Noordegraaf, 2007; Kletz, 2014). Met andere woorden: de complexiteit van de praktijk zou door de deprofessionaliseringstheorie te ver worden gereduceerd, door aan te nemen dat professionals en managers de enige twee relevante categorieën zijn die elkaar uitsluiten en die intern homogeen zijn.

De afgebakende autonomie van professionals zou in de hedendaagse samenleving niet zo eenvoudig vast te stellen zijn. Dit hoeft niet te betekenen dat de grenzen van die autonomie vervagen, maar eerder dat de grenzen tussen professionals en managers vager zijn dan de stereotypen omschrijven (Walker, 1977; Exworthy & Halford, 1999, Elliot; 1972, in Noordegraaf, 2007). Dit kan zich uiten in verschillende vormen van hybride professionalisme. Voorbeelden hiervan zijn *gesitueerd professionalisme* en *hybride professionalisme* (Noordegraaf, 2007).

Bij *gesitueerd professionalisme* is er sprake van een interactie tussen beroeps- en organisatiecontrole. De nadruk ligt daarbij op de inbedding van professionals in de organisatie. Door die inbedding zou de professionele controle beperkt worden (maar niet geëlimineerd).

Gesitueerd professionalisme (Noordegraaf, 2007) toont overeenkomsten met Kletz' (2014) onderscheid tussen vier typen beroepsgroepen binnen organisaties, op basis van hun niveau van kennisexpertise en de strategische waarde van hun activiteiten voor de organisatie. De *interne professional* wordt gekenmerkt door een hoog niveau van expertise en is een strategische waarde voor het bedrijf. De *geïntegreerde professionals* beschikken ook over een hoog niveau van expertise, maar ondersteunen daarmee niet altijd de kernactiviteit van de organisatie. Andere

beroepsgroepen worden gekenmerkt door het bekleden van een *interne functie* (zoals managers, projectmanagers en verkopers) of een *tijdelijke functie* (zoals seizoenswerkers of niet-gekwalificeerde werkers). Tussen deze groepen kunnen echter verschuivingen plaatsvinden, afhankelijk van waar de organisatie op dat moment om vraagt. De situatie kan bepalen of iemand expertise en kennis op dat moment een toegevoegde waarde is voor het bedrijf. Zodra de situatie erom vraagt, kunnen bijvoorbeeld de geïntegreerde professionals ingezet worden, waarmee er voor hen een verschuiving plaats vindt naar de groep van 'interne professionals', of de kennis van een manager kan afhankelijk van de situatie van grote toegevoegde waarde zijn.

Hybride professionalisme (Noordegraaf, 2007) gaat ervan uit dat het begrip 'professionalisme' relatief is aan tijd en ruimte. Wat onder professionalisme verstaan wordt, zou opnieuw geïnterpreteerd moeten worden; niet zozeer in de zin van een beschrijving van nieuwe kenmerken van professionals, maar eerder in navolging van het idee dat professionalisme een nieuwe manier is geworden om institutionele legitimiteit te verkrijgen, vergezeld door de opkomst van nieuwe sociale categorieën (zoals opkomende managers). Bij hybride professionalisme wordt niet alleen de nadruk gelegd op beroepscontrole (puur professionalisme) of organisatiecontrole (gesitueerd professionalisme), maar ook op reflexieve controle om de betekenisvolle banden tussen cliënten, werk en organisatie vast te stellen. Dit kan zich uiten in gemixt professionalisme, wat inhoudt dat managers en professionals verantwoordelijkheden en taken van elkaar overnemen. Een voorbeeld daarvan zijn *managing professionals*; professionals die managementtaken op zich nemen (Noordegraaf, 2008). Daarmee kunnen de gaten in de uitvoeringspraktijk tussen professionals en managers overbrugd worden en is er dus niet per definitie sprake van een directe tegenstelling, kloof of breuk tussen deze beroepsgroepen (Noordegraaf, 2008), iets wat wel wordt gesuggereerd door aanhangers van de deprofessionaliseringstheorie (Raelin, 1989, Rothman, 1986).

Het New Public Management kan ook leiden tot nieuwe vormen van professionalisme. De *organisatie professional*, de organisatiemanager die als professional in zijn vak gekenmerkt kan worden, is daar een voorbeeld van (Olivier, 2012, Evetts, in: Bezes et al., 2012). Deze professional bezit organisatie-specifieke kennis, maar hij heeft weinig mogelijkheden die kennis te beheersen, vanwege zijn afhankelijkheid van de organisatie. Ook kunnen beroepen zoals consultants en financiële adviseurs als een nieuwe groep van professionals worden gezien: de *entrepreneurial professional*, ook wel bekend als de 'kenniswerker' (Olivier, 2012). Deze type professional toont overeenkomsten met de '*expert professional*' (Brint, 1994, in Noordegraaf, 2007) en '*calculative entrepreneurs*' (Kuhlman en Saks, 2008). Deze professionals richten zich op vaardigheden en kennis, die hun een betere positie op de arbeidsmarkt bezorgen.

Gezien de vele hybride functies die zijn ontstaan met de invoering van het New Public Management, hoeft er niet altijd maar weerstand en botsing tussen de beroepsgroepen te zijn (Numerato, 2012), of per definitie kloven of breuken (Noordegraaf, 2008).

De hierboven genoemde kritieken openen deuren naar andere mogelijke ontwikkelingen voor professionele beroepsgroepen naar aanleiding van het New Public Management. Afgezien van hybridisering kunnen ook segmentatie binnen beroepsgroepen, restratificatie in de hiërarchische positie van beroepsgroepen en dissociatie (een gat tussen beleid en praktijk) overwogen worden (Bezes et al., 2012, p. 15-16). Deze alternatieve theorieën worden in de volgende paragrafen uitgelicht. Daarbij moet opgemerkt worden dat de termen *segmentatie*, *stratificatie* en *restratificatie* in de literatuur door elkaar gebruikt worden (Bezes et al., 2012, Chamberlain, 2012; Freidson 2001, McDonald, 2012). De ene keer wordt er verwezen naar veranderende verhoudingen *binnen* groepen en de andere keer weer naar veranderende verhoudingen *tussen* groepen, of verwarring komt voort uit het feit dat horizontale verschillen binnen beroepsgroepen ook een rol kunnen spelen. Om verwarring te voorkomen, is er in dit onderzoek voor gekozen een onderscheid te maken tussen veranderende verhoudingen *binnen* groepen (segmentatie, zowel verticaal als horizontaal) en de herschikking van verhoudingen *tussen* groepen (restratificatie).

2.4 De segmentatiethese

Volgens Freidson (1977, 1984, 1994) en Harrison en Ahmad (2000) zou de opkomst van controle-instrumenten leiden tot een reorganisatie *binnen* professionele beroepsgroepen.

Freidson (1977; 1983; 1984) benadrukt dat er geen sprake is van een consistente en omvattende bedreiging van de professionele geloofwaardigheid en autonomie. Integendeel, zo beweert hij, de basisinstituten van professionals, waarmee controle over training en praktijk uitgeoefend wordt, blijven intact. Alhoewel er meer bewustzijn is van de risico's, zou er een proces van *segmentatie* binnen beroepsgroepen plaatsvinden, hetgeen de privileges en macht van professionals juist ondersteunt (Chamberlain, 2010).

Volgens Freidson (1994, p. 142) moeten professionals elkaar nu formeel en soms zelfs publiekelijk beoordelen, waardoor ze vaker tegenover elkaar komen te staan. Hierdoor kan het vertrouwen in elkaars beslissingsruimte en goede bedoelingen dalen. Waar voorheen competentie, autoriteit, macht en het delen van dezelfde belangen als gewoon werden gezien, lijkt deze gelijkheid te verdwijnen. Volgens Freidson (1984) is de groei en de formalisering van dit soort relaties juist tot een open systeem van stratificatie gaan leiden binnen beroepsgroepen, waardoor de beroepsgroepen 'niet langer beschermd kunnen worden door de imago-reddende normen van de traditionele professionele etiquette'. De trend van het beoordelen van professionele collega's zou ertoe kunnen leiden dat er binnen de groep van professionals verschillende segmentaties ontstaan (Freidson, 1994).

Een *horizontale* segmentatie binnen de beroepsgroepen van professionals kan ontstaan aan de hand van de verdeling van taken, verantwoordelijkheden of specialismen (Freidson, 1977,1984; Normand, in Bezes et al., 2012, p. 29). Dit zou zich kunnen uiten als publieke professionals die gespecialiseerd zijn in verschillende takken, of professionals die op gelijke voet verschillende taken uitvoeren of bepaalde verantwoordelijkheden op zich nemen. Er kan ook van een horizontale verdeling gesproken worden tussen professionals en professionele managers (Noordegraaf, in: Duijvendak, 2006). De professionele managers zijn managers die in hun functie als professional gezien kunnen worden in hun gezamenlijke neoliberale aanval op de beroepsgroep van professionals (Noordegraaf, in: Duijvendak, 2006), omdat zij bijvoorbeeld extra bijscholingen volgen en beschikken over specifieke kennis (kenniswerkers). Of er daadwerkelijk sprake is van een professionalisering van de groep van managers en uitvoerder is overigens een punt van discussie (Noordegraaf, in: Duijvendak, 2006).

In het geval van een *verticale* segmentatie binnen een professionele beroepsgroep kunnen er een bovenlaag van 'elite-professionals' en een onderlaag of achterban van 'rank-and-file' uitvoerders ontstaan (Freidson, 1993, 1994; Le Bianic, in Bezes et al., 2012, p. 15). De elite-professionals zullen de implementatie van nieuwe instrumenten aangrijpen om de collectieve autonomie te behouden. Die administratieve elite van professionals (die optreden als bijvoorbeeld supervisor, manager, CEO of zelfs eigenaar), is gevormd om de prestaties van rank-and-file professionals te leiden en te evalueren (Freidson, 1984). De elite-professional toont daarmee overeenkomsten met de *strategische entrepreneur*, de professional die een managementfunctie op zich neemt en constant bezig is met managerialisme en marketing, om zo kansen te scheppen voor zichzelf (Kuhlmann en Saks, 2008, pp. 84-85). De bovenste laag van professionals zou zelfs het management kunnen koloniseren door de mogelijke effecten van controle instrumenten in te perken (Harrison en Ahmad, 2000). Professionele elites kunnen onder andere strenger toezien op *peer surveillance* (collega's die elkaar beoordelen) en controles uitvoeren op de rank-and-file professionals, om de collectieve privileges van de professionele beroepsgroep beter te bewaken. Ook kunnen professionele elites een sleutelrol spelen in het stellen van standaarden door middel van trainingen en het reguleren van hun vakgebied (Bruce, 2007, in: Chamberlain, 2010).

De rank-and-file professionals zijn de alledaagse professionals, die zich juist vasthouden aan hun traditionele taken oftewel het uitvoeren van inhoudelijk werk (Freidson, 1993, 1994). Volgens Tummers (2011) zijn de 'alledaagse' professionals anders dan de elite-professionals. Alhoewel elite-professionals invloeden kunnen uitoefenen op een strategisch niveau, wil dit niet zeggen dat de alledaagse professionals net zo bereid zijn om een beleidsprogramma te implementeren.

Le Bianic (in Bezes et al., 2012, p. 15) maakt een onderscheid tussen twee soorten aanhangers van de segmentatiethese. Enerzijds zijn er auteurs die elite-professionals omschrijven in de lijn van Freidson's gedachtegoed, namelijk als vertegenwoordigers van de groep van professionals die optreden om de autonomie van de groep te bewaken. Anderzijds benoemt Le Bianic (in Bezes et al., 2012, p. 15) de auteurs die dichterbij de deprofessionaliseringstheorie staan en die de elite-professionals zien samenwerken met overheidsactoren, wat een teken zou zijn van de verdwijning van professies op de lange termijn. Er zou in dat geval zowel sprake zijn van een segmentatie binnen een beroepsgroep als ook van deprofessionalisering: de professies zouden door de elite-professionals namelijk langzamerhand opgaan in de criteria zoals ze door de politieke autoriteiten zijn opgesteld. In dit laatste geval zouden de segmentatiethese en de deprofessionaliseringstheorie elkaar niet uitsluiten.

Echter, het is niet uitgesloten dat deze twee varianten niet door één deur zouden kunnen. Elite-professionals en managementlagen zullen in hun interacties hun eigen belangen kunnen nastreven, wat kan leiden tot een dynamische benadering van segmentatie. Elite-professionals zouden er immers voor kunnen kiezen een hogere positie in te nemen binnen hun beroepsgroep, zodat ze zich bezig kunnen houden met de uitvoering van beleid om de waarden en de autonomie van de beroepsgroep te bewaken. Tegelijkertijd kunnen overheidsactoren deze elite-professionals proberen te beïnvloeden. Dit kan een continue strijd opleveren met elite-professionals om de autonomie van de beroepsgroep van professionals.

Deelverklaringen

Met de invoering van Routine Outcome Monitoring ontstaat er volgens de segmentatiethese binnen de groep van professionals een onderscheid tussen een bovenlaag van 'elite-professionals' en een onderlaag van 'rank-and-file' professionals. De 'elite-professionals' zijn in de context van dit onderzoek de professionele behandelaren die zich bezighouden met het ontwerpen van het ROM-beleid of het implementatieproces van de meetinstrumenten (de managers Behandelzaken). Deze 'elite-behandelaren' zullen naar verwachting positief staan tegenover de ROM en promotiekansen en de kans op statusverhoging aangrijpen door zich actief bezig te houden met het ROM-beleid. Tegelijkertijd zullen zij hun achterban vertegenwoordigen. Door de kring van het management te 'koloniseren' zullen zij de effecten van meetinstrumenten op de behandelpraktijk van behandelaren proberen te minimaliseren. Hiermee kunnen ze de autonomie, privileges en macht voor hun beroepsgroep bewaken. De rank-and-file uitvoerders (behandelaren zonder speciale aanstellingen) zullen zich daarentegen niet bezig houden met het ROM-beleid. Verwacht wordt dat zij niet positief staan tegenover Routine Outcome Monitoring, op oude voet verder gaan en daarmee het gebruik van de vragenlijsten dus achterwege laten.

Naar aanleiding van de segmentatiethese kan ook verwacht worden dat er binnen beroepsgroepen *horizontale* segmentaties kunnen ontstaan. Op teamniveau nemen een inhoudelijke manager en een bedrijfsvoerende manager op gelijk niveau plaats in een duaal management. Zij behoren zich allebei bezig te houden met de implementatie en naleving van het ROM-beleid. Naar verwachting zullen de inhoudelijke managers echter afwijzend tegenover Routine Outcome Monitoring staan, omdat ze de belangen van de beroepsgroep zullen willen waarborgen. De bedrijfsvoerende managers zullen naar verwachting Routine Outcome Monitoring naar zich toe proberen toe te trekken, omdat zij achter de belangen van de organisatie staan. Hiermee zal een horizontale segmentatie verwacht kunnen worden binnen de beroepsgroep van managers.

Te verwachten is dat er een continue strijd plaatsvindt tussen elite-professionals die de autonomie van de professionele beroepsgroep zullen bewaken en de managementlaag die zal proberen om de elite-professional naar zich toe te trekken, via een inspraak in de organisatieprocessen.

Deze theorie doet geen uitspraak over semi-professionals.

2.5 De restratificatiethese

Le Bianic (in Bezes et al., 2012) verstaat onder restratificatie een herdefiniëring van hiërarchieën van beroepsgroepen die in hetzelfde domein opereren. Professionele groepen zouden strijden over de controle van nieuwe jurisdicties, oftewel nieuwe vormen van inspraak. Semi-professionals claimen een stukje autoriteit en betwisten de controle over een deel van de formele kennis en vaardigheden waar gevestigde professies voorheen het monopolie op hadden (Freidson, 1977; 1983; 1984).

Het New Public Management heeft nieuwe mogelijkheden gecreëerd voor bepaalde professionals of semi-professionals om erkenning te krijgen. Op deze manier kunnen zij de kans aangrijpen zich te bevrijden van de dominantie van andere professies, door prestigieuzere functies in het middenmanagement te bekleden (Le Bianic, in: Bezet et al., 2012). Ook Noordegraaf (2007) beschrijft de opkomst van quasi- proto- of semi-professionals als gevolg van de introductie van evidence-based werken en het belang dat aan uitkomsten wordt gehecht. Chamberlain (2010) ziet in de gezondheidszorg ook een algeheel proces van restratificatie plaatsvinden. In plaats van dat de macht van artsen vermindert, verandert het institutionele landschap waarin zij opereren. Verschillende beroepsgroepen komen op een andere manier tegenover elkaar te staan: er is sprake van een verschuiving van hiërarchische verhoudingen tussen professionals, semi-professionals en managers. Deze veranderingen zouden ook kunnen bijdragen aan de herdefiniëring van hiërarchische communicatielijnen tussen segmenten binnen hetzelfde beroep (Castel en Merle, 2002, in: Bezes et al., 2012; Numerato, 2012).

Een andere manier van herdefiniëring in hiërarchieën wordt geuit door onder andere Sousa et al. (2010). In Sousa's onderzoek (2012) blijkt dat ook managers kunnen bemiddelen tussen de administratieve controle van de organisatie en de speelruimte die onderzoekers (professionals) nodig hebben om hun werk uit te voeren. Zodoende kan het zijn dat sommige managers opereren als bemiddelaars (*mediators*). Ook kunnen er buffers gecreëerd worden om de professionals tegen ongewenste eisen van het management te beschermen, ook wel *boundary management* genoemd (Sousa et al., 2010). Dit concept is gebaseerd op het onderzoek over onderzoeksmanagers die onderzoekers zouden beschermen tegen pogingen van de organisatie om te reguleren en te controleren. Volgens dit concept hebben managers een bemiddelende functie tussen enerzijds de organisatie en haar administratieve eisen en anderzijds de professionals en hun vakgebied. Naast *mediation*- en *boundary management* zijn er ook andere mogelijkheden, zoals het samenvoegen van taken in de vorm van hybride professionalisme (Noordegraaf, 2007) en strategische aanpassingen (Kletz, 2014; Noordegraaf, 2007) van invloed op de praktijksituatie. Ook kunnen de grenzen van categorieën vervagen, of er kunnen nieuwe categorieën ontstaan in de dans om de macht. Dit laat zien dat een verschuiving in de hiërarchie van beroepsgroepen niet alleen hoeft te betekenen dat beroepsgroepen elkaars plek innemen, maar dat ze ook naast elkaar kunnen bestaan.

Deelverklaringen

Uitgaande van de restratificatiethese zal de invoering van Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg ertoe leiden dat de beroepsgroepen van professionele behandelaren, managers en semi-professionals (secretariaten en ondersteunende diensten) zich op een andere manier tot elkaar verhouden; ofwel in een nieuwe hiërarchie, ofwel naast elkaar. De oude hiërarchie zal desalniettemin verleden tijd zijn, zo luidt de verwachting.

Zowel managers als semi-professionals zullen naar verwachting positief zijn over Routine Outcome Monitoring en zich optrekken aan de invoering van de verplichte meetinstrumenten, omdat ROM nieuwe gelegenheden biedt om te emanciperen en zich als groep te herpositioneren (Numerato, 2012, p. 637). Ondertussen zullen professionals aan status inboeten, omdat andere beroepsgroepen Routine Outcome Monitoring zullen aangrijpen om een hogere positie in de hiërarchie te verkrijgen. Om deze reden kan verwacht worden dat zij niet positief zullen staan tegenover de invoering van Routine Outcome Monitoring en weerstand zullen bieden bij het implementeren ervan.

Alhoewel semi-professionals in het kader van hiërarchie binnen professies lager in rang staan (vanwege kortere scholing, minder gespecialiseerde kennis en minder autonomie (Noordegraaf, in: Duyvendak, 2006), zou er ook een hiërarchisch onderscheid gemaakt kunnen worden tussen professionele behandelaren onderling. Echter, in de context van dit onderzoek zal geen

hiërarchisch onderscheid gemaakt worden tussen verschillende typen professionals (psychiaters, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen), aangezien het verschil in professionaliteit marginaal is.

2.6 De dissociatiethese

Volgens de dissociatiethese bestaat er een gat tussen instrumenten enerzijds en de uitvoeringspraktijk en professionele houdingen anderzijds (Dent et al., 2004, in Bezes et al., 2012, p. 16). Dat 'gat' wordt door de Vries en Van Tuijl (2006) omschreven als een spanningsveld, dat ontstaat tussen de publieke functie en de marktgerichte zorg-onderneming, waarbij de professionele dienstverlener enerzijds op een verantwoorde wijze zijn vak wil uitoefenen, 'conform de state-of-the-art richtlijnen van hun eigen beroepsgroep', en anderzijds moet hij rekening houden met de klantvraag en de bijdrage aan doelmatigheid (de Vries & van Tuijl, 2006).

Professionals zijn in staat om bedrijfskundige instrumenten zodanig aan te passen dat ze hun professionele waarden waarborgen (De Gooyert, 2011), via het creëren van eigen regels en protocollen of door de implementatie actief te beïnvloeden (Numerato et al., 2011). Dent et al. (2004) meent dat 'alhoewel veel professionals uit de publieke sector het New Public Management zien als een bedreiging voor hun professionele autonomie en autoriteit, ze de implementatie – van in dit geval ROM – niet openlijk kunnen veroordelen, gezien de claim dat het hun diensten aan de cliënten zal verbeteren'. Ze zullen proberen om professionele autonomie op andere manieren te waarborgen en pogingen ondernemen opnieuw controle te krijgen over de organisatie en het verlenen van diensten. Dat kan volgens Dent et al. (2004) op drie manieren gedaan worden.

Ten eerste kan er sprake zijn van *ontkoppeling*. Professionals zullen volgens deze invalshoek proberen de impact van ROM op het werk te minimaliseren door de meetinstrumenten te behandelen als een formele vereiste, die weinig praktisch belang heeft voor het werk dat professionals uitvoeren (Meyer & Rowan, 1991). In deze betekenis zou er sprake zijn van een ceremoniële conformiteit van een behandelaar, die ondertussen echter op oude voet verder gaat.

Een tweede manier voor professionals om de autonomie te waarborgen is het claimen van het hebben van recht op de verantwoordelijkheid voor de activiteiten (*kolonisatie*). Daarbij kunnen ze het gebruik van meetinstrumenten koloniseren. Hiermee zouden ze metingen voor succes en falen kunnen beïnvloeden, om zo hun verantwoordelijkheid over hun inhoudelijke werk proberen te behouden. *Reconfiguratie*, een derde manier om de autonomie te bewaken, is een combinatie van ontkoppeling en kolonisatie (Dent et al., 2004)

Ook Numerato (2012) maakt een onderscheid tussen verschillende soorten reacties van professionals op de invoering van meetinstrumenten. Een van de manieren is het onderhandelen over de protocollen en richtlijnen en het opnieuw interpreteren van de regels. Om dit doel te

bereiken zouden professionals eigen regels kunnen ontwikkelen of anders actief de implementatie beïnvloeden. Een andere manier van omgaan met meetinstrumenten is volgens Numerato (2012) een selectieve toepassing van meetinstrumenten en deze aan te passen zodat het hun professionele autonomie ondersteunt. Op deze manier conformeren professionals eerder op een selectieve en ceremoniële manier dan op een substantiële manier aan het management (Numerato, 2012).

De waarden waar professionals voor staan kunnen volgens Freidson (2001) afgezet worden tegen de waarden van de markt en de bureaucratie. De professional, die staat voor 'dienstbaarheid en meesterschap: het zo goed mogelijk beheersen van het vak, samenwerking, maatwerk, autonomie' (Tonkens, 2008, in: De Goyert, 2011), verschilt van de waarden van de markt (lage prijzen, efficiëntie, keuzevrijheid, klantvriendelijkheid, machts gelijkheid, concurrentie) en die van de bureaucratie (zorgvuldigheid, controleerbaarheid, voorspelbaarheid, rechtsgelijkheid) (De Gooyert, 2011).

Deelverklaringen

Volgens de dissociatiethese zal er een discrepantie zijn tussen professionele overtuiging en het gebruik van de ROM-meetinstrumenten in de praktijk (*ontkoppeling*). De behandelaar zou in dat geval kritiek kunnen leveren op bijvoorbeeld de validiteit van een vragenlijst, maar zich ondertussen verder niet bemoeien met het zorgproces op een locatie of binnen een instelling.

De vrees voor *kolonisatie* komt aan bod in 'Van Meten naar Weten' (van Hees, van der Vlist en Mulder, 2011) als 'gaming', ofwel 'het zodanig bespelen van de ROM-data dat men goede uitkomsten krijgt'. Dit zou dan met name kunnen voorkomen bij de lijsten die door de behandelaar ingevuld behoort te worden, wat van toepassing is in enkele zorgdomeinen. De locaties binnen dit onderzoek maken echter geen gebruik van deze vragenlijsten. Desalniettemin kan het voorkomen dat een patiënt hulp krijgt van een behandelaar als hij of zij problemen heeft bij het invullen van de lijst (of hulp van het secretariaat). Een andere vorm van het manipuleren van de vragenlijst kan zijn dat de datum van afname aangepast wordt, om de vragenlijst toch nog mee te mogen laten tellen met de percentages.

Behandelaren zullen naar verwachting Routine Outcome Monitoring *niet* omarmen, omdat het niet strookt met hun professionele overtuigingen. Er kan verwacht worden dat behandelaren Routine Outcome Monitoring wel officieel zullen accepteren, maar ondertussen manieren zullen ontwikkelen om de impact van meetinstrumenten proberen te minimaliseren of het gebruik ervan naar eigen hand te zetten (kolonisatie). Op deze manier zullen ze de positie van de professionele beroepsgroep blijven bewaken.

Deze verwachte weerstand ten aanzien van Routine Outcome Monitoring staat in contrast met wat het management voor de organisatie wil bereiken. Te verwachten is dat het management zal proberen het ROM-beleid te implementeren, zodat de organisatie aan de eisen van de zorgverzekeraars zal voldoen. De continue wisselwerking tussen professionals die weerstand bieden en managers die proberen het ROM-beleid te implementeren in de organisatie, zal ertoe leiden dat de bestaande verhoudingen tussen groepen *niet* zullen veranderen. Professionele behandelaren zullen immers continu manieren zoeken om het gebruik van vragenlijsten in de praktijk te omzeilen.

2.6 Samenvatting

In de literatuur zijn sterk uiteenlopende standpunten te vinden over de mogelijke effecten van het New Public Management, en daarmee ook Routine Outcome Monitoring. Het vertrekpunt van dit onderzoek is de deprofessionaliseringstheorie, die stelt dat de professionele beroepsgroepen vanwege het verplichte gebruik van ROM aan status en autonomie zullen inboeten, omdat ze daarmee minder zeggenschap hebben over hun werk. Alhoewel deze theorie een lange tijd als vanzelfsprekend is gezien, lopen de standpunten in de literatuur over de effecten van het New Public Management uiteen. Op enkele punten tonen deze theorieën overeenkomsten, maar ze zijn ook deels tegenstrijdig en dekken de context van dit onderzoek vanuit verschillende hoeken. Zoals eerder genoemd biedt Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg een strategische casus, omdat de vier theorieën tegelijkertijd getoetst kunnen worden in hetzelfde kader. Bovendien kan er zo ook gekeken worden naar hoe zij zich tot elkaar verhouden.

Theorie:		Professional (behandelaren)	Management	Semi-professional (secretariaat & ICT)
Deprofessionalisering	Houding	Negatief Bewaken kenmerken beroepsgroep professionals	Positief Omarmen ROM om te professionaliseren	
	Gebruik	Weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM	
	Verhouding	Afname status, autonomie en zelf- regulering Kloof met management door botsing culturen	Kloof met professionals door botsing culturen	
Segmentatie	Houding	Elite-behandelaren zien ROM als strategie om beroepsgroep professionals te beschermen Rank-and-file professionals houden zich vast aan traditionele taken.	Managers Behandelzaken (elite professionals) negatief, vertegenwoordigen professionele waarden Managers Bedrijfsvoering positief, vertegenwoordigen de organisatiewaarden.	
	Gebruik	Elite-behandelaren houden zich bezig met het ROM-beleid. Rank-and-file professionals op oude voet verder	Managers Behandelzaken (elite professionals) strijden voor professionele beroepsgroep, managers Bedrijfsvoering volgen eisen van de organisatie op	
	Verhouding	1) Verticale segmentatie tussen elite-behandelaren en rank-and- file-behandelaren door ROM 2) Geen veranderingen in verhoudingen met beroepsgroep van managers door continue wisselwerking.	1) Verticale segmentatie binnen het management. Horizontale segmentatie binnen het duaal management 2) Geen veranderingen in verhoudingen met andere beroepsgroepen door continue wisselwerking	
Restratificatie	Houding	Negatief	Positief	Positief
	Gebruik	Weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM	Aangrijpen ROM om te professionaliseren & mediation of boundary management
	Verhouding	Verlies status in hiërarchie	Verhoging status in hiërarchie	Verhoging status in hiërarchie
Dissociatie	Houding	Zien ROM als formele vereiste (ontkoppeling), vertegenwoordigen waarden van de professionele beroepsgroep	Zien ROM als positief voor de organisatie, vertegenwoordigen waarden van de organisatie	
	Gebruik	Omzeilen of manipuleren meetinstrumenten (kolonisatie)	Implementatie en aansturing	
	Verhouding	Geen veranderingen verhoudingen door continue wisselwerking	Geen veranderingen in verhoudingen door continue wisselwerking	

Figuur 1: schematische weergave van de theorieën en bijbehorende verkennende hypothesen

3. METHODEN

In dit hoofdstuk wordt toegelicht waarom voor de desbetreffende onderzoeksstrategie is gekozen en welke methoden en technieken zijn toegepast. Ook wordt er aandacht besteed aan de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt er ingegaan op de dataverzameling, de data-analyse en ten slotte de kwaliteit van het onderzoek.

3.1 Verantwoording van de onderzoeksstrategie

Het doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre de deprofessionaliseringstheorie houdbaar is in de geestelijke gezondheidszorg. Door aandacht te besteden aan de drie elementen van de houding van professionals bij Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de uitvoeringspraktijk en veranderende verhoudingen tussen professionals en andere beroepsgroepen naar aanleiding van de invoering van Routine Outcome Monitoring, hoop ik meer inzicht te kunnen geven in welke opzichten de deprofessionaliseringstheorie houdbare verklaringen biedt. Hiermee komen de kenmerken die het vaakst worden toegeschreven aan professionals aan de orde: status, autonomie, zelfregulering, expertise en toewijding (Raelin, 1989; Rothman, 1986). Wanneer er in de literatuur over de gevolgen van het New Public Management wordt gesproken, is het vaak de deprofessionaliseringstheorie die wordt aangehaald, of anderszins wordt er meestal maar één theorie getoetst. Het belang van dit onderzoek is vier verschillende theorieën te onderzoeken op hun houdbaarheid binnen de context van Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg en hoe zij zich tot elkaar verhouden in deze context. Hiermee kunnen de verschillende, deels tegenstrijdige verklaringen voor de effecten van het New Public Management uitgediept worden, en kan er bovendien beoordeeld worden in hoeverre de deprofessionaliseringstheorie alle hoeken uit de context dekt.

3.2 Interviews

Binnen de GGZ kennen verschillende beroepsgroepen hun verantwoordelijkheden voor de invoering van ROM: voor de invoering en implementatie van ROM is het *management* verantwoordelijk (manager Bedrijfsvoering en de manager Behandelzaken). De *projectgroep ROM* (directies Bedrijfsvoering en Behandelzaken en de projectleider ROM) is verantwoordelijk voor goede informatievoorziening en ondersteuning in het werkveld. De *secretariaten* en *ICT* vormen een ondersteuning in het administratieve en zorg-logistieke proces. De *behandelaren* zijn eindverantwoordelijk voor de afnamen van de vragenlijsten en het gebruik van resultaten als onderdeel van het behandelproces. Bij het bestuderen van de professionele beroepsgroepen worden behandelaren van verschillende disciplines in ogenschouw genomen.

Om een zo goed mogelijk overzicht te creëren van de processen die plaatsvinden binnen de

onderzochte GGZ-instelling naar aanleiding van Routine Outcome Monitoring, is ervoor gekozen om mensen te interviewen die in deze vier groepen geplaatst kunnen worden. De theoretische invalshoeken die in dit onderzoek getoetst worden (deprofessionaliseringstheorie, de segmentatietheorie, de restratificatietheorie en de dissociatietheorie), verwachten elk verschillende effecten voor deze beroepsgroepen. Door de beroepsgroepen van professionals, managers en semi-professionals erbij te betrekken kan gekeken worden hoe verschillen tussen deze beroepsgroepen tot uitdrukking komen.

Selectieprocedure en respons

In het kader van dit onderzoek zijn twee teams van behandelaren, elk actief op een andere locatie binnen de GGZ-instelling, onderzocht. Er is voor gekozen om twee teams te onderzoeken, omdat dit een vollediger beeld schetst van de toepassing van het ROM-beleid binnen de instelling dan wanneer slechts één team onder de loep genomen wordt. Afgezien van verschillende werkprocessen op gebied van Routine Outcome Monitoring, zijn de twee teams wel vergelijkbaar aan de hand van de kwaliteitseisen waaraan ze behoren te voldoen, aangezien ze in dezelfde instelling opereren. Ook volgen ze dezelfde regels en protocollen op gebied van zorgprogramma's en Diagnose Behandel Combinaties. Daarnaast zijn beiden locaties gespecialiseerd in het segment kortdurende behandelingen voor volwassenen (Volwassenen Kort) en behalen ze vergelijkbare percentages voor- en eindmetingen. Op beide locaties wordt Routine Outcome Monitoring echter op verschillende manieren in het werkproces ingebed (zie hoofdstuk 4). Omdat team A aangestuurd wordt op de inhoudelijke meerwaarde van Routine Outcome Monitoring, en team B meer op de gehaalde percentages ROM-metingen, is het interessant om te kijken wat dit betekent voor de behandelaren (professionals) op gebied van houding ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en de verhoudingen ten opzichte van andere beroepsgroepen.

De onderzochte GGZ-instelling is onderverdeeld in twee Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). De locaties van behandelteam A en B vallen in een andere Resultaat Verantwoordelijke Eenheid. De Resultaat Verantwoordelijke Eenheid van behandelteam A scoort eind 2013 22% op het totaal aantal begin- en eindmetingen, behandelteam A zelf 57%. De Resultaat verantwoordelijke Eenheid van behandelteam B scoort 48% op het totaal aantal begin- en eindmetingen, behandelteam B zelf 56%. Het landelijke gemiddelde ligt op 25%.

De behandelteams presteren dus bovengemiddeld. Binnen de instelling en binnen Nederland zijn fluctuaties in de cijfers echter niet ongewoon en verschillen prestaties ook per zorgdomein.

De projectleider ROM heeft de twee teams uit een totaal van zeventien geselecteerd. Hierbij heeft zij gekeken naar de manier waarop de teams Routine Outcome Monitoring in hun werkprocessen hebben ingebed. De twee teams wijken op dat punt namelijk van elkaar af: in team A wordt door

het duaal management zo veel mogelijk op de inhoudelijke meerwaarde van Routine Outcome Monitoring gestuurd en in team B wordt op de behaalde percentages gestuurd. Door verschillende werkprocessen mee te nemen in het onderzoek kan er een breder beeld geschetst worden van hoe de vier theorieën uit het theoretisch kader zich tot elkaar verhouden. Daarnaast heeft de projectleider ROM gekeken naar de drukte op de locaties omtrent aanpassingen in andere werkprocessen. De kans om behandelaren te spreken was daarmee groter.

Bijna alle behandelaren van beide teams zijn gesproken. In behandelteam A zijn twee psychiaters actief, maar die zijn niet gesproken. Gemiddeld gezien zijn zij slechts drie ochtenden in de maand op de locatie van het onderzochte behandelteam. Doorgaans zijn hun patiënten bij een collega van een andere discipline onder behandeling. Het kan wel voorkomen dat een psychiater bij een patiënt de verantwoordelijkheid voor de afnamen van de vragenlijsten draagt. Aangezien hun bijdrage in dit team minimaal is, en Routine Outcome Monitoring ook maar een klein onderdeel is van hun werkproces, is ervoor gekozen om de psychiaters niet te interviewen en het onderzoek meer te richten op de behandelaren die altijd met Routine Outcome Monitoring te maken hebben. Uit behandelteam B is één GZ-psycholoog niet gesproken, in verband met afwezigheid.

Elke behandelaar die via het secretariaat is gevraagd om mee te werken aan een interview, heeft daarmee ingestemd. Het inplannen van de afspraken met alle geïnterviewde behandelaren is gedaan via het secretariaat en op basis van de beschikbaarheid in de agenda's op dat moment. Gemiddeld zaten er twee dagen tot enkele weken tussen de interviews, die in clusters van twee of drie werden afgenomen. In totaal zijn er 16 behandelaren geïnterviewd, waarvan er twee ook manager Behandelzaken zijn:

TEAM A

Klinisch psycholoog (manager Behandelzaken)
GZ-psycholoog & psychotherapeut
GZ-psycholoog
GZ-psycholoog
Basis psycholoog
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

TEAM B

Psychiater (manager Behandelzaken)
Psychiater
Psychiater
GZ-psycholoog
GZ-psycholoog
GZ-psycholoog/ psychotherapeut
Systeempycholoog
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

Aanvullende interviews zijn gehouden managers (twee managers Bedrijfsvoering, een manager van de secretariaten en een projectleider-ROM) en met 'semi-professionals': de applicatiebeheerder (werkzaam op de ICT-afdeling) en met de secretariaten van beide locaties. De keuze om secretaresses en ICT-medewerkers in het onderzoek te betrekken als semi-

professionals ligt in eerste instantie wellicht niet erg voor de hand, maar de restratificatiethese biedt een brede interpretatie en bovendien zijn deze medewerkers in de praktijk actief betrokken bij Routine Outcome Monitoring, vanwege de nauwe samenwerking en de continue communicatie met management en professionals.

De topic-lijsten zijn toegespitst op de functie van de desbetreffende geïnterviewde (behandelaren, managers, projectgroep ROM en secretariaten). Door personen uit alle beroepsgroepen te interviewen kan er een koppeling gemaakt worden met de theorieën, die namelijk verwachtingen hebben omtrent effecten voor verschillende beroepsgroepen.

3.3 Dataverzameling

De interviews met zowel de behandelaren als de managers en secretaresses waren semi-gestructureerd. Dat wil zeggen dat er enkele handvaten zijn gebruikt naar aanleiding van het theoretisch kader, dat de basis vormt van de centrale vraagstelling. Deze handvaten (topics) gaven een richting en een kader aan de interviews. De volgende topics werden gehanteerd:

- Intro (voorstellen, omschrijving van de functie)
- Omschrijven van de toepassing van Routine Outcome Monitoring in de praktijk
- Mening over Routine Outcome Monitoring
- Mening over van benchmarken
- Mening over hoe Routine Outcome Monitoring plaats neemt in het werkproces
- Ervaren van aansturing van het team en individu op Routine Outcome Monitoring
- Ervaren van veranderingen tijdens en sinds de implementatie van Routine Outcome Monitoring
- Wat men graag anders zou willen zien aan Routine Outcome Monitoring

Met deze topiclijst is ingegaan op de drie elementen die centraal staan in dit onderzoek: houdingen ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en de gevolgen voor verhoudingen met andere beroepsgroepen.

Verloop en duur van de interviews

De geïnterviewden zijn met name aan het woord gelaten, mits het onderwerp op de topics bleef aansluiten. Tijdens de interviews is ingegaan op de antwoorden die gegeven werden en ondertussen werd rekening gehouden met verschillende mogelijke verklaringen die het theoretisch kader biedt (deprofessionalisering, segmentatie, restratificatie en dissociatie).

Doorgaans gaven behandelaren korte antwoorden. Zij hielden doorgaans de tijd in de gaten in verband met hun volgende afspraken. Ondanks dat behandelaren zich soms negatief uitten over de inname van een stuk behandel tijd, werkte iedereen goed mee aan het beantwoorden van de vragen. Vanwege het feit dat de interviews met behandelaren niet declarabel waren als behandel tijd, zag de instelling erop toe dat interviews niet langer dan 30 minuten zouden duren.

De duur van de interviews met de behandelaren kwam gemiddeld tussen de 30 en de 45 minuten te liggen. Uitloop was bijna niet mogelijk, aangezien de behandelaren na de gesprekken weer volgende afspraken met patiënten hadden staan.

Interviews met managers Bedrijfsvoering en secretaresses duurden doorgaans langer. Het gesprek met de manager Bedrijfsvoering van Team A duurde 30 minuten, het gesprek met de secretaresse van Team B 50 minuten. De manager Bedrijfsvoering van Team B is 70 minuten geïnterviewd en de secretaresse van Team B 90 minuten.

Achtergrondinformatie

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat zich momenteel afspeelt binnen de geestelijke gezondheidszorg omtrent Routine Outcome Monitoring, zijn voorafgaand aan en tijdens het onderzoek oriënterende interviews gehouden met een freelancer die zich bezig houdt met de implementatie van Routine Outcome Monitoring in GGZ-instellingen in heel Nederland, een lid van de wetenschappelijke raad van Stichting Benchmark GGZ, een onderzoeker op gebied van Routine Outcome Monitoring (die daarnaast teamleider binnen een GGZ-instelling is), de directeur Financiën en de projectleider ROM van de onderzochte instelling.

Met deze gesprekken is belangrijke informatie verzameld over onder andere de totstandkoming van Routine Outcome Monitoring, de uitvoering van het beleid, de overeenkomsten met zorgverzekeraars, de organisatiestructuur van de onderzochte GGZ-instelling en de discussies die plaatsvinden op nationaal niveau. Met deze informatie is de complexe context waarin Routine Outcome Monitoring zich afspeelt beter te begrijpen, evenals de vaktaal die doorgaans gebruikt wordt.

Problemen bij de dataverzameling

Tijdens de dataverzameling zijn geen specifieke problemen opgetreden. De duur van de interviews met behandelaren (maximaal 30 tot 45 minuten) was soms wel aan de korte kant. Echter, de behandelaren gaven doorgaans duidelijke, beknopte antwoorden op de gestelde vragen. Aangezien ook meerdere behandelaren werden geïnterviewd, kwamen veel dezelfde antwoorden naar voren en leverde de data op een gegeven moment geen nieuwe inzichten of nieuwe informatie op.

3.4 Analyse van de data

Tijdens het afnemen van de interviews is rekening gehouden met de concepten uit het theoretische kader en de daarmee samenhangende indicatoren. Bij de data-analyse is gekeken in hoeverre deze zijn teruggekomen en welke betekenis hieraan ontleend kan worden.

Na de dataverzameling zijn de interviews anoniem uitgewerkt en gecodeerd aan de hand van

trefwoorden, die terugslaan op de vier theorieën en de daarin terugkomende elementen (figuur 2). Termen uit het codeerschema werden echter niet altijd letterlijk gebruikt door de geïnterviewden, of er werd wel eens beeldspraak gebruikt. Daarom is ook gekeken naar gespreksonderwerpen die terugslaan op de indicatoren uit het schema, en zijn deze in eerste instantie gecategoriseerd per subthema. Vervolgens is er gekeken bij welke theorie aansluiting gevonden kon worden. Er is voor deze methode gekozen om de verzamelde data beter te kunnen overzien en overeenkomsten, verschillen en verbanden te achterhalen.

Omwille van een omzichtige omgang met specifieke informatie van de onderzochte instelling en de wens van deze instelling om het merendeel van de gegevens zodanig te omschrijven dat de herkomst niet herleidbaar is, en het beschermen van persoonsgegevens, is ervoor gekozen de instelling en de geïnterviewde personen te anonimiseren.

Theorie	Subthema	Indicatoren
Deprofessionalisering	Houding	verzet, weerstand
	Gebruik	tegenwerken, impact ROM minimaliseren
	Verhouding	kloof, bemoeienis, conflict, verlies status
Segmentatie	Houding	omarmen, koloniseren management
	Gebruik	ontwikkeling ROM, implementatie ROM
Restratificatie	Verhouding	bovenlaag, onderlaag, duaal management, elite professionals, rank-file professionals
	Houding	weerstand, strijd, tegenstellingen beroepsgroepen
	Gebruik	implementatie, bemoeienis
Dissociatie	Verhouding	verandering hiërarchie, positie, macht, taakverdeling, verantwoordelijkheden, conflict, mediation, boundary management, ondersteuning, samenwerking
	Houding	ontkoppeling, formele vereiste, tweestrijd, dilemma, waarden
	Gebruik	kolonisatie, manipulatie, foefjes, aanpassen, fraude, toepassing, gebruik, afname, minimaliseren impact ROM
	Verhouding	continue strijd

Figuur 2: Het codeerschema

4. BESCHRIJVING VAN DE CASUS

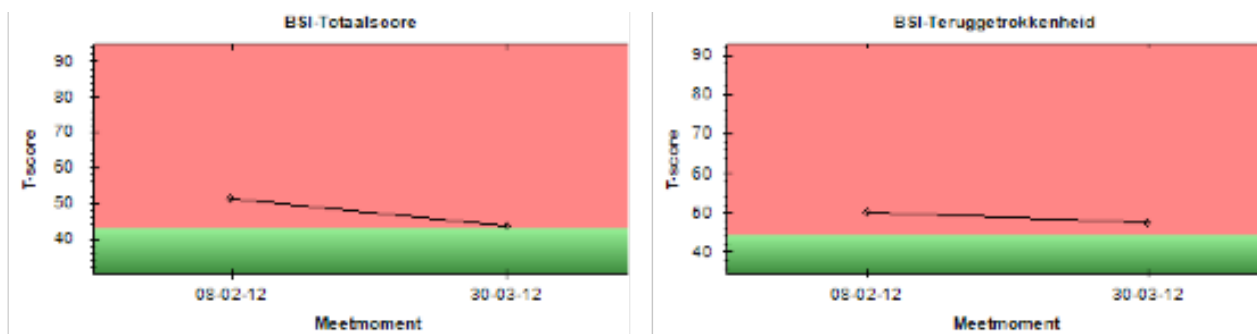
Zoals beschreven in de inleiding richt dit onderzoek zich op in welke opzichten de deprofessionaliserings-these verklaringen biedt voor de gevolgen van het gebruik van Routine Outcome Monitoring voor professionele beroepsgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Omdat Routine Outcome Monitoring een vrij complex onderwerp is, is het nuttig wat achtergrondinformatie te bespreken omtrent dit onderwerp, zodat duidelijker is waar beroepsgroepen mee te maken hebben. In dit hoofdstuk zal ook worden ingegaan op de drie dimensies die onderscheiden kunnen worden op het gebied van Routine Outcome Monitoring:

- de totstandkoming van het ROM-beleid
- de toepassing op instellingsniveau
- de houding van behandelaren ten aanzien van de ROM en de toepassing ervan in de praktijk.

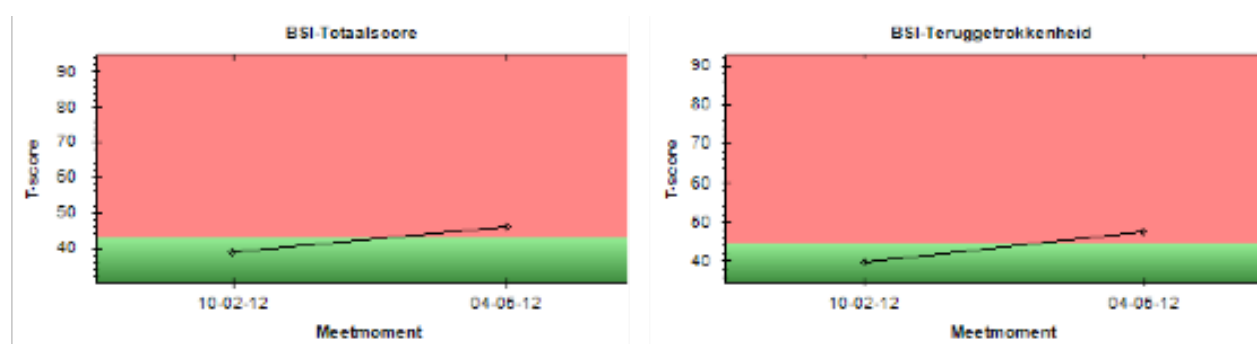
Stichting Benchmark GGZ en zorgverzekeraars beïnvloeden hoe er door GGZ-instellingen wordt aangestuurd op de teams van behandelaren, door een beleid uit te dragen omtrent de verschillende doelen die gesteld zijn op gebied van Routine Outcome Monitoring. Deze grote partijen zullen in paragraaf 4.2 worden besproken. Hoe instellingen de regels en procedures inrichten in hun werkprocessen en hoe zij de gestelde eisen door communiceren naar de professionele behandelaren komt aan de orde in paragraaf 4.3. Omdat deze niveaus niet los staan van het niveau van de behandelaren, is het van belang deze te bespreken. Bij het analyseren van de drie elementen van de houding van professionals ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en gevolgen voor verhoudingen met de beroepsgroepen van managers en semi-professionals, dient ook rekening gehouden te worden met de invloeden van deze niveaus. Hiermee kan het niveau van de behandelaren in een breder perspectief geplaatst worden en kunnen blinde vlekken in de data-analyse beter voorkomen worden.

4.1 Achtergrondinformatie Routine Outcome Monitoring

Routine Outcome Monitoring bestaat uit het invullen van vragenlijsten door patiënten of behandelaren over het functioneren van patiënten tijdens een behandeltraject. De ROM-vragenlijsten worden afgenomen voorafgaand of aan het begin van een behandeltraject en in de laatste fasen ervan, en daarmee kan een overzicht van de vooruitgang of stabilisatie van de patiënt in kaart worden gebracht. Bij langdurige behandeltrajecten of bij het overstappen na een ander behandeltraject kunnen extra metingen plaats vinden. Daarmee kan het totaal aantal ROM-metingen per patiënt op twee of meer uitkomen. Vragenlijsten kunnen zowel generiek (algemeen) als specifiek (toegespitst op de stoornis van de patiënt) zijn.



Figuur 3: Resultaten gegevens Routine-Outcome-Monitoring vragenlijst anonieme respondent #1



Figuur 4: Resultaten gegevens Routine-Outcome-Monitoring vragenlijst anonieme respondent #2

Routine Outcome Monitoring vervult vier verschillende functies. De eerste en belangrijkste functie van ROM is onderdeel te zijn van het behandel- en evaluatieproces (van Hees, 2011, p. 28) en daarmee de individuele behandeling van de patiënt systematischer te *evalueren* (Buwalda et al., 2013, p. 93). Met ROM kan informatie worden verzameld over de effectiviteit van de behandeling en kan de nadruk gelegd worden op de klachten die de aandacht nodig hebben, waardoor de behandeling passend kan worden gemaakt (Buwalda, 2012, p. 55).

Een tweede functie van Routine Outcome Monitoring is *leren*. Inzicht in gegevens van instellingen en tussen instellingen zou leerzame spiegelinformatie kunnen geven, wat het ook mogelijk maakt 'significante afwijkingen ten opzichte van landelijke gemiddeldes te signaleren' (van Hees, 2011, p. 28).

Routine Outcome Monitoring biedt verder ook kansen voor praktijkgericht *onderzoek*, de derde functie van Routine Outcome Monitoring. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kunnen bijdragen aan het verbeteren van behandelingen en begeleiding van cliënten (van Hees, 2011, p. 29).

Het afleggen van *verantwoording* aan zorgverzekeraars is de vierde en ook de meest discutabele functie van Routine Outcome Monitoring. Naar aanleiding van de vraag van zorgverzekeraars om behandelingen van hulpverleners inzichtelijk en transparant te maken, dienen GGZ-instellingen

voor- en nametingen aan te leveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG), dat als *third trusted party* de gegevens van instellingen benchmarkt en aanlevert aan zorgverzekeraars en instellingen. Aan de hand van deze gegevens zullen zorgverzekeraars beslissen bij wie ze zorg in zullen kopen.

Routine Outcome Monitoring is gekoppeld aan de Diagnose Behandel Combinaties Systematiek (DBC-systematiek), die ingevoerd is om overheid, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt beter inzicht in behandelkosten over de prijs en kwaliteit van zorg te bieden (DBC Onderhoud.nl, 2014). In een Diagnose Behandel Combinatie is vastgelegd hoeveel minuten een zorgverlener aan een patiënt kan besteden, per type stoornis (op basis hiervan worden er tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over beschikbare zorgprogramma's, waarin de totale zorg voor een patiënt omschreven wordt op gebied van planning, de vorm en wie de hulpverleners zijn). Vast onderdeel van een Diagnose Behandel Combinatie is de afname van een van de beschikbare vragenlijsten voor Routine Outcome Monitoring. De vragenlijsten dienen afgenomen te worden in de drie maanden vóór of drie maanden na het eerste behandelcontact, en de laatste vragenlijst drie maanden vóór of tot drie maanden na het laatste behandelcontact. De marges verschillen echter per zorgdomein (volwassenen Kort, volwassenen Lang, Ernstige Psychiatrische aandoeningen, enzovoort).

4.2 Beleidsniveau

Stichting Benchmark GGZ

Om zo veel mogelijk achtergrondinformatie te verzamelen omtrent de procedurele dimensie is beroep gedaan op bestaande literatuur en zijn oriënterende interviews afgenomen bij een lid van de Wetenschappelijke Raad van Stichting Benchmark GGZ Nederland, het hoofd Financiën en Control van de onderzochte GGZ-instelling en een voormalig onderzoeker naar Routine Outcome Monitoring in de context van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA).

'Onder invloed van de toenemende roep om transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg zijn zowel door zorgverzekeraars als door GGZ Nederland initiatieven ontplooid om Routine Outcome Monitoring breed te implementeren' (Nuijen, Veerbeek en van Wijngaarden, 2012). Aangezien er zo veel geld mee gemoeid is in de geestelijke gezondheidszorg (er gaat jaarlijks ongeveer 5 tot 6 miljard euro in om) en het niet altijd duidelijk is wat er precies gebeurt ('de black box van de geestelijke gezondheidszorg'), ontstond de behoefte om meer inzicht te creëren in wat de geestelijke gezondheidszorg oplevert, door resultaten van zorgaanbieders te verzamelen en met elkaar te vergelijken. Die taak heeft Stichting Benchmark GGZ op zich genomen. Deze stichting is in 2011 opgericht door GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en is ontstaan vanuit de wens van consument en overheid om

de geestelijke gezondheidszorg transparanter te maken. Tussen Zorgverzekeraars Nederland en Stichting Benchmark GGZ zijn vervolgens overeenkomsten afgesloten over het benchmarken van gegevens. Stichting Benchmark GGZ treedt op als een onafhankelijke partij, ook wel een *third trustee party* genoemd, die de gegevens van instellingen zal gebruiken voor benchmarks. Deze benchmarks kunnen door instellingen en zorgverzekeraars opgevraagd worden.

De Raad van Bestuur van Stichting Benchmark GGZ wordt bijgestaan door de Expert Raad (ER), de Wetenschappelijke Raad (WR) en de Gebruikersraad (GR). Iedere gebruiker (instelling of zorgverzekeraar) kan een afgevaardigde laten plaatsnemen in de GR. De WR, bestaande uit behandelaren die in hun werk ook verbonden zijn aan universiteiten, buigt zich over de methoden en technieken en bewaakt het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten. Daarnaast geeft zij gevraagd en ongevraagd advies uit. De WR wordt op haar beurt geadviseerd door de ER, die georganiseerd is per zorgdomein. Momenteel is het belangrijkste onderwerp waar de WR zich over buigt het benchmarken op basis van verzamelde ROM-data. Het bestuur van Stichting Benchmark GGZ staat daar positief in, maar de Wetenschappelijke Raad probeert het bestuur ervan te vergewissen dat er methodologisch gezien haken en ogen aan het benchmarken van ROM-data zitten. Kritiek wordt onder andere aangeleverd op het vergelijken van patiëntengroepen met verschillende samenstellingen (case-mix-variabelen) en de bias van hulpverleners. Behandelaren zijn op de hoogte van de kanttekeningen die bij het benchmarken geplaatst kunnen worden en blijken volgens de geïnterviewden deze als argumenten te gebruiken tegen het gebruik van Routine Outcome Monitoring.

Zorgverzekeraars

Tot naar verwachting eind 2015 wordt door de zorgverzekeraars met name de nadruk gelegd op het aantal vragenlijsten dat afgenomen dient te worden. Daarvoor wordt gekeken naar het percentage begin- en eindmetingen. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben met elkaar afgesproken dat GGZ-instellingen in 2011 20% aan begin- en eindmetingen zouden aanleveren, met in de jaren daarna een jaarlijkse stijging van 10%, tot aan 50% voor- en nametingen over 2014. Voor eind 2014 zijn de eisen 80% voormeting en 64% voor- en eindmeting (Van Hees, 2011). De bedoeling is dat op de langere termijn gekeken zal worden naar de inhoud van de metingen, namelijk de geboekte vooruitgang van patiënten tijdens behandeltrajecten. In de toekomst zal op basis daarvan beslist worden bij wie zorg ingekocht zal worden en bij wie niet. Momenteel worden er alleen proef-benchmarks gehouden en wordt daar nog niet op beoordeeld. Voorheen werden afspraken tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars gemaakt met een afvaardiging van zorgverzekeraars (een penvoerder), die namens meerdere zorgverzekeraars contracten afsloot. Sinds 2014 worden de afspraken per verzekeraar gemaakt. Dat wil zeggen dat met iedere zorgverzekeraar apart onderhandelingen gedaan moeten worden. Dit kan leiden tot

verschillende eisen ten aanzien van de percentages ROM-afnames of tot verschillende aanlevermomenten (per kalenderjaar of per schadelastjaar). Elke verzekeraar biedt eigen bonus-malus-regelingen aan. Als GGZ-instellingen de gestelde eisen niet halen, kan de zorgverzekeraar sancties opleggen die tijdens de onderhandelingen zijn afgesproken. Die sancties kunnen budgetkortingen en/of tariefkortingen zijn. Budgetkortingen betreffen kortingen over het gehele budget, tariefkortingen houden in dat niet het hele bedrag van een behandeling gedeclareerd kan worden. Indien instellingen goede scores laten zien, kan er een bonus worden uitgekeerd. Deze kunnen oplopen tot in de miljoenen euro's. De stand van zaken wordt via de managementlagen naar de behandelaren gecommuniceerd. Communicatie hierover vindt doorgaans meerdere keren per maand plaats.

4.3 Instellingsniveau

In de onderzochte GGZ-instelling is de hoofdverantwoordelijke voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraars het Hoofd Financiën & Control. Soms nemen de onderhandelingen verschillende vormen aan, bijvoorbeeld als andere collega's ook bij de onderhandeling betrokken worden of als het overleg in groepsverband en met presentaties plaatsvindt. Wat uit deze onderhandelingen voortkomt, wordt gecommuniceerd naar de directies Behandelmaken, Bedrijfsvoering en Secretariaten.

Deze directies staan boven de 'projectleider ROM', een interne manager die zorg draagt voor de implementatie van het ROM-beleid. Daarbij worden de vier functies van Routine Outcome Monitoring (evalueren, leren, verantwoorden en onderzoeken) in de gaten gehouden. Zij heeft het overzicht op alle locaties in de instelling en houdt in de gaten hoe de locaties presteren op gebied van het aantal afnamen van vragenlijsten van zowel de begin- als de eindmetingen.

Uit gesprekken met de projectleider ROM blijkt dat op het moment dat zij de functie van haar voorganger overnam, er voornamelijk was gestuurd op het inhoudelijke aspect van Routine Outcome Monitoring, om de professionele behandelaren via de inhoud van hun werk mee te krijgen in het beleid. Het aantal afgenomen vragenlijsten viel desondanks tegen. Kort daarna kwam er een groeiende druk van de kant van de zorgverzekeraars op het behalen van de percentages, waardoor werd besloten om meer op de afname (puur het behalen van de percentages) te sturen. Nu de percentages op de meeste locaties gehaald worden, is het de overtuiging van de projectleider ROM dat een mix tussen op afname gerichte en inhoudelijk gerichte aansturing van de behandelaren het meest optimale is. Daarom organiseert zij sinds enige tijd ook bijeenkomsten voor managers, ook wel 'gebruikersoverleggen' genoemd, die speciaal gericht zijn op het inhoudelijk motiveren van de managers en behandelaren. Ook zijn er bijeenkomsten voor behandelaren om input te krijgen over hoe het implementeren van de Routine Outcome Monitoring verloopt en wat er eventueel veranderd kan worden aan de vragenlijsten.

De naleving van het ROM-beleid wordt per behandelteam in de gaten gehouden. Aan het hoofd van een behandelteam staan een manager Bedrijfsvoering (ook wel manager Beleidszaken genoemd) en een manager Behandelzaken (ook wel manager Zorg of Inhoudelijk manager genoemd) op gelijke voet. Zij vormen gezamenlijk het duaal management. De manager Bedrijfsvoering houdt bij de uitvoering van beleid, waaronder het ROM-beleid, de belangen van de organisatie in de gaten. Zijn of haar contact vindt plaats met de behandelaren uit het team en/of de secretariaten, afhankelijk van de communicatielijnen binnen het team. De manager Behandelzaken werkt een deel van de tijd als manager, maar voor de rest van de tijd is hij/zij behandelaar. Zodoende bekleedt hij/zij in deze functie een dubbele rol. De manager Bedrijfsvoering houdt zich met name bezig met de implementatie van het ROM-beleid en de navolging ervan. Waar de manager Behandelzaken de belangen van de zorgverleners vertegenwoordigt, is het aan de manager Bedrijfsvoering om de doelen en de belangen van de organisatie te vertegenwoordigen. Beide managers zullen in het geval van het ROM-beleid een team op de ROM-percentages moeten wijzen.

Werkprocessen

In de onderzochte GGZ-instelling waren voorheen ROM-verpleegkundigen werkzaam, die patiënten hielpen met het invullen van vragenlijsten. Vanwege bezuinigingen was er door de onderzochte instelling besloten om de ROM-verpleegkundigen uit het proces te halen en de verantwoordelijkheid bij de behandelaren te leggen. Dit gebeurde eind 2012. Er moest rekening gehouden worden met een overgangperiode, waarin behandelaren en secretariaten aan nieuwe verantwoordelijkheden en regels moesten wennen. Er werd een advies gegeven, dat werd opgevolgd door de meeste locaties. Echter, op de locatie van team A werd na verloop van tijd de afname van de vragenlijsten op een andere manier toegepast in het werkproces. Dit initiatief werd genomen door het duaal management. Aanleiding was de wens om niet alleen maar op afname te sturen, maar ook de behandelaren in inhoudelijk opzicht meer mee te krijgen, en hun ook de resultaten van de vragenlijsten te laten koppelen aan de behandelgesprekken.

Op de onderzochte locaties wordt gebruik gemaakt van zelf-invullijsten. Patiënten dienen dus zelf, en in principe zonder hulp, de lijsten in te vullen. Op de locatie van team A wordt de eerste vragenlijst ingevuld voorafgaand aan het adviesgesprek, waarna de resultaten van die meting meteen worden meegenomen in dat adviesgesprek. Omdat bij de intake al een beeld is geschetst van de patiënt kan zowel de generieke vragenlijst gebruikt worden (de BSI), als ook één of meerdere aanvullende specifieke vragenlijsten, die toegespitst zijn op het type stoornis van de patiënt. Tijdens het adviesgesprek worden de resultaten doorgenomen en zal de behandelaar een advies uitbrengen over het te volgen traject. Op de locatie van team A worden vragenlijsten ook met de computer afgenomen in een speciaal ingerichte kamer waar twee computers beschikbaar

zijn (de 'ROM-kamer'). Daarmee zijn de resultaten in het adviesgesprek direct opvraagbaar.

Op de locatie van team B worden de vragenlijsten afgenomen voorafgaand aan de intake, waardoor het samenvalt met andere administratieve processen. Om te voorkomen dat een vragenlijsten buiten officiële meetintervallen valt, heeft de manager Bedrijfsvoering ervoor gekozen een meting standaard om de drie maanden te doen bij elke patiënt, zoals ook het advies was van de instelling. Omdat de eerste meting van de patiënt plaatsvindt vóór de intake is het niet mogelijk om een specifieke vragenlijst af te nemen. Daarom wordt op de locatie van team B alleen de BSI gehanteerd, de generieke vragenlijst. Tijdens de looptijd van het onderzoek werd nog gebruik gemaakt van papieren vragenlijsten, die doorgaans dezelfde week door het secretariaat worden ingevoerd in het systeem. Vanwege het gebruik van papieren vragenlijsten zijn de gegevens van de patiënt nog niet in het programma ingevoerd zodra het intakegesprek plaatsvindt.

Ondanks dat de eindverantwoordelijkheid van de afname van de vragenlijsten bij de behandelaren ligt, speelt het secretariaat doorgaans een belangrijke rol in de afnames. Zo kan het secretariaat helpen bij het klaarzetten van de vragenlijsten op de computer, of, indien er gewerkt wordt met papieren vragenlijsten, ervoor zorgen dat de patiënt de lijsten in handen krijgt. Echter, zelfs met de extra hulp van het secretariaat blijkt de toepassing van Routine Outcome Monitoring in de praktijk niet altijd synchroon te lopen aan de Diagnose Behandel Combinaties en de eisen met betrekking tot de meetmomenten. Het blijkt dat intake/ diagnostiek-procedures enkele maanden in beslag kunnen nemen. Echter, een meting van drie maanden na de start voldoet niet aan de eisen van Stichting Benchmark GGZ. Ook zijn er mogelijke wachtlijsten vóór of na de diagnostiek/ intake, waardoor voormetingen niet meer meetellen, of er is een uitval van patiënten bij eindmetingen, waardoor het percentage voormetingen verschilt van het percentage eindmetingen. De uitval bij patiënten blijkt geregeld voor te komen en is vaak te wijten aan patiënten die de behandeling eenzijdig staken. Dit probleem heeft een grote invloed op de eindpercentages van de ROM-metingen op de locaties en raakt de praktijk van behandelaren. Vaak lukt het behandelaren (en secretariaten) niet om de patiënten via telefoon of email zo ver te krijgen om toch nog een vragenlijst in te vullen. Het blijkt een grote tijdsinvestering met weinig resultaat.

Ook kunnen er problemen met computerprogramma's van de Routine Outcome Monitoring voorkomen, bijvoorbeeld een niet werkend programma of een programma dat *bugs* vertoont. In de praktijk kan het even duren voordat het probleem is opgelost in verband met de 'oplostijd' bij de leverancier. Dit kan oplopen tot twee maanden wachttijd voor een aanpassing, wat soms tot irritatie leidt onder behandelaren en secretariaten.

5. BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bevindingen van het onderzoek. De bevindingen zullen worden gepresenteerd aan de hand van het schema van deelverklaringen die in het theoretisch kader is opgesteld (figuur 1). In paragraaf 5.1 wordt aandacht besteed aan de *houding* van behandelaren, managers en semi-professionals (secretariaten en ICT-medewerkers) ten aanzien van Routine Outcome Monitoring. In paragraaf 5.2 komt het *gebruik* van Routine Outcome Monitoring in de uitvoeringspraktijk aan de orde. In deze analyse wordt ook rekening gehouden met werkprocessen. In paragraaf 5.3 wordt er aandacht besteed aan de verhoudingen *tussen* de beroepsgroepen van professionals, managers en semi-professionals. Daarbij wordt ingegaan op de manier waarop zij met elkaar communiceren over het ROM-beleid, hoe zij dit ervaren en hoe zij tegen elkaar aankijken. Ook wordt er in deze paragraaf ingegaan op de verhoudingen *binnen* beroepsgroepen.

In dit hoofdstuk, en ook in het volgende hoofdstuk waarin de bevindingen geanalyseerd worden aan de hand van de deelverklaringen, zal er rekening worden gehouden met de dubbelfunctie van managers Behandelzaken. Zij treden vier uur in de week op als manager Behandelzaken binnen het duaal management, maar de rest van de uren zijn zij behandelaar. De manager Behandelzaken van team A is klinisch psycholoog, de manager Behandelzaken van team B is psychiater. Omdat de beide rollen die zij vervullen van belang zijn voor het onderzoek, en het geen recht doet aan de dubbelfunctie om een van de twee rollen te schrappen, zullen zij in de bevindingen worden meegenomen als zowel behandelaar als manager. Er zal naar hen verwezen worden als managers Behandelzaken, ook als het een omschrijving van hun functie als behandelaar betreft, om te benadrukken dat dit de behandelaar is die een dubbelfunctie bekleedt.

5.1 Houding ten aanzien van Routine Outcome Monitoring

In deze paragraaf gaat de aandacht uit naar de houding van behandelaren, managers en semi-professionals ten aanzien van Routine Outcome Monitoring.

5.1.1 Behandelaren

Uit de interviews blijkt dat de meningen van behandelaren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring variëren. Soms kijken behandelaren er positief tegenaan, anderen negatief.

Positieve houdingen

Behandelaren die positief aankijken tegen Routine Outcome Monitoring menen dat de vragenlijsten een aanvulling zijn op de behandelingen, men er extra informatie mee kan verzamelen over waar te beginnen in de behandeling en wanneer te eindigen, dat Routine Outcome Monitoring een goede indicatie geeft van de ernst van de klachten en het verloop van de

behandeling (of die effectief is of niet). Ook wordt het gebruik van vragenlijsten als positief ervaren, omdat dit aanleiding kan geven tot een gespreksonderwerp. Behandelaren geven ook aan dat een overzicht van grafiekjes als positief ervaren kan worden door patiënten, vragenlijsten sturing aan de behandeling geven en dat ROM-resultaten gebruikt kunnen worden om te benadrukken dat er geen grote klachten meer over zijn. Zo geeft een van de GZ-psychologen uit team A aan:

"En voor sommige mensen merk ik dat het ook heel fijn is dat ze kunnen zien eigenlijk... het wordt ook mooi met grafiekjes weergegeven... voor hen... ze kunnen ook zien van het gaat echt beter met me. En soms hebben ze dat idee zelf niet, en dan zien ze toch dat op sommige probleemgebieden er toch verbetering is. Dat helpt dan soms ook weer om, voor henzelf, om de behandeling misschien anders te gaan ervaren. En ook weer even te richten op de positieve punten."

Het zijn met name de behandelaren uit team A die voordelen van Routine Outcome Monitoring noemen. Ook kan er een positieve trend onderscheiden worden onder behandelaren over de transparantie (het inzichtelijk maken van het werk dat behandelaren leveren) voor patiënten die Routine Outcome Monitoring met zich meebrengt.

Zo wordt er meerdere keren het beeld van de hulpverlening van enkele decennia geleden geschetst, toen er weinig zicht was op wat behandelaren in hun praktijk deden. Dit wordt onder andere vermeld door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van team B:

"Ik zou absoluut niet willen dat we teruggingen naar 20-30 jaar geleden. Er waren veel te veel mensen bij die te veel aan het freubelen waren, beetje aan het knoeien. Dat zou ik echt absoluut niet willen. En ook naar de patiënten toe vind ik veel transparanter wat je aan het doen bent, dus dat is veel beter. Ja."

Meer inzicht in de praktijk om dit soort toestanden te voorkomen, via Routine Outcome Monitoring, vinden behandelaren doorgaans prima. Echter, vrijwel alle behandelaren menen dat de zorgverzekeraars er ondertussen wel erg in doorgeschooten zijn.

"Deels vind ik het een goede zaak. Dat wij als behandelaar worden gedwongen om meer transparant te zijn van wat er nu gebeurt, he, in die spreekkamer. Dat vind ik ontzettend goed, want ik weet gewoon dat er heel veel.. zegmaar beneden de maat werd behandeld. (...) Maar... ik vind hun macht ook te groot geworden." (Systeempsiycholoog)

"Nou meer transparantie vind ik.. ben ik voor, als je bedoelt met transparantie meer eh.. openheid van wat er gebeurt. Maar ik ben tegen ehm.. de transparantie zoals ik hem ervaar en dat is namelijk dat wij als behandelaren een soort van vertaalslag moeten gaan maken om aan managers, directie en ondersteunend personeel duidelijk te moeten maken wat we inhoudelijk doen." (Psychiater)

"Ik vind het jammer dat het nu vooral druk vanuit de zorgverzekeraar zo hoog is. En daardoor krijg je als behandelaar zeg maar ook weerstand tegen." (GZ-psycholoog)

Tegelijkertijd zijn er ook behandelaars die zich afvragen of Routine Outcome Monitoring wel een geschikt middel is om transparantie te bewerkstelligen. Een van de GZ-psychologen meent dat voor het inzichtelijk maken van de behandelingen de zorgverzekeraar zich zou moeten richten op meerdere processen dan alleen Routine Outcome Monitoring (zoals financiële processen, de hoogte van declaraties en de eisen van zorgverzekeraars met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap op locaties). Routine Outcome Monitoring is volgens haar slechts een klein aspect van wat er in de geestelijke gezondheidszorg gebeurt.

Negatieve houdingen

Uit de interviews blijkt dat er ook behandelaars zijn die negatief aankijken tegen Routine Outcome Monitoring. Dit heeft doorgaans betrekking op de vragenlijsten, de praktische problemen bij de afnamen, de toename van administratieve handelingen, een gevoel van verlies aan autonomie, het niet eens zijn met de verantwoordelijkheden, de druk van het management op de afname van de vragenlijsten en de ergernis over de steeds groter wordende invloed van de zorgverzekeraars en het benchmarken.

Vragenlijsten

Behandelaars menen doorgaans dat hun klinische blik belangrijker is en Routine Outcome Monitoring zelf nooit een leidraad. Een van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen geeft aan:

"Nou ik háát al dat gedoe met al die vragenlijsten. Ik vind het ècht, weet je, ik vind het voor een deel echt een schijnzekerheid. (...) Weet je, dat is dus heel ingewikkeld, dat ik denk dat is leuk zo'n lijst, maar wat heb ik daar aan? Want je hebt ook een klinische blik, en die vind ik gewoon uiteindelijk het meest belangrijk."

Het overtuigd zijn van het belang van een klinische blik hoeft echter niet te leiden tot een negatieve houding ten aanzien van Routine Outcome Monitoring. Voorstanders menen bovendien dat de klinische indruk belangrijker is dan de vragenlijsten, maar zij zien de vragenlijsten wel als een aanvulling op de praktijk.

De meeste behandelaars uit team B klagen dat thema's of specifieke vragen op de vragenlijst die gebruikt wordt op hun locatie niet altijd overeenkomen met de specifieke problematiek waar hun patiënten mee te kampen hebben. Om deze reden voegt het gebruik van een vragenlijst volgens hen iets of niet veel toe aan de behandeling.

Alle behandelaren van team B geven een voorkeur aan voor het gebruik van specifiekere vragenlijsten, in plaats van de generieke lijst die op hun locatie wordt gebruikt. Enkele behandelaren van team B, die Routine Outcome Monitoring nauwelijks gebruiken, gaven daarbij aan zelfs meer gebruik te zullen maken van vragenlijsten als die specifieke vragenlijsten beschikbaar zouden zijn.

De manager Behandelzaken van team B, een psychiater, is van mening dat het lijstje bezig is belangrijker te worden dan de patiënt. Zij benadrukt:

"Zo belangrijk is die ROM ook weer niet. Ja het is een meting, ik bedoel... Als jij zegt dat je je beter voelt en je hebt weer zin om te fietsen, ja wat kan mij dat schelen of dat ook in dat lijstje tot uiting komt. (...) Op een gegeven moment wordt het een schijnwereld. De een houdt de ander bezig met z'n lijstjes en z'n controles."

Ook zijn er behandelaren die menen dat er door Routine Outcome Monitoring een gebrek is aan 'echte' tijd en dat 'behandelaren niet mee mogen denken in de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring', of dat er om tot echte gedragsverandering te komen meer nodig is dan alleen een vragenlijst. Enkele behandelaren menen dat de nadruk van de vragenlijsten veel meer ligt op de klachten, in plaats van op zelfontwikkeling of zelfontplooiing.

Praktische problemen

Vrijwel alle behandelaren geven aan problemen te ervaren bij de afname van vragenlijsten. De meeste problemen komen voor met patiënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen of die kampen met geheugenproblematiek. Dit zou kunnen leiden tot resultaten die niet overeen komen met de eigenlijke klachten van de patiënt. Antwoorden kunnen vertekend raken, of de vooruitgang van een patiënt is niet altijd in de resultaten terug te vinden. Zo wordt enkele keren genoemd dat het wel eens voorkomt dat patiënten meer inzicht krijgen in hun eigen problematiek en daardoor juist hoger scoren op bepaalde elementen. Behandelaren die deze problemen opsommen geven doorgaans ook aan dat ze het hierdoor lastig vinden om de meerwaarde van een vragenlijst uit te leggen aan een patiënt. In team B zijn er meerdere behandelaren die het lastig vinden om uit te leggen waarom een patiënt zo vaak een vragenlijst moeten invullen (om de drie maanden), zeker omdat er in de tussentijd vaak niet veel veranderd is voor de patiënt. Patiënten blijken er niet altijd aan mee te willen werken. Deze problemen die zij ervaren lijkt een negatieve houding in de hand te werken.

Routine Outcome Monitoring als formele vereiste

Routine Outcome Monitoring wordt door behandelaren ook wel als een formele vereiste gezien.

Zo geeft een van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen aan:

"Voor die mensen (slecht in Nederlands, red) is het een formele vereiste, omdat we anders gewoon gekort worden op onze inkomsten. En dat kunnen we ons niet permitteren. En het spijt me om dat te zeggen. Maar voor die personen heeft het 0 waarde."

Een andere sociaal-psychiatrisch verpleegkundige vindt het gebruik van Routine Outcome Monitoring niet per sé nodig, maar laat geen actieve weerstand zien. Hij geeft aan in het begin een *afwachtende houding* aan te hebben genomen. Hij noemt zichzelf geen voorloper bij de introductie van Routine Outcome Monitoring en geeft aan bij dit soort dingen eerder geneigd te zijn de boel even aan te kijken. Ook hij ziet Routine Outcome Monitoring als een formele vereiste.

Behandelaren lijken zich neer te leggen bij de trend van meten en het financiële plaatje dat daaraan vast hangt. Dit is zeker het geval als men te kampen heeft met patiënten die slecht zijn in de Nederlandse taal of geheugenproblematiek hebben.

Een van de GZ-psychologen geeft aan zich wel eens in een keurslijf te voelen zitten, omdat het afstemmen van de regels op de praktijk soms lastig is.

"Dus je probeert er wel zo goed mogelijk mee om te gaan, maar af en toe loop je gewoon aan tegen de combinatie van praktische dingen aan en inhoudelijk dingen die niet lekker op elkaar afgestemd zijn, waardoor je een beetje in een keurslijf zit waar je niet in wil zitten."

Meerdere behandelaren geven aan Routine Outcome Monitoring te zien als "iets dat gedaan moet worden". Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige omschrijft dit als volgt:

"Kijk en in het begin heb ik best tegengesputterd hoor. Maar op een gegeven moment stop je. En wij dus nu het stadium van kritische waakzaamheid voorbij, wij voeren gewoon uit. Dat is wat er gebeurt."

Administratieve processen

Behandelaren (met name uit team B) klagen over de toename van het aantal *administratieve handelingen*, en dat het gebruik van Routine Outcome Monitoring afgaat van het 'echte mensen contact'. Een GZ-psycholoog benadrukte tijdens het interview:

"De combinatie van alle eisen die gesteld worden, die inderdaad maakt dat je meer af en toe je administratie aan het doen bent dan dat je bezig kunt zijn met een behandeling,"

Ook een van de psychiaters spreekt zich negatief uit over de bijkomstige administratie.

"Ik voel me een veredelde secretaresse, terwijl dat niet mijn taak is. (...) Voor mijn gevoel

zijn dat toch voor een belangrijk deel administratieve handelingen, die buiten het behandelproces moeten blijven. En natuurlijk, die resultaten zijn best interessant, maar ik moet er niet op toe hoeven zien of die patiënt de lijst heeft ingevuld.”

De manager Behandelzaken van team B meent dat om de drie maanden meten onnodig is en Routine Outcome Monitoring op die manier soms afleidt van het zorgproces. Ze geeft aan het idee te hebben soms alleen maar met lijstjes bezig te zijn, terwijl er al zo'n kort gesprek is met patiënten.

Verantwoordelijkheid

Sommige behandelaren zijn het er ook niet mee eens dat de *eindverantwoordelijkheid* voor het afnemen van de vragenlijsten bij hen ligt. Hoewel op de locatie van team A behandelaren meerdere keren noemden dat zij er bewust van zijn dat de eindverantwoordelijkheid bij hen ligt en deze verantwoordelijkheid accepteren, lag dit bij team B anders. Een psychiater uit team B 'gelooft' dat de eindverantwoordelijkheid bij hem ligt, de andere psychiater klaagde over de onduidelijkheid hierover in het begin van de implementatie van het ROM-beleid. Ook geeft zij aan dat ze het flauwekul vindt dat behandelaren verantwoordelijk zijn voor de tussentijdse en de eindafname.

De systeempycholoog van team B geeft aan de afname en het gebruik van de ROM niet in haar systeem te krijgen en dat het haar moeite kost om eraan te denken. Het liefst ziet ze dat de taakbelasting wordt weggehaald bij de behandelaren en bij de secretaresses wordt gelegd. Deze bevindingen duidt erop dat behandelaren hun verantwoordelijkheid niet altijd accepteren.

Meerdere behandelaren van team B geven aan dat ze het fijn zouden vinden als er wat meer van de taakbelasting naar het secretariaat zou gaan. In team A worden er geen negatieve uitlatingen gedaan over de manier waarop taken zijn verdeeld tussen behandelaren en het secretariaat. Het secretariaat wordt daar overigens als een grote succesfactor bestempeld.

Druk van het management

Tijdens de interviews werd ook de indruk gewekt dat de druk van het management van invloed kan zijn op de houding van behandelaren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring.

Zo heeft het duaal management van team B besloten bij elke patiënt om de drie maanden vragenlijsten af te nemen, om ervoor te zorgen dat de eindmeting minder snel gemist wordt.

Alle behandelaren uit team B geven aan hier tegen te zijn, omdat zij menen dat dit tot tijdrovende en administratieve processen leidt. Velen menen dat het niet in het belang is van de patiënt om zo vaak te meten. Op verschillende manieren wordt gereageerd op de frequente afnamen: het is niet noodzakelijk, het is bezwaarlijk, het is inefficiënt, er bestaat kans op vervuiling van de gegevens, het is niet zinvol, het voegt niets toe aan de behandeling, het is niet relevant, belastend, of het wordt zelfs als waanzin gezien.

"Nou dat vind ik gewoon te veel. Er zijn mensen die zie ik een keer in de drie a vier weken, en dan mogen ze elke drie keer dat ze hier komen zo'n lijst invullen, dat is natuurlijk waanzin". (Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige team B)

"Willekeurig wanneer, dan vind ik het... Dan ben ik een soort van koe die achter iemand aanloopt van ja het moet, ja... Befehl ist Befehl, kom op we leven niet meer in Duitsland van de Tweede Wereldoorlog." (Psychiater team B)

Meetmomenten om de drie maanden lijken de motivatie om vragenlijsten bij patiënten af te nemen te beïnvloeden.

Het is een van de taken van het duaal management om erop te letten dat de gestelde eisen van de zorgverzekeraar gehaald worden door de behandelteams. Terugkoppeling van cijfers kan als druk worden ervaren, al dragen niet alle behandelaren die mening uit. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van team B geeft aan dat ze door de druk op het halen van de percentages rebels wordt:

"Ik ben een zeer rebels mens... Als er op mij druk wordt uitgeoefend dan sluit ik mij daar volledig van af en ga gewoon inhoudelijk mijn werk doen. Ik word er overigens wel chagrijnig van. Ik word er wel een beetje narrig van, dat moet ik wel eerlijk zeggen."

Een psychiater ziet Routine Outcome Monitoring als een managementinstrument, dat niet over de inhoud van het werk, maar over scores gaat:

"Kijk het probleem is dat het een managementinstrument is waarvan managers proberen om daar inhoudelijke meerwaarde bij de behandelaren duidelijk te maken, maar het is natuurlijk niet iets waar behandelaren om vragen. Of ehm... Dus ik vind dat moeizaam. Ik vind dat meer het linksom verkopen wat een manager rechtsom probeert te gebruiken om ons ook maar enthousiast te maken, terwijl het voor mijn gevoel tot nu toe alleen maar gaat over scores."

Benchmarken

Ook bestaat er onder de behandelaren wantrouwen of zelfs de angst voor het benchmarken. Er is een angst om vergeleken te worden met andere instellingen, of men vindt het benchmarken gewoonweg onrechtvaardig vanwege de manier waarop dit gebeurt. Routine Outcome Monitoring wordt door velen als een controle-instrument ervaren. Een van de geïnterviewde psychiaters van team B ziet Routine Outcome Monitoring als een uiting van zorgverzekeraars om grip te krijgen op wat er in de praktijk gebeurt en ziet het als een controle-instrument.

"Kijk ik heb dat ontwikkeld zien worden en ik moet zeggen dat ik er niet heel erg positief over ben. In de zin van dat ik het vooral ontwikkeld heb zien worden voor mijn gevoel een beetje als uiting van zorgverzekeraars die uit alle macht proberen om grip te krijgen op wat wij hier in deze kamers aan het doen zijn. En dat het veel meer controle-instrumenten zijn geworden op de manier waarop het ingevoerd wordt, dan dat het een eh... iets aan mijn praktijk... werkende praktijk toevoegt."

Een van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen meent dat de beroepsgroep van behandelaren 'bijna niet meer geregeerd wordt door vakinhoudelijke argumenten, maar geregeerd door wat de zorgverzekeraar nodig vindt'. Behandelaren spreken ook hun twijfel uit of het methodologisch gezien verantwoord is om te benchmarken op basis van de gegevens die nu verzameld worden, omdat verschillende locaties met verschillende specialismen vergeleken worden, zo stellen zij. Er bestaat bij enkele behandelaren ook vrees dat scores niet goed geïnterpreteerd zullen worden door andere partijen. Zo kunnen patiënten soms hoger scoren op bepaalde onderdelen, omdat ze juist meer inzicht en herkenning in hun problematiek hebben gekregen.

Autonomie en zelf-regulering

Met de bemoeienis van de zorgverzekeraars wordt door enkele behandelaren een verlies aan *autonomie* ervaren. Er zijn ook behandelaren die zich positief uitspreken over de toegenomen transparantie die Routine Outcome Monitoring bewerkstelligt, maar die menen dat de bemoeienis van de zorgverzekeraars is doorgeschooten.

Een van de geïnterviewde GZ-psychologen van team B kijkt negatief aan tegen de bemoeienis van de zorgverzekeraars. Zij meent dat de eisen niet vanuit een inhoudelijk, technisch proces bepaald worden. De vragenlijsten *moeten* afgenomen worden, of het nou een succes is voor de behandeling of niet, zo zegt zij. Door de bemoeienis van de zorgverzekeraars geeft zij aan het gevoel te hebben minder te zeggen over haar werk.

Ook geeft een andere GZ-psycholoog nadrukkelijk aan minder inspraak te hebben in het werk en zich aangetast te voelen in haar autonomie:

"Die autonomie, dat heb ik al opgegeven. Ik ben daarnaast een eigen praktijk begonnen om dat gevoel een beetje te behouden."

Een van de psychiaters van team B heeft, onder andere om de bemoeienis van de zorgverzekeraars meer te ontlopen, ervoor gekozen op een andere locatie een praktijk te openen en geen overeenkomsten over Routine Outcome Monitoring aan te gaan met zorgverzekeraars.

Ook de manager Bedrijfsvoering van team B merkt dat er bij professionals een afname aan autonomie wordt ervaren.

"(...) Ik stuur ze direct aan, ik ben degene die min of meer zegt wat ze moeten doen, en dan luisteren ze niet, want dat is dan weer de professional met zijn autonomie haha."

Behandelaren die aangeven een gevoel van verlies aan autonomie te hebben, benadrukken doorgaans dat dit niet alleen komt door Routine Outcome Monitoring, maar ook aan andere regels en protocollen die er de afgelopen jaren zijn bijgekomen, zoals zorg-protocollen, zorgprogramma's en de zorgverzekeraar (die onder andere bepaalt welke evidence-based behandelingen er wel en niet vergoed mogen worden). Meerdere respondenten ervaren Routine Outcome Monitoring als 'wéér een bemoeienis van de zorgverzekeraar'.

5.1.2 Managers

In deze deelparagraaf zal aandacht worden besteed aan de houdingen van managers ten aanzien van Routine Outcome Monitoring.

De manager Behandelzaken van team B draagt een negatieve mening uit over Routine Outcome Monitoring. Zij ziet het gebruik van vragenlijsten slechts als een schijnzekerheid.

"De ROM is natuurlijk een uiting van hoe het beleid is. Er moeten vragenlijsten, tevredenheidsonderzoeken.. De ROM is een speld in hooiberg van dingen die moeten van de zorgverzekeraar of van wie dan ook, maar wat vooral over papieren gaat, maar wat vooral een schijnzekerheid geeft die er volgens mij niet helemaal is...

Schijnzekerheid? Kunt u dat nader toelichten?

Die pretendeert iets te meten, ook de vragenlijsten of patiënten tevreden zijn, ja.. naar de zorgverzekeraar toe, wat doet de zorgverzekeraar, verder... ik weet het niet. Maar... wat meet ie dan? Wat heb je dan gemeten? We hebben dus het gevoel dat we iets meten waarvan we denken dat geeft zekerheid. Het zijn natuurlijk beperkte middelen die we hebben, maar dan denk ik ja is dat zo? Ik weet het niet."

De manager Behandelzaken van team A kijkt juist positief aan tegen Routine Outcome Monitoring. Hij geeft ook aan al vóór de invoer ervan veel met vragenlijsten gewerkt te hebben en dat als plezierig en handig te ervaren.

"(...) Op zich is dat wel een lijst die heel herkenbaar is voor patiënten. Dus in die zin is het wel een meerwaarde. Ik heb het idee dat als je zo'n lijst bespreekt met patiënten dat ze ook echt... Patiënten voelen zich meer herkend of erkend of meer soort van nou ja de therapeut snapt me meer ook door die lijsten. En ja wij gebruiken het vooral als een

meetinstrument, van heeft een behandeling zin. Of het nou echt zin is of dat het nou een meerwaarde voor een behandeling biedt, het zegt in ieder geval iets over of het zinnig is om door te gaan met een behandeling of je moet stoppen of dat je een andere interventie moet doen omdat er geen verandering is in de vragenlijsten. In die zin zeg maar.”

Beide managers Bedrijfsvoering lijken het een uitdaging te vinden om de eisen van de instelling op het gebied van Routine Outcome Monitoring te bereiken en staan zij er wat dat betreft positief in.

"Ik vind het geen onlogische vraag om te gaan ROM'en. (...) Wat ik gewoon heel logisch vind, want de maatschappij wil transparantie, die willen weten wat we in vredesnaam aan het doen zijn en ik vind dat deze instelling als sec dat ze gesloten veels te gesloten is, je moet het eigenlijk allemaal maar weten. Dus ik vind het een hele logische vraag van de ROM.”

Ondanks dat geïnterviewde managers Bedrijfsvoering en de projectleider ROM positief staan in het werk dat zij doen op gebied van Routine Outcome Monitoring, en hun best doen om de eisen van de organisatie te implementeren, is het niet vast te stellen of Routine Outcome Monitoring altijd omarmd wordt. Zo ziet de manager van de secretariaten Routine Outcome Monitoring als een verplichte oefening voor de zorgverzekeraar, terwijl het in eerste instantie bedoeld is als een effectmeting van de behandeling.

5.1.3 Semi-professionals

In deze deelparagraaf zal aandacht worden besteed aan de houdingen van semi-professionals ten aanzien van Routine Outcome Monitoring. In deze context worden de secretariële ondersteuning en de ICT-medewerkers als semi-professionals beschouwd.

Een van de geïnterviewde ICT-medewerkers beschrijft zijn werk vooral vanuit de functionele kant. Hij laat zich niet positief of negatief uit over Routine Outcome Monitoring, en geeft de indruk vooral bezig te zijn met de systeemuitvoering. Uit het interview blijkt niet dat hij Routine Outcome Monitoring aangrijpt om te professionaliseren, maar lijkt het alsof hij het als een van de meerdere taken ziet die hij in opdracht van de instelling uitvoert.

Het zijn met name de secretaresses die door vrijwel alle geïnterviewden als een belangrijke ondersteuning worden gezien. Zo meent de manager Bedrijfsvoering van team A dat de secretaresse een erg goed overzicht houdt, en ziet ook de manager Bedrijfsvoering van team B dat het secretariaat een belangrijke rol speelt in de implementatie van het ROM-beleid. Ook benadrukken vele behandelaren dat zij het fijn vinden dat het secretariaat vele handelingen uit handen neemt.

De secretaresses blijken zelf ook positief te zijn over Routine Outcome Monitoring. De geïnterviewde secretaresses hebben allebei de verantwoordelijkheid over het secretariaat waar zij werkzaam zijn en zij hebben ook de grootste taak op het gebied van Routine Outcome Monitoring in vergelijking met de andere secretaresses op hun locatie. Uit de interviews blijkt dat beide secretaresses van de onderzochte locaties zich enthousiast inzetten om de Routine Outcome Monitoring zo goed mogelijk te laten verlopen. Zo zegt de secretaresse van locatie B:

"Ja er zat zo veel uitdaging in, zo veel leuke dingen, nieuwe dingen. (...) Ja, dat was gewoon een hele leuke uitdaging om het echt helemaal op poten te zetten en te zorgen dat je... ja die procenten he. Je moest zo veel procent moest je van je patiënten... ja dat loopt nu gewoon goed. Ja af en toen dan weer eventjes niet en dan is het weer, he behandelaar! En dan gaan we er weer tegenaan."

Ook de secretaresse van locatie A betreft zichzelf erg in de uitvoering van het ROM-beleid. Zo benadrukt zij in het interview ook het belang van Routine Outcome Monitoring, en dat zij het jammer vindt dat de psychiaters van team A er niet veel mee doen:

"Dan zou het mooi zijn als zeg maar een hulpverlener van hier even laten bij een ander team om ze daar warm te laten lopen van het is ZO leuk als je die meting ziet en wat je er mee kan doen tijdens een behandeling. Ze moeten de belangrijkheid ervan inzien, niet omdat de verzekering daar bij is, maar omdat je er wat mee doet in de behandeling. En ik denk dat dat belangrijk is. Niet wat de verzekering eist. Wat heb je nou aan al die cijfertjes. Van de verzekering eist dit en de verzekering eist dat. (...) Ze bespreken heel de BSI niet. (...) En ik denk dat dat gewoon ja... eigenlijk essentieel is."

5.2 GEBRUIK

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan hoe behandelaren, managers en semi-professionals Routine Outcome Monitoring in hun praktijk toepassen. Ook zullen in deze paragraaf verschillende werkprocessen van team A en team B aan de orde komen, omdat deze mede bepalen hoe er met Routine Outcome Monitoring in de praktijk wordt omgegaan.

5.2.1 Behandelaren

Deze bevindingen zullen gepresenteerd worden aan de hand van twee elementen waar het gebruik van Routine Outcome Monitoring in verdeeld kan worden: de verantwoordelijkheid voor de afname van vragenlijsten en het bespreken van de uitkomsten met de patiënten tijdens het behandelproces.

Afname van vragenlijsten

Problemen bij het invullen van vragenlijsten bij het afnemen van vragenlijsten kunnen volgens behandelaren van beide teams leiden tot een verminderde meerwaarde van de vragenlijsten. In dat geval worden vragenlijsten, zo blijkt uit de interviews, niet of minder expliciet besproken met de patiënten. De problemen die met name genoemd worden zijn: taalproblematiek, geheugenproblematiek, zwakbegaafdheid of het hebben van een laag IQ, zenuwen, alcoholmisbruik of patiënten met een dubbele diagnostiek. Behandelaren geven aan dat dit soort problemen ertoe kunnen leiden dat men het afnemen van een vragenlijst soms laat zitten.

Problemen bij de afname van vragenlijsten vinden ook plaats aan het eind van een behandeltraject, in het geval een patiënt zelf (onverwacht) stopt met een behandeling, of indien een behandelaar vergeten is de vragenlijst af te nemen en het moeilijk blijkt de patiënt zo ver te krijgen alsnog de vragenlijst in te vullen, zeker als het behandeltraject al is afgelopen. In deze gevallen zijn behandelaren geneigd een grens te trekken en houden ze op met nabellen/ na mailen, ook al zijn ze verantwoordelijk voor de afname van de vragenlijst.

Soms omzeilen behandelaren ook het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Een duidelijk voorbeeld is gegeven door een van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, die een week voor het interview nog een patiënt sprak die moeite had met zijn verhaal.

"Nou, ik moest die ROM nog aan hem geven, dat heb ik dus niet meer gedaan, want we hebben ook de intake meteen afgesloten. Dat mag dus niet. Dus wat ga ik doen? Ik zeg de patiënt is niet in staat. Punt. Want we hebben redenen waarom het niet kan. Dat is natuurlijk onzin, hij is waarschijnlijk best in staat."

Een van de GZ-psychologen geeft aan te schipperen tussen de eisen van de organisatie en het in haar ogen integer uitvoeren van haar beroep.

„(...) Op mijn vorige werkplek is een collega soort van gaan frauderen omdat ie de productie niet haalde. (...) dat is wel een groot voorbeeld geweest voor mij om bij mezelf te blijven en te kijken naar wat ik doe, of dat transparant is en integer en goed, en niet alleen omdat het geld oplevert voor de baas. Dat kan gewoon geen argument zijn. Ik wil wel graag dat het bedrijf overleeft, maar niet ten koste van alles. Ik snap het dilemma heel goed, maar het moet voor mij wel om de inhoud blijven gaan.”

Deze bevindingen laten zien dat behandelaren niet altijd strikt het beleid volgen, vanwege de problemen die zij ervaren in de praktijk. Van het niet naleven van de regels is namelijk sprake indien een behandelaar besluit de laatste meting achterwege te laten. Van het direct manipuleren van gegevens van vragenlijsten door behandelaren is geen sprake, omdat patiënten zelf de vragenlijsten invullen. Het tijdstip van afname kan wel in zekere mate beïnvloed worden door behandelaren. Zo geeft een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van team A aan altijd op te letten dat de vragenlijsten ingevuld worden, maar zegt wel rekening te houden met hoe iemand functioneert tijdens het behandelproces en daarmee eerder af te nemen als het beter gaat met iemand.

Behandelaren hebben echter wel een tijdsruimte waarbinnen vragenlijsten afgenomen dienen te worden. Het merendeel van de behandelaren is geneigd de patiënt een vragenlijst te laten invullen op het moment dat het beter gaat met een patiënt. Dit doen zij om de patiënt te ontlasten als het slecht gaat met hem of haar (het moment van afname kan ook van invloed zijn op de relatie tussen behandelaar en patiënt, zo geven meerdere behandelaren aan) of om de bespreking van de resultaten positiever te laten verlopen.

Bespreken van vragenlijsten

Behandelaren die het bespreken van de vragenlijsten gewoonlijk terug laten komen in de behandelingen zijn hier wat terughoudender in indien er sprake is van een taalprobleem en/of indien het niet zeker is of de patiënt de vraagstellingen goed heeft begrepen.

Om de resultaten van de vragenlijsten te kunnen bespreken, dienen eerst resultaten opgevraagd en geïnterpreteerd te worden. In team B waren er meerdere behandelaren die aangaven moeite te hebben of hebben gehad bij het interpreteren van de vragenlijsten, of zij gaven aan niet te weten waar ze de resultaten in de computer kunnen vinden. In team A daarentegen lijken op dit gebied geen echte problemen (geweest) te zijn.

Uit de interviews komt naar voren dat niet alle behandelaren de resultaten van de vragenlijsten met de patiënten bespreken. Dit is met name het geval bij behandelaren uit team B. Doordat op de locatie van team B de vragenlijsten op papier wordt ingevuld, zijn de resultaten bij het intakegesprek nog niet beschikbaar. Echter, ook later in het behandeltraject, zoals tijdens de evaluatiegesprekken met de patiënt, worden resultaten van de vragenlijsten er meestal niet bij gepakt, of wordt het verloop van de klachten op aan de hand van de vragenlijsten niet besproken. Het merendeel van de behandelaren geeft aan in de praktijk meer te behandelen op basis van de klinische indruk.

Behandelaren van team B geven aan de resultaten van de vragenlijsten meestal niet te gebruiken in de praktijk, omdat de (generieke) vragenlijst die op hun locatie gebruikt wordt vaak niet overeenkomt met de klachten van de patiënt of omdat deze lijst maar een klein deel van de klachten meet. Bovendien geven meerdere behandelaren uit team B aan dat zij de vragenlijsten vaak als een momentopname zien. Meerdere behandelaren uit dit team geven daarnaast ook aan dat zij vaker de uitkomsten van een vragenlijst zouden bespreken met een patiënt indien die vragenlijst meer zou zijn toegespitst op de klachten van die patiënt.

Bij alle behandelaren van team A en bij een enkele behandelaar van team B maakt het bespreken van de resultaten van de vragenlijsten een integraal onderdeel uit van het behandelproces. Elke geïnterviewde behandelaar zegt iets met de resultaten te doen in zijn of haar behandelpraktijk, zelfs degenen die Routine Outcome Monitoring meer als een formele vereiste zien. Het gebruik van Routine Outcome Monitoring is volgens alle geïnterviewde behandelaren echter geen leidraad in de behandelpraktijk. Routine Outcome Monitoring wordt door behandelaren met name gebruikt als een *aanvulling* op hun klinische indruk. Zo geven enkele behandelaren aan de behandeling zo beter aan te kunnen sturen. "Een klinische indruk kan fout zijn of vragenlijsten kunnen je toch wat vragen doen stellen", aldus de manager Behandelzaken van team A. Behandelaren (ook uit team B) geven aan dat de ROM aanleiding kan geven tot een gespreksonderwerp, of zaken makkelijker bespreekbaar kan maken. De manager Behandelzaken van team A gebruikt de resultaten van vragenlijsten ook om te benadrukken dat sommige klachten niet meer aanwezig zijn en dat dit aanleiding kan zijn om te stoppen met de behandelingen. Ook kan het zijn dat de uitslag op een vragenlijst aanleiding geeft voor een interventie.

Alle geïnterviewde behandelaren uit team A gaven aan dat patiënten doorgaans het zien van hun resultaten in de vorm van de grafiekjes als plezierig ervaren.

"Ik merk dat het voor patiënten ook heel inzichtelijk is ook wel. (...) Sommige patiënten willen er een uitdraai van, omdat ze er zo blij mee zijn dat die lijn zo naar beneden is gegaan. Dat is best leuk." (Basispsycholoog)

"Ik heb de indruk dat patiënten het ook vaak leuk vinden om te zien. Ze vinden het ook vaak leuk als ze het uitgeprint meekrijgen bijvoorbeeld. Dan kunnen ze laten zien 'kijk eens ik ben heel erg opgeknapt.'" (GZ-psycholoog)

De statistische weergave van de ROM-resultaten worden ook gebruikt als een extra ondersteuning om te laten zien dat de klachtenernst verbeterd is.

"... Het wordt ook mooi met grafiekjes weergegeven... voor hen... ze kunnen ook zien van het gaat echt beter met me. En soms hebben ze dat idee zelf niet, en dan zien ze toch dat op sommige probleemgebieden er toch verbetering is. Dat helpt dan soms ook weer om, voor henzelf, om de behandeling misschien anders te gaan ervaren. En ook weer even te richten op de positieve punten", aldus een andere GZ-psycholoog van team A.

Een andere GZ-psycholoog benadrukt:

"Ik vind het wel altijd heel prettig om te kunnen zien van hey, hier hebben we aan gewerkt of hey, kun je zien dat dat sterk verminderd is? Of van goh hè dat is... verbetert of juist niet."

In team B geeft een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige aan geen redenen te hebben waarom ze een lijst niet zou bespreken.

"Als er helemaal geen klachten uitkomen en iemand functioneert voor geen meter, dan ben ik wel benieuwd waar het hem dan in zit. Dan vind ik dat in ieder geval wel iets wat ik dan bespreek. Als iemand zegt ik ben nooit bang, daar heb ik nooit last van. Dan vind ik dat ook iets wat informatie geeft."

Echter, niet altijd boekt een patiënt verbetering. Meerdere behandelaren geven aan dat ze het moeilijk vinden om een patiënt af te sluiten als deze aan het einde van de behandelreeks nog in het rode vlak staat. Sommige behandelaren proberen daar toch op een of andere manier een positieve wending aan te geven, zoals de basispsycholoog van team A.

"Over het algemeen bespreek ik hem altijd. (...) ook als iemand achteruit gegaan is, als dat op een ROM te zien is. Het kan ook een goeie stimulans zijn voor mensen. Het kan ook inzicht bieden."

5.2.2 Managers

In deze deelparagraaf komt naar voren hoe Routine Outcome Monitoring terugkomt in de praktijk van managers. Daarbij wordt gekeken naar hoe zij de locaties aansturen op het zorgdragen voor de afname van de vragenlijsten en het bespreken ervan in de behandelpraktijk.

In de onderzochte GGZ-instelling is bij de allereerste implementatie van het ROM-beleid voornamelijk aangestuurd op de inhoudelijke meerwaarde van het gebruik van Routine Outcome Monitoring voor behandelaren, zo gaf de projectleider ROM aan. Dat wierp volgens haar niet echt zijn vruchten af: de percentages van de ingevulde vragenlijsten waren lang niet zo hoog als de zorgverzekeraars als eis hadden gesteld. Naarmate de druk van de verzekeraars op het behalen van percentages groter werd, is er door de organisatie voor een meer afnamegerichte aanpak gekozen. Door de huidige projectleider ROM, die rond die tijd ook haar aanstelling kreeg, werd dit als 'terecht' bestempeld. Vanaf het moment dat de cijfers in eind 2013 de goede kant op gingen, is door de directies en de projectleider weer meer aangestuurd op het inhoudelijk motiveren van behandelaren. De projectleider benadrukt:

"Want je merkt tot slot dat die managers bedrijfsvoering, die hebben hun taak wel flink opgepakt van jongens, we moeten nu die cijfers halen want anders krijgen we kortingen. Dus meten meten meten meten, met straffen, slaan en belonen. Maar dat houdt een beetje op. We zijn nu in de fase beland dat die zorginhoudelijke managers ook gewoon vanuit de inhoud moeten zeggen het is goed om te doen."

De geïnterviewde managers Behandelzaken en Bedrijfsvoering, onderdeel van het duaal management op de locaties, dienen met de behandelteams te communiceren over de afname en het gebruik van meetinstrumenten van Routine Outcome Monitoring.

De bevindingen tonen aan dat de managers Bedrijfsvoering van beide teams behandelaren aansporen en aansturen in het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Uit de interviews blijkt dat beide managers Bedrijfsvoering zich op het gebied van Routine Outcome Monitoring bezig houden met het overbrengen van de eisen die door de instelling aan de behandelteams worden gesteld. Dit is een van de vele taken die zij uitvoeren binnen het duaal management.

De manager Bedrijfsvoering van team A geeft de meeste terugkoppeling over de resultaten tijdens de beleidsoverleggen. Er worden geen individuele terugkoppelingen gegeven over het ROM-beleid. De manager Bedrijfsvoering is daarnaast eens in de twee weken op het secretariaat, waar zij ook aanspreekpunt is voor behandelaren. Het is wel eens voorkomen dat zij samen met de secretaresse gaat zitten om te kijken op welke gebieden er nog winst gepakt kan worden op het aantal afgenomen vragenlijsten, of waar er knelpunten zitten en hoe die opgelost kunnen worden. Vervolgens brainstormen de manager Bedrijfsvoering en de secretaresse samen over een mogelijke oplossing.

De manager Bedrijfsvoering van team B heeft officiële contacten met het behandelteam (de beleidsoverleggen en de jaargesprekken) en bij tijd en wijle heeft zij met hen extra gesprekken met een informeel karakter. Ze geeft aan voorop te lopen in de communicatie naar het behandelteam op gebied van ROM-cijfers. Ze houdt zich met name met de beleidsmatige kant bezig, maar ook met de inhoudelijke kant.

"...omdat het een effectmeting is, en omdat het eigenlijk inhoudelijk in je behandelproces moet zijn, moet de manager Behandelzaken eigenlijk voorop lopen, en niet de manager Bedrijfsvoering. Maar we lopen nu allemaal als manager Bedrijfsvoering voorop, waardoor de behandelaar je ziet als een soort verlengde arm van de zorgverzekeraar waar ze zo boos op zijn. Haha. Dus dan krijg je al die boosheid over je heen. (...) De informatie naar de manager Bedrijfsvoering loopt sneller en beter dan die naar de manager Behandelzaken. Dus in kennis loop je altijd voorop bij de manager Behandelzaken. Dus manager Behandelzaken wordt heel erg afhankelijk, dus dan kan je nooit meer gelijk op lopen. Dus als manager Bedrijfsvoering wordt je ook door je organisatie gedruild van dit moet ingevoerd worden, maar de managers Behandelzaken krijgen niet diezelfde druk mee. Dan krijg je, als je voor je team staat, is dat een risico op een scheve verhouding. Nou vinden X en ik het heel goed met elkaar, dus dat gebeurt bij ons niet, maar de risico's liggen ongelooflijk hoog. En non-verbaal straalt dat uit.

De managers Behandelzaken van beide teams handelen met name vanuit inhoudelijke argumenten. De manager Behandelzaken van team A is voorstander van het gebruik van meetinstrumenten, waarmee de behandelingen aangevuld kunnen worden. Hij zet zich in voor de behandelaren in zijn team in zijn communicatie met de manager Bedrijfsvoering en geeft aan dit met name vanuit inhoudelijke oogpunt te doen.

"Ja.. o nee ja, dat vind ik wel leuk. Ik denk ook dat X... Kijk X zit vooral op, en dat hoort ook, die regeltjes. X kan ook vooral over die ROM doordrammen, omdat we maar op 58% zitten, en ik zit dan meer op van de praktijk werkt zo en zo en zo en zo.. wij.. wij kunnen daar leuk over discussiëren. We hebben daar iets verschil.. dingen over, maar. Dat hoort denk ik wel. Ik vind het wel een goed iets, als ik dan over de behandelaren en de werkvloer zit en zij dan de regeltjes die van bovenaf opgelegd worden."

Het aansturen op de inhoud is echter al minder aan de orde volgens hem, omdat Routine Outcome Monitoring al zo geïntegreerd is in de uitvoeringspraktijk van de behandelaren van zijn team, zo vertelt hij. Hij heeft zich altijd actief bezig gehouden met de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring, binnen de instelling en ook op nationaal niveau. Binnen de instelling zet hij zich in om het gebruik van Routine Outcome Monitoring te stimuleren bij behandelaren, zoals het geven van presentaties voor managers Behandelzaken van alle locaties van de instelling. Op nationaal

niveau zijn er voor managers Behandelzaken gremia en ook worden er bijeenkomsten georganiseerd die de elite-professionals de mogelijkheid bieden zich te onderscheiden van andere professionals.

De manager Behandelzaken van team B gebruikt de vragenlijsten niet of nauwelijks in haar behandelingen, en stuurt haar behandelteam zelf ook weinig aan op het gebruik ervan.

"Maar er zijn mensen die zijn helemaal weg ervan, ja zo ben ik niet, maar dan denk ik wel kom op het is zo, en nou gaan we er het beste van maken. En dan moet het ook een beetje zinnig zijn, dus dan gaan we wel pleiten voor een goed meetinstrument voor die bipolaire stoornis of wat dan ook."

De manager Behandelzaken van team B geeft aan in haar functie binnen het duaal management vooral te focussen op de inhoud. Zij lijkt zich echter op meerdere vlakken te onttrekken aan de verantwoordelijkheden omtrent Routine Outcome Monitoring. Uit meerdere interviews met behandelaren van haar team blijkt dat zij meerdere taken overlaat aan de manager Bedrijfsvoering van team B (die juist erg actief bezig is met het beleid) en dat zij tijdens de beleidsvergaderingen niet veel mededelingen doet over het ROM-beleid. De eerste bijeenkomst van de managers behandelzaken inzake het gebruik van Routine Outcome Monitoring in de praktijk, heeft zij ook aan zich voorbij laten gaan. Ze gaf wel aan in de toekomst mee te willen werken aan de ontwikkeling van meer specifieke vragenlijsten binnen de GGZ-instelling.

De geïnterviewde managers Bedrijfsvoering en de projectleider ROM dragen de eisen van de organisatie uit. Slechts één van de twee geïnterviewde managers Behandelzaken stuurt zijn behandelteam aan op het beleid. Uit de bijeenkomst van de managers Behandelzaken van de gehele instelling bleek dat er van de elf aanwezigen slechts twee actief hun behandelteam aanstuurden. Deze bevinding laat zien dat managers die daarnaast ook behandelaar zijn niet vanzelfsprekend behandelteams aansporen en aansturen in de implementatie van Routine Outcome Monitoring.

5.2.3 Semi-professionals

In deze deelparagraaf wordt uitgelicht hoe Routine Outcome Monitoring naar voren komt in de praktijk van semi-professionals.

Op beide locaties spelen de secretariaten een grote ondersteunende rol in de afnamen van de vragenlijsten. Uit de interviews met de ICT-medewerker en de secretaresses blijkt dat de secretaresses meer taken toebedeeld hebben gekregen sinds er geen ROM-verpleegkundigen meer zijn. Op beide locaties is er steeds één secretaresse die meer van Routine Outcome Monitoring afweet dan de andere secretaresses. Deze secretaresses zijn daarmee het voornaamste aanspreekpunt voor behandelaren op gebied van afname van de vragenlijsten. Het secretariaat wordt op beide locaties als een belangrijke ondersteuning gezien bij het afnemen van vragenlijsten bij patiënten.

Op de locatie van Team A worden de vragenlijsten een dag van te voren klaar gezet in de computer door de secretaresse. Zij zegt dwangmatig bezig geweest met het najagen van behandelaren om hun patiënten de vragenlijst in te laten vullen. De laatste maanden zitten de afname momenten al meer 'op het netvlies' van de behandelaren, zo geeft zij aan, en komt het minder vaak voor dat een behandelaar vergeet een patiënt de vragenlijst in te laten vullen. De secretaresse noemt nog specifiek de problemen die ontstonden toen de taken van de ROM-verpleegkundigen werden overgedragen aan de behandelteams.

“En toen kregen we van de een op de andere dag te horen van jullie moeten nu de ROMs gaan doen, de ROM-verpleegkundigen die zijn er niet meer. Dus jullie moeten dat klaar gaan zetten. Maar dan moet je wel een heel systeem dat je niet kent, dat moet je je dan zelf eigen gaan maken, dus dat je eh... ook niet weet voor welke stoornis welke vragenlijsten er klaar gezet moeten worden. En dat was gewoon wel vervelend.”

Ook noemt zij het huidige probleem van veranderingen in het systeem waar ze niet altijd van op de hoogte gesteld worden.

De secretaresse die werkzaam is op de locatie van team B laat weten dat zij een grote rol speelt in het zorgen voor de ROM-afnamen. Zij (en haar collega's) reiken de papieren vragenlijsten uit aan de balie.

"Mijn rol is eigenlijk denk ik toch wel een van de... de grootste rol. De spil ben ik een beetje van de ROM-afname hier. Zorgdragen dat ze echt worden afgenomen. Achter de behandelaren aanzitten: neem af neem af neem af. (...) Vooral een signalerende, controlerende taak heb ik van de ROM. Die (lijsten) loop ik een keer in de week helemaal na. Staan ze gepland, zijn de ze afgenomen, bellen bellen, behandelaren, stalken stalken stalken, tot ze helemaal gek van me worden. Haha.”

Zij probeert de behandelaren ook scherp te houden in het controleren of patiënten de vragenlijsten hebben ingevuld, maar zij geeft aan dat dit soms moeizamer gaat in verband met de weerstand van behandelaren. Opvallend is dat zij wel eens data van de ingevulde lijsten aanpast indien die data buiten de officiële tijds marges vallen, zodat de metingen toch nog officieel meegeteld kunnen worden in de cijfers voor de zorgverzekeraar.

Alhoewel de behandelaren op het eind verantwoordelijk zijn voor het invullen van vragenlijsten, houden beide secretaresses goed in de gaten of en wanneer het invullen van een vragenlijst ingepland moet worden. Ze blijken met name bij de eindafnames een belangrijke ondersteunende kracht te zijn, mede vanwege hun instelling te 'jagen' of te 'drammen' op behandelaren die geneigd zijn het afnemen van vragenlijsten te vergeten aan het eind van een behandelproces. Het grootste probleem dat beide secretaresses ervaren in hun uitvoering is als een behandeling eenzijdig wordt gestaakt en patiënten niet meer op komen draven. De respons op nabellen of een vragenlijst met de post nasturen is erg laag, terwijl het veel tijd en inspanning kost. Net als behandelaren geven de secretaresses aan op een gegeven moment een grens te trekken. Opvallend is dat een van de geïnterviewde secretaresses zegt een datum van een vragenlijst wel eens aan te passen, zodat de gegevens toch meegeteld kunnen worden.

Een van de geïnterviewde ICT-medewerkers zegt 'aan de bron te zitten' en het programma van Routine Outcome Monitoring te beheren. Daarbij verleent hij hulp aan gebruikers (secretariaten of behandelaren) die de lijsten invoeren of die lijsten willen inzien. Ook is het zijn taak om met de projectleider ROM de 'meettrajecten' samen te stellen en hij helpt de gebruikers met vragen over het afnemen van meettrajecten en het wijzigen van data en volgordes van vragenlijsten.

Deze ICT-medewerker geeft aan meer contact te hebben met secretariaten dan met behandelaren.

5.3 VERHOUDINGEN

In deze paragraaf wordt er aandacht besteed aan de verhoudingen tussen en binnen beroepsgroepen naar aanleiding van de invoering van de Routine Outcome Monitoring. Daarbij wordt gekeken hoe behandelaren, managers en semi-professionals met elkaar communiceren met betrekking tot Routine Outcome Monitoring, hoe dit ervaren wordt en hoe zij tegen elkaar aankijken. Eerst wordt er gekeken naar de verhouding tussen de beroepsgroepen van behandelaren en managers. In deelparagraaf 5.3.2 worden semi-professionals in ogenschouw genomen. In deelparagraaf 5.3.3 worden de verhoudingen binnen beroepsgroepen besproken.

5.3.1 Verhouding tussen behandelaren en managers

De verhoudingen tussen behandelaren en managers zullen in deze deelparagraaf gepresenteerd worden aan de hand van de onderlinge communicatie, hoe zij tegen elkaar en de zorgverzekeraars aankijken, en de manier waarop er samengewerkt wordt.

Communicatie

De managers Bedrijfsvoering van beide teams communiceren de eisen van de zorgverzekeraars door naar de behandelaren. In beide teams leggen de managers Bedrijfsvoering vooral de nadruk op de cijfers. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige omschrijft dit als volgt:

"Maar als vergadering daar over gaan alleen maar, in plaats van over de inhoud. Dan word ik daar wel chagrijnig van. (...) We hebben het veel te weinig, vind ik, over de inhoud.
(...) We hebben een manager Behandelzaken, ik vind dat we het vaker over de inhoud zouden mogen hebben."

Een andere sociaal-psychiatrisch verpleegkundige zegt er het volgende over:

"En het wordt ook vaak geïmplementeerd als eis van de zorgverzekeraar. En eigenlijk zelden op grond van inhoudelijke motieven. (...) Het wordt zo ook gebracht. Het moet, anders worden we gekort. He dus he... het wordt niet gebracht van nou, dat je daar iets waardevols mee kan... Dan is mijn motivatie toch anders."

Een van de GZ-psychologen meent dat in de afgelopen tien jaar managers en professionals verder van elkaar af zijn komen te staan, maar niet alleen door Routine Outcome Monitoring. Ze meent dat het over het algemeen meer over het geld gaat dan over de inhoud. Ze geeft in haar werk daar een balans in te vinden.

"(...) Je moet en jezelf netjes in de ogen kunnen blijven kijken en ook de baas een beetje tevreden stellen, dat is dus een zoeken altijd naar een balans, een middenweg."

Dit relateert zij niet zozeer aan Routine Outcome Monitoring, maar aan de algehele ontwikkelingen in de afgelopen decennia in de geestelijke gezondheidszorg. Ook zijn er meningen van

behandelaren dat de relatie tussen behandelaren en managers is verzakelijkt door de jaren heen, alhoewel niet expliciet door Routine Outcome Monitoring.

Enkele geïnterviewden zeggen zich ervan bewust te zijn dat behandelaren en managers een andere taal spreken. Zo zegt een van de psychiaters van team B:

(...) "Managers en behandelaren spreken een andere taal. En ehm.. het gevoel dat ik heel sterk heb is dat ehm... wij vanuit de gezondheidszorg als behandelaren de taal van het management moeten gaan leren om duidelijk te maken wat wij ... ja wat wij doen,"

Echter, het duaal management kan er volgens de manager Behandelzaken van team B eraan bijdragen dat managers en behandelaren meer elkaars taal begrijpen. Zij meent dat door het duaal management de professionals 'veel meer bij allerlei dingen betrokken zijn' en dat dit een goede ontwikkeling is. Zij meent dat er meer wederzijds begrip uit ontstaat en men zo elkaars taal leert spreken.

Er is in de interviews niet expliciet naar voren gekomen dat verhoudingen of communicatie tussen behandelaren en managers zijn veranderd naar aanleiding van Routine Outcome Monitoring. Enkele behandelaren noemen wel dat indien er zaken in de communicatie zijn veranderd, dit lastig te koppelen is aan Routine Outcome Monitoring, omdat het totale plaatje aan veranderingen veel omvangrijker is dan alleen Routine Outcome Monitoring. Echter, Routine Outcome Monitoring kan wel een element hierin zijn.

Zorgverzekeraars

De behandelaren hebben doorgaans een scherpe mening over de bemoeienis en de eisen van de zorgverzekeraars. Behandelaren hebben het gevoel 'onder een vergrootglas te liggen' en gecontroleerd te worden. Meerdere behandelaren proeven een wantrouwen vanuit de zorgverzekeraars en menen dat hun macht buitenproportioneel is geworden. Het zijn met name de behandelaren van team B die zich duidelijk negatief uitlaten over de bemoeienis van de zorgverzekeraars. Zo vindt de Manager Behandelzaken van team B de bemoeienis van de zorgverzekeraars ook veel te ver gaan:

"Het lijkt soms alsof er geen vertrouwen is, en zeggen ze van ja... dat er in het verleden toch wel misbruik van is gemaakt van de GGZ. Ik bedoel, psychiaters die langdurig mensen hielden wat niet nodig was. Het zal allemaal best, maar ik vind het nu heel ver gaan de bemoeienis."

Ook een GZ-psycholoog spreekt zich hierover uit.

"Aan de ene kant denk ik wel dat het goed is dat we kritischer kijken naar ons eigen werk. Maar tegelijkertijd vind ik ook dat de zorgverzekeraars gewoon te veel macht hebben. (...) Dus... aan de ene kant denk ik van goh ze moeten ook wel een beetje controle houden, maar tegelijkertijd vind ik dat ze nu een beetje doorslaan."

Respondenten geven echter aan dat niet alleen Routine Outcome Monitoring zorgt voor die groeiende machtspositie van zorgverzekeraars, maar dat dit ook komt door onder andere de invoering van zorgprotocollen en zorgprogramma's.

Ook het hoofd Financiën en Control heeft in de afgelopen jaren een verharding zien plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en instellingen. Dat komt ook volgens hem niet alleen door Routine Outcome Monitoring, maar ook door andere ontwikkelingen, zoals de DBC-systematiek die ook gekoppeld is aan declaraties en veranderingen in de manier waarop onderhandelingen plaats vinden (nu met elke verzekeraar apart, in plaats van met een penvoerder die namens alle zorgverzekeraars onderhandelde).

Op het gebied van Routine Outcome Monitoring zijn de meningen verdeeld over de hoogte van de eisen die zorgverzekeraars stellen. Veel behandelaren menen dat de gestelde eisen op het gebied van Routine Outcome Monitoring reëel zijn, maar er zijn er ook behandelaren die menen dat dit niet zo is. Behandelaren geven daarnaast vaak aan dat de zorgverzekeraar de behandelpraktijk niet snappen.

De manager Behandelzaken van team A meent ook dat er een grote afstand is tussen de zorgverzekeraars en de praktijk, wat zich uit in een spanningsveld.

"Zorgverzekeraars zijn toch echt veel meer... die hebben nog relatief weinig ideeën wat er gebeurt, hoe het gaat. Die zitten nog heel erg op de grote lijn zegmaar. Die proberen ook wel krampachtig te snappen wat er gaande is, maar het is toch wel een hele andere wereld. Die hebben dat niet helemaal in de gaten. (...) Ik denk het blijft een spanningsveld, tussen wat zij weten en wat zij zien grote lijnen; van de werkvloer is dat wel een hele grote afstand hoor".

De behandelaren geven aan doorgaans te berusten in de eisen van de zorgverzekeraars, aangezien ze er toch geen inspraak in hebben. Er wordt zelfs meerdere keren aangegeven dat de zorgverzekeraar met de strenge eisen wel een stok achter de deur geeft die mensen scherp houdt, omdat er anders niks gebeurt. Desalniettemin zijn er meerdere behandelaren die vrezen voor vergelijkingen tussen instellingen, locaties en behandelaren die gemaakt kunnen worden zodra er voldoende landelijke gegevens zijn om te benchmarken. Een van de GZ-psychologen hoopt dat landelijke vergelijkingen voorzichtig worden getrokken, aangezien het angst opwekt dat de

gegevens gebruikt zullen worden om een kwaliteitskenmerk aan instellingen te hangen, terwijl niet duidelijk is wat de gegevens betekenen als ze naast elkaar gelegd worden. Ze zet haar vraagtekens bij het afrekenen op miljoenen euro's, terwijl de zorgverzekeraars volgens haar ver van de praktijk af staan.

Wederzijds begrip

Vrijwel alle behandelaren spreken zich negatief uit over de bemoeienis en de gestelde eisen van de zorgverzekeraar. Angst voor interventies bestaat bij enkele behandelaren, maar niet bij iedereen.

Er zijn meerdere behandelaren die begrip voor de positie van het management tonen. Een van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen spreekt zich daar als volgt over uit:

"(...) Het management maakt daarin het beleid niet. Dat wordt door een laag hoger eigenlijk bepaald. Dus ik snap hun beperking ook. Ik word ook niet geïrriteerd op het management, het is meer een eh.. ja een trend waar we met z'n allen in zitten maar ik blijf het beperkt vinden omdat het niet over de inhoud gaat naar mijn idee."

Ook een van de geïnterviewde GZ-psychologen geeft aan het management in een tussenpositie te zien, tussen de eisen van de zorgverzekeraar en de behandelaren in zit.

"Maar bijvoorbeeld ook met de ROM, dat dat ineens heel snel ingevoerd moest worden en dan moet er wel van alles maar dan is dat niet altijd even fijn zeg maar. Dan zitten zij daar denk ik een beetje tussenin, met de druk van boven en ja onze stress en opmerkingen. Dat je daar tussendoor toch grip moet vinden. Dus dat is dan wel even lastig en dat is denk ik ook voor ons, waar we dan even tegen aanlopen van we snappen dat er van alles moet, maar... ja."

Samenwerking

Meerdere geïnterviewden uit team A menen dat de betrokkenheid van behandelaren bij de implementatie van het ROM-beleid in het begin ertoe heeft bijgedragen dat het team hoog zit in de percentages afgenomen vragenlijsten. Een van de GZ-psychologen zegt hierover het volgende:

"Wat ik denk is dat in dit team een aantal mensen heel betrokken zijn geweest bij die ROM en de implementatie daarvan. Ehm... (de manager Behandezaken) was zorgprogramma coördinator angststoornissen. Ik was zorgprogramma coördinator persoonlijkheidsstoornissen en daarmee waren wij al veel al met de ROM bezig vanuit die functie. (...) We hebben ook gehoord hoe het bij andere instellingen werd geïmplementeerd, we hebben ook gehoord wat niet werkte. En daarmee hebben we ook

een beetje gekeken van ja wat moet je dus dan niet doen. Daarnaast hebben we een klein team. En hebben we een beetje met z'n allen bedacht van hoe gaat we dat implementeren.”

In de uitvoering van het ROM-beleid blijken ook compromissen binnen het duaal management te worden gesloten, zo blijkt uit het gesprek met de manager Behandelzaken van team A.

"Ik vind het wel een goed iets, als ik dan over de behandelaren en de werkvloer zit en zij dan de regeltjes die van bovenaf opgelegd worden.

En merkt u dat het dan tot een bepaalde vooruitgang leidt?

Ja, ja. Nou.. ja vaak ook compromissen. Dat de regeltjes dan minder streng zijn dan of dat we de regeltjes wat minder streng hanteren. (...) En dan hebben we daar discussies over en komen we tot compromissen. In die zin werken wij leuk samen.

5.3.2 Semi-professionals

De geïnterviewde ICT-er, die mede verantwoordelijk is voor het systeembeheer van onder andere programma's voor Routine Outcome Monitoring, geeft aan weinig contact te hebben met behandelaren, maar wel veel met secretariaten. Het zijn vaak de secretaresses die komen met vragen en opmerkingen over de systemen, niet de behandelaren. Ondanks dat het takenpakket van de ICT-er uitgebreid is met het zorgdragen voor systemen op gebied van Routine Outcome Monitoring, kan er niet van gesproken worden dat zijn beroepsgroep zich op een andere manier is gaan verhouden tot andere beroepsgroepen door Routine Outcome Monitoring.

Alle geïnterviewden, inclusief de secretaresses zelf, onderstrepen de ondersteuning van de secretariaten op gebied van Routine Outcome Monitoring. Ook al wordt door meerdere respondenten gezegd dat de verhoudingen met de secretaresses niet anders is door Routine Outcome Monitoring, toch laten de interviews zien dat hun ondersteuning groter is dan voorheen.

Met de inhoudelijke bespreking hebben secretariaten niets te maken.

Bevindingen laten zien dat secretaresses op sommige punten dichter op de behandelaren zijn komen te staan. Zij ondersteunen behandelaren in het uitvoeren van het ROM-beleid. Ook komt het wel eens voor dat secretaresses zeer doordrammen op behandelaren als het gaat om de afname van de vragenlijsten. Daarnaast blijkt op de locatie van team A dat de secretaresse enkele keren per maand zeer nauw samenwerkt met de manager Bedrijfsvoering om te zorgen voor de afname van de vragenlijsten en het halen van de gestelde eisen. Op deze punten is de communicatie tussen secretaresses en de beroepsgroepen van managers en professionals geïntensiveerd.

5.3.3 Verhoudingen binnen beroepsgroepen

In deze deelparagraaf zullen de verhoudingen binnen de beroepsgroepen van professionals, managers en semi-professionals naar aanleiding van Routine Outcome Monitoring aan de orde komen. Hierbij zal rekening worden gehouden met zowel een verticale als een horizontale segmentatie.

Verticale segmentatie binnen de beroepsgroep van professionals

Binnen de onderzochte instelling werd er vóór de invoering van Routine Outcome Monitoring al gebruik gemaakt van het construct van duaal management op alle locaties. Daarin hielden elite-behandelaren zich reeds bezig met beleidstechnische zaken naast hun reguliere behandelingen. Het duaal management is geen noodzakelijke voorwaarde om Routine Outcome Monitoring tot uitvoering te brengen. Ondanks dat er in de onderzochte GGZ-instelling op elke locatie gebruik gemaakt wordt van het construct van duaal management, is dit niet in elke GGZ-instelling in Nederland doorgevoerd. Zo bestaan er in andere instellingen bijvoorbeeld ook projectgroepen, aparte managementtaken, programmaspecialisten en informele teamleiders die toezicht houden op de afname van vragenlijsten. Ook wil het niet zeggen dat - indien er in instellingen *wel* gebruik wordt gemaakt van duaal management - Routine Outcome Monitoring ook tot de kerntaken beschouwd wordt. In de onderzochte instelling wordt de aansturing op Routine Outcome Monitoring *wel* tot de kerntaken van het duaal management beschouwd. Daardoor hebben de managers Behandelzaken sinds de invoering van Routine Outcome Monitoring de taak erbij gekregen hun behandelteams aan te sturen op het afnemen van vragenlijsten. Zodoende hebben managers Behandelzaken er door Routine Outcome Monitoring een extra gebied bij waarop zij zich kunnen onderscheiden van de rest van de professionals.

Ook kan een behandelaar solliciteren op een functie binnen het duaal management, waarmee de kans aangegrepen kan worden om zich te bemoeien met het ROM-beleid, zoals de wijze van implementatie van het ROM-beleid of de aansturing op en aanpassingen van dit beleid.

Uit de interviews blijkt dat de manager Behandelzaken van team A (klinisch psycholoog) zich volop heeft bezig gehouden met de implementatie van het ROM-beleid - en zich daar nog steeds voor inzet. Zo verleent hij ondersteuning voor de organisatie bij bijeenkomsten voor managers Behandelzaken. De manager Behandelzaken uit team B (psychiater) houdt zich wat meer op de achtergrond op het gebied van de beleidsontwikkeling en -toepassing van Routine Outcome Monitoring, en ook in de communicatie naar haar behandelteam toe. Desalniettemin draagt zij wel de verantwoordelijkheid voor het communiceren van de eisen naar de behandelaren en de aansturing en geeft zij aan zich in de toekomst bezig te zullen houden met de ontwikkeling van vragenlijsten met de projectleider ROM.

Andere vormen van segmentatie binnen beroepsgroepen

Ondanks dat de segmentatiethese van Freidson (1984, 2001) met name iets zegt over een verticale segmentatie binnen de beroepsgroep van professionals, blijken er in de praktijk meerdere vormen van segmentatie te kunnen voorkomen. Zo kan er ook binnen de beroepsgroep van managers een verticale segmentatie onderscheiden worden tussen hoger aangestelde managers en de uitvoerende managers. In de onderzochte GGZ-instelling is er speciaal een projectleider ROM aangesteld om Routine Outcome Monitoring binnen de instelling in goede banen te leiden. De managers Bedrijfsvoering, die op een lager niveau in de organisatie staan, kunnen gezien worden als de uitvoerende managers, die de opgelegde eisen van de projectleider uitvoeren. In dit opzicht is er een vorm van verticale segmentatie ontstaan binnen de groep van managers naar aanleiding van de invoering van Routine Outcome Monitoring.

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat er ook een horizontale segmentatie kan ontstaan binnen de beroepsgroep van managers. Managers Behandelzaken vertegenwoordigen in hun functie de beroepsgroep van professionele behandelaren, en houden daarom de inhoudelijke aspecten van Routine Outcome Monitoring in ogenschouw. De managers Bedrijfsvoering daarentegen vertegenwoordigen de belangen van de organisatie en houden zich daarbij vooral bezig met de aantallen afgenomen vragenlijsten. In hun onderlinge communicatie over Routine Outcome Monitoring komen de belangen die zij vertegenwoordigen naar voren.

Er is ook een horizontale segmentatie gevonden binnen de groep van secretaresses (semi-professionals). In de loop van de tijd zijn er op het gebied van Routine Outcome Monitoring meer taken bijgekomen voor de secretaresses. Op beide secretariaten is er steeds één secretaresse die meer weet van Routine Outcome Monitoring dan haar collega's. Op beide locaties zijn deze secretaresses geïnterviewd. Zij blijken op het gebied van Routine Outcome Monitoring de ook de meeste ondersteuning te leveren aan behandelaren en de voornaamste aanspreekpunten van behandelaren te zijn in de praktijk.

6. ANALYSE VAN DE BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk worden de bevindingen die in dit onderzoek zijn opgedaan geïnterpreteerd aan de hand van de geboden deelverklaringen van de deprofessionaliseringsthese, de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese. Per paragraaf staat één deelverklaring centraal. De deelverklaringen worden aan de hand van drie onderdelen - meningen, houdingen en verhoudingen - integraal behandeld. De paragrafen worden steeds afgesloten met een schematische weergave van de feitelijke scores en een samenvattende conclusie per deelverklaring.

6.1 Deprofessionaliseringsthese

Volgens de deprofessionaliseringsthese kijken behandelaren negatief aan tegen Routine Outcome Monitoring en zullen zij er weerstand tegen bieden om de kenmerken van de professionele beroepsgroep te bewaken. Door Routine Outcome Monitoring zullen zij naar verwachting aan status, autonomie en zelfregulering inboeten. Tegelijkertijd kan verwacht worden dat managers de behandelaren zullen aansporen en aansturen in het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Voor hen zal Routine Outcome Monitoring een manier zijn om te professionaliseren en daarom zullen zij dit omarmen. De theorie gaat ervan uit dat er een kloof zal ontstaan tussen professionals en managers, vanwege een botsing van culturen.

De deelverklaring kan als volgt schematisch worden weergegeven:

	Professional	Management
Houding	Negatief Bewaken kenmerken beroepsgroep professionals	Positief Omarmen ROM om te professionaliseren
Gebruik	Weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM
Verhouding	Afnamestatus, autonomie en zelfregulering Kloof met management door botsing culturen	Kloof met professionals door botsing culturen

Professionals

In de data zijn aanwijzingen gevonden voor een gevoel van verlies aan autonomie bij meerdere behandelaren. Dit werd ofwel rechtstreeks omschreven door de behandelaren zelf, of het kan worden afgeleid uit hun weerstand tegen Routine Outcome Monitoring of hun kritiek op de bemoeienis van de zorgverzekeraars met de invulling van hun werk. De bevindingen laten zien dat

behandelaren een negatieve mening kunnen hebben over Routine Outcome Monitoring en het gevoel hebben dat zij aan autonomie verliezen. Echter, er zijn ook behandelaren, met name in team A, die zich positief uiten over Routine Outcome Monitoring. Veel behandelaren laten zich daarnaast ook tweeledig uit over Routine Outcome Monitoring. Er wordt namelijk dikwijls aangegeven dat zij vóór het inzichtelijk maken van de behandelingen (transparantie) zijn, maar tegelijkertijd menen zij dat de zorgverzekeraars wel erg doorslaan in hun bemoeienis.

Ondanks dat er behandelaren zijn die geen voorstander zijn van Routine Outcome Monitoring, komt uit de interviews en de cijfers van de locaties naar voren dat behandelaren doorgaans wel de eisen van het ROM-beleid naleven. Echter, er kan een onderscheid worden gemaakt tussen behandelaren die uit zichzelf de meetinstrumenten gebruiken en dit als aanvulling voor hun praktijk zien, en behandelaren die tegenstander zijn van Routine Outcome Monitoring en die onder dwang het ROM-beleid naleven. In de meeste gevallen gebruiken zij de meetinstrumenten wel, omdat er anders sancties zullen volgen door zorgverzekeraars en uiteindelijk ook door de organisatie. Er zijn echter ook behandelaren die zich blijven verzetten door helemaal niet mee te werken aan de afnamen van vragenlijsten en het gebruik ervan in de praktijk. In beide teams zijn dat met name de psychiaters. Weerstand komt ook tot uiting als behandelaren een grens trekt bij het nabellen van patiënten (in het geval men vergeten is de lijst af te nemen of als een patiënt niet meer komt opdagen). Er kan dus niet gesteld worden dat er een eenduidige weerstand is tegen Routine Outcome Monitoring, aangezien er ook behandelaren zijn die de resultaten van de vragenlijsten bespreken met patiënten. Opgemerkt moet worden dat de behandelaren in team A doorgaans wel de resultaten van de ROM-metingen in hun behandelproces betrekken, de behandelaren uit team B niet of bijna niet.

Sommige behandelaren uiten zich zelfs dubbel over de transparantie die Routine Outcome Monitoring met zich meebrengt. Namelijk, het inzichtelijk maken van behandelingen voor de patiënt wordt doorgaans als iets positiefs gezien, maar de bemoeienis van de zorgverzekeraars wordt meestal wel als overmatig bestempeld en krijgt daarmee een negatieve lading.

In de toekomst zullen zorgverzekeraars aan de hand van de resultaten van Routine Outcome Monitoring beslissen bij wie zij zorg in zullen kopen en is de kans aanwezig - zo bleek tijdens de bijeenkomst van de managers Behandelzaken - dat de instelling behandelaren zal beoordelen naar aanleiding van de resultaten op die vragenlijsten. Om deze reden kan gesteld worden dat de hoeveelheid autonomie en zelfregulering bij professionals afneemt: anderen bepalen mee wie er kwalitatief een goede behandelaar is en zullen behandelaren daar ook op afrekenen.

Managers

Uit de bevindingen blijkt dat net als bij behandelaren de meningen van managers kunnen verschillen ten aanzien van Routine Outcome Monitoring. De projectleider ROM, twee managers Bedrijfsvoering en een manager Behandelzaken staan er positief in en zetten zich ook in voor de implementatie van het ROM-beleid. De bevindingen laten zien dat één geïnterviewde manager Behandelzaken en de manager van de secretariaten niet zo positief tegen Routine Outcome Monitoring aankijken en zich ook in hun uitvoeringspraktijk minder inzetten voor de aansturing en aansporing van behandelaren. Uit de bijeenkomst van managers Behandelzaken bleek dat het overgrote deel van deze managers, die tevens behandelaar zijn, doorgaans geen voorstander zijn van Routine Outcome Monitoring. Deze bevindingen impliceren dat managers die de organisatiewaarden vertegenwoordigen doorgaans voorstander zijn van Routine Outcome Monitoring en de managers die de professionele waarden vertegenwoordigen niet.

De deprofessionaliseringsthese verwacht dat managers een opkomende laag vormen, die in de uitvoering van hun beroep professionaliseren. Hier wordt het verkrijgen van een hogere status in de hiërarchie en meer inspraak, vanwege Routine Outcome Monitoring, onder verstaan.

Een managementfunctie waarbij dit het geval is, is die van de projectleider ROM. Deze managementfunctie is in het leven geroepen na de invoering van Routine Outcome Monitoring. De projectleider ROM houdt contacten met een vaste groep projectleiders ROM van andere instellingen en daarnaast woont zij landelijke bijeenkomsten en trainingen bij op gebied van Routine Outcome Monitoring. Deze kennis gebruikt zij om directies op de hoogte te houden en om het duaal management op locaties binnen de onderzochte GGZ-instelling beter te kunnen aansturen.

De managers Bedrijfsvoering lijken het allebei een uitdaging te vinden om de eisen van de instelling op het gebied van Routine Outcome Monitoring te halen. Zij hebben echter de opdracht om de eisen van de instelling na te volgen. Daarbinnen beschikken zij over een kleine beslissingsruimte om de werkprocessen op eigen manier in te richten. Routine Outcome Monitoring lijkt voor hen niet te leiden tot een verhoging in status, aangezien het uitvoeren van het ROM-beleid gezien wordt als een onderdeel van het totale takenpakket. Meer inspraak is er wel voor de manager Bedrijfsvoering van team B, die enkele taken overneemt van de manager Behandelzaken van team B in het zorgdragen voor de uitvoering van het ROM-beleid.

De manager van de secretariaten, die het secretariaat op de locatie van team B onder haar hoede heeft, blijkt niet positief aan te kijken tegen Routine Outcome Monitoring en uit dit interview is ook niet gebleken dat zij in haar werk Routine Outcome Monitoring aangrijpt om te professionaliseren. Ook zij ziet het als een van de meerdere taken die zij in haar werk uitvoert. Zij heeft niet per sé

meer inspraak of status nu zij ook (deels) toezicht moet houden op de uitvoering van Routine Outcome Monitoring.

De functie van behandelaren binnen het duaal management - als manager Behandelzaken - kan ook als een vorm van professionalisering worden getypeerd. Enerzijds zijn zij in hun vakgebied al professioneel behandelaar, anderzijds kan professionalisering ook geschieden op het gebied van een organisatorische functie. Zo volgt de manager Behandelzaken van team B een extra managementopleiding en heeft de manager Behandelzaken van team A een belangrijke rol bemachtigd binnen de onderzochte GGZ-instelling op het gebied van de implementatie en het aanscherpen van het ROM-beleid. Het is gezien deze bevindingen niet vast te stellen dat Routine Outcome Monitoring altijd omarmd wordt door managers met als doel te professionaliseren, maar het biedt wel degelijk mogelijkheden tot professionalisering, ook voor behandelaren op een ander gebied dan hun behandelpraktijk.

De deprofessionaliseringsthese verwacht dat er een kloof of botsing ontstaat tussen professionals en managers. Bevindingen op het gebied van verhoudingen tussen professionals en managers zijn echter niet eenduidig. Zo meent de manager Bedrijfsvoering dat zij in haar functie door behandelaren gezien wordt als een verlengstuk van de zorgverzekeraar, iets wat spanningen oproept. Meerdere behandelaren laten ook blijken dat zij de terugkoppeling op de gehaalde percentages afgenomen vragenlijsten niet prettig vinden, of zelfs als een dreiging ervaren.

Daarentegen blijkt uit de interviews dat er ook behandelaren zijn die aangeven dat zij de positie van het management begrijpen, men elkaars taal leert spreken en er ook samengewerkt wordt. Daarnaast worden er binnen het duaal management compromissen gesloten tussen managers Behandelzaken en managers Bedrijfsvoering. Ook wordt het discussiëren over Routine Outcome Monitoring door deze managers niet per se als negatief ervaren. Verder komt uit de interviews naar voren dat behandelaren doorgaans geen verandering ervaren in de communicatie met het management sinds Routine Outcome Monitoring van toepassing is in de praktijk.

Kortom, de meningen over Routine Outcome Monitoring blijken onder zowel professionals als managers te variëren. Ook blijken er verschillen te zijn tussen behandelaren in het al dan niet gebruiken van vragenlijsten in de behandelpraktijk of het bieden van weerstand hiertegen. Bovendien blijkt het niet zo te zijn dat alle managers behandelteams evenredig aansporen en aansturen in de implementatie van Routine Outcome Monitoring. Deze verschillen in gebruik lijken verband te houden met de meningen ten aanzien van Routine Outcome Monitoring. Professionalisering kan plaatsvinden, maar niet bij alle managers en de mogelijkheid bestaat dat ook professionals op het vakgebied van management professionaliseren. Bevindingen laten zien dat er ook niet altijd een frictie of botsing is tussen de beroepsgroepen van professionals en

managers, maar zelfs juist ook samenwerkingen en wederzijds begrip. Met deze bevindingen kan gesteld worden dat de deprofessionaliseringsthese onvoldoende verklaring biedt voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Kritiek op de deprofessionaliseringsthese

De deprofessionaliseringsthese blijkt in vele opzichten niet te kloppen. Volgens Noordegraaf (2008) zal er in meer of mindere mate een botsing zijn tussen de culturen van de professionals en managers, waarbij hij de meest geringe botsing als een relatieve harmonie beschouwt. Echter, deze schaalverdeling houdt er geen rekening mee dat professionals en managers ook dichter op elkaar kunnen komen te staan. Het blijkt dat dit wel degelijk het geval kan zijn, omdat zij in de zorgverzekeraars (die Routine Outcome Monitoring verplicht stellen) een gezamenlijke andere vijand zien. Daarmee is er in plaats van een scheidslijn tussen professionals en managers eerder een scheidslijn tussen zorgverzekeraars en de organisatie.

Een tweede punt van kritiek op de deprofessionaliseringsthese is dat er geen rekening wordt gehouden met hybride functies. In dit onderzoek neemt de manager Behandelzaken een belangrijke rol in. Dit is een behandelaar die ook enkele uren in de week als manager optreedt, en die daarmee een hybride functie vervult. Deze dubbelfunctie alleen al kan als een problematisering van de deprofessionaliseringsthese beschouwd worden, omdat de manager Behandelzaken als vertegenwoordiger van de professionele behandelaren optreedt, maar tegelijkertijd geconfronteerd wordt met de eisen van de organisatie (die vertegenwoordigd worden door de manager Bedrijfsvoering) en daarin overeenkomsten en/of compromissen in sluit.

Een derde punt van kritiek is dat de deprofessionaliseringsthese geen rekening houdt met de rol die semi-professionals spelen bij de invoering van Routine Outcome Monitoring. De rol van secretaresses, die in dit onderzoek beschouwd worden als semi-professionals, blijkt juist erg belangrijk te zijn, gezien zij de behandelaren in grote mate ondersteunen bij de uitvoering van Routine Outcome Monitoring.

	Professional	Management
Houding	Positief en negatief	Positief en negatief
Gebruik	Zowel gebruik als weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM gebeurt niet door alle managers.
Verhouding	Afname-autonomie en zelfregulering Soms fricties, maar ook wederzijds begrip en samenwerking met management Hybride functie manager Behandelzaken Professionalisering op managementgebied	Soms fricties, maar ook wederzijds begrip en samenwerking met professionals

6.2 Segmentatiethese

Volgens de segmentatiethese zullen door Routine Outcome Monitoring scheidingen ontstaan binnen beroepsgroepen. Binnen de beroepsgroep van professionals kan er naar verwachting een *verticale* segmentatie ontstaan tussen enerzijds rank-and-file (alledaagse) professionals en elite-professionals. De elite-professionals - in deze context de managers Behandelzaken - zullen zich naar verwachting bezig houden met het ROM-beleid. Deze mogelijkheid zullen zij strategisch aangrijpen om de professionele waarden te beschermen. De rank-and-file uitvoerders zijn de 'gewone' behandelaren uit het behandelteam, die zich zullen vasthouden aan traditionele taken en op oude voet verder zullen gaan. Routine Outcome Monitoring zullen zij naar verwachting niet omarmen.

In het duaal management zullen de managers Behandelzaken en de managers Bedrijfsvoering naar verwachting ten opzichte van elkaar verschillende belangen nastreven, respectievelijk de belangen van de professionals en de belangen van de organisatie. Daarmee zal een *horizontale* segmentatie ontstaan binnen de beroepsgroep van managers. Doordat er een continue wisselwerking is met betrekking tot het vertegenwoordigen van verschillende belangen zullen er naar verwachting geen veranderingen optreden in de verhoudingen met andere beroepsgroepen. De deelverklaringen van de segmentatiethese worden hieronder nog eens schematisch weergegeven:

	Professional (behandelaren)	Management
Houding	Elite-behandelaren zien ROM als strategie om beroepsgroep professionals te beschermen Rank-and-file professionals houden zich vast aan traditionele taken	Managers Behandelzaken (elite professionals) negatief, vertegenwoordigen professionele waarden Managers Bedrijfsvoering positief, vertegenwoordigen de organisatiewaarden
Gebruik	Elite-behandelaren houden zich bezig met het ROM-beleid Rank-and-file professionals op oude voet verder	Managers Behandelzaken (elite professionals) strijden voor professionele beroepsgroep, managers Bedrijfsvoering volgen eisen van de organisatie op.
Verhouding	1) Verticale segmentatie tussen elite-behandelaren en rank-and-file-behandelaren door ROM 2) Geen veranderingen in verhoudingen met beroepsgroep van managers door continue wisselwerking.	1) Verticale segmentatie binnen het management. Horizontale segmentatie binnen het duaal management 2) Geen veranderingen in verhoudingen met andere beroepsgroepen door continue wisselwerking.

Segmentatie binnen de beroepsgroep van professionals

De bevindingen laten zien dat er inderdaad een verticale segmentatie bestaat tussen elite-behandelaren die zich bezig houden met de ontwikkeling en implementatie van het ROM-beleid, en de 'rest' van de behandelaren (rank-and-file uitvoerders) die zich alleen bezig houden met hun behandelpraktijk. De managers Behandelzaken binnen het duaal management vormen in deze context de elite-professionals. Per behandelteam is er altijd één elite-behandelaar die deze functie op zich neemt.

Ook al bestond het duaal management al vóórdat Routine Outcome Monitoring geïntroduceerd werd in de instelling, behandelaren kunnen een positie in het duaal management aangrijpen om zich bezig te houden met de ontwikkeling en implementatie van het ROM-beleid, en zodoende de waarden en autonomie van de professionele beroepsgroep bewaken.

Echter, een positie in het duaal management wil niet zeggen dat men zich ook volop bezig houdt met de implementatie, ontwikkeling en aansturing van het ROM-beleid. De manager Behandelzaken van Team B is bijvoorbeeld veel minder betrokken bij het ROM-beleid dan de manager Behandelzaken van Team A. Desalniettemin lijken beide managers Behandelzaken op een eigen manier de waarden en belangen van de beroepsgroep van professionals te bewaken in hun communicatie met de managers Bedrijfsvoering. Opvallend is echter dat de geïnterviewde managers Behandelzaken verschillende meningen hebben ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, en zij dragen verschillende argumenten aan waarom het wel of niet goed zou zijn om ermee te werken. De twee geïnterviewde managers Behandelzaken zetten zich dus op hun eigen manier in voor de beroepsgroep van professionals.

Segmentatie binnen de beroepsgroep van managers

Het duaal management, bestaande uit een manager Bedrijfsvoering en een manager Behandelzaken, kan gezien worden als een *horizontale* segmentatie binnen de beroepsgroep van managers. Officieel gezien staan zij op gelijke voet. Zoals eerder aangegeven zullen managers Behandelzaken zich volgens de segmentatiethese inzetten voor de waarden van de beroepsgroep van professionele behandelaren. De managers Bedrijfsvoering zullen naar verwachting de organisatiewaarden vertegenwoordigen en daarmee positief staan tegenover Routine Outcome Monitoring. Uit de interviews komt naar voren dat de managers Behandelzaken met name de waarden van de professionals vertegenwoordigen (alhoewel op een eigen manier, zie vorige deelparagraaf), terwijl de managers Bedrijfsvoering inderdaad de waarden van de organisatie in het oog houden.

Uit de bijeenkomst voor managers Behandelzaken bleek ook dat het merendeel van de managers Behandelzaken zich niet actief inzette voor het ROM-beleid, of zich er wel mee bezig hield (gezien de strenge eisen van de organisatie), maar met tegenzin. Dit lijkt samen te hangen met de vaak negatieve mening die zij hebben over het verplichte gebruik van Routine Outcome Monitoring. Het vertegenwoordigen van de waarden van professionals kwam expliciet naar voren tijdens deze bijeenkomst. Verzet tegen het gebruik van Routine Outcome Monitoring kan ook getypeerd worden als het vertegenwoordigen van de professionele waarden. De geïnterviewde managers Bedrijfsvoering geven beiden aan wel begrip te hebben voor de meningen van behandelaren, maar stellen de organisatiewaarden voorop. Gezien de vertegenwoordiging van verschillende waarden, maar het werken op gelijke voet, kan een horizontale segmentatie onderscheiden worden binnen het duaal management. Echter, ondanks dat de managers binnen het duaal management officieel op gelijke voet staan, kan het voorkomen dat er toch (informele) ongelijke verhoudingen optreden, zoals binnen het duaal management van team B. De manager Bedrijfsvoering geeft aan meer druk te ervaren vanuit de organisatie dan haar collega manager Behandelzaken omtrent de uitvoering van het ROM-beleid, en ook over meer kennis te beschikken. Dit geeft aan dat de managers in het duaal management niet altijd gelijk lopen.

Een *verticale* segmentatie binnen de beroepsgroep van managers is er tussen de projectleider ROM en de managers Bedrijfsvoering. De projectleider ROM, die als een elite-manager bestempeld kan worden gezien haar inzet in de ontwikkeling van het ROM-beleid, staat officieel boven de managers Bedrijfsvoering. Zij praat op alle locaties met managers uit het duaal management om te achterhalen waar knelpunten liggen in de uitvoering van het beleid en hoe aansturing beter kan. De managers Bedrijfsvoering en managers Behandelzaken dienen het beleid te volgen dat mede door deze projectleider is uitgestippeld.

De ambigue rol van de manager Behandelzaken zorgt wel enigszins voor een overlap in de data-analyse. Enerzijds kunnen zij tegenover de achterban van 'gewone' behandelaren geplaatst worden en anderzijds tegenover de managers Bedrijfsvoering.

Opgemerkt moet worden dat de managers Behandelzaken aan status winnen binnen de beroepsgroep van behandelaren, maar dat zij binnen het duaal management ten opzichte van de manager Bedrijfsvoering *niet* aan status winnen.

Segmentatie binnen de beroepsgroep van semi-professionals

Segmentatie binnen de beroepsgroep van semi-professionals kan gekenmerkt worden als een nieuwe bevinding. Het blijkt dat de geïnterviewde secretaresses meer van het ROM-beleid weten dan hun collega's op de secretariaten. Zij handelen de meeste zaken af op gebied van Routine Outcome Monitoring en vormen daarnaast het belangrijkste aanspreekpunt voor behandelaren op

dit gebied. Zij blijken ook degenen te zijn die de behandelteams het vaakst aansturen op de afnamen van vragenlijsten. Met deze bevindingen kan gesteld worden dat zij een belangrijkere positie bekleden binnen hun beroepsgroep dan de andere secretaresses en dat zij daarmee meer invloed en aanzien hebben in de aansturing van behandelaren.

Kortom, elite-behandelaren houden zich binnen het duaal management (in hun functie als manager Behandelzaken) bezig met de ontwikkeling en implementatie van het ROM-beleid. Dit gebeurt echter niet altijd in evenredige mate, zoals de verschillen tussen de geïnterviewde managers Behandelzaken laten zien. Binnen het duaal management komt er ook een horizontale segmentatie tot uiting tussen de managers Behandelzaken (die de beroepsgroep van professionele behandelaren vertegenwoordigen) en de managers Bedrijfsvoering (die de organisatiewaarden vertegenwoordigen). Gezien deze bevindingen kan er ondersteuning gevonden worden voor de segmentatiethese. De theorie kan bovenal uitgebreid worden met deelverklaringen over semi-professionals, aangezien dit onderzoek aantoont dat er ook binnen de beroepsgroep van semi-professionals segmentatie plaatsvindt.

Kritiek op de segmentatiethese Kritiek op de segmentatiethese kan echter ook geleverd worden. De segmentatiethese doet geen uitspraken over de beroepsgroep van semi-professionals, maar dit onderzoek toont aan dat de secretaresses, die onder de deze beroepsgroep geschaard kunnen worden, wel degelijk een belangrijke rol spelen. Ook binnen de groep van semi-professionals blijkt segmentatie plaats te vinden, namelijk dat er secretaresses zijn die meer weten van Routine Outcome Monitoring en die zich er in hun werk ook meer mee bezig houden dan hun collega's, en daarmee een aanspreekpunt zijn voor behandelaren.

Een tweede punt van kritiek op de segmentatiethese, zoals opgesteld door Freidson (1983; 1984), is dat de theorie uitgaat van een homogene achterban. Dit onderzoek wijst echter aan dat de achterban van professionals niet altijd eensgezind is over Routine Outcome Monitoring. Sommige behandelaren kijken negatief aan tegen Routine Outcome Monitoring en gebruiken dit niet graag in hun praktijk, terwijl anderen het wel als positief ervaren en het wel degelijk gebruiken. Er zal dus rekening mee gehouden moeten worden dat een achterban van rank-and-file uitvoerders ook gesegmenteerd kan zijn.

	Professional (behandelaren)	Management
Houding	Elite-behandelaren zien ROM als strategie om beroepsgroep professionals te beschermen. Rank-and-file behandelaren	Managers Behandelzaken (elite professionals) vertegenwoordigen volgens eigen opvattingen de professionele waarden Managers Bedrijfsvoering vertegenwoordigen de organisatiewaarden.
Gebruik	Elite-behandelaren houden zich bezig met het ROM-beleid Rank-and-file professionals houden zich bezig met de behandelpraktijk en niet met het ROM-beleid	Managers Behandelzaken (elite professionals) strijden voor waarden van de professionele beroepsgroep Managers Bedrijfsvoering streven de belangen van de organisatie na
Verhouding	1) Verticale segmentatie tussen elite-behandelaren en rank-and-file-behandelaren door ROM 2) Geen veranderingen in verhoudingen met beroepsgroep van managers door continue wisselwerking.	1) Verticale segmentatie binnen het management. Horizontale segmentatie binnen het duaal management 2) Geen veranderingen in verhoudingen met andere beroepsgroepen door continue wisselwerking

6.3 Restraticatiethese

Reeds vóór de introductie van Routine Outcome Monitoring was er binnen de onderzochte GGZ-instelling sprake van top-down-beleid, waarbij eisen van bovenaf, soms beginnende bij de zorgverzekeraars, door directies en het management werden doorgespeeld naar de behandelaren. De behandelaren kunnen daarbij als onderste laag in de organisatie worden gezien. Deze hiërarchie zal als vertrekpunt worden genomen bij het interpreteren van de data.

Volgens de restraticatiethese zal de hiërarchie van bestaande beroepsgroepen vanwege Routine Outcome Monitoring op een andere manier ingedeeld worden: er kan een nieuwe hiërarchie ontstaan, waarin de posities van beroepsgroepen veranderen, of waarin beroepsgroepen meer naast elkaar komen te staan. Naar aanleiding van de restraticatiethese kan verwacht worden dat behandelaren aan status verliezen in de hiërarchie door de invoering van Routine Outcome Monitoring. Zij zullen daarom negatief staan ten aanzien van Routine Outcome Monitoring en weerstand bieden tegen het gebruik ervan om hun positie in de hiërarchie te beschermen. Managers en semi-professionals daarentegen staan naar verwachting positief tegenover Routine Outcome Monitoring en zij zullen de beroepsgroep van professionals aansporen en aansturen in het gebruik ervan, omdat zij daarmee hun status in de hiërarchie kunnen verhogen. De deelverklaringen van de restraticatiethese kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:

	Professional (behandelaren)	Management	Semi-professional (secretariaat & ICT)
Houding	Negatief	Positief	Positief
Gebruik	Weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM	Aangrijpen ROM om te professionaliseren & mediation of boundary management
Verhouding	Verlies status in hiërarchie	Verhoging status in hiërarchie	Verhoging status in hiërarchie

Professionals

Zoals eerder genoemd in paragraaf 6.1 blijkt uit de bevindingen dat professionals zowel positief als negatief aankijken tegen Routine Outcome Monitoring, en dat niet elke behandelaar er weerstand tegen biedt.

Al vóór de invoering van Routine Outcome Monitoring was sprake van een top-down beleid, met de behandelaren onderaan de hiërarchie van de organisatie. Dit is het vertrekpunt van de analyse. De bevindingen laten niet zien dat professionele behandelaren een andere positie hebben verkregen in de hiërarchie door Routine Outcome Monitoring. Doorgaans wordt Routine Outcome Monitoring genoemd als een van de vele bemoeienissen van zorgverzekeraars (naast de invoering

van zorgprotocollen, zorgprogramma's, Diagnose Behandel Combinaties, de goedkeuring van declarabele behandelingen, etcetera). De indruk wordt gewekt dat met deze toename in bemoeienissen de werkinhoud van behandelaren steeds meer wordt gecontroleerd door de groep van zorgverzekeraars. Ondanks dat professionele behandelaren reeds onderaan de hiërarchie staan (het vertrekpunt van dit onderzoek), kan gesteld worden dat hun positie in die hiërarchie door deze invloeden wellicht zelfs meer vast komt te liggen, omdat zij nog minder inspraak hebben in hun werk door de bemoeienissen van de zorgverzekeraar.

Managers

Zoals eerder besproken in paragraaf 6.1, laten de bevindingen zien dat de meningen van managers verschillen en dat managers niet vanzelfsprekend behandelteams aansporen en aansturen in de implementatie van Routine Outcome Monitoring.

In de positie tussen de behandelaren en managers lijken er geen veranderingen te zijn ontstaan naar aanleiding van Routine Outcome Monitoring. Op sommige punten zijn professionals en managers wel dicht op elkaar komen te staan, door wederzijds begrip met betrekking tot de uitvoering van het ROM-beleid, het beter verstaan van elkaars taal en gezien de vriendschappelijke ondertoon bij discussies over de implementatie of de toepassing van het ROM-beleid.

Geïnterviewden geven echter aan dat enkel en alleen door Routine Outcome Monitoring de communicatie tussen behandelaren en het management niet is veranderd. Routine Outcome Monitoring wordt gezien als onderdeel van een totaal plaatje, waar zorgprotocollen, zorgprogramma's en Diagnose Behandel Combinaties ook een rol in spelen.

Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor managers die bijvoorbeeld optreden als mediator of als buffer tussen behandelaren en hogere lagen binnen de organisatie.

Semi-professionals

De restratificatiethese is de enige theorie die iets zegt over semi-professionals. Bevindingen laten zien dat er veel over deze groep te vertellen valt. Dit impliceert een tekortkoming van andere theorieën. Volgens de restratificatiethese zouden semi-professionals positief staan tegenover Routine Outcome Monitoring. Uit de bevindingen blijkt dat de geïnterviewde secretaresses Routine Outcome Monitoring als een uitdaging zien en zorgdragen voor een naleving van het beleid door de behandelaren. Zij blijken allebei een grote rol te spelen in de uitvoering van het ROM-beleid en vangen veel op met betrekking tot de afname van vragenlijsten. Hiermee kan gesteld worden dat zij actief zijn in de ondersteuning van de behandelteams op het gebied van Routine Outcome Monitoring. Er kan ook samenwerking plaatsvinden tussen secretaresses en managers, zoals het geval is in team A, waar de secretaresse en de manager Bedrijfsvoering samen brainstormen over

het oplossen van praktische problemen met betrekking tot Routine Outcome Monitoring.

Er kan echter niet gesteld worden dat secretaresses Routine Outcome Monitoring aangrijpen om te professionaliseren. Zij blijven steken in een ondergeschikte rol als secretaresses en blijken zich allebei 'slechts' bezig te houden met de afnamen van de vragenlijsten bij patiënten, niet met de inhoudelijke kant, zoals het bespreken ervan. Hun ondergeschikte rol blijkt ook uit hun tekort aan kennis toen de ROM-verpleegkundigen door de organisatie werden wegbezuinigd. Zij moesten onverwacht en met weinig kennis deze taken deels overnemen.

Kortom, het top-down beleid, dat al vóór de introductie van Routine Outcome Monitoring aanwezig was in de onderzochte GGZ-instelling, en waarbij managers formeel gezien hoger staan in de organisatie dan behandelaren, blijkt onveranderd. Wellicht is de positie van behandelaren juist extra vast komen te liggen. Zij hebben namelijk nog minder inspraak in hun werk door de groeiende bemoeienissen van de zorgverzekeraars.

Desalniettemin is die verhouding tweeledig en wellicht situatie afhankelijk, aangezien is aangetoond dat professionals en managers ook op gelijke voet samenwerken, men elkaars taal steeds beter leert kennen en er wederzijds begrip is voor elkaars situatie. De ondersteunende rol van secretaresses op gebied van Routine Outcome Monitoring blijkt belangrijk te zijn. Meerdere keren werken zij (nauw) samen met behandelaren en managers. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er niet altijd een strakke hiërarchische verdeling bestaat tussen de beroepsgroepen in het geval van Routine Outcome Monitoring.

Ondanks dat semi-professionals op sommige momenten wat dichterbij de beroepsgroepen van professionals en managers aan zijn komen te staan en de grenzen tussen beroepsgroepen door hybride functies soms vervaagd zijn, kan niet gesteld worden dat de hiërarchische verhoudingen tussen beroepsgroepen gewijzigd zijn. Hiermee kan de restratificatiethese niet bevestigd worden.

Kritiek op de restratificatiethese

De restratificatiethese houdt bij het voorspellen van de effecten van ontwikkelingen die binnen het New Public Management geplaatst kunnen worden, zoals Routine Outcome Monitoring, geen rekening met de groeiende positie van zorgverzekeraars. Dit onderzoek toont aan dat betrokkenen in de publieke sector een groeiende bemoeienis van de zorgverzekeraars ervaren. Omdat de rol van verzekeraars zo groot blijkt te zijn geworden, is het van belang ook deze groep in overweging te nemen in de ontwikkeling van toekomstige deelverklaringen van de restratificatiethese.

Er wordt in de restratificatiethese ook geen rekening gehouden met hybride functies (zoals die van de manager Behandelzaken) en een eventuele dynamiek in positie van deze hybride functies binnen de hiërarchie van beroepsgroepen, afhankelijk van situaties.

	Professional (behandelaren)	Management	Semi-professional (secretariaat & ICT)
Houding	Positief en negatief	Positief en negatief	Positief
Gebruik	Zowel gebruik als weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM gebeurt niet door alle managers	Belangrijke ondersteunende rol, samenwerking met behandelaren en managers.
Verhouding	Geen verandering in positie in hiërarchie	Geen verandering in positie in hiërarchie	Dichter op de beroepsgroep van professionele behandelaren

6.4 Dissociatiethese

Professionals zullen volgens de dissociatiethese proberen de impact van Routine Outcome Monitoring op het werk te minimaliseren door de meetinstrumenten te behandelen als een formele vereiste, die weinig praktisch belang heeft voor hun werk. In deze zin zou er sprake zijn van een ceremoniële conformiteit van een behandelaar, die ondertussen echter op oude voet verder gaat zonder het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Verwacht wordt dat zij daarom het gebruik van Routine Outcome Monitoring zullen omzeilen of manipuleren.

Van managers wordt verwacht dat zij Routine Outcome Monitoring als positief zien voor de organisatie. Zij zullen de waarden van de organisatie steunen en de beroepsgroep van professionals daarom aansturen op het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Doordat beide beroepsgroepen voor andere waarden staan, zal er naar verwachting een continue wisselwerking plaatsvinden en daarmee zullen er geen veranderingen ontstaan in de onderlinge verhoudingen.

Deze deelverklaringen kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:

	Professional (behandelaren)	Management
Houding	Zien ROM als formele vereiste (ontkoppeling), vertegenwoordigen waarden van de professionele beroepsgroep	Zien ROM als positief voor de organisatie, vertegenwoordigen waarden van de organisatie
Gebruik	Omzeilen of manipuleren meetinstrumenten (kolonisatie)	Implementatie en aansturing
Verhouding	Geen veranderingen verhoudingen door continue wisselwerking	Geen veranderingen in verhoudingen door continue wisselwerking

Professionals

Het gevoel in een keurslijf te zitten, het zien van Routine Outcome Monitoring als een formele vereiste die door de instelling is opgelegd, en ontevredenheid over de manier waarop Routine Outcome Monitoring in het werkproces is opgenomen, duiden aan op een ontkoppeling tussen beleid en praktijk. Echter, die ontkoppeling wordt niet door *alle* behandelaren ervaren. Zo zijn er behandelaren die voorstander zijn van meten, die een grafische weergave van de resultaten waarderen en die Routine Outcome Monitoring ervaren als een aanvulling op de praktijk. Ook blijkt de discussie over de invoering van Routine Outcome Monitoring op de werkvloer te zijn afgezwakt.

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat behandelaren de scores op de vragenlijsten naar eigen hand zetten. Op de onderzochte locaties wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten die door de patiënten zelf worden ingevuld. Behandelaren kunnen de resultaten wel indirect beïnvloeden als zij besluiten de patiënt de vragenlijst in te laten vullen op de momenten dat zij denken dat de patiënt zich goed voelt of vooruitgang heeft geboekt. Desalniettemin worden hierin geen formele regels

overtreden, want de tijdstippen van de afnamen blijven binnen de tijds marges.

Een andere, meer indirecte vorm van dissociatie is het weigeren meetinstrumenten te gebruiken. Dit kan als het omzeilen van het ROM-beleid worden gezien. De bevindingen tonen aan dat dit vaker het geval is in team B dan in team A. In beide teams zijn het met name de psychiaters die doorgaans geen gebruik maken van Routine Outcome Monitoring.

Doorgaans weten behandelaren wel dat zij verantwoordelijk zijn voor de invulling van vragenlijsten, maar er zijn ook behandelaren die aangeven niet zo goed weten waar de verantwoordelijkheid ligt of dat ze er niet mee eens zijn dat zij de verantwoordelijkheid dragen. Vaak wordt de afname van de vragenlijsten op het secretariaat afgeschoven en ook laten niet alle behandelaren hun patiënten de vragenlijsten invullen en bespreken niet alle behandelaren de resultaten ervan in de praktijk. Dit duidt het omzeilen van het ROM-beleid.

Managers

Managers blijken te verschillen in hun meningen over Routine Outcome Monitoring. De managers Bedrijfsvoering en de projectleider ROM kijken positief aan tegen Routine Outcome Monitoring, evenals een manager Behandelzaken. Een andere manager Behandelzaken kijkt echter negatief aan tegen Routine Outcome Monitoring en zij blijkt zich ook minder bezig te houden met de implementatie van en aansturing op het ROM-beleid in haar behandelteam dan haar collega op de andere locatie. Desalniettemin vertegenwoordigen beide managers Behandelzaken de waarden van de professionele beroepsgroep in hun communicatie met de managers Bedrijfsvoering, die van hun kant de waarden van de organisatie vertegenwoordigen. Het vertegenwoordigen van de professionele waarden kwam ook naar voren bij de bijeenkomst van managers Behandelzaken.

De beroepsgroep van professionals blijkt zich neer te leggen bij de eisen van de organisatie, omdat de instelling anders gekort wordt. Dit zal uiteindelijk ook de behandelaren raken. Uit de interviews en het aantal afgenomen vragenlijsten blijkt dat zowel team A als team B zich neerleggen bij de eisen van de organisatie en deze opvolgen. Daarmee kan gesteld worden dat de organisatie haar beleid weet te implementeren en er zodoende *geen* veranderingen plaats vinden in de verhoudingen tussen behandelaren en managers. Top-down-beleid bestond immers al.

Op basis van de bevindingen kan gesteld worden dat de dissociatiethese deels bevestigd kan worden. Een ontkoppeling tussen beleid en praktijk en het beïnvloeden van resultaten van vragenlijsten (kolonisatie) vindt plaats, al geldt dit niet voor *alle* behandelaren.

Kritiek op de dissociatiethese

De dissociatiethese doet geen uitspraken over semi-professionals. Dit onderzoek toont aan dat semi-professionals wel degelijk een grote rol spelen in de ondersteuning van het ROM-beleid, en dat het daarbij wel eens voorkomt dat een datum van een vragenlijst aangepast wordt (manipulatie). Zodoende kan de vragenlijst toch nog meegeteld worden met de officiële meetdata. Deze mogelijkheid deed zich op een van de locaties voor, mede omdat de vragenlijsten ten tijde van het onderzoek nog op papier werden afgenomen.

	Professional (behandelaren)	Management	Semi-professional (secretariaat & ICT)
Houding	Positief en negatief	Positief en negatief	Positief
Gebruik	Zowel gebruik als weerstand tegen gebruik	Aansporen en aansturen beroepsgroep professionals in implementatie ROM gebeurt niet door alle managers	Belangrijke ondersteunende rol, samenwerking met behandelaren en managers.
Verhouding	Geen verandering in positie in hiërarchie	Geen verandering in positie in hiërarchie	Dichter op de beroepsgroep van professionele behandelaren

7. CONCLUSIE

Zoals eerder is beschreven in het theoretisch kader is de deprofessionaliseringstheorie een vaak genoemde theorie in de discussie over de impact van het New Public Management op de publieke sector. Echter, er zijn ook andere theorieën die verklaringen bieden: de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese. In dit onderzoek naar de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, zijn deze vier theorieën getoetst. Routine Outcome Monitoring kan gezien worden als een uiting van het New Public Management, aangezien dit de behandelprocessen van behandelaren inzichtelijker dient te maken door middel van meetinstrumenten. Het feit dat er vier theorieën binnen één context op hun houdbaarheid getoetst worden, vormt de voornaamste wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek.

De centrale vraag van dit onderzoek is:

In welke opzichten biedt de deprofessionaliseringstheorie een houdbare verklaring voor de houding van professionele behandelaren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, het gebruik ervan in de praktijk en hun verhouding ten opzichte van andere beroepsgroepen? In welke opzichten bieden de segmentatiethese, de restratificatiethese en de dissociatiethese alternatieve of aanvullende verklaringen voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor professionele behandelaren?

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de deprofessionaliseringstheorie onvoldoende en in vele opzichten onjuiste verklaringen biedt voor de meningen van behandelaren en managers ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, hoe zij dit toepassen in hun werk en hoe zij zich tot elkaar verhouden. Zo blijken meningen te variëren, behandelaren soms enthousiast te zijn over het gebruik van vragenlijsten en komen behandelaren en professionals in sommige situaties juist dichterbij elkaar te staan (in plaats van dat er sprake is van een botsing van culturen). Bovendien neemt de manager Behandelzaken, die tevens behandelaar is, een belangrijke hybride positie in de implementatie en de uitvoering van het ROM-beleid in. De deprofessionaliseringstheorie biedt in haar verklaringen geen ruimte voor soortgelijke hybride functies.

Uit dit onderzoek blijkt dat de segmentatiethese, restratificatiethese en de dissociatiethese alternatieve en aanvullende verklaringen bieden voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg. Desalniettemin blijken ook deze theorieën hun beperkingen en tekortkomingen te hebben.

Zo blijkt segmentatie plaats te vinden binnen de beroepsgroep van professionals. Er bestaat een *verticale* segmentatie, met aan de ene kant zijn er de elite-behandelaren die zich met de implementatie en uitvoering van het ROM-beleid bezig houden (managers Behandelzaken), aan de andere kant zijn er de 'alledaagse' behandelaren in de behandelteams, die zich enkel bezig houden met hun behandelpraktijk.

Een *horizontale* segmentatie binnen de beroepsgroep van managers is zichtbaar binnen het duaal management. Hier komt de dubbelrol van de manager Behandelzaken aan de orde. De manager Behandelzaken vertegenwoordigt de belangen van de professionele behandelaren, terwijl de manager Bedrijfsvoering de belangen van de organisatie vertegenwoordigt.

Een *verticale* segmentatie binnen de beroepsgroep van managers is te herkennen aan de verschillende managementfuncties binnen het top-down-beleid van de organisatie. Zo staat de projectleider ROM boven de managers Bedrijfsvoering en managers Behandelzaken, woont zij landelijke bijeenkomsten bij over Routine Outcome Monitoring om haar kennis te optimaliseren, en gebruikt zij deze kennis vervolgens om het ROM-beleid sturing te geven.

De restratificatiethese verwacht dat er een nieuwe indeling zal ontstaan in de hiërarchie van professionals, semi-professionals en managers door de invoering van Routine Outcome Monitoring. Aan de hand van de bevindingen kan niet worden gesteld dat door Routine Outcome Monitoring de positie van professionals en manager binnen de hiërarchie van beroepsgroepen is veranderd. Aangezien de eisen van de zorgverzekeraar in de afgelopen jaren steeds groter zijn geworden en de managementlagen op nog meer elementen moeten toekijken vanwege Routine Outcome Monitoring, kan gesteld worden dat de posities van de behandelaren zelfs extra vast zijn komen te liggen. Tegelijkertijd vinden er ook samenwerkingen plaats tussen behandelaren en managers, en lijken de secretaresses in bepaalde situaties dichter op de behandelaren en het management te staan. Secretaresses zijn een grote ondersteuning zijn gaan vormen binnen de uitvoering van het ROM-beleid. Er kan zodoende gesteld worden dat beroepsgroepen zich op een andere manier tot elkaar zijn gaan verhouden dan voorheen, maar het blijkt dat de hiërarchische verhoudingen grotendeels ongewijzigd zijn gebleken en alleen de grenzen van beroepsgroepen vervaagd zijn. De restratificatiethese kan aan de hand van deze bevindingen niet worden bevestigd.

De dissociatiethese biedt extra inzichten in de gevolgen van de introductie van het ROM-beleid. Zo voorspelt deze theorie dat behandelaren een gat zullen ervaren tussen het beleid dat hen opgelegd wordt en hun professionele waarden (ontkoppeling) en dat behandelaren het gebruik van Routine Outcome Monitoring in de praktijk kunnen omzeilen of naar eigen hand zetten (kolonisatie). Uit de interviews blijkt dit inderdaad voor te komen, al bestaan er verschillen in de

manier waarop behandelaren Routine Outcome Monitoring ervaren en gebruiken. De verschillende waarden die professionals en managers vertegenwoordigen komen in de interviews naar voren. Managers blijken zich voornamelijk bezig te houden met de implementatie en/of uitvoering van het ROM-beleid. Echter, niet alle managers Behandelzaken zijn daar actief mee bezig en niet iedereen van deze groep managers kijkt positief aan tegen Routine Outcome Monitoring. Zodoende komen het vertegenwoordigen van de belangen van beroepsgroepen ook tot uiting binnen het duaal management. Op basis van deze bevindingen kan de dissociatiethese grotendeels worden bevestigd. De bevindingen tonen echter aan dat het daarnaast ook zinvol is rekening te houden met semi-professionals, die soms een grote rol spelen in de uitvoering van het beleid. Zo blijkt uit dit onderzoek dat secretaresses, die ondersteunende diensten leveren aan behandelaren in de uitvoering van het ROM-beleid, in staat zijn data waarop vragenlijsten zijn ingevuld aan te passen.

Samengevat, de deprofessionaliseringstheorie biedt onvoldoende verklaring voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Uit dit onderzoek blijkt dat er in deze theorie een kern van waarheid schuilt, maar men moet rekening houden met de grote verschillen in percepties van betrokkenen en de manier waarop zij het toepassen (of niet) in hun praktijk. Dit toont aan dat de deprofessionaliseringstheorie onhoudbaar is.

Uit de bevindingen blijkt dat deelverklaringen die afgeleid zijn uit de segmentatiethese (die een aanvullende blik werpt op de interne verdelingen binnen een beroepsgroep), de restratificatiethese (die een aanvullende blik werpt op de groep van semi-professionals) en de dissociatiethese (die een aanvullende blik werpt op de verschillende waarden die beroepsgroepen nastreven) een toegevoegde waarde kunnen leveren aan het geven van verklaringen voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen binnen de de geestelijke gezondheidszorg. De theorieën blijken elkaar niet altijd wederzijds uit te sluiten en ze overlappen ook deels. Desalniettemin blijken de theorieën niet op alle punten houdbaar en laten zij daarnaast tekortkomingen zien. Een belangrijke tekortkoming aan de deprofessionaliseringstheorie, segmentatiethese en dissociatiethese is dat zij geen uitspraken doen over de beroepsgroep van semi-professionals. In dit onderzoek blijken secretariaten echter een belangrijke functie te hebben in de uitvoering van het ROM-beleid.

Reflectie op het onderzoek

Zoals eerder aangegeven zijn er voor dit onderzoek zestien behandelaren geïnterviewd. Ook het aantal geïnterviewde managers was beperkt tot vier. Dit lage aantal is te verklaren door de beperkte tijd die de onderzoeker tot de beschikking had, maar ook omdat er een groot kostenplaatje aan de interviews hing (de interview tijd werd tot declarabele behandel tijd gerekend). Dit verklaart ook waarom de interviews maar 30 tot 45 minuten konden duren.

Het is mogelijk dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven tijdens de interviews, en hierdoor terughoudend kunnen zijn geweest in de beantwoording van de vragen, of wellicht informatie hebben achtergehouden. Gezien het verloop van de interviews is de verwachting dat dit bijna niet het geval is geweest, aangezien behandelaren met bevlogenheid over hun werk spraken en vrijuit hun mening deelden over Routine Outcome Monitoring, zelfs als die mening haaks op het beleid van de instelling stond.

Een ander punt van kritiek op dit onderzoek is dat de onderzochte teams relatief hoog scoorden op de behaalde percentages afgenomen vragenlijsten. In de periode van het onderzoek was het echter organisatorisch gezien lastig om het onderzoek op andere locaties te laten plaatsvinden. Er was op dat moment veel drukte op andere locaties op gebied van de implementatie van het ROM-beleid, aanpassingen in enkele ICT-systemen en de patiëntendrukte op grote poli's. Desalniettemin lijkt het erop dat de toetsing van de theorieën hier niet onder heeft geleden, aangezien de respondenten allemaal voldoende informatie hebben gegeven over hun ervaringen met Routine Outcome Monitoring en de manier waarop het in hun werk naar voren komt.

Met de resultaten van dit onderzoek zal omzichtig omgegaan moeten worden. Het betreft namelijk een kwalitatief onderzoek waarvan de gegevens niet of nauwelijks gegeneraliseerd kunnen worden naar andere GGZ-instellingen. De twee teams die onderzocht zijn hebben overeenkomstige kenmerken, maar verschillen ook op bepaalde punten, zoals in de manier waarop Routine Outcome Monitoring in het werkproces is ingebed. De kans bestaat dat de onderzochte teams ten aanzien van andere teams binnen de GGZ-instelling ook op andere punten (al dan niet ten aanzien van het ROM-beleid) overeenkomstige en verschillende kenmerken laten zien. Daarnaast zijn er binnen het GGZ-systeem in Nederland ook verschillende manieren waarop het ROM-beleid wordt geïmplementeerd en is ingebed (of niet) in de werkprocessen. Verder bestaan er verschillen in de inrichting van organisatiestructuren van GGZ-instellingen, waardoor de verhoudingen tussen beroepsgroepen anders kunnen uitvallen.

Ten slotte kunnen er mogelijk contextuele factoren van invloed zijn op de resultaten. Locaties hebben namelijk te maken met verschillende regionale kenmerken, waardoor de groep van patiënten kan variëren. Dit zou ook van invloed kunnen zijn op de percepties van behandelaren,

managers en semi-professionals en de manier waarop Routine Outcome Monitoring wordt gebruikt.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De theorieën die in dit onderzoek worden meegenomen doen allen uitspraken over verschillende beroepsgroepen die in de geestelijke gezondheidszorg (en ook in andere overheidssectoren) voorkomen. Aangezien de bevindingen aantonen dat de theorieën niet altijd even houdbaar zijn op bepaalde punten en ook wel eens tekortkomingen laten zien, kan gesteld worden dat de deelverklaringen van de theorieën ten onrechte universele pretenties hebben en men voorzichtig moet zijn met het betrekken van deze theorieën op verschillende sectoren. Vervolgonderzoek kan nuttig zijn om te achterhalen of vergelijkbare resultaten te vinden zijn op andere locaties binnen de onderzochte instelling, bij andere instellingen binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en ook bij andere publieke sectoren die te maken hebben met de invoering van soortgelijke meetinstrumenten.

Semi-professionals

De vier theorieën uit dit onderzoek blijken onvoldoende verklaringen te bieden voor de gevolgen van Routine Outcome Monitoring voor beroepsgroepen. Zo betrekken de deprofessionaliseringstheorie, de segmentatietheorie en de dissociatietheorie alleen professionals en managers in hun deelverklaringen, en geen semi-professionals. Ondersteunende diensten (zoals secretariaten en ICT-afdelingen) en de groeiende druk van zorgverzekeraars krijgen ten onrechte weinig aandacht in de discussie over de gevolgen van het New Public Management. Dit onderzoek toont aan dat semi-professionals wel degelijk een belangrijke rol spelen in de uitvoering van het ROM-beleid. Belangrijk is dat er in de toekomst theorieën aangepast of ontwikkeld worden die ook rekening houden met de grote rol die secretariaten en andere semi-professionals spelen in de ondersteuning van beleid en in de toepassing van managementtechnieken. Onderzoek naar segmentatie binnen de groep van semi-professionals (wat ook aangetoond is in dit onderzoek) en de manier waarop semi-professionals zich verhouden ten opzichte van andere beroepsgroepen kan een toegevoegde waarde leveren voor de verdere ontwikkeling van de theorieën uit het theoretisch kader.

Daarnaast kan vervolgonderzoek nuttig zijn op het gebied van ROM-verpleegkundigen, die in sommige andere GGZ-instellingen een functie hebben in de uitvoering van het ROM-beleid. Zij kunnen als semi-professionals worden meegenomen in het onderzoek, aangezien zij zich bezig houden met de afname van vragenlijsten en in sommige zorgdomeinen ook inhoudelijk te maken met Routine Outcome Monitoring. Inzicht in de taken van semi-professionals kan leiden tot een

betere definiëring van beroepsgroepen (o.a. Spina, 2013), waardoor er meer verfijnde deelverklaringen opgesteld kunnen worden voor theorieën als de deprofessionaliseringstheorie, de segmentatietheorie, de restratificatietheorie en de dissociatietheorie. Gezien de groeiende machtspositie en het toenemend aantal eisen van zorgverzekeraars is het voor de ontwikkeling van deze theorieën verder ook belangrijk aandacht te besteden aan de groep van zorgverzekeraars.

Alternatieve verklaringen

In dit onderzoek zijn ook aspecten naar voren gekomen die mogelijk verklaringen bieden voor de verschillen die er zijn tussen team A en B op gebied van meningen van behandelaren ten aanzien van Routine Outcome Monitoring, hun bereidheid om hiermee te werken en de manier waarop zij aankijken tegen de aansturing van managementlagen. De kans bestaat dat managementtechnieken, leiderschapsstijlen, teaminvloeden, persoonlijke kenmerken van betrokkenen en generatieverschillen van invloed kunnen zijn op de verschillen die er zijn tussen team A en team B. Bovendien is het belangrijk om naar deze aspecten te kijken, omdat zij verklaringen zouden kunnen bieden voor de mate waarop deprofessionalisering, dissociatie, segmentatie en restratificatie plaats vinden.

De wijze van implementatie van beleid

Een van de aspecten die kan hebben bijgedragen aan de verschillen tussen team A en team B is de wijze waarop het ROM-beleid is ingebed in de werkprocessen op de locaties. De bevindingen laten zien dit consequenties heeft voor de manier waarop behandelaren tegen Routine Outcome Monitoring aankijken en of zij wel of niet bereid zijn om het toe te passen in hun werk. Zo blijken de behandelaren van team B tegen het frequent meten te zijn (verplicht elke drie maanden) en zien zij het meetinstrument dat op hun locatie gebruikt wordt als te algemeen. De manier waarop Routine Outcome Monitoring is ingebed in het proces op de locatie van team A sluit meer aan op de wensen van de behandelaren en zij staan er ook positiever in dan de behandelaren in team B. Zo zijn zij betrokken geweest bij de implementatie van het beleid op hun locatie, maken zij gebruik van specifieke vragenlijsten en zijn de afname-momenten van de vragenlijsten gekoppeld aan de behandeltrajecten van de patiënten. De wijze van implementatie van het ROM-beleid kan daarmee verklaring bieden voor de verschillen tussen teams A en B. Dit is een bevinding die los staat van de besproken theorieën.

Onderzoek van Tummers (2011) toont aan dat operationele machteloosheid en de betekenis die behandelaren ontleen aan het beleid voor maatschappij en patiënt van invloed zijn op de bereidheid mee te werken aan de implementatie van nieuw beleid. Interessant zou zijn om te

onderzoeken of de aspecten die Tummers (2011) betreft in zijn onderzoek (betrokkenheid van behandelaren in strategie, tactiek en operationalisering van het beleid, en de betekenis die door behandelaren ontleent wordt aan het beleid op gebied van patiënt en maatschappij) wellicht deprofessionalisering, segmentatie, restratificatie en/of dissociatie beïnvloeden.

Ook zouden machteloosheid, betekenisloosheid, normeloosheid, culturele ontkoppeling, zelf-ontkoppeling of sociale isolatie aanleiding kunnen geven tot vervreemding (Seeman, in: Scott en Davis, 2007), oftewel een ontkoppeling tussen beleid en de eigen waarden.

Leiderschapsstijlen

Dit onderzoek laat zien dat de manager Behandelzaken van team A zelf erg voorstander is van het gebruik van Routine Outcome Monitoring en dit zelf ook in zijn praktijk toepast. In de aansturing van zijn behandelteam is hij erg bezig geweest de behandelaren zover te krijgen met Routine Outcome Monitoring te werken. De manager Behandelzaken van team B blijkt geen voorstander te zijn van Routine Outcome Monitoring en dit lijkt over te slaan op de manier waarop zij haar team aanstuurt. Echter, niet alleen persoonlijke voorkeuren, maar ook uitstraling en de manier waarop een manager een team aanstuurt kan van effect zijn op de meningen over en het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Dit geldt ook voor de managers Bedrijfsvoering. Behandelaren blijken daarnaast een mening te hebben over de manier waarop zij de teams aansturen.

Om meer inzicht te krijgen in de effecten hiervan zou het voor toekomstig onderzoek interessant zijn om rekening te houden met verschillende leiderschapsstijlen. De manier van leiding geven - zeker indien een persoon in direct contact staat met de uitvoerders (behandelaren) - kan immers van invloed zijn op meningen en gedrag van mensen.

In enkele interviews wordt genoemd dat de manager Behandelzaken van team A normaliter aanstuurt vanuit zijn achtergrond als klinisch-psycholoog en zaken omtrent Routine Outcome Monitoring vaak een positieve wending weet te geven. Om meer duidelijkheid te krijgen over de effecten van een type aansturing als deze, zou men onder andere diepgaander onderzoek kunnen verrichten naar *positief psychologisch kapitaal* (Gardner, Avolio, Luthans, May en Walumbwa, 2005) en de effecten ervan op meningen over en het gebruik van Routine Outcome Monitoring. Ook zou meer inzicht in het type leiderschap binnen het bestuur en top management - in combinatie met de mate van betrokkenheid van professionele behandelaren in de ontwikkeling van beleid - aanvulling kunnen geven aan kennis over de in deze studie onderzochte onderwerpen (o.a. Weiner, Alexander en Shortell, 1996).

Teaminvloeden

Volgens Münsterberg (Haslam, 2004), zijn er complexe factoren die de reacties van mensen op het werk kunnen bepalen. Zo kunnen de subjectieve aard van de reacties van mensen op hun baan een rol spelen, alsmede het lid zijn van een groep (in dit onderzoek een behandelteam) waardoor tevredenheid en enthousiasme beïnvloed kunnen worden. Wellicht kunnen collega's in een team elkaar beïnvloeden op de manier waarop er tegen Routine Outcome Monitoring aan wordt gekeken en men bereid is het wel of niet te gebruiken in de praktijk.

Persoonlijkheidskenmerken en generatie verschillen

De vraag is ook of persoonlijke kenmerken van behandelaren een rol spelen in de geconstateerde verschillen tussen teams of zelfs verschillen binnen teams. Tijdens de interviews kwamen namelijk ook karakterverschillen tussen behandelaren naar voren.

Verschillen in meningen en gedrag tussen oudere en jongere behandelaren is niet expliciet naar voren gekomen in dit onderzoek, maar opvallend is wel dat het doorgaans de wat oudere behandelaren zijn die kritischer aankijken tegen Routine Outcome Monitoring. In toekomstig onderzoek zou daarom rekening gehouden kunnen worden met de kenmerken van verschillende generaties (McGregor, in: Clegg, Kornberger en Pitsis, 2011; Scott en Davis, 2007), en ook met de tijd waarin behandelaren hun opleiding gevolgd hebben. De indruk wordt gewekt dat jongere behandelaren meer gewend zijn te werken met meetinstrumenten dan de oudere behandelaren. Dit zou kunnen liggen aan het intensievere gebruik van meetinstrumenten in opleidingen in de afgelopen jaren.

Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan de onderzochte GGZ-instelling aanbevolen worden om in de toepassing van het ROM-beleid rekening te houden met opvattingen van behandelaren over Routine Outcome Monitoring en de manier waarop Routine Outcome Monitoring is ingebed in de werkprocessen. Aangeraden wordt ook om behandelaren te betrekken bij de ontwikkeling en toepassing van het beleid, om ontkoppeling met de praktijk te voorkomen. Verschillen tussen team A en team B laten zien dat Routine Outcome Monitoring kan leiden tot dissociatie, wat vervreemding en/of weerstand in de hand zou kunnen werken. Het is daarbij belangrijk een onderscheid te maken tussen enerzijds een aansturing op Routine Outcome Monitoring als zijnde een eis van de zorgverzekeraar, waarbij belonings- en bestraffingsinstrumenten ingezet kunnen worden, en anderzijds een aansturing op het inhoudelijke aspect van Routine Outcome Monitoring, wat dichterbij de praktijk van de behandelaar staat. De bevindingen laten zien dat behandelaren ook inhoudelijk betrokken kunnen zijn met Routine Outcome Monitoring in hun behandelpraktijk.

Literatuurlijst

- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F. en Evetts, J. (2012). New Public Management and professionals in de public sector. What new patterns beyond opposition? *Sociologie du Travail*. Vol. 54 (2012). pp. 1 - 52.
- Bruin, de, H. (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector*. Tussen professie en verantwoording. Lemma: Utrecht.
- Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Tilburg, van, W. en Beekman, A.T.F. (2013). *Praktijkboek ROM in de GGZ II*. Implementatie en gebruik bij verschillende doelgroepen. De Tijdstroom: Utrecht.
- Chamberlain, J.M. (2010). Governing Medicine: Medical Autonomy in the United Kingdom and the Re-stratification Thesis. *Www.ea-journal.com*. Vol. 1, No 4., pp. 1-16.
- Clarke, J. en Newman, J. (1997). *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. Sage Publications Ltd: Londen.
- Dent, M., Chandler, J. en Barry, J. (2004). *Questioning the New Public Management*. Ashgate Publishing Limited: Aldershot.
- Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightment'. *Public Administration*. Vol. 87, No. 4., pp. 892-909.
- Etzioni, A. (Ed.) (1969). *The Semi Professions and their Organisation*. The Free Press, New York.
- Freidson, E. (1977). The Future of Professionalisation. In: Stacey, M., Reid, M., Heath, C. en Dingwall, R. (1977). *Health and the Division of Labour*. Croom Helm: Londen.
- Freidson, E. (1983). The Reorganization of the Professions by Regulation. *Law and Human Behaviour*, Vol. 7, No. 2/3.
- Freidson, E. (1984). The Changing Nature of Professional Control. *Annual Reviews of Sociology*, Vol 1, No. 10. pp. 1-20.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers: A Study of the Institutionalizations of Formal Knowledge*. The University Chicago Press: Chicago.

- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn*. Theory, prophecy and policy. Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E.. (2001). The assault on Professionalism. In: *Professionalism: The third logic*. 179-195. Cambridge: Polity.
- Gardner, W.L., Avolio, B.J., Luthans, F., May, D.R. en Walumbwa, F.O. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *Leadership Quarterly*. Vol 16, No. 3., pp: 99-109.
- Goldfinch, S., Wallis, J. (2010). Two Myths of Convergence in Public Management Reform. *Public Administration*. Vol. 88, No. 4., pp. 1099-1115.
- Gooyert, V., de (2011). *Prestatiemeting in de Jeugdzorg: Een kloof tussen professionals en managers? Deprofessionalisering?* Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Harrison, M. I. (1994). Professional Control as Process: Beyond structural theories. *Human Relations*. Vol. 47., No. 10. pp. 1201-1231.
- Harrison, S. en Ahmad, W.I.U. (2000). Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*, Vol. 34., No. 1. pp. 129 - 146.
- Haslam, S.A. (2004). *Psychology in Organizations. The Social Identity Approach*. Sage Publications: London.
- Hees, van, S., Vlist, van der, P. en Mulder, N. (2011). *Van Meten naar Weten. ROM in de GGZ*. Boom: Amsterdam.
- Kuhlmann, E. en Saks, M. (2008). *Rethinking Professional Governance*. International Directions in Healthcare. The Policy Press: Bristol.
- Noom, M.J., De Jong, K., Tiemens, B., Kamsteeg, F., Markus, M.T., Pot, A.M., Schippers, G.M., Swildens, W., Systema, S., Theunissen, J., van der Vlist, H.P., Vuyk, J., Zondervan, T. (2012). Routine outcome monitoring en benchmarking: hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschrift voor psychiatrie*. Vol. 54, No. 2., pp. 141-145.

- Nuijen, J., Veerbeek, M. en van Wijngaarden, B. (2012). *Naar Transparante Kwaliteitsinformatie*. Trendrapportage GGZ 2012. Deel 3A: kwaliteit en effectiviteit. Trimbos-Instituut: Utrecht.
- McDonald, R. (2012). Restratisation revisited: The changing landscape of primary medical care in England and California. *Current Sociology*. Vol. 60, No. 4., pp. 441 - 455.
- Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism. Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & society*. Vol. 39, No. 6., pp. 761-785.
- Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel Bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Oratie, februari 2008, te Utrecht.
- Noordegraaf, M. (2006). *Professional Management of Professionals. Hybrid Organisations and Professional Management in Care and Welfare*. In: Duijvendak, J.W., Knijn, T. en Kremer, M. (2006). *Policy, People and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam University Press: Amsterdam.
- Numerato, D., Salvatore, D. en Fattore, G. (2012). Review Article. The Impact of Management on Medical Professionalism: a Review. Vol. 34, No. 4, pp 626-644.
- Pollit, C. (1993). *Managerialism and the Public Services. Cuts or Cultural Change in the 1990s?* T.J. Press Ltd: Padstow.
- Pollitt, C., Bouckaert, G., 2004. *Public Management Reform: a Comparative Analysis*. Oxford University Press: Oxford.
- Raelin, J. A. (1989). Unionization and Deprofessionalization: Which Comes First? *Journal of Organizational Behaviour*. Vol. 10, No. 2, pp. 101-115.
- Reed, M. I. (1996). Expert power in late modernity: An empirical review en theoretical synthesis. In: *Organization studies*, Vol. 17, No. 4, pp: 573-597.
- Rothman, R. A. (1984). Deprofessionalization: The Case of Law in America. *Work and Occupations*. Vol. 11, No. 2, pp. 183-206.

- Spina, E. (2013). Semi Professions and New Professionalism in the Health Care Labour Market. The Case of Italian Health Care Assistants. *Social Sciences*. Vol. 6 (55), No. 1, pp 42-48.
- Sousa, C.A.A., de Nijs, W.F., & Hendriks, P.H.J. (2010). Secrets of the Beehive: performance management in university research organizations. *Human Relations*. Vol. 63, No. 9. pp. 1439-1460.
- Weiner, B.J., Alexander, J.A. en Shortell (1996). Leadership for Quality Improvement in Health Care: Emperical Evidence on Hospital, Managers and Physicians. *Medical Care Research and Review*. Vol 53., No. 4. pp: 397-416.