



Waarde(n)volle Structuur

**Een onderzoek naar de relatie tussen
organisatiestructuur en waarden
bij GGZ inGeest**

Bouke Bijnsdorp
Studentnummer: 4563379
Bedrijfskunde, RMa
Groep 41
januari 2019

**Faculteit der management-
wetenschappen, Radboud
Universiteit Nijmegen**
Begeleider: Jan Achterbergh
Meelezer: Dirk Vriens

INHOUD

WOORD VOORAF	4
MANAGEMENTSAMENVATTING.....	5
HOOFDSTUK 1. ONDERZOEKSONTWERP	10
1.1 PROJECTKADER.....	10
1.2 DOELSTELLING	13
1.3 HET ONDERZOEKSMODEL.....	13
1.3.1 Schematische weergave van het onderzoeksmodel.....	13
1.3.2 Tekstuele weergave van het onderzoeksmodel	14
1.4 VRAAGSTELLING.....	14
1.5 CONCEPTUEEL MODEL	156
1.6 LEESWIJZER	16
DEEL A: WAARDEN	18
HOOFDSTUK 2. THEORIE OVER WAARDEN	18
2.1 INLEIDING	18
2.2 DEUGDETHIEK VAN ARISTOTELES.....	19
2.3 WAARDEN NA ARISTOTELES	20
2.4 STIPULATIEVE DEFINITIE VAN WAARDEN	22
2.5 DE CAPABILITIES APPROACH	22
2.6 VERMOGENS VOLGENS NUSSBAUM.....	23
2.7 BETEKENIS EN WAARDE VAN DE CAPABILITIES LIST.....	27
2.8 STIPULATIEVE DEFINITIE VERMOGEN	27
2.9 HET VERMOGENSPERSPECTIEF IN DE CONTEXT VAN GGZ INGEEST	28
2.10 VOORLOPIG CONCEPTUEEL MODEL	38
HOOFDSTUK 3. ONDERZOEKSTECHNISCH ONTWERP DEEL A.....	40
3.1 INLEIDING	40
3.2 ONDERZOEKSOBJECT GGZ INGEEST.....	40
3.3 DE ONDERZOEKSSTRATEGIE.....	44
3.4 ONDERZOEKSMATERIAAL	477
3.4.1 Dataverzameling	477
3.4.2 Selectie en ontsluiting van bronnen.....	47
3.4.3 Data-ordening.....	49
3.4.4 Data-analyse	50
3.5 MEETINSTRUMENT WAARDEN.....	50
3.6 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	52
3.6.1 Betrouwbaarheid.....	52
3.6.2 Validiteit.....	54
HOOFDSTUK 4. RESULTATEN EN ANALYSE MET BETREKKING TOT WAARDEN BINNEN GGZ INGEEST.....	577
4.1 INLEIDING	577
4.2 WAARDEN VOOR CLIËNTEN: ONDERZOEKSRISULTATEN EN ANALYSE	57
4.2.1 Waarden volgens het normenkader.....	57
4.3 WAARDEN VOOR MEDEWERKERS: RESULTATEN EN ANALYSE	58
4.3.1 Waarden volgens het normenkader.....	58
4.4 ANALYSE DOCUMENTEN EN INTERVIEWS MEDEWERKERS EN CLIËNTEN.....	60
4.5 REALISATIE VAN WAARDEN IN RELATIE TOT HET NORMENKADER.....	80

4.6 CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE REALISATIE VAN WAARDEN	833
4.6.1 <i>Cliënten</i>	833
4.6.2 <i>Medewerkers</i>	844
4.6.3 <i>Algehele conclusie deel A</i>	844
DEEL B: STRUCTUUR	866
HOOFDSTUK 5. THEORIE OVER STRUCTUUR	877
5.1 INLEIDING	877
5.2 STRUCTUUR	888
5.3 STRUCTUURPARAMETERS	899
5.4 DE INVLOED VAN STRUCTUUR OP DE GEWENSTE VERMOGENS	933
5.4.1 <i>Hoge structuurparameterwaarden → vormgeven van de eigen omgeving</i>	944
5.4.2 <i>Lage structuurparameterwaarden → vormgeven van de eigen omgeving</i>	101
5.5 DE BETEKENIS VAN LAGE WAARDEN	101
5.5.1 <i>De betekenis van lage waarden voor cliënten en medewerkers van GGZ inGeest</i>	1022
5.6 NORMENKADER EN DEFINITIEF CONCEPTUEEL MODEL	1044
HOOFDSTUK 6. ONDERZOEKSTECHNISCH ONTWERP DEEL B	1066
6.1 INLEIDING	1066
6.2 MEETINSTRUMENT STRUCTUUR	1066
6.3 DATA-ANALYSE	1077
HOOFDSTUK 7. RESULTATEN EN ANALYSE MET BETREKKING TOT DE STRUCTUUR BINNEN GGZ INGEEST	11010
7.1 INLEIDING	11010
7.2 ORGANISATIESTRUCTUUR GERICHT OP WAARDENREALISATIE VOOR CLIËNTEN	11111
7.2.1 <i>Organisatiestructuur volgens het normenkader</i>	11111
7.2.2 <i>Normenkader structuurparameters gericht op cliënten</i>	11111
7.2.3 <i>Normenkader structuurparameters gericht op medewerkers</i>	1121
7.3 ANALYSE DOCUMENTEN EN INTERVIEWS MEDEWERKERS EN CLIËNTEN.....	1133
7.4 REALISATIE VAN WAARDEN IN RELATIE TOT HET NORMENKADER.....	14040
7.5 ALGEMENE CONCLUSIES DEEL B.....	1466
HOOFDSTUK 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	15151
8.1 INLEIDING	15151
8.2 CONCLUSIES DEEL A EN DEEL B.....	15151
8.3 AANBEVELINGEN EN SUGGESTIES DEEL A EN B	1588
8.4 KRITISCHE REFLECTIE	16161
LITERATUURLIJST	16464
BIJLAGE 1 TOPICLIJST	1688

WOORD VOORAF

Ruim vijf jaar heeft het geduurd. Als laatste van de avondgroep 41 studeer ik na vijf jaar af als Master of Science Bedrijfskunde aan de Radboud Management Academy.

Samen met Philip, mijn goede vriend, ben ik aan deze studie begonnen. Hij kwam ermee aanzetten, was enthousiast en ik raakte dat ook. De eerste twee jaar van de opleiding reisden we samen. In de Prius. Veel gelachen onderweg. Over de karakters in onze groep 41, de vreemde dynamiek die zich geregeld openbaarde. Als we er nog energie voor hadden, herkauwden we op de terugweg op collegestof. De dagen voor de tentamens scherpten we elkaar en op de dag zelf aten we voorbereiding in ons vaste vegetarische soja restaurantje. We haalden goede cijfers. Uiteindelijk stonden we na alle tentamens zelfs tot drie cijfers achter de komma gelijk. Beide op Cum Laude- koers. We maakten er maar een spel van. Belangrijk vonden we dat niet. Zeiden we. Philip en ik zijn andere mensen. Hij gedecideerd, gestructureerd, intelligent. Aanwezig in de lessen en een ster in reproduceren van alle inhoud. Ik, minder gestructureerd, chaotischer, introverter en een vrijere meer associatieve en creatieve denker. Ik wil Philip bedanken voor zijn steun en het gezelschap. En bovenal voor zijn vriendschap. We beloofden elkaar na het behalen van de studie samen de Mont Ventoux op te zullen fietsen. Hij heeft twee jaar op me moeten wachten, maar komend jaar gaan we het doen.

En mijn lieve moeder, het meelezen, de d's en t's, de feedback. Duizend zoenen voor jou.

De afgelopen jaren van mijn leven zijn zeer intensief geweest. Ik hoef er hier niet over uit te wijden. Tot twee keer toe ben ik begonnen met een nieuwe Thesis. Ik kwam er door een veelheid aan omstandigheden 'niet in'. Een jaar geleden belde ik Jan Achterbergh. Mijn dank aan hem is groot. Hij heeft goed ingeschat op welke manier hij mij het beste kon bijstaan. Ik heb Jan enkele keren gesproken, maar in die paar gesprekken heeft hij mij zo duidelijk geholpen met het bepalen van de richting en structuur en het aanbrengen van focus, dat ik heel goed in staat ben geweest om vervolgens op mijn eigen tempo en op mijn eigen wijze vrij zelfstandig te werken aan dit onderzoek. Een onderzoek dat ik ontzettend leuk vond om te doen. Omdat de inhoud zo gaat over wat in essentie mijn professionele drijfveren zijn.

Judith, lieverd, ik ben klaar. Het kan uit ons hoofd. We hebben dit samen gedragen. En het is echt zo beladen als het hier staat, jij en ik weten dat. Ook al kon het er soms maanden niet zijn, het was er toch altijd. Het moest af. En het is nu af.

Bouke Bijnsdorp, 4 januari 2019

MANAGEMENTSAMENVATTING

Achtergrond en doelstelling

GGZ inGeest werkt vanaf 2013 aan een nieuwe zorginhoudelijke ambitie waarmee de organisatie zich richt op het bereiken van substantieel meer klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel van cliënten.

De Raad van Bestuur van GGZ inGeest heeft in 2015 na de nodige analyse geconcludeerd dat de meer klassieke hiërarchische organisatie- en bestuursstructuur niet voldoende bijdraagt aan het realiseren van de uitgesproken ambities op het gebied van kwaliteit van zorg. Om de organisatiedoelen te kunnen realiseren moet de inrichting van de organisatiestructuur cliënten en medewerkers in staat stellen essentiële vermogens te ontwikkelen. In de verander- en ontwikkelplannen die GGZ inGeest vervolgens heeft opgesteld is de inrichting van de structuur van de organisatie opnieuw vormgegeven. Zo maakt de regiogebonden circuitindeling plaats voor een zorgspecifieke clusterindeling met acht zorglijnen die in matrixvorm door de clusters heenlopen. Teams worden zelforganiserende teams. De inhoud van functies van managers en directeurs, evenals hun aantal, wijzigt conform de nieuwe besturingsfilosofie. Begrippen als eigenaarschap en klinisch leiderschap bij zorgprofessionals geven inhoud aan nieuw beleid. De ondersteunende diensten en de systemen en processen waarmee wordt gewerkt, worden geëvalueerd op inhoud en bijdrage aan de ambitie van de organisatie. De organisatie is over de volle breedte een transitieproces gestart. Eind 2017 wordt naar aanleiding van de uitkomsten van een groot medewerkersonderzoek door de Raad van Bestuur van GGZ inGeest een evaluatie van de inhoud van de plannen die richting geven aan de inrichting van de organisatiestructuur nodig bevonden.

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest over de inrichting van de organisatiestructuur door inzicht te geven in het verschil tussen de gewenste situatie volgens de theorie en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest, gericht op de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers.

Theoretisch kader

Het onderzoek is opgebouwd uit twee delen: een deel over waarden en een deel over organisatiestructuur. Het theoretisch kader van dit onderzoek wordt vormgegeven vanuit twee verschillende theoretisch inhoudelijke perspectieven welke respectievelijk in deel A en deel B

staan beschreven. Het deel A over waarden is in hoofdzaak theoretisch geladen met de ‘Capabilities approach’ van Martha Nussbaum. Centraal hierin staat het belang van het vermogen van mensen om vorm te kunnen geven aan hun eigen omgeving. Ik heb de inhoud van de plannen van GGZ inGeest getoetst aan de gewenste situatie volgens de inhoud van Nussbaum werk. Het deel B over organisatiestructuur volgt de wetten van de sociotechniek. Aan de hand van de theorie en op basis van het normenkader uit deel A van dit onderzoek zijn normwaarden bepaald voor de structuurparameters functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie. Vervolgens heb ik deze normen vergeleken met de inhoud van de plannen van GGZ inGeest.

Methodologie

Dit kwalitatieve onderzoek binnen GGZ inGeest is een enkelvoudige case study. De data die nodig zijn voor de bestudering van de plannen van GGZ inGeest zijn gegeneerd uit verschillende relevante documenten en interviews met de voor de documenten en plannen verantwoordelijke medewerkers van GGZ inGeest. De gesprekken met hen hebben vorm gekregen in semigestructureerde interviews aan de hand van topiclijsten. De documenten en interviews zijn vervolgens op basis van indicatoren systematisch geanalyseerd. Vanuit deze analyses zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd gericht op de inrichting van de organisatiestructuur met als doel het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers. De conclusies uit dit onderzoek zijn niet generaliseerbaar omdat er geen sprake is van een representatief onderzoek.

Conclusies en aanbevelingen

Uit de analyse van de plannen van GGZ inGeest kan worden geconcludeerd dat deze zich in grote mate richten op het realiseren van de juiste vermogens van cliënten en medewerkers. Wanneer het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur waardoor deze vermogens ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden, bestaan er duidelijke verschillen met het vanuit de theorie over organisatiestructuur bepaalde normenkader. Met name het ontbreken van congruentie in de inrichting van structuur (functionele concentratie) en het ontbreken van een duidelijke uitgewerkte structuur voor besluitvorming (centralisatie) zijn evident. Ook met betrekking tot de structuurparameters specialisatie en formalisatie worden aanbevelingen gedaan.

Aanbeveling 1: participeren cliënten en centralisatie

Borging van cliëntperspectief op tactisch en strategisch niveau in de organisatie

GGZ inGeest zou het belang van het perspectief van cliënten op tactisch en strategisch niveau in de nieuwe organisatiestructuur duidelijker moeten uitwerken. Een suggestie is om af te stappen van het traditionele organiseren en positioneren van medezeggenschap en de adviesfunctie die de cliëntenraad heeft ten opzichte van de Raad van Bestuur. In plaats daarvan zou men – conform de besturingsfilosofie van GGZ inGeest – het cliëntperspectief in de vorm van medezeggenschap en advies moeten verbinden aan en borgen in de structuur van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen en de structuur voor besluitvorming die hierin verankerd ligt. Hiermee krijgt de vertegenwoordiging van het cliëntperspectief letterlijk meer voet aan de grond, daar waar behandeling en zorg plaatsvindt.

Aanbeveling 2: participeren medewerkers en centralisatie

Richt een duidelijke structuur in voor interne- en externe netwerken

Het belang van onderlinge relaties en goed functionerende netwerken is evident, maar is in de plannen van GGZ inGeest onvoldoende uitgewerkt. In de plannen wordt gesproken over een netwerkorganisatie, maar ontbreekt een duidelijke visie op het belang en functioneren hiervan. Dit vraagt voor de interne en externe organisatie om nadere uitwerking.

Aanbeveling 3: functionele concentratie

Breng congruentie aan in het organisatieontwerp

Voor een goed functionerende organisatie is het van belang dat de structuur van de organisatie congruent is ingericht. Binnen GGZ inGeest is ervoor gekozen om de hoofdstructuur in te richten als een matrix, bestaande uit functioneel geconcentreerde zorgclusters en functioneel geconcentreerde inhoudelijke zorglijnen. De ondersteunende diensten zijn eveneens functioneel geconcentreerd. Vanuit het gewenste ontwerpprincipe van lage functionele concentratie verdient het aanbeveling om binnen de organisatie zoveel mogelijk homogene en parallele stromen in te richten (de route die de cliënt aflegt) gericht op gelijksoortige cliënten of behandelpaden, met multidisciplinaire teams die zich richten op deze afzonderlijke stromen. Binnen de zorgclusters zelf zijn de behandelteams wel op deze wijze functioneel gedeconcentreerd ingericht. GGZ inGeest zou moeten onderzoeken in hoeverre de organisatie gegeven de hoofdstructuur in staat is tot flexibiliteit en voldoende mogelijkheden biedt om stroomsgewijs over de clusters heen te organiseren, zonder dat hierbij verstoringen of belemmeringen ontstaan die de behandeling van cliënten en de kwaliteit van arbeid van medewerkers frustreren. Dit vraagt om een doorontwikkeling van integrale functionaliteit van het huidige clustermodel. Daarnaast is het zaak de structuur waarin de ondersteunende diensten georganiseerd zijn

te herontwerpen volgens het principe van lage functionele concentratie. Daardoor ontstaan minder afhankelijkheidsrelaties en minder complexiteit, en kan een betere aansluiting op de behandelteams worden gerealiseerd.

Aanbeveling 4: functionele concentratie

Faciliteer vanuit de organisatie het implementatieproces van het sterrolmodel

Gezien de complexiteit van het inrichten van het sterrolmodel en de impact die dit heeft op de organisatie, is het van belang de energie en inzet die dit vraagt goed te faciliteren en het proces van algehele implementatie te borgen. Met name van het afdelingsmanagement en de samenwerking tussen behandelteams en de ondersteunende diensten vraagt dit proces van transitie veel tijd en aandacht. Het moet in de plannen duidelijk zijn tot hoever de functionaliteit van sterrollen reikt. Het gaat in dit opzicht om een integraal organisatie-ontwerp en om een brede ontwikkeling binnen de gehele organisatie. Daarom is het zaak de ontwikkeling centraal te coördineren en niet alles aan het afdelingsmanagement over te laten. In de plannen is hier beperkt aandacht voor. De aanbeveling is om hier in een projectmatige aanpak vorm aan te geven.

Aanbeveling 5: centralisatie

Organiseer betrokkenheid bij strategische vraagstukken en inrichtingsregelen

Organiseer in de inrichting van de structuur de mogelijkheid voor medewerkers om betrokken te kunnen zijn bij strategische vraagstukken en de vertaling naar de inrichting binnen de organisatie hiervan.

Aanbeveling 6: centralisatie

Herdefinieer, communiceer en implementeer een duidelijke structuur rondom besluitvorming

Gezien de inhoud van de plannen en het belang dat GGZ inGeest toedicht aan zelforganiserende teams, het veranderende functieprofiel van afdelingsmanagers, clinical leadership, de invloed van inhoudelijke zorglijnen en de clusterindeling met hun wederzijdse afhankelijkheden, is het van belang ruime aandacht te geven aan het (her)definiëren, communiceren en implementeren van een heldere besluitvormingsstructuur in de organisatie. Dit ontbreekt in de plannen. Het risico bestaat dat te veel aan de interpretatie wordt overgelaten waardoor rolonduidelijkheid en frustratie van procesgangen kan ontstaan.

Aanbeveling 7: centralisatie

Integreer de toetsing op kwaliteit binnen het eigen werkproces van afdelingen

Wanneer gewerkt wordt met kwetsbare cliënten, is het belang van toetsen van de kwaliteit van het werk evident. In het belang van een lage waarde van de structuurparameter centralisatie, is het zaak om de regelkring gericht op kwaliteitsverbetering binnen de afdelingen te organiseren. Hierbij doorloopt het team zelf de stappen: meten van kwaliteit, vergelijken met de norm, selecteren van de verbetermaatregel, en uitvoeren van deze maatregel. Ter ondersteuning van dit proces dient per zorgsoort een selectie plaats te vinden van geschikte instrumenten voor behandelinhoudelijke en bedrijfsmatige kwaliteitstoetsing. Ook moet worden voorzien in facilitering van accurate feedback en informatie.

Aanbeveling 8: centralisatie

Stimuleer betrokkenheid van medewerkers die betrokken zijn bij operationeel regelen ook bij het proces van strategische en inrichtingsregelen

Medewerkers van behandelteams, management, directie en bestuur moeten met regelmaat met elkaar in overleg over de resultaten van de kerntaken van de organisatie, belangrijke ontwikkelingen in de omgeving en aanpassingen die dit van de organisatie en behandelteams vraagt. Zo kunnen strategische doelen worden vertaald naar het operationele regelniveau en strategische doelen vanuit de operatie worden geladen. Medewerkers in de behandelteams zijn dan betrokken bij het strategisch proces in de organisatie en zien de plaats van hun werk in het grotere geheel. Dit laatste is van cruciaal belang om de betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie te borgen (en verwijdering te voorkomen).

Aanbeveling 9: specialisatie en formalisatie

Stimuleer innovatie en kennisontwikkeling door middel van inrichting structuren

Kunnen participeren in de ontwikkeling van kennis en innovatie is voor alle medewerkers van belang. In de huidige plannen lijkt dit een mogelijkheid voor een select aantal medewerkers die betrokken zijn bij de afdeling onderzoek en innovatie. Het is zaak om ook dicht bij de behandelafdelingen in de clusters de kennisontwikkeling en het innovatievermogen te faciliteren, stimuleren en versterken, bijvoorbeeld door de inrichting van structuren als kennis- en innovatieplatforms.

HOOFDSTUK 1. ONDERZOEKSONTWERP

1.1 PROJECTKADER

GGZ inGeest is een middelgrote organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland. Er wordt eerste-, tweede-, en derdelijnszorg geboden aan mensen met acute en langdurige psychiatrische klachten. GGZ inGeest biedt intramurale en extramurale zorg en behandeling, heeft een kwalitatief hooggewaardeerd opleidingsprogramma en een afdeling onderzoek met meerdere academische werkplaatsen die tot de top in de wereld kunnen worden gerekend. De context van de geestelijke gezondheidszorg is deze jaren complex en veranderlijk. Niet alleen op het gebied van de eisen die aan kwaliteit van zorg worden gesteld en de gevolgen van de steeds krapper wordende arbeidsmarkt, maar ook wat betreft de diverse financieringsstructuren, stelselwijzigingen en continu veranderende wet- en regelgeving. Organisaties moeten over een grote mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen beschikken, willen ze zich staande kunnen houden en hun ambities verwezenlijken.

Kwaliteit van zorg: herstelgerichte zorg

GGZ inGeest werkt vanaf 2013 aan een nieuwe zorginhoudelijke ambitie waarmee de organisatie zich richt op het bereiken van substantieel meer klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel van cliënten. Herstel is in de geestelijke gezondheidszorg een relatief nieuw begrip dat verwijst naar iets anders dan genezing van ziekte alleen. “Herstel gaat ervan uit dat iemand gegeven de psychische kwetsbaarheid en de beperkingen die dit met zich meebrengt zo goed mogelijk zijn of haar leven vorm kan geven” (Van der Stel, 2012). “Een herstelproces is persoonlijk, uniek en beslaat veel verschillende aspecten, waaronder het hervinden van hoop en een positief zelfbeeld en het herwinnen van de eigen regie over een leven in een maatschappelijke omgeving” (Kenniscentrum Phrenos, 2018). GGZ inGeest sluit hier in de beschrijving van haar ambitie op aan; in het proces richting herstel nemen eigen kracht, zelfmanagement en autonomie van cliënten een belangrijke plaats in. GGZ inGeest ziet voor zichzelf een voorname rol om het vermogen van cliënten te versterken om zelf regie te voeren en keuzes te maken die de richting en invulling van hun leven bepalen. GGZ inGeest wil met haar ambities op het gebied van de kwaliteit van zorg waarden voor cliënten realiseren en een waardevolle bijdrage leveren aan een psychisch gezondere maatschappij (GGZ inGeest magazine, 2017).

Kwaliteit van arbeid en organisatie: zelforganiserend vermogen

De Raad van Bestuur van GGZ inGeest heeft in 2015 na de nodige analyse geconcludeerd dat de meer klassieke hiërarchische organisatie- en bestuursstructuur niet voldoende bijdraagt aan het realiseren van de uitgesproken ambities op het gebied van kwaliteit van zorg (GGZ inGeest, 2016, p. 7)¹. De kwaliteit van de organisatie van zorg moet omhoog. GGZ inGeest heeft de overtuiging dat dezelfde principes die voor herstel gelden, namelijk dat cliënten zelf regie voeren en keuzes maken die de richting en invulling van hun leven bepalen, ook richtinggevend zouden moeten zijn voor de wijze waarop zorgprofessionals en teams in staat worden gesteld deze zorg te organiseren. GGZ inGeest zegt hierover in online magazine ‘Samen de psychische gezondheid verbeteren’ (2017) het volgende:

“Om hieraan vorm te geven moeten we zorgen dat we een uitstekende werkgever en opleider zijn. Een organisatie waar medewerkers graag willen werken en zich optimaal kunnen ontwikkelen. We bieden een uitdagende werkomgeving waar kennis volop wordt gedeeld en waar zorgprofessionals en de zelforganiserende teams waarin zij werken volop beslis- en handlingsruimte hebben.”

In de verander- en ontwikkelplannen die GGZ inGeest vervolgens heeft opgesteld is een ontwerp voor een nieuw besturings- en organisatie-model opgenomen. In 2016 en 2017 begint de organisatie met ingrijpende structuur- en bestuurswijzigingen. Zo maakt de regiogebonden circuitindeling plaats voor een zorgspecifieke clusterindeling met acht zorglijnen die in matrixvorm door de clusters heenlopen. De inhoud van functies van managers en directeuren, evenals het aantal directeuren, wijzigt conform de nieuwe bestuursfilosofie (GGZ inGeest, 2016, p. 7-8)². Begrippen als eigenaarschap en klinisch leiderschap bij zorgprofessionals geven inhoud aan nieuw beleid. Er worden opleidingsmodules ontwikkeld gericht op zelforganisatie en hoe daar in de teams vorm aan te geven en er komen verandercoaches in dienst om teams te begeleiden. De ondersteunende diensten en de systemen en processen waarmee wordt gewerkt, worden geëvalueerd op inhoud en bijdrage aan de ambitie van de organisatie. Indien nodig worden ze vanuit het perspectief van zelforganisatie zo aangepast of ingericht dat ze volledig ten dienste staan van zorgprofessionals en hen faciliteren bij het bereiken van de doelstellingen in hun werk. De organisatie is over de volle breedte een transitieproces gestart.

¹ Bron afkomstig van intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van GGZ inGeest.

² Idem

Evaluatie

Eind 2017 wordt een uitgebreid medewerkersonderzoek gehouden. Gezien de vele ontwikkelingen en veranderingen in de organisatie een belangrijk moment om bij medewerkers na te gaan of de inhoud en uitvoering van de plannen ook leiden tot het realiseren van gestelde doelen van de organisatie. De doelstellingen van GGZ inGeest gaan over het realiseren van waarden voor cliënten en de medewerkers van de organisatie. Om deze waarden te kunnen realiseren moet de inrichting van de organisatiestructuur cliënten en medewerkers in staat stellen essentiële vermogens te ontwikkelen, zo is beschreven in het ‘Visiedocument zelforganisatie GGZ inGeest’ (2016, p.1)³. Lukt het de organisatie om de juiste voorwaarden te scheppen waardoor cliënten en medewerkers voor hen essentiële vermogens kunnen ontwikkelen? De uitkomsten van het medewerkersonderzoek zijn niet positief. De medewerkers van GGZ inGeest scoren over de volle breedte van de inhoud van het onderzoek lager dan de benchmark in de sector. Ook wordt er gemiddeld lager gescoord dan twee jaar eerder bij een vergelijkbaar onderzoek in de organisatie. Opvallend laag wordt gescoord op de volgende thema’s:

“Werkgeverschap

Organisaties die werken aan goed werkgeverschap, stellen hun medewerkers in staat om optimaal en op een prettige manier te presteren. Er zijn verschillende elementen die het presteren van medewerkers positief beïnvloeden: trots zijn op de organisatie, blij zijn met werk dat je doet, achter de doelen van de organisatie staan, waardering voelen, en de kans krijgen om te doen waar je goed in bent.

Betrokkenheid bij de organisatie

Betrokkenheid is de mate waarin medewerkers zich verbonden voelen met de organisatie. Medewerkers die betrokken zijn, vinden zichzelf bij de organisatie passen en staan achter de doelstellingen van de organisatie.

Tevredenheid over de organisatie

Medewerkerstevredenheid kan worden uitgelegd als het gevoel van welbevinden dat de medewerker door het werk ervaart. Een medewerker is tevreden als het werk en de werkomgeving (de organisatie) tegemoetkomt aan wat hij wil, verlangt of waardeert.

Efficiëntie

Het is belangrijk dat medewerkers in staat worden gesteld om behalve effectief ook efficiënt te werken. Efficiëntie draait om het vermogen om effectief te handelen of te produceren met een minimum aan verspilling, uitgave of moeite.”

(Bron: Medewerkersonderzoek totaalrapportage GGZ inGeest, 2017, p. 16)

³ Bron afkomstig van intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van GGZ inGeest.

De Raad van Bestuur van GGZ inGeest ziet zich genooddaakt om naar aanleiding van deze uitkomsten te reflecteren op de inhoud van de plannen die ervoor moeten zorgen dat de organisatie haar doelstellingen kan realiseren. De inrichting van de organisatiestructuur moet medewerkers in staat stellen waarden te realiseren, maar hiervan lijkt vooralsnog onvoldoende sprake te zijn. Een evaluatie van de plannen wordt nodig bevonden. Deze evaluatie moet zich richten op de vraag in hoeverre de inrichting van de organisatiestructuur zoals dit in de plannen is opgenomen bijdraagt aan de realisatie van waarden voor medewerkers en cliënten. Voor dit onderzoek heeft de Raad van Bestuur, op basis van het medewerkersonderzoek en de zorginhoudelijke ambitie gericht op herstel, deze waarden vertaald in doelstellingen op het gebied van *betrokkenheid* bij medewerkers en *autonomie* van cliënten.

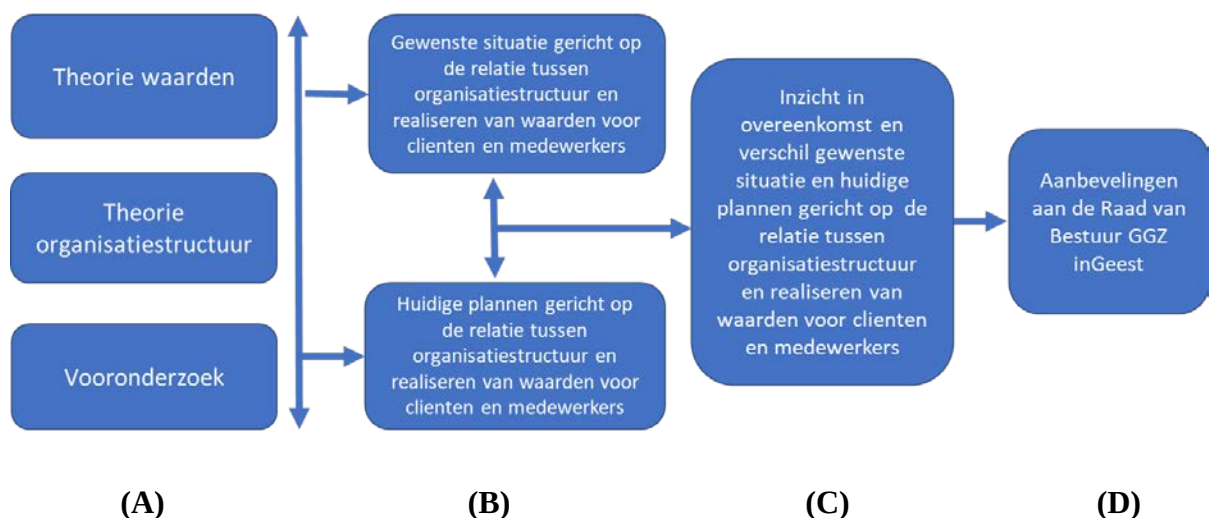
1.2 DOELSTELLING

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest over de inrichting van de organisatiestructuur *door* inzicht te geven in het verschil tussen de gewenste situatie volgens de theorie en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest gericht op de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers.

1.3 HET ONDERZOEKSMODEL

1.3.1 SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN HET ONDERZOEKSMODEL

Het onderzoeksmodel is een schematische weergave van de belangrijkste stappen van het onderzoek.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.3.2 TEKSTUELE WEERGAVE VAN HET ONDERZOEKSMODEL

Op basis van theorie over organisatiestructuur en theorie over waarden en vooronderzoek binnen GGZ inGeest **(A)** bepaal ik de kernbegrippen van het globaal conceptueel model en beschrijf ik de gewenste situatie met betrekking tot de relatie tussen organisatiestructuur en waarden voor cliënten en medewerkers. Vervolgens geef ik door middel van documentenanalyse, aangevuld met interviews, een beschrijving van inhoud van de plannen als het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers **(B)**. Daarna worden conclusies getrokken over de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de inhoud van de plannen als het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers **(C)**. Het verkregen inzicht uit deze analyse resulteert in aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest **(D)**.

1.4 VRAAGSTELLING

In de vorige paragrafen is het probleem beschreven en een doelstelling voor dit onderzoek geformuleerd. Hoe de doelstelling in dit onderzoek gerealiseerd wordt, is in het onderzoeksmodel weergegeven. In deze paragraaf worden vervolgens drie centrale vraagstellingen geformuleerd: een theoretische, empirische en analytische. Per centrale vraagstelling worden deelvragen gesteld. Deze vragen geven richting en inhoud aan het onderzoek.

De centrale theoretische vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Wat is er vanuit de theorie bekend over de relatie tussen de inrichting van organisatiestructuur en de realisatie van waarden voor medewerkers en cliënten?

Deelvragen hierbij zijn:

- *Wat wordt in dit onderzoek verstaan onder waarden?*
- *Wat wordt in dit onderzoek verstaan onder organisatiestructuur?*
- *Hoe draagt de inrichting van organisatiestructuur bij aan de realisatie van waarden?*

De centrale empirische vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Wat is er vanuit de plannen van GGZ inGeest bekend over de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en waarden voor cliënten en medewerkers?

Deelvragen hierbij zijn:

- *Wat zijn volgens de plannen van GGZ inGeest de waarden voor medewerkers en cliënten die moeten worden gerealiseerd?*
- *Wat is volgens de plannen van GGZ inGeest de inrichting van de organisatiestructuur gericht op het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers?*

De centrale analytische vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest als het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers met het oog op het doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest?

Deelvragen hierbij zijn:

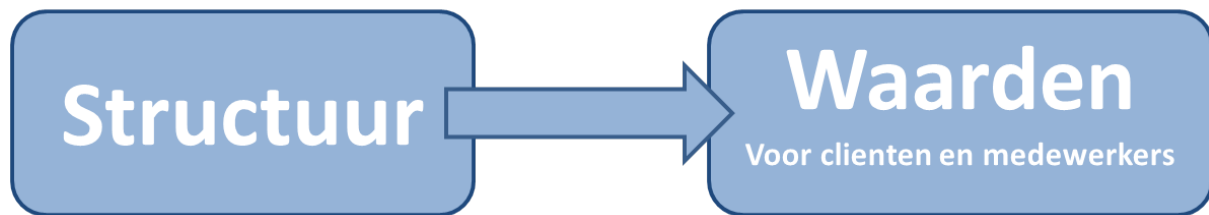
- *Welk inzicht met betrekking tot de realisatie van waarden wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest?*
- *Welk inzicht met betrekking tot de inrichting van de organisatiestructuur wordt verkregen door de analyse van de verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest?*

1.5 CONCEPTUEEL MODEL

In het globaal conceptueel model van dit onderzoek geef ik de kernbegrippen van dit onderzoek en de relatie daartussen weer. Uit het vooronderzoek, zoals ik in het projectkader heb beschreven, blijkt dat vanuit de zorginhoudelijke ambitie gericht op herstel en vanuit de uitkomsten van het medewerkersonderzoek enige operationalisering van het kernbegrip waarden al mogelijk is. Ik zal dit en de verdere ontwikkeling van het conceptueel model door theoretisch onderzoek in hoofdstuk 2 behandelen. Het begrip waarden staat in dit onderzoek centraal als de afhankelijke variabele.

Om de doelstellingen van een organisatie te bereiken, in het geval van GGZ inGeest het realiseren van specifieke waarden voor cliënten en medewerkers, heeft een organisatie een infrastructuur nodig. Dit is een geheel van voorwaarden op het gebied van de verdeling van arbeid (*de structuur*), het werven, opleiden en motiveren van personeel (HR) en technologische ondersteunende middelen zoals machines of ICT (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 13). De structuur van de organisatie staat in dit onderzoek centraal als onafhankelijke variabele.

Het globaal conceptueel model van dit onderzoek ziet er als volgt uit:



Figuur 2: Globaal conceptueel model

1.6 LEESWIJZER

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest over de inrichting van de organisatiestructuur. Hiertoe zal ik de plannen van GGZ inGeest evalueren met betrekking tot de inhoud van waarden waarop de doelstellingen zich richten én met betrekking tot de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en de realisatie van deze waarden voor cliënten en medewerkers. Om dit doel te realiseren is dit onderzoek opgedeeld in twee delen:

Het doel van deel A is een onderzoek naar de waarden waar GGZ inGeest zich op richt in haar plannen gegeven de strategische doelstellingen. Ik zal antwoorden op de volgende drie deelvragen formuleren:

- *Wat wordt in dit onderzoek verstaan onder waarden?*
- *Wat zijn volgens de plannen van GGZ inGeest de waarden voor cliënten en medewerkers die moeten worden gerealiseerd?*
- *Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot waarden?*

Om dit te realiseren beschrijf ik in hoofdstuk 2 wat volgens de theorie onder waarden wordt verstaan en wat voor GGZ inGeest de gewenste situatie is met betrekking tot het realiseren van waarden. In hoofdstuk 3 beschrijf ik de methodologische wijze waarop ik het onderzoek in de vorm van de evaluatie van de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de realisatie van waarden vormgeef. In hoofdstuk 4 beschrijf ik de feitelijke situatie met betrekking tot waarden zoals die volgens de plannen van GGZ inGeest voor medewerkers en cliënten moeten worden gerealiseerd. Ook sta ik in dit hoofdstuk stil bij de overeenkomsten en verschillen

tussen de gewenste situatie en de normen die hieruit voortkomen en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers.

Het doel van deel B is een onderzoek naar de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden zoals GGZ inGeest die in haar plannen voor ogen heeft. Ik zal antwoorden op de volgende drie deelvragen formuleren:

- *Wat wordt in dit onderzoek verstaan onder organisatiestructuur en op welke wijze draagt de inrichting van organisatiestructuur volgens de theorie bij aan de realisatie van waarden?*
- *Op welke wijze draagt volgens de plannen van GGZ inGeest de inrichting van de organisatiestructuur bij aan de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers?*
- *Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en de realisatie van waarden?*

Om dit te realiseren beschrijf ik in hoofdstuk 5 wat volgens de theorie onder organisatiestructuur wordt verstaan en wat er bekend is over de relatie tussen organisatiestructuur en de realisatie van waarden volgens het normenkader uit hoofdstuk 2. Hier komt in hoofdstuk 5 vervolgens een normenkader uit voort gericht op de organisatiestructuur. In hoofdstuk 6 beschrijf ik de methodologie met betrekking tot de evaluatie van de plannen van GGZ inGeest gericht op organisatiestructuur. In hoofdstuk 7 beschrijf ik de feitelijke situatie met betrekking tot inrichting van de organisatiestructuur zoals die in de plannen van GZ inGeest zijn opgenomen. Ook volgt een beschrijving van de overeenkomsten en verschillen tussen de inrichting van de organisatiestructuur volgens het normenkader en wat in de plannen staat.

Hoofdstuk 8 bevat conclusies op basis van de inzichten die ik in de voorgaande hoofdstukken heb opgedaan. Ik zal deze vertalen naar aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest. Ten slotte volgt in dit hoofdstuk ook de reflectie op de inhoud van dit onderzoek en mijn rol van onderzoeker.

DEEL A: WAARDEN

Inleiding

Het doel van deel A is het doen van onderzoek naar waarden welke volgens GGZ inGeest moeten worden gerealiseerd gegeven de strategische doelstellingen, en om te onderzoeken of de realisatie van deze waarden ook terug te vinden is in de plannen van de organisatie. Ik beschrijf in hoofdstuk 2 wat volgens de theorie onder waarden wordt verstaan en wat voor GGZ inGeest de gewenste situatie is met betrekking tot het realiseren van waarden. In hoofdstuk 3 beschrijf ik de methodologie. In hoofdstuk 4 beschrijf ik de feitelijke situatie met betrekking tot waarden zoals die uit de plannen spreekt en sta ik stil bij de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de normen die hieruit voortkomen en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest.

HOOFDSTUK 2. THEORIE OVER WAARDEN

2.1 INLEIDING

Het doel van dit hoofdstuk is het theoretisch onderzoeken van het kernbegrip waarden en specifiek waarden voor cliënten en medewerkers van GGZ inGeest. In dit hoofdstuk zal ik aan de hand van de deelvragen die ik heb geformuleerd komen tot het operationaliseren van het kernbegrip waarden om normen te kunnen bepalen ten aanzien van waarden. Op basis van deze normen kan ik de huidige plannen van GGZ inGeest gericht op de realisatie van waarden analyseren.

Dit doe ik als volgt: in paragraaf 2.2 en 2.3 sta ik stil bij verschillende beschrijvingen van het begrip waarden. Hierbij heb ik specifiek aandacht voor het fundamentele denkwerk van de Griekse filosoof Aristoteles. Vervolgens kom ik in paragraaf 2.4 tot een stipulatieve definitie van het begrip waarden. Daarna zal ik in paragraaf 2.5, 2.6 en 2.7 met behulp van de vermogensbenadering van Martha Nussbaum stilstaan bij de vraag wat ervoor nodig is om waarden te kunnen realiseren. In haar *vermogensbenadering* spreekt ze over een specifieke lijst van tien vermogens die tot ontwikkeling moeten komen wil de mens tot een vervuld, waardig leven kunnen komen. Een korte reflectie op de betekenis van deze *capabilities list* van Nussbaum in de huidige samenleving – ter rechtvaardiging van het gebruik van deze lijst – volgt in paragraaf 2.8. In paragraaf 2.9 zal ik de inzichten verkregen uit de behandeling van het waardenbegrip van Aristoteles en de vermogensbenadering van Nussbaum verbinden met de doelstellingen voortkomend uit de zorginhoudelijke ambitie en de uitkomsten van het medewer-

kersonderzoek van GGZ inGeest. Tegen deze achtergrond ga ik specificeren welke waarden voor cliënten en medewerkers van GGZ inGeest van belang zijn. In paragraaf 2.10 kom ik tot een aangepast conceptueel model.

Maar eerst dus aandacht voor het begrip waarden. Het was de Griekse filosoof en wetenschapper Aristoteles die lang geleden in zijn deugdedethiek een belangrijke basis legde voor de ontwikkeling van het denken over waarden.

2.2 DEUGDETHIEK VAN ARISTOTELES

Ethiek gaat over morele vragen, vragen naar hoe we ons wel en niet moeten gedragen. Daarom wordt de ethiek ook wel morele filosofie genoemd. Mensen houden zich hier al eeuwenlang mee bezig en er is dan ook veel nagedacht over de vragen ‘wat is goed?’ en ‘hoe moet ik handelen?’ Volgens Van Tongeren (2008, p. 2) kun je theorieën over ethiek onderscheiden in twee soorten: deontologische en teleologische theorieën. *Deontologische* theorieën volgen de logica van de plicht. Zij vertrekken vanuit een fundamenteel moeten, waarna het redeneren over wat we willen en als doel nastreven volgt. Die verplichting krijgt vorm in concrete morele eisen. *Teleologische* theorieën volgen de logica van het telos of doel. Dat betekent dat alles begint met het bepalen van het doel van bijvoorbeeld het leven, het handelen of samenleven. Vanuit een begrip van dat doel wordt vervolgens een theorie ontwikkeld die aangeeft op welke manier dat doel moet worden gerealiseerd of welke eisen het stelt aan ons handelen. Van de eerstgenoemde vorm van theorieën is de ethiek van Kant het voorbeeld bij uitstek, van de tweede die van Aristoteles. Volgens Aristoteles is het voornaamste doel een goed en vervuld leven leiden. “Met het ‘vervulde leven’ bedoelt Aristoteles een leven waarin iemand met anderen in een gemeenschap zijn specifiek menselijke vermogens zo goed mogelijk ontwikkelt en gebruikt” (Achterbergh & Vriens, 2011, p. 23).

Achterbergh & Vriens (2010, p. 321-323) behandelen in hun werk de deugdedethiek van Aristoteles en zijn begrip van waarden. Volgens de deugdedethiek van Aristoteles is een waarde dat een of ander wezen, in dit geval de mens, een leven kan leiden dat past bij de vermogens die dat wezen heeft omdat die nou precies dat wezen is. Je krijgt als mens de kans om te worden wat je bent. De deugdedethische definitie is dan: als mens in staat zijn om de vermogens die je hebt ten volle te ontwikkelen. Daar heb je als mens zelf iets over te zeggen, maar de omgeving heeft daar ook invloed op. Aristoteles geeft ook aan dat de vermogens die we van nature hebben zich deugdelijk of ondeugdelijk kunnen ontwikkelen. Dat noemt Aristoteles de habi-

tus; de gesteldheid; de ontwikkeling van het vermogen in een habitus. Kenmerkend voor de wijze waarop Aristoteles ‘waarden’ behandeld is dat hij het begrip ‘vermogen’ zo prominent naar voren brengt.

Waarden volgens Aristoteles

1. De waarde is voor een wezen dat het de vermogens die dat wezen maken tot wat het is, zo goed mogelijk kan ontwikkelen.
2. In het geval van de mens betekent dit dat hij de vermogens die hem tot mens maken, de redelijkheid en de begeerte, zo goed mogelijk in relatie tot elkaar ontwikkelt.
3. De ontwikkeling bestaat uit het ontwikkelen van een deugd. Dat wil zeggen de gesteldheid om het juiste te doen en dit in een habitus te ontwikkelen.
4. Voor de ontwikkeling van een vermogen is een bepaalde conditie nodig.

(Bron: J. Achterbergh, persoonlijke communicatie, 23-01-2018)

2.3 WAARDEN NA ARISTOTELES

In de eeuwen na Aristoteles is er onder invloed van allerlei wetenschappelijke stromingen en culturen veel over waarden nagedacht, gesproken en geschreven, en zoals vaker met dit soort begrippen is het zich gaan lenen voor een breed spectrum aan interpretatie en begripsvorming. Uit de omvangrijke hoeveelheid literatuur over waarden blijkt dat de meningen over wat waarden zijn en welke functie zij vervullen zeer verschillend zijn. Zo spelen waarden een belangrijke rol in de sociale wetenschappen, bestaan er onder meer christelijke waarden, economische waarden, sociaaldemocratische waarden, liberale waarden, islamitische waarden, morele waarden en vitale waarden. In de Oxford Dictionary worden *values* (waarden) omschreven als ‘principles or standards of behaviour; one's judgement of what is important in life’. Volgens Berings (Universiteit Brussel, 2007, p. 1) “lijken waarden niet langer abstracte richtinggevende principes of standaarden te zijn. Ze worden steeds vaker gezien als een middel, als een instrument om allerlei zaken te verwezenlijken. Het zijn niet louter vage principes, maar ‘dingen’ om mee aan de slag te gaan.”

Toch is er ook wel eensgezindheid als het gaat om het elementaire karakter van waarden: ze geven richting. Volgens Schwartz definiëren erkende auteurs op dit onderwerp als Kluckhohn & Strodtbeck, Hofstede en Rokeach waarden als sociaal geaccepteerde doelen (‘desirable goals’) die we willen behalen en die als gids fungeren in het menselijk leven (Schwartz, 1999, p. 26).

Dit onderzoek richt zich specifiek op de vraag of mensen (cliënten en medewerkers) waarden die zij belangrijk vinden ook kunnen realiseren. Om deze waarden te kunnen realiseren hebben zij mogelijkheden nodig om de vermogens die zij bezitten te kunnen ontwikkelen. Het bevorderen van die vermogens is immers het realiseren van waarden. Het humanistisch perspectief op waarden sluit hier ook goed op aan. Dit perspectief gaat ervan uit dat mensen het recht hebben om regie te kunnen voeren over het eigen leven (en de keuzes die ze hierin maken) en hier verantwoordelijkheid voor moeten kunnen dragen. Mensen zijn vrij om hun eigen keuzes te maken en zelf te bepalen wat zij willen. Mensen handelen vanuit ‘betrokkenheid’ bij en ‘medeverantwoordelijkheid’ voor anderen. Dit gebeurt in open dialoog en publiek debat, door praktisch handelen: zingevend, zorgend, ondersteunend en vormend (Qzweers, 2014).

Halman (in Verkerk, 2005, p. 11-12) definieert waarden als “een theoretisch construct van algemene aard dat via meer concrete concepten als attitudes, normen, opinies en wensen de gedragingen van mensen in een gewenste richting stuurt”. Waarden zijn volgens Halman echter te algemeen om aan te geven hoe iemand in een concrete situatie zal handelen. Waarden vormen met andere woorden niet de enige verklaring voor concreet gedrag. Men kan zich voorstellen dat de situatie of omgeving waarin men tot actie komt, of de normen die heersen in de groep waarvan men deel uitmaakt net zo belangrijk zijn voor het uiteindelijke gedrag. Ook Kinneging (2003, p. 20) geeft aan dat waarden tot uiting komen in de wijze waarop we handelingen (kunnen) verrichten. Hij dicht net als Aristoteles met zijn ‘habitus’ de omgeving grote betekenis toe als het gaat om de wijze waarop waarden zich manifesteren of vermogens zich (deugdelijk of ondeugdelijk) ontwikkelen. Het is volgens Kinneging (p. 19) ook duidelijk dat de verschillende soorten van waarden haaks op elkaar kunnen staan. Zo sporen morele waarden dikwijls niet met esthetische, economische, vitale en religieuze waarden. Er is in dit licht veel literatuur beschikbaar waarin gesproken wordt over een waardenhiërarchie. Aristoteles heeft het denken hierover ook belangrijk richting gegeven.

2.4 STIPULATIEVE DEFINITIE VAN WAARDEN

In dit onderzoek hanteer ik als stipulatieve definitie de beschrijving die Aristoteles heeft gegeven van het begrip waarden. Zijn beschrijving is elementair en volledig en is naar mijn idee de basis voor al het denken over het begrip waarden dat in de eeuwen daarna ontstond.

Waarden realiseren betekent dat een wezen in staat wordt gesteld om het leven te leiden dat hoort bij dat wezen.

2.5 DE CAPABILITIES APPROACH

Door middel van de inrichting van de structuur van de organisatie, die in deel B van dit onderzoeksverslag wordt besproken, kan een organisatie voorwaarden scheppen waardoor cliënten en medewerkers hun menselijke vermogen op een manier kunnen ontwikkelen en toepassen die past bij een vervuld leven. Het uitgangspunt dat menselijke vermogens bij het realiseren van waarden een cruciale rol spelen sluit aan bij de *capabilities approach* (vermogensbenadering) van econoom Amartya Sen en filosofe Martha Nussbaum. De *capabilities approach* is een maatstaf voor de ontwikkeling van mensen en werd voor het eerst gebruikt om een nieuwe beschrijving te leveren van de juiste wijze om ontwikkelingsresultaten tussen landen te vergelijken en te rangschikken (Nussbaum, 2011, p. 103). Kritiek op de materialisering van menselijke ontwikkeling inspireerde tot het ontwikkelen (en verder ontwikkelen) van de *capability approach* (Den Braber, 2013, p. 62). Vragen als: “wat kunnen mensen werkelijk doen en zijn?” en “welke reële kansen op ontwikkeling en keuze wordt hen door de samenleving geboden?” staan centraal in de benadering. Het doel is om bij het bepalen van sociaal en politiek beleid de kwaliteit van het leven als uitgangspunt te nemen, en niet economische parameters als productie-, groei- en winstcijfers. “Met de kwaliteit van leven wordt bedoeld: de vrijheid van mensen om te kiezen en het leven te leiden dat ze – binnen de grenzen van het redelijke – graag willen leiden” (Den Braber & Tirions, 2016).

Er bestaan verschillen in de wijze waarop Sen en Nussbaum invulling geven aan de vermogensbenadering. Nussbaum staat in haar boek *Creating Capabilities* (2011, p. 18-20, p. 69-76) uitgebreid stil bij deze verschillen. Het belangrijkste is dat Sen geen gebruik maakt van een specifieke lijst met vermogens of een vermogensdrempel, al staan voor hem bepaalde vermogens, zoals gezondheidszorg en onderwijs, wel centraal. Ook kent Sen het begrip menselijke waardigheid in tegenstelling tot Nussbaum geen essentiële theoretische rol toe. Dit doet Nussbaum wel en zij beschouwt het als een cruciaal verbindend element van de theorie.

Nussbaum legt nadruk op de principes van rechtvaardigheid en mensenrechten. Achterliggend basisidee is dat sommige levensomstandigheden mensen een leven bezorgen dat menselijk waardig is en andere levensomstandigheden niet (Claassen, 2014).

2.6 VERMOGENS VOLGENS NUSSBAUM

De capabilities approach van Nussbaum is een benadering waarin essentiële vermogens worden beschreven waarmee waarden kunnen worden gerealiseerd. Deze benadering van waarden heeft veel overeenstemming met wat Aristoteles in zijn deugdeethiek naar voren heeft gebracht. De capabilities approach kijkt naar de vermogens die horen bij de mens als wezen, beschouwt die vermogens als dingen die zich op een deugdelijke en ondeugdelijke manier kunnen ontwikkelen en kijkt naar de voorwaarden waaronder die ontwikkeling kan plaatsvinden. Dat is precies wat Aristoteles in zijn deugdeethiek ook doet. Ik gebruik in dit onderzoek de capabilities approach als onderdeel van het theoretisch kader. Nussbaum heeft de vermogens beschreven in de context van onze huidige samenleving en haar benadering en beschrijving van vermogens maken een vergelijking met wat over vermogens is beschreven in de plannen van GGZ inGeest goed mogelijk.

Nussbaum (2011) heeft een lijst met tien vermogens opgesteld die een mens zou moeten bezitten en ontwikkelen die een mensenleven omvatten dat voldoet aan menselijke waardigheid. In de benadering van Nussbaum wordt de overheid naar voren geschoven als instelling die mensen in een samenleving moet voorzien van het mogelijk maken van ontwikkeling van de vermogens, zodat zij hun '*functionings*' kunnen bereiken. Met het begrip *functionings* wordt volgens Nussbaum "de actieve realisering of verwezenlijking van een of meer vermogens bedoeld" (p. 24-25). Het is volgens Nussbaum niet noodzakelijk dat je daadwerkelijk gebruikmaakt van zo'n vermogen, maar dat je het in principe zou kunnen. Vrijheid en keuze zijn ook belangrijk voor haar. Ieder mens moet dus bijvoorbeeld kunnen deelnemen aan de politiek, maar je bent vrij om te kiezen of je daar gebruik van maakt.

Volgens Venneman & Onderwater (2012, p. 33) dient volgens Nussbaum de kernvraag die we stellen te zijn: "*wat kan elke persoon doen en zijn?*" De benadering vraagt dus niet naar het totale gemiddelde welzijn binnen een samenleving, maar vraagt gericht naar de kansen die voor iedere persoon afzonderlijk beschikbaar zijn. De benadering richt zich op keuze of vrijheid, en stelt dat het cruciale goed dat samenlevingen voor hun bevolking dienen te bevorderen, bestaat uit een reeks kansen, of substantiële vrijheden, waarvan mensen vervolgens in

hun handelen al dan niet gebruik kunnen maken. Wat mensen doen met deze vermogens (hun uiteindelijke functioneren) is de keuze en verantwoordelijkheid van mensen zelf, maar is dus wel afhankelijk, net als Aristoteles stelt, van de situatie waarin hij of zij leeft of zich bevindt. De benadering gaat erg uit van sociale rechtvaardigheid. Het feit dat iedereen de kansen krijgt, zorgt ervoor dat iedereen gelijk is en gelijk kan leven. Daarmee legt deze benadering zich vast op respect voor het vermogen tot zelfbepaling van mensen. Vrijheid is dus een centraal doel binnen de capability approach. Het bevorderen van vermogens is het bevorderen van gebieden van vrijheid. Er is een groot verschil tussen een beleid dat de gezondheid bevordert en een beleid dat de ‘capability’ tot gezondheid bevordert: de tweede vorm van beleid respecteert de keuzes die iemand maakt ten aanzien van zijn persoonlijke levenswijze; bij de eerste is dit niet het uitgangspunt.

Nussbaum (2011, p. 20 e.v.) maakt onderscheid tussen elementaire (“basic”), inwendige (“internal”) en gecombineerde (“combined”) vermogens. Elementaire vermogens zijn vermogens die wij hebben door als mens te zijn geboren en die latere ontwikkeling en training mogelijk maken (Nussbaum, 2011, p. 45). Inwendige vermogens zijn ontwikkelde elementaire vermogens. Bijvoorbeeld, door scholing, oefening en ervaring kan iemand op basis van zijn elementaire vermogens een bepaald beroep vervullen (Nussbaum, 2011, p. 41). Een van de taken van de samenleving die de belangrijkste menselijke vermogens wil bevorderen, bestaat uit het ondersteunen van de ontwikkeling van de inwendige vermogens. Gecombineerde vermogens zijn inwendige vermogens plus de sociale, politieke en economische omstandigheden waaronder inwendige vermogens ook daadwerkelijk kunnen worden uitgeoefend (Nussbaum, 2011, p. 41).

Het onderscheid tussen inwendige vermogens en gecombineerde vermogens is van belang omdat het onderscheid overeenkomt met twee overlappende, maar duidelijk van elkaar te onderscheiden taken van een samenleving. Een samenleving zou heel goed kunnen zijn in het mogelijk maken van de ontwikkeling van inwendige vermogens, maar door het ontbreken van gecombineerde vermogens toch de wegen kunnen blokkeren die mensen de mogelijkheid bieden om deze vermogens ook daadwerkelijk om te zetten in een *functioning*. Of andersom, iemand kan in een maatschappij leven waarin het inwendige vermogen kan worden gerealiseerd (bijvoorbeeld kritiek leveren op de overheid), maar waarin hij of zij niet beschikt over de ontwikkelde vaardigheid om kritisch te denken of te spreken in het openbaar.

Gecombineerde vermogens zijn inwendige vermogens plus de sociale, politieke en economische omstandigheden waarin een *functioning* ook werkelijk gekozen en ontwikkeld kan worden. Een samenleving die gecombineerde vermogens voortbrengt zonder ook inwendige vermogens voort te brengen, is conceptueel niet mogelijk. Samenlevingen die goed zijn in het scheppen van contexten voor keuzes op vele gebieden, maar die hun burgers niet onderwijzen, en ook de ontwikkeling van hun geestkracht niet voeden, zijn wel voor te stellen. Nussbaum (2011, p.43) geeft het voorbeeld van een Indiase deelstaat, waar wordt gesproken over participatie voor iedereen, maar waar men er niet in slaagt te voorzien in de meest elementaire vormen van onderwijs en gezondheidszorg die burgers de mogelijkheid zouden verschaffen om ook daadwerkelijk te kunnen participeren. Nussbaum gaat er in haar benadering van uit dat er een breed gedeeld inzicht bestaat in wat de taak van de overheid is, namelijk mensen in staat te stellen om een waardig en minimaal florerend leven te leiden. Daaruit volgt dat burgers moeten worden voorzien van op z'n minst een drempelwaarde op de onderstaande tien essentiële vermogens (2012, p.57). In de lijst heb ik tevens geoperationaliseerde vragen verwerkt uit OCAP-18, versie 3 (Lorgelly, Lorimer, Fenwick, Briggs & Anand, 2012, p.11).

Nussbaum's capabilities list aangevuld met vragen

1. Leven

In staat zijn om een menselijk leven van normale duur tot het einde toe te leiden, om niet voortijdig te sterven voordat het je tijd is of voordat je leven zo gereduceerd is dat het niet meer de moeite waard is geleefd te worden

Question: Until what age do you expect to live, given your family history, dietary habits, lifestyle, health status?

2. Lichamelijke gezondheid

In staat zijn om een goede gezondheid te hebben, inclusief gezondheid met betrekking tot voortplanting. In staat zijn geschikt voedsel en onderdak te verwerven.

Question: Does your health in any way limit your daily activities, compared to most people of your age? How suitable or unsuitable is your accommodation for your current needs?

3. Lichamelijke onschendbaarheid

In staat zijn je vrijelijk van de ene plaats naar de andere te verplaatsen, en om gevrijwaard te zijn van tegen de persoon gericht geweld, inclusief seksueel en huiselijk geweld. Gelegenheid hebben tot seksuele bevrediging en keuzes inzake voortplanting.

Question: How safe do you feel walking alone in the area near your home? How likely do you believe it to be that you will be assaulted in the future (including sexual and domestic assault)?

4. Zintuigelijke waarneming, verbeeldingskracht en denken

Het vermogen verbeeldingskracht en denken te gebruiken in verbinding met ervaringen en het voortbrengen van werken en evenementen naar eigen keuze, religieuze, literaire, muzikale enzovoort. Het vermogen je geest te gebruiken op een manier die beschermd wordt door waarborgen voor vrijheid van meningsuiting met betrekking tot politieke en kunstzinnige expressie, en vrijheid van godsdienstbeoefening. Het vermogen aangename ervaringen te beleven en niet-heilzame pijn te vermijden.

Question: are you able to express your views, including political and religious views. Are you free to use your imagination and to express yourself creatively (e.g. through art, literature, music etc).

5. Gevoelens

In staat zijn om gehecht te zijn aan dingen en mensen buiten onszelf, om hen lief te hebben die ons liefhebben en zich om ons bekommeren, om te rouwen bij hun afwezigheid; in het algemeen om te beminnen, verdriet te hebben en verlangen, dankbaarheid en gerechtvaardigde woede te beleven. In staat zijn om niet in je emotionele ontwikkeling te worden geremd door overweldigende zorgen en angsten.

Question: At present how easy or difficult do you find it to enjoy the love, care and support of your family and friends? In the past 4 weeks, how often have you lost sleep over worry?

6. Praktische rede

In staat zijn om een conceptie van het goede te vormen en je bezig te houden met een kritische bezinning op de planning van je leven (dit impliceert het voorzien in waarborgen voor gewetensvrijheid en vrijheid van godsdienstbeoefening). Het vermogen een conceptie van het goede te vormen en je bezig te houden met een kritische bezinning op je eigen levensplannen.

Question: Are you free to decide for yourself how to live your life.

7. Sociale banden

A. in staat zijn om met en voor anderen te leven, andere mensen te erkennen en zich om hen te bekommeren, om mee te kunnen doen aan diverse vormen van sociale interactie, en om je te verplaatsen in een situatie van een ander (bescherming van deze capability betekent bescherming van instellingen die dergelijke sociale banden gestalte geven en voeden, en ook bescherming van de vrijheid van vereniging en politieke meningsuiting).

B. kunnen beschikken over de maatschappelijke grondslagen die je wapenen tegen vernedering en in staat stellen tot zelfrespect; het vermogen te worden behandeld als een waardig wezen wiens waarde gelijk is aan die van anderen, dit impliceert voorzieningen voor uitsluiting en discriminatie op basis van ras, geslacht, seksuele oriëntatie, etniciteit, kaste, religie, nationale herkomst.

Questions: Are you able to respect, value and appreciate people around me. Are you able to meet socially with friends, relatives or work colleagues? Outside of any employment, in your everyday life, how likely do you think it is that you will experience discrimination?

8. Andere biologische soorten

In staat zijn om te leven met zorg voor en in relatie met dieren, planten en de wereld van de natuur.

Question: Are you able to appreciate and value plants, animals and the world of nature

9. Spel

In staat zijn om te lachen, te spelen en te genieten van recreatieve activiteiten.

Question: In the past 4 weeks, how often have you been able to enjoy your recreational activities?

10. Vormgeving eigen omgeving

A. Politiek. Daadwerkelijk kunnen participeren in politieke keuzes die je leven sturen. In staat zijn tot uitoefening van het recht op politieke participatie, bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vereniging en vergadering.

B. Materieel. In staat zijn eigendom te verwerven (zowel onroerende als roerende goederen) en om eigendomsrechten te hebben op gelijke voet met anderen. In staat zijn tot daadwerkelijke uitoefening van recht om werk te zoeken op gelijke voet met anderen, om gevrijwaard te blijven van ongegronde inspectie en beslaglegging. Op de werkplek arbeid kunnen verrichten als een menselijk wezen dat de praktische rede beoefent en zinvolle relaties van wederzijdse erkenning aangaat met andere werkenden.

Questions: Are you able to influence decisions affecting your local area. Which of these applies to your home? For which of the following reasons, if any, have you NOT bought your home? In your current or future employment, how likely do you think it is that you will experience discrimination?

Nussbaum's Capabilitieslist uit Nussbaum (2012) aangevuld met vragen uit de OCAP-18 versie 3.

2.7 BETEKENIS EN WAARDE VAN DE *CAPABILITIES LIST*

Volgens Robeyns (2006, p. 351) is de *capability approach* sinds de jaren negentig van de vorige eeuw steeds prominenter geworden in de academische wereld en in het proces van (politieke) beleidsvorming. In de academische wereld maakt de aanpak deel uit van onderwijsaanbod over welzijnseconomie, ontwikkelingsstudies en politieke filosofie. Ook wordt de aanpak regelmatig onderwezen in cursussen over onderwijs, volksgezondheid en genderstudies. De *capability approach* heeft bovendien politieke impact gehad. Sinds 1990 heeft het Ontwikkelingsprogramma van de Verenigde Naties (UNDP) jaarlijks het *Human Development Report* gepubliceerd, dat gedeeltelijk gebaseerd is op de *capability approach*. Er zijn honderden regionale en landelijke *Human Development Reports* verschenen, waarin ontwikkelingsstrategieën met behulp van deze benadering zijn opgesteld. Sommige regeringen tonen ook interesse in de aanpak voor nationale beleidsvorming. In Duitsland liet het tweede nationale rapport over armoede en welvaart zich inspireren door de *capability approach* om armoede en sociale uitsluiting te analyseren. Het lijkt er dus op dat de *capability approach* tot de verbeelding spreekt van een groeiend aantal onderzoekers, beleidsmakers en het politieke domein.

Anand et al. (2009, p. 126-127) geeft aan dat er door filosofen, psychologen en sociaal wetenschappers vele lijsten zijn ontwikkeld die gaan over menselijke vermogens en mogelijkheden. Onderzoek naar deze lijsten heeft uitgewezen dat er over het algemeen tussen deze lijsten een hoog niveau van gelijkheid bestaat. Anand geeft ook aan dat de *capability list* van Nussbaum ongetwijfeld de meest concrete en verfijnde poging is om een set essentiële vermogens te specificeren en bruikbaar te maken voor onderzoek. Nussbaums lijst kan volgens Anand et al. in vergelijking met anderen worden beschouwd als een lijst met een kwalitatief hoog niveau.

2.8 STIPULATIEVE DEFINITIE VERMOGEN

Samenvattend gebruik ik in dit onderzoek de volgende stipulatieve definitie van vermogen (*capability*), gebaseerd op de omschrijving van Martha Nussbaum (2011, p. 40-41):

Vermogens zijn basisvoorwaarden waardoor ontwikkeling kan plaatsvinden. Het *vermogen* bestaat uit de verschillende combinaties van functies die een persoon kan bereiken en het weerspiegelt de vrijheid van personen om een bepaald soort leven te leiden.

2.9 HET VERMOGENSPERSPECTIEF IN DE CONTEXT VAN GGZ INGEEST

In deze paragraaf zal ik de begrippen waarden en vermogen verder uitwerken, kom ik tot een beschrijving van de gewenste situatie met betrekking tot de realisatie van waarden door de ontwikkeling van vermogens en zal ik het conceptueel model van dit onderzoek uitwerken. Ik doe dit op basis van de verkregen theoretisch geladen inzichten over waarden en vermogens uit de vorige paragrafen, vanuit het inzicht in de doelstellingen van GGZ inGeest op basis van de zorginhoudelijke ambitie van de organisatie en de uitkomsten van het medewerkersonderzoek.

Dit onderzoek richt zich op de vraag of het GGZ inGeest lukt om de essentiële vermogens van cliënten en medewerkers te ontwikkelen die nodig zijn om de doelstellingen van GGZ inGeest op het gebied van zorg en arbeid te kunnen realiseren. De Raad van Bestuur heeft op basis van de uitkomsten van het medewerkersonderzoek aangegeven dat het belangrijk is dat er voor medewerkers verbetering wordt gerealiseerd op het aspect *betrokkenheid*. Vanuit de zorginhoudelijke ambitie is het behouden of vergroten van *autonomie* van cliënten een belangrijke doelstelling. Om verbetering te kunnen bereiken op deze thema's is het de vraag op welke essentiële vermogens uit de *capabilities list* van Nussbaum GGZ inGeest zich moet richten. Anders geformuleerd: wat vindt GGZ inGeest belangrijk voor haar cliënten en medewerkers en welke vermogens uit de lijst van Nussbaum horen daarbij? Om betrokkenheid bij organisatiedoelen en autonomie van cliënten te kunnen vergelijken met de vermogens die Nussbaum heeft opgenomen in haar lijst is het van belang de begrippen betrokkenheid en autonomie nader uit te werken.

Betrokkenheid bij organisatiedoelen

Betrokkenheid van medewerkers bij een organisatie is een belangrijke voorwaarde voor organisatiesucces. Meyer & Herscovitch (2001, p. 301) omschrijven betrokkenheid in een uitgebreid overzichtsartikel als “*a force that binds an individual to a course of action, of relevance to one or more targets*”. In een ander artikel hebben Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky (2002, p. 21-22) betrokkenheid onderverdeeld in drie categorieën: affectieve betrokkenheid, normatieve betrokkenheid en continue betrokkenheid. Affectieve betrokkenheid is de inzet van de medewerkers op basis van hun identificatie, geëngageerdheid en de emotionele banden die ze ontwikkeld hebben met de organisatie. Affectieve betrokkenheid wordt ook wel organisatiebetrokkenheid genoemd. Medewerkers die affectief betrokken zijn zullen extra moeite doen om de organisatiedoelen te behalen (Boselie, 2010, p. 46). Normatieve be-

trokkenheid van de medewerkers is gebaseerd op de morele verplichtingen tegenover de organisatie of gevoelens van verplichting die medewerkers hebben om bij de organisatie te blijven werken. Continue betrokkenheid ten slotte is betrokkenheid van de medewerker op basis van eigenbelang, zoals verandering van de financiële situatie, die het verlaten van de organisatie door de medewerker met zich mee zou brengen (Jaros, 2007, p.8; Meyer & Allen, 1991, p.67-78). Volgens Meyer et al. (2002, p. 20-23) is er empirisch bewijs dat affectieve betrokkenheid een positief effect heeft op andere gewenste uitkomsten, zoals de intentie om bij de organisatie te blijven werken, aanwezigheid van medewerkers en of medewerkers zich psychisch en fysiek gezond en prettig voelen in de context van de organisatie.

Naast de onderverdeling in de drie categorieën als hierboven beschreven, wordt er in de literatuur volgens Maris en Six (2011, p. 7-8) ook onderscheid aangebracht tussen betrokkenheid als ‘attitude’ en betrokkenheid als ‘kracht’. “Wanneer betrokkenheid beschouwd wordt als een attitude verstaat men onder betrokkenheid de intentie om positief gedrag te stellen”. Een hulpverlener is dan bijvoorbeeld werkzaam bij een organisatie omdat hij zich betrokken voelt bij de missie en visie van die organisatie. Er is dan al sprake van betrokkenheid voordat er sprake is van werkelijk gedrag. Wanneer betrokkenheid is omschreven als ‘kracht’ wordt volgens Maris en Six betrokkenheid bedoeld als “het gevoel van verbondenheid met de organisatie”. Het verschil met betrokkenheid als attitude is dat hier sprake is van betrokkenheid wanneer een persoon gemotiveerd is om bij de organisatie te blijven. Een hulpverlener wil volgens deze omschrijving bij een organisatie blijven vanwege van een achterliggende motivatie (zoals de hierboven beschreven affectieve, normatieve of continuïteitsmotivatie).

Maris en Six (2011, p.7) geven in hun werk een uitgebreide definitie van betrokkenheid als attitude welke ze citeren uit Solinger, Van Olffen, & Roe (2008, p.80). Deze definitie is naar mijn mening zo volledig dat ik deze, aangevuld met de definitie van betrokkenheid als kracht van Meyer & Herscovitch (2001, p. 301) gebruik om te vergelijken met de vermogens van Nussbaum:

<i>Doel gericht op kwaliteit van arbeid voor medewerkers</i>
<i>Betrokkenheid:</i> “organizational commitment is an attitude of an employee vis-à-vis the organization, reflected in a combination of affect (emotional attachment, identification), cognition (identification and internalization of its goals, norms, and values), and action readiness (a generalized behavioral pledge to serve and enhance the organization's interests)”. “It is ‘a force that binds an individual to a course of action, of relevance to one or more targets”.

Autonomie van cliënten

Autonomie is een van de belangrijkste waarden in de geestelijke gezondheidszorg. Oorspronkelijk komt autonomie van de Griekse woorden ‘autos’ en ‘nomos’, wat letterlijk betekent ‘zichzelf de wet stellen’ (Vorstenbosch, 2017). In onze samenleving en cultuur is het van belang dat we onszelf kunnen zijn, in vrijheid kunnen leven en voor onze belangen op kunnen komen (Pietersz, 2013, p. 8-9). Liégeois & Eneman (2009, p. 318) geven aan dat autonomie “impliceert dat mensen hun eigen keuzes mogen maken, voor zover ze de autonomie van anderen niet schaden”. In de geestelijke gezondheidszorg wordt in algemene zin onder autonomie verstaan dat men de wilsvrijheid heeft om zelf keuzes te kunnen maken en te handelen naar eigen inzicht. Het woord zelfbeschikking wordt hier ook veel voor gebruikt (Roex, 2013, p. 51). Zelfbeschikkingsrecht is afgeleid uit de waarde autonomie, het betekent dat zorgvragers het recht hebben zelf te beschikken over hun eigen leven en dat men naar de eigen wensen mag streven. Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen twee aspecten van autonomie: keuzevrijheid en wilsbekwaamheid. Met keuzevrijheid wordt bedoeld dat iemand kan kiezen tussen verschillende mogelijkheden. Wilsbekwaamheid is het vermogen om keuzes te kunnen maken (Ethisch advies GGZ, 2003, p. 2). Men gaat er tegenwoordig van uit dat een goed geïnformeerde zorgvrager zijn eigen beslissing kan nemen en weet wat goed voor hem is (Kortmann, 2000, p. 319).

Widdershoven, Berghmans & Molewijk (2000, p. 390-393) spreken over autonomie als vermogen. Zij presenteren drie benaderingen die ieder een eigen uitwerking geven van autonomie als vermogen:

Autonomie als kritische reflectie; hierbij ligt de nadruk op psychologische vermogens, met name kritische reflectie, die nodig zijn om autonoom te kunnen handelen. Dit betekent dat iemand het vermogen moet hebben tot praktische rationaliseren en kritisch reflecteren. Impulsieve, ondoordachte of niet goed afgewogen keuzes of handelingen waarbij geen redenatie gegeven kan worden, zijn dus niet autonoom.

Autonomie als praktische identificatie; het gaat om de ondersteuning van iemand tijdens het proces van “het zich identificeren met dat wat er gebeurt”. Het gaat dan echter om alledaagse handelingen, gebeurtenissen en activiteiten. De concrete ervaring (van bijvoorbeeld een patiënt) staat centraal, niet de vraag of en hoe iemand een keuze maakt voor dergelijke handelingen of activiteiten.

Autonomie in communicatie; “er is sprake van respect voor de autonomie van een persoon wanneer er expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaatsvinden tussen bijvoorbeeld een hulpverlener en een cliënt”. Goede zorg is een breed begrip. Wid-

dershoven benadrukt dat iedere deelnemer aan een proces van onderhandeling het bereiken van een draagvlak voor compromis als uitgangspunt moet nemen. Het gaat om de wijze waarop besluiten tot stand komen, zonder van tevoren te weten wat het beste is in een bepaalde situatie. Daarbij kunnen en moeten hulpverleners actief optreden, moet men zoeken naar interventies die cliënten activeren, zonder alles over te nemen.

Op basis van bovenstaande definities en beschrijvingen van autonomie kom ik tot de volgende gecombineerde definitie die ik gebruik om te vergelijken met de vermogens van Nussbaum:

<i>Doel gericht op kwaliteit van zorg voor cliënten</i>
<i>Autonomie:</i> Zelf regie kunnen voeren en keuzes maken over de invulling en richting van het eigen leven. Beschikken over psychologische vermogens, in het bijzonder kritische reflectie en praktische rationaliteit, die nodig zijn om autonoom te kunnen handelen en dus zelf regie te voeren en keuzes te maken over de invulling en richting van het eigen leven. Handelingen zijn autonoom als zij deel uitmaken van de identiteit zoals de persoon die ervaart en gestalte wil geven, en ontstaan in expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen.

Selectie vermogens

Wanneer ik deze beschrijvingen van betrokkenheid en autonomie vergelijk met de beschrijvingen die Sen en Nussbaum hebben gegeven van de verschillende vermogens en de questionnaires die Anand (2009) en Lorgelly et al. (2012) op basis van de vermogenslijst hebben opgesteld, zie ik met drie vermogens van Nussbaum een sterke inhoudelijke overeenkomst. Hieronder geef ik een beschrijving van de overeenkomst tussen betrokkenheid en autonomie én deze drie vermogens van Nussbaum. Bij het evalueren van de plannen van GGZ inGeest kies ik er omwille van focus in dit onderzoek voor om me op één van de drie vermogens te gaan richten. Dat zal zijn het vermogen om vorm te geven aan de eigen omgeving. Ik kies ervoor om alle drie de vermogens waarmee een fit is te beschrijven, omdat het inzicht geeft in de praktische relevantie en toepasbaarheid van de *capabilities list*. De andere twee vermogens zijn het vermogen tot *praktische rede* en het vermogen tot *zintuigelijke waarneming, verbeeldingskracht en denken*.

Bij het behandelen van de fit tussen betrokkenheid van medewerkers en autonomie van cliënten en het vermogen de eigen omgeving vorm te geven, zal ik beschrijven wat *het vormgeven van de eigen omgeving* specifiek zou kunnen betekenen voor medewerkers en cliënten binnen de context van GGZ inGeest.

Betrokkenheid (medewerkers)

Betrokkenheid gaat over de wijze waarop en de mate waarin een medewerker zich verhoudt tot de organisatie. Het gaat om emotionele binding en identificatie, het internaliseren van de doelen, normen en waarden van de organisatie en de intensiteit waarmee medewerkers zich richten op het dienen en verbeteren van de organisatie en haar belangen. Het gaat er hierbij naar mijn idee om dat je als medewerker vanuit het perspectief van betrokkenheid of betrokken zijn in staat bent of in staat wordt gesteld om als onderdeel van de organisatie, welke je in samenhang met andere personen vormt, te participeren in het maken van keuzes en bepalen van richtingen. De vrijheid en ruimte die dit impliceert stelt medewerkers in staat om invloed te kunnen uitoefenen. Kortom, een medewerker handelt, betrokken als hij of zij is, vanuit het belang en de doelen die de organisatie stelt en men heeft een mate van vrijheid en mandaat nodig om het handelen te kunnen richten.

Fit tussen betrokkenheid en het vermogen om vorm te geven aan de eigen omgeving

Het is volgens Nussbaum (2011, p. 58-59) van essentieel belang dat mensen daadwerkelijk kunnen “participeren in keuzes die het leven sturen en in staat zijn tot uitoefening van het recht op participatie, bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vereniging en vergadering”. Daarnaast moeten mensen “ge vrijwaard blijven van ongegronde inspectie en beslaglegging”. “Op de werkplek moet men arbeid kunnen verrichten als een menselijk wezen dat de praktische rede beoefent en zinvolle relaties van wederzijdse erkenning aangaat met andere medewerkers”. Het is van belang dat men beslissingen over de eigen omgeving kan beïnvloeden en hiervan niet wordt buitengesloten. Nussbaum vindt kort samengevat de volgende vier zaken van belang als het gaat om het vermogen *vorm te geven aan de eigen omgeving*. Bij ieder punt heb ik de overeenkomst beschreven met betrokkenheid die ik eerder heb gegeven.

1. Kunnen participeren

Fit met betrokkenheid: vanuit verbinding met de organisatie deelnemen aan het realiseren van doelen.

2. Keuzes kunnen maken aangaande het leven

Fit met betrokkenheid: of keuzes kunnen maken binnen de context van arbeid en organisatie.

3. *Richting kunnen geven, uitgaande van wat men van belang vindt*

Fit met betrokkenheid: betrokken medewerkers zijn gericht op het behartigen van organisatiebelangen en geven binnen deze context richting aan eigen (als medewerker) belangen en doelen.

4. *De vrijheid hebben en ervaren om dit te doen*

Fit met betrokkenheid: betrokken medewerkers kunnen vanuit hun verbinding en commitment handelen met het organisatiebelang voor ogen en kunnen hiertoe worden uitgenodigd en gemandateerd, wat hen de vrijheid geeft die nodig is.

Voor dit onderzoek kies ik ervoor om punt 2, 3 en 4 samen te voegen tot *de vrijheid hebben en ervaren om richting te kunnen geven en keuzes te kunnen maken*. Ik doe dit omdat deze onderdelen erg in elkaars verlengde liggen en elkaar aanvullen.

Vormgeven van de eigen omgeving door medewerkers in de context van GGZ inGeest

Een belangrijk onderdeel van de vraag wat de betekenis is van ‘vormgeven van de eigen omgeving’ voor medewerkers van GGZ inGeest is wat met ‘*de eigen omgeving*’ van medewerkers wordt bedoeld. Wat beschouw ik in dit onderzoek als de aard van ‘eigen omgeving’? Wat is in dit opzicht de logische ruimte? Welke verschillende niveaus en aspecten bestaan er? Voor medewerkers gaat het naar mijn idee om de afstemmingsrelatie die de medewerker heeft met de cliënt, het multidisciplinaire behandelteam en de organisatie en de inhoud van de behandeling die hieruit voortkomt. Daarnaast gaat het in het geval van medewerkers om de beleidsmatige en organisatorische voorwaarden die worden geschapen voor zorg en behandeling van cliënten binnen de context van de organisatie (de omgeving) op operationeel, tactisch en strategisch niveau.

Nussbaum geeft in haar beschrijving van vormgeven van de eigen omgeving aan dat kunnen participeren en de vrijheid om keuzes te maken en richting te geven aan de eigen omgeving van groot belang zijn. Binnen GGZ inGeest betekent dit dat medewerkers die met cliënten werken de mogelijkheden hebben om op zowel het niveau van operationeel regelen als strategisch regelen (Achterbergh & Vriens, 2010 p.13) met betrekking tot de behandeling van cliënten een bijdrage te leveren welke van invloed is op de uitkomst van het behandelproces.

Participatie: op het niveau van operationeel regelen moeten medewerkers een bijdrage kunnen leveren aan het opstellen van een behandelplan. Dit stellen ze samen met de cliënt op of ze leveren hier een bijdrage aan door binnen de context van het behandelplan met de cliënt

uitvoering te geven aan de activiteiten die bijdragen aan de gestelde behandeldoelen. Behandelaren en verpleegkundigen moeten de ruimte en vrijheid hebben om op basis van hun professionele inzichten en ervaring inhoud te geven aan hun werk. Hierin is het van belang dat de ruimte die er is wel duidelijk is gedefinieerd. Enerzijds door inhoud bepalende zaken die zijn opgenomen in het behandelplan zoals dat in samenwerking met andere medewerkers en de cliënt is opgesteld. Anderzijds in de vorm van professionele, organisatie- en juridisch bepaalde kaders.

De vrijheid om richting te geven en keuzes te maken dient zich wellicht met name aan wanneer zich binnen de uitvoering van het behandelplan in het moment ontwikkelingen voordoen die vragen om handelen of om specifieke interventies. Achterbergh & Vriens (2010, p. 243) noemen dit ‘verstoringen’: “gebeurtenissen welke (potentieel) veroorzaker zijn van het veranderen van de waarde van een essentiële variabele”. Dit kan uiteindelijk betekenen dat er doelen of activiteiten in het behandelplan moeten worden bijgesteld. Maar op het moment zelf, en dat komt in de specialistische geestelijke gezondheidszorg vanwege crisissituaties geregeld voor, wordt van medewerkers een grote mate van inventiviteit, creativiteit en daadkrachtig en doelbewust handelen gevraagd. Medewerkers hebben het verder nodig dat ze *participeren* in voorbereidende activiteiten die voor de uitvoering belangrijk zijn. Denk hierbij aan deelname aan werkoverleg, activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling als roostering, beheer van middelen en het opstellen van de begroting en monitoren van uitgaven. Ook is invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten van belang en hebben medewerkers een rol in het interne en externe beheren van netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces. Bovendien participeren medewerkers in afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten. Er zijn duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden, medewerkers moeten goed geïnformeerd zijn over wat van hen wordt gevraagd en wat de ruimte is waarbinnen ze handelingen kunnen verrichten met betrekking tot de arbeid.

Op het niveau van het strategisch regelen is het van belang dat medewerkers vormgeven aan hun eigen omgeving, de organisatie waarin zij werkzaam zijn. Zij moeten de mogelijkheid hebben te *participeren* in het opstellen en specificeren van de doelen die de afdeling waarbij zij werken zichzelf stelt. Hiermee wordt *richting* gegeven. Deze doelen moeten aansluiten bij of een afgeleide zijn van de doelen die de organisatie zichzelf stelt. Concreet betekent dit dat medewerkers betrokken zijn bij het opstellen van jaarplannen voor hun afdeling of het cluster

waarbinnen de afdeling werkzaam is, en betrokken worden bij het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op organisatieniveau.

Overeenkomst tussen betrokkenheid en het vermogen tot zintuigelijke waarneming, verbeeldingskracht en denken

Dit is het vermogen om de geestelijke capaciteiten te kunnen gebruiken waardoor vanuit het perspectief van vrijheid van eigen keuze gerichte handelingen en activiteiten kunnen worden ondernomen. De vrijheid om te redeneren en zich te uiten met meningen en expressie moet worden geborgd en beschermd door de context waarin mensen leven en werken.

Om betrokken te zijn en je te kunnen verhouden tot organisatiedoelen en -belangen en om vanuit deze verbinding keuzes te kunnen maken die je handelen als medewerker richting geven, moeten medewerkers in staat zijn en voortdurend in staat worden gesteld om te denken, reflecteren en redeneren. Medewerkers moeten zich vrij en voldoende veilig voelen en moeten in de gelegenheid worden gesteld om te kunnen reflecteren, zich te kunnen uiten, hun mening te geven en zich hierin ook kritisch te kunnen tonen.

Fit tussen betrokkenheid en het vermogen tot praktische rede

Waar Nussbaum aangeeft dat het kritisch denken over de invulling van het leven een belangrijke waarde in zich draagt, geldt voor betrokken medewerkers in een organisatie dat zij, uit het belang van het behalen van organisatiedoelen, ten volle moeten kunnen denken over de wijze waarop zij hun werk invulling geven. Ze moeten vanuit dit denken, gebaseerd op de ervaring die zij hebben in het contact met cliënten, in staat worden gesteld om de goede keuzes te maken.

Autonomie (cliënten)

Autonomie van cliënten gaat in de kern over zelf keuzes maken en richting geven, uitgaande van wat cliënten van belang vinden in hun leven. Ieder mens, en ook zeker cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, heeft het nodig om de vrijheid te ervaren om dit te kunnen doen. Het gaat over het vermogen om kritisch te kunnen reflecteren en over praktische rationaliteit. Cliënten handelen op autonome wijze wanneer zij deel uitmaken van de identiteit zoals zij die zelf ervaren en waaraan zij gestalte willen geven, en die ontstaat in expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen met hulpverleners.

Overeenkomst tussen autonomie en het vermogen om de eigen omgeving te kunnen vormen

Nussbaum vindt kort samengevat de volgende vier zaken van belang als het gaat om het vermogen *vorm te geven aan de eigen omgeving*. Bij ieder punt beschrijf ik de overeenkomst met autonomie, hierbij baseer ik me op de paragraaf waarin ik autonomie beschrijf:

1. *Kunnen participeren*

Overeenkomst met autonomie: er vinden expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen bijvoorbeeld cliënt en hulpverlener, waarbij dus sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen proces (of de omgeving).

2. *Keuzes kunnen maken aangaande het eigen leven*

Overeenkomst met autonomie: men heeft de wilsvrijheid om zelf keuzes te kunnen maken en te handelen naar eigen inzicht. Er is sprake van keuzevrijheid wanneer iemand in een situatie passende binnen de context kan kiezen tussen verschillende mogelijkheden.

3. *Richting kunnen geven uitgaande van wat men van belang vindt*

Overeenkomst met autonomie: autonome en goed geïnformeerde zorgvragers nemen volgens Kortmann (2000, p. 319) eigen beslissingen op basis van wat goed voor hen is. Autonomie impliceert volgens hem ook onszelf kunnen zijn, in vrijheid kunnen leven en voor onze belangen op kunnen komen. Ook zijn handelingen van iemand autonoom als zij deel uitmaken van de identiteit zoals de persoon die ervaart en gestalte wil geven, waarbij hij kan streven naar realisatie van eigen wensen.

4. *De vrijheid hebben en ervaren om dit te doen*

Overeenkomst met autonomie: belangrijk is het om zelf regie te kunnen voeren en zelf te beschikken over het eigen leven. En om de vrijheid te hebben en te ervaren om keuzes te kunnen maken over de invulling en richting van het eigen leven.

Ook nu kies ik ervoor om in het onderzoek de punten 2, 3 en 4 samen te voegen tot één variabele. Ik zal dit zo opnemen in het conceptueel model.

Vormgeven van de eigen omgeving door cliënten in behandeling bij GGZ inGeest

Een belangrijk onderdeel van de vraag wat de betekenis is van ‘vormgeven van de eigen omgeving’ voor cliënten van GGZ inGeest, is wat met ‘de eigen omgeving’ van cliënten wordt bedoeld. Voor cliënten ga ik er in dit onderzoek van uit dat ‘de eigen omgeving’ de context betreft waarin het herstelproces (inclusief de behandeling) van cliënten zich afspeelt. Het gaat hierbij specifiek om de afstemmingsrelatie die de cliënt heeft met de behandelaar, het multi-

disciplinaire behandelteam en de organisatie en de inhoud van de behandeling die hieruit voortkomt. Hierbij gaat het er volgens Nussbaum om dat cliënten in deze omgeving participeren en vrijheid hebben van keuze en het bepalen van richting. Het is een interessant en logisch perspectief om uitgaande van het belang van betrokkenheid bij, en participatie van cliënten in de eigen behandeling, deze betrokkenheid ook op andere organisatieniveaus dan het primaire proces te organiseren. Immers, de kerntaak van de andere organisatieniveaus is het creëren van voorwaarden om de zorg en behandeling in het primaire proces goed vorm te kunnen geven.

Nussbaum geeft in haar beschrijving van ‘vormgeven aan de eigen omgeving’ aan dat kunnen *participeren* en de vrijheid om keuzes te maken en richting te geven aan de eigen omgeving van groot belang zijn. Voor cliënten die bij GGZ inGeest in behandeling zijn, betekent dit dat zij in staat moeten zijn om in samenwerking met behandelaren of verpleegkundigen de juiste *keuzes* te maken, gericht op het eigen herstel, waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven. Cliënten hebben invloed op de keuzes die gemaakt worden, participeren in overleg dat gaat over de *richting* en doelen van de behandeling en maken samen met behandelaren en verpleegkundigen keuzes aangaande de behandeling. Ook op de momenten dat er situaties ontstaan die niet voorzien waren of waarmee van tevoren geen rekening werd gehouden, hebben en houden cliënten altijd zeggenschap wanneer samen wordt gezocht naar oplossingen voor ontstane problemen (of verstoringen). Ook of wellicht vooral binnen de context van een gedwongen behandeling (binnen de context van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)) is het voor cliënten van groot belang dat ze altijd het maximaal mogelijke aan regie en invloed behouden. Ondanks dat de letterlijke *vrijheid* de cliënt op dat moment ontnomen is, is het nog wel mogelijk om binnen deze context maximaal ervaren vrijheid voor de cliënt te bereiken. Dit laatste zelfs met nadruk en urgentie, want in een sfeer waarin de autonomie zo onder druk staat vanwege het gedwongen kader, is iedere vorm van behoud van regie en zeggenschap over het eigen leven van levensbelang.

Omdat het eigen aandeel van cliënten in de behandeling voor de kwaliteit van zorg zo evident van belang is, betekent dit voor de mogelijkheden die GGZ inGeest cliënten biedt, dat zij ook daadwerkelijk ‘op maat’ en persoonlijk zorg en behandeling geboden kunnen krijgen. Het heeft geen zin cliënten voor te houden dat ze een belangrijke rol hebben in de behandeling wanneer de organisatie niet de mogelijkheden heeft of biedt om de wensen en behoeften van de cliënt ook te kunnen realiseren. Het is uiteraard van belang dat er in overeenstemming met elkaar (fit tussen wensen en mogelijkheden) gekomen wordt tot een behandelplan dat maxi-

maal aansluit bij de wensen, en waarmee de cliënt zijn vermogen vorm te geven aan de eigen omgeving maximaal kan benutten.

Overeenkomst tussen autonomie en het vermogen tot praktische rede

Dit gaat volgens Nussbaum over de vrijheid om op kritische wijze na te denken over de invulling van het leven dat iemand wenst. Hierbij neemt iemand het beeld of perspectief van het goede als uitgangspunt. De fit met autonomie is evident. Om op autonome wijze te handelen is het van belang dat een cliënt in staat is om vanuit een conceptie van het goede, de identiteit en vorm die hij of zij wil hebben in het leven, te bedenken en daar vervolgens naar te handelen. Dit gaat over het bewust kunnen maken van keuzes. In de geestelijke gezondheidszorg is het vanuit de historie een gegeven dat veelal wordt betwijfeld of cliënten voldoende in staat zijn tot praktische rede om de voor hen beste keuzes te maken. Het gaat er uiteraard om wie nu eigenlijk bepaalt wat het beste of goede is. Waar dit voorheen tot het gebied van psychiaters en verpleegkundigen werd gerekend, komt er de laatste jaren een sterke beweging op waarin de overtuiging dat deze vrijheid aan cliënten moet worden gelaten, leidend is. Dit past ook heel goed binnen het concept van 'herstel'.

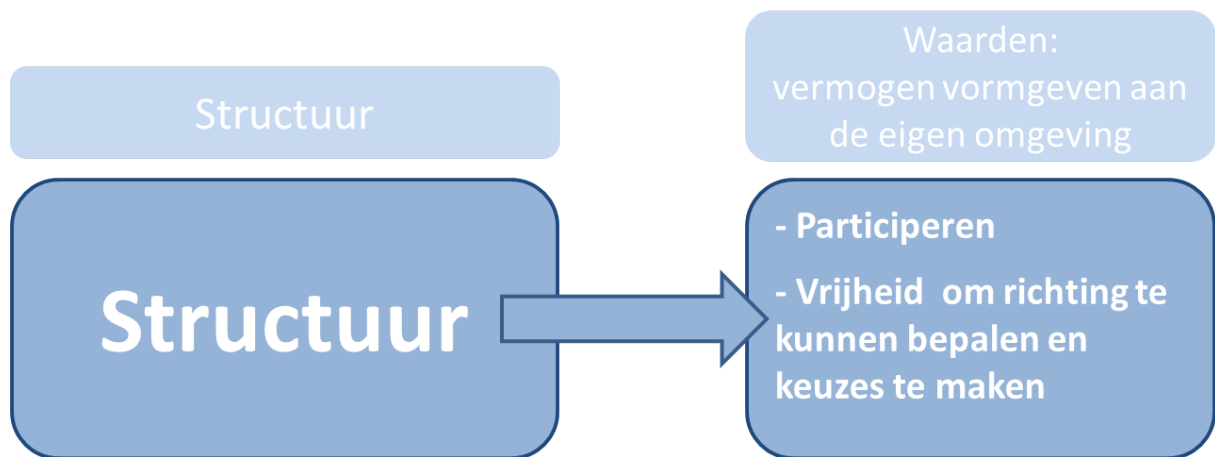
Overeenkomst tussen autonomie en het vermogen tot zintuigelijke waarneming, verbeeldingskracht en denken

In haar beschrijving van dit vermogen wordt duidelijk dat Nussbaum vrijheid om het geestelijk vermogen aan te kunnen spreken van grote waarde vindt. Deze vrijheid en ruimte zijn nodig voor cliënten wil er sprake kunnen zijn van autonomie, met andere woorden: ze gelden als voorwaarden voor het autonoom kunnen handelen en zijn. Autonomie gaat als eerder beschreven in essentie om het vermogen om kritisch te kunnen reflecteren en over praktische rationaliteit.

2.10 VOORLOPIG CONCEPTUEEL MODEL

In dit hoofdstuk heb ik de kernbegrippen uit het globaal conceptuele model kunnen operationaliseren tot meer specifieke begrippen waarvan ik de onderlinge relatie in het empirische gedeelte van dit onderzoeksdeel verder zal analyseren. In de paragrafen 2.2 tot en met 2.9 heb ik aangegeven wat ik in dit onderzoek versta onder waarden en vermogens. Voor de afhankelijke variabelen die ik gebruik is de norm dat de mate van *participeren* voor cliënten en medewerkers hoog moet zijn. De norm van de mate waarin cliënten en medewerkers *de vrijheid* hebben om *richting te kunnen bepalen en keuzes te maken* moet eveneens hoog zijn.

Wanneer het conceptueel model op basis van deze inzichten verdere invulling krijgt, dan ziet het er schematisch voorlopig als volgt uit:



Figuur 4: Voorlopig conceptueel model

HOOFDSTUK 3. ONDERZOEKSTECHNISCH ONTWERP DEEL A

3.1 INLEIDING

Voor het krijgen van inzicht in de relatie tussen structuren en waarden voor cliënten en medewerkers is het nodig systematisch de juiste data in de organisatie te verzamelen. In dit hoofdstuk staat het onderzoekstechnisch ontwerp centraal, waarin ik nader inga op de keuzes die ik maak ten aanzien van dataverzameling. Eerst volgt in paragraaf 3.2 informatie over ‘het onderzoeksobject’, de organisatie GGZ inGeest. In paragraaf 3.3 beschrijf ik de strategie die ik hanteer voor het verzamelen van data en relevante kennis. In paragraaf 3.4 beschrijf ik het beoogde onderzoeksmateriaal en in paragraaf 3.5 komen de gebruikte meetinstrumenten aan bod. In paragraaf 3.6 tenslotte behandel ik de betrouwbaarheid van validiteit van de verzamelde data en dit onderzoek.

3.2 ONDERZOEKSOBJECT GGZ INGEEST

In haar jaarplan (2018) zegt GGZ inGeest het volgende over de eigen organisatie:

“InGeest staat voor het verbeteren van de psychische gezondheid en het bevorderen van het herstel van de patiënt. Dat doet de organisatie door het bieden van goede zorg aan mensen met een psychiatrische aandoening, vanuit de kernwaarden Persoonlijk en Toonaangevend. De organisatie biedt psychiatrische zorg aan jongvolwassenen, volwassenen en ouderen, met oog voor de persoonlijke situatie en naaste omgeving van de patiënt.”

“De kern van onze zorg:

- *Curatieve complexe psychiatrische zorg, verleend in directe nabijheid van somatische ziekenhuizen, zoals de zorg vanuit de academische werkplaatsen en de poliklinieken, de acute psychiatrie en de zorg in het kader van het programma soma en psyche.*
- *Langdurige psychiatrische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, wijkgericht en zoveel mogelijk in de thuissituatie geboden, in samenwerking met ketenpartners en met een nadruk op zowel medisch psychiatrische zorg als herstel en leefstijlaspecten.”*

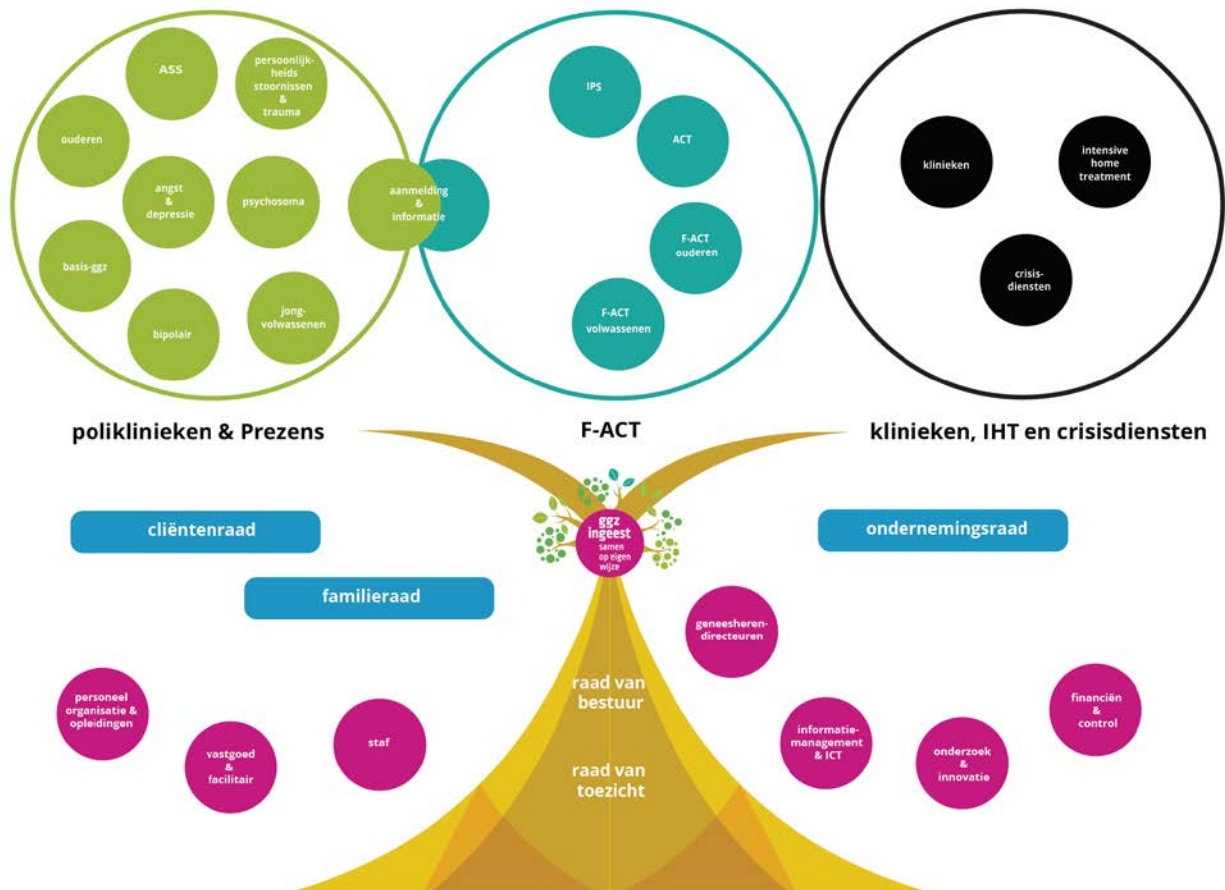
GGZ inGeest is regionaal georiënteerd. Vanuit twaalf locaties biedt de organisatie behandeling aan patiënten in en om Amsterdam, Amstelveen, Bennebroek, Haarlem en Hoofddorp.

Tevens onderhoudt GGZ inGeest vele samenwerkingsovereenkomsten met huisartsen, gemeenten en ketenzorgpartners (o.a. verzorgings- en verpleeghuizen, voorzieningen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang, Bureau Jeugdzorg) ten behoeve van de psychiatrische behandeling en begeleiding, consultatie, voorlichting en doorstroming. In 2017 had GGZ inGeest ruim 20.000 patiënten in zorg/behandeling. Het aantal bezette bedden was 405 en er waren 1350 fte medewerkers. De totale omzet over 2017 bedroeg ruim 124 miljoen euro.

GGZ inGeest heeft in 2017 een forse reorganisatie ondergaan op basis van een nieuw gedefinieerde besturingsfilosofie. De besturingsfilosofie is in ‘Werken aan hoogwaardige en betaalbare zorg’ (2016) als volgt geformuleerd:

1. “Onze missie, visie en waarden zijn leidend voor de manier waarop wij onze zorg rond de patiënt inrichten, de zogenaamde *patient journey*.
2. De zorgprocessen zijn uitgangspunt voor de wijze waarop wij onze zorg organiseren (kwaliteit, veiligheid en logistiek) en aanbieden (service, klantbeleving).
3. Wij gaan in onze besturing en samenwerking uit van *professionals in the lead* en gedeeld eigenaarschap. We sturen op vertrouwen en bindende afspraken: *high trust and low tolerance*.
4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden liggen dicht bij de patiënt, zo laag mogelijk in de organisatie. Zelforganiserende teams vormen de bouwstenen van onze organisatie.
5. Wij kiezen voor een platte, slanke, eenvoudige en responsieve organisatie, gebaseerd op maximale toegevoegde waarde voor onze patiënten.
6. We streven naar een lerende en innoverende organisatie, waar medewerkers met plezier werken en zich kunnen ontwikkelen.
7. Er is sprake van een goede verbinding van inhoud en bedrijfsvoering en stevige sturing op resultaten, als randvoorwaarde voor optimale kwaliteit van zorg in combinatie met een (financieel) gezonde organisatie.
8. Er is een goede herkenbaarheid in en verbinding met de wijk/regio op die onderdelen waarbij dat nodig is.
9. Onze organisatie is flexibel georganiseerd en biedt ruimte om door te ontwikkelen op geleide van omgevingseisen.”

Acht zorgcircuits zijn opgeheven en hiervoor zijn drie zorgspecifieke clusters teruggekomen. Tegelijk zijn er, als in een matrix, acht inhoudelijke zorglijnen ingericht die door de clusters heenlopen.



Figuur 5: organogram GGZ inGeest

FACT

In dit onderzoek richt ik me specifiek op het zorgcluster FACT. Dit doe ik enerzijds om focus aan te brengen en anderzijds omdat herstel en autonomie van cliënten binnen FACT-zorg, uitgaande van het FACT-model, primair de focus zou moeten hebben. F-ACT-Nederland (2018) en GGZ inGeest (2018) geven op hun websites de volgende beschrijving van FACT-zorg:

“Flexible ACT (FACT) staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Het gaat hierbij om een behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Naast problemen op psychiatrisch gebied is er veelal sprake van problemen op meerdere levensdomeinen. Support en behandeling gaan daarbij hand in hand. Het FACT-team ondersteunt u om zo goed mogelijk met uw aandoening om te gaan en zelfredzaam te blijven.

Behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensdomeinen.”

En “leidraad is dat deze zorg gericht is op het dagelijks leven, met een focus op een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en het mee kunnen blijven doen in de maatschappij. Hierbij worden cliënten gestimuleerd om hun eigen kracht en mogelijkheden maximaal te benutten. Deze behandeling en begeleiding vindt plaats daar waar deze persoon wil slagen.”

FACT-teams zijn multidisciplinair van aard. De volgende functies zijn vertegenwoordigd:

- Psychiater
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- IPS Trajectbegeleider
- (Sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen (SPV)
- Ambulant verpleegkundige
- Casemanagers
- Ervaringsdeskundigen

Het kan bij een deel van de doelgroep van belang zijn om de behandeling en zorg laagdrempelig in te steken. Het opbouwen van een relatie vanuit de praktische ondersteuning op het gebied van sociale positie, wonen en werk staat dan centraal. Vanuit deze relatie en een opgebouwd vertrouwen worden interventies op het gebied van psychiatrie vervolgens ingevlochten. Verder is kenmerkend voor FACT-zorg dat deskundigheid op het gebied van verslaving en rehabilitatie van groot belang zijn, omdat dit de cliënt vaak weer in staat stelt om maatschappelijke rollen op te kunnen pakken.

FACT is volgens F-ACT-Nederland (2018) gebaseerd op de volgende zes principes:

1. “Wij zijn daar waar de klant wil slagen!
2. Ondersteunen het meedoen door maatschappelijk netwerken
3. Vinden en binden door transmurale GGZ ketenzorg
4. Bieden zo nodig intensieve zorg met ACT
5. Behandelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen

6. Ondersteunen rehabilitatie en herstel.”

In de FACT-schaal 2017 is beschreven hoe FACT-zorg inhoudelijk en organisatorisch moet worden vormgegeven. Omdat de FACT-teams van GGZ inGeest zich volledig richten en ontwikkelen langs deze FACT-schaal zal de FACT-schaal worden toegevoegd aan de documenten die geanalyseerd worden in dit onderzoek.

3.3 DE ONDERZOEKSSTRATEGIE

Het is van belang duidelijk te krijgen welke kennis nodig is om inzicht te krijgen in de relatie tussen organisatiestructuur en waarden voor cliënten en medewerkers, teneinde vanuit dat inzicht aanbevelingen te kunnen doen over de inrichting van de organisatiestructuur aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest. In hoofdstuk 1 kwam al naar voren dat dit onderzoek gedaan wordt naar aanleiding van ingrijpende veranderingen en ontwikkelingen in de organisatie en van een problematische uitkomst van het medewerkersonderzoek. In de plannen die richting geven aan de organisatieontwikkeling, zoals ‘Werken aan betaalbare en hoogwaardige zorg’ (2016) en in de conclusies van het medewerkersonderzoek (2017) heeft GGZ inGeest doelstellingen geformuleerd. Dit onderzoek betreft een evaluatie van de inhoud van deze plannen ten aanzien van de waarden waarop GGZ inGeest zich in de plannen richt (uitgaande van de doelstellingen) en ten aanzien van de organisatiestructuur die GGZ inGeest in de plannen heeft beschreven en die moeten leiden tot het realiseren van deze waarden.

Dit onderzoek is opgebouwd uit twee delen. Vanwege het grote verschil in onderwerp van onderzoek (waarden en organisatiestructuur) kent ieder deel een eigen beschrijving van de onderzoeksstrategie en methodologie. In dit hoofdstuk zal ik op enkele momenten wel beschrijven dat zaken het gehele onderzoek (deel A en B) betreffen. Om een nodeloze herhaling van grote delen van dit hoofdstuk in deel B te voorkomen.

In deel A zal ik in hoofdstuk 4 eerst het empirisch onderzoek naar waarden in de plannen van GGZ inGeest beschrijven. In deel B beschrijf ik het empirisch onderzoek naar de structuur van de organisatie volgens de plannen van GGZ inGeest. De volgende empirische vraagstelling staat in deel A in hoofdstuk 4 centraal:

- *Wat is er vanuit de plannen van GGZ inGeest bekend over de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en waarden voor cliënten en medewerkers?*

Een deelvraag gericht op waarden hierbij is:

- *Wat zijn volgens de plannen van GGZ inGeest de waarden voor medewerkers en cliënten die moeten worden gerealiseerd?*

Onderzoeksmethodologie deel A

De keuze voor een onderzoeksmethodologie hangt van een aantal factoren af. Dit onderzoek vindt plaats in de context van organisatieonderzoek en is praktijkgericht, aangezien onderzoek gedaan wordt naar de inhoud van de plannen van GGZ inGeest op basis waarvan de organisatie(praktijk) inhoud en vorm gegeven wordt. Het betreft een evaluatieonderzoek. Dit is een onderzoek dat betrekking heeft op de situatie die na een interventie is ontstaan. Er bestaan volgens Verschuren & Doorewaard (2007, p. 61) drie typen ex post evaluatieonderzoek. Afhankelijk van de (onderzoeks)vraag die de onderzoeker zich stelt, kan het de vorm hebben van een plan-, proces- of produktevaluatie. Dit onderzoek gaat over de vraag of de plannen van GGZ inGeest opportuun en inhoudelijk goed geladen zijn. Het gaat dus om een planevaluatie. In feite lijkt een evaluatieonderzoek veel op een probleemanalytisch onderzoek aangezien in beide gevallen een feitelijke situatie, toestand of ontwikkeling tegen het licht wordt gehouden van een gewenste toestand of ontwikkeling. Alleen wordt dit in het geval van een planevaluatie gedaan voordat er sprake is geweest van een oplossingspoging. De resultaten van de evaluatie dragen vervolgens wel bij aan de probleemoplossing. Dit zal in dit onderzoek, indien hier aanleiding toe is, leiden tot verbetervoorstellen voor bestaand beleid, strategische keuzes of toekomstige interventies.

De doelstelling van het onderzoek is het doen van aanbevelingen op basis van verkregen inzicht, waardoor vooral adviserende kennis nodig is. Het gaat om kennis over de inrichting van de organisatiestructuur die bijdraagt aan de realisatie van de waarden die GGZ inGeest zichzelf ten doel stelt. Deze kennis kan worden verkregen met kwalitatief onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2007, p. 163).

Het betreft in dit onderzoek een enkelvoudige casestudy, omdat het bij een casestudy gaat om kwalitatief onderzoek, waarbij binnen één organisatie diepgaand en integraal naar een onderwerp wordt gekeken. Daarbij komen vanuit het perspectief van de plannen en geïnterviewde personen de meningen, achterliggende verklaringen en eventuele verbetervoorstellen met betrekking tot de variabelen aan bod (Verschuren & Doorewaard, 2007, p. 187).

Dit onderzoek (deel A en deel B) voldoet aan de volgende elementen die horen bij een enkelvoudige casestudy (Verschuren & Doorewaard, 2007, p. 159-202):

1. De focus ligt op de plannen die GGZ inGeest heeft opgesteld en die richting geven aan de inrichting van de structuur van de organisatie en realisatie van waarden. Het onderzoek betreft een groot deel van de organisatie. Met zeven documenten en vijf diepte-interviews met de voor de plannen in de documenten verantwoordelijke medewerkers bevat het onderzoek een klein aantal onderzoekseenheden.
2. Er wordt diepgang bereikt door triangulatie. Het belangrijkste voordeel van het houden van diepte-interviews is de mogelijkheid om door te vragen, waardoor alle aspecten van de mening van een geïnterviewde over het onderwerp goed aan bod kunnen komen, wat inzichten oplevert die tijdens volgende interviews gebruikt kunnen worden. Zo helpen de interviews om het onderwerp steeds verder te verdiepen. Een ander voordeel is de fysieke aanwezigheid van de interviewer en geïnterviewde in dezelfde ruimte, waardoor non-verbale signalen opgepikt kunnen worden, wat de informatieverzameling enerzijds verrijkt en anderzijds de mogelijkheid biedt om onduidelijkheden over een vraag of antwoord bespreekbaar te maken. Dit komt de kwaliteit van het onderzoek ten goede.
3. Het verzamelen van data vindt plaats in de vorm van inhoudsanalyse van tekstueel materiaal en face tot face interviews. Een belangrijk voordeel van het combineren van meerdere bronnen is dat de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten toeneemt. Dit kwalitatieve onderzoek geeft ruimte aan de interpretatie van wat medewerkers in de interviews zeggen, doordat in interviews de mogelijkheid geboden wordt verder door te vragen op uitspraken die gedaan worden.
4. In het proces van dataverzameling vindt selectie van onderzoekseenheden plaats op basis van tevoren bepaalde criteria.
5. Het onderzoek probeert een integraal, holistisch beeld te krijgen van de inhoud van de plannen met betrekking tot de organisatiestructuur en de waarden voor cliënten en medewerkers die GGZ inGeest beoogt te realiseren. Hierbij is sprake van een open, niet vooraf gestructureerde wijze van dataverzameling. In dit onderzoek wordt gekozen voor het half gestructureerde diepte-interview met behulp van een topiclijst. Aan de hand van theorie worden topics en indicatoren gedefinieerd die richtinggevend zijn voor het onderzoek.
6. Het object van dit onderzoek wordt in zijn natuurlijke omgeving bestudeerd; het betreft een onderzoek op locatie. De onderzoekseenheden worden binnen de afdeling waar zij werkzaam zijn geïnterviewd en tekstueel materiaal in de vorm van documenten worden binnen de organisatie opgevraagd en bestudeerd.

3.4 ONDERZOEKSMATERIAAL

3.4.1 DATAVERZAMELING

Ik maak gebruik van een arbeidsintensieve en open wijze van dataverzameling door middel van een uitgebreide documentenanalyse en half gestructureerde face to face topic interviews. (Verschuren & Doorewaard, 2007, p. 211 ev.) De interviews zijn half gestructureerd omdat ik me als onderzoeker heb voorbereid door middel van een van te voren opgestelde topiclijst met onderwerpen en/of vragen die ik aan de orde wil laten komen. Een topic interview is een interview dat een specifiek onderwerp behandelt (Boeije, 2014, p. 79). Door de kernbegrippen uit het theoretisch kader in hoofdstuk twee te hebben geoperationaliseerd, kan ik deze lijst samenstellen.

Een belangrijk voordeel van het combineren van meerdere bronnen is dat de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten toeneemt. Om zinvolle aanbevelingen te kunnen doen gericht op de inrichting van structuren en het realiseren van waarden in termen van vermogens van cliënten en medewerkers, is het nodig een integraal, holistisch beeld te krijgen over wat er in de plannen van GGZ inGeest is geschreven en in interviews is gezegd over de inhoud en betekenis van de relatie tussen de structuur en de waarden (Verschuren & Doorewaard, 2010, p. 211 e.v. ; Boeije 2014, p. 150).

3.4.2 SELECTIE EN ONTSLUITING VAN BRONNEN

Zoals in het onderzoeksmodel in hoofdstuk 1 al naar voren kwam, maak ik gebruik van kennis die voortkomt uit vooronderzoek, raadpleging van literatuur en empirisch onderzoek. In het vooronderzoek is gebruikgemaakt van uitkomsten uit het medewerkersonderzoek (2017), gesprekken met de opdrachtgever en relevante documenten binnen de organisatie. Voor het theoretisch kader is gebruikgemaakt van bronnen uit de wetenschappelijke literatuur.

Voor het empirisch onderzoek heb ik de secretaris van de Raad van Bestuur van GGZ inGeest gevraagd om een selectie te maken van documenten over de periode vanaf 2016 tot 2018. De selectiecriteria voor deze documenten bestaan uit:

1. De plannen zijn op dit moment (zomer 2018) leidend en richtinggevend als het gaat over de wijze waarop gewerkt wordt aan het realiseren van de doelstellingen die GGZ inGeest zichzelf stelt.
2. In de plannen staan doelstellingen opgenomen in termen van waarden voor cliënten en medewerkers van GGZ inGeest.

3. De plannen richten zich op (organisatie)structuren
4. De plannen moeten zowel gericht zijn op de zorgclusters als ondersteunende diensten.
5. De plannen moeten gericht zijn op micro- en mesoniveau van de organisatie. Ik laat de omgeving, het belangrijke netwerk waarin GGZ inGeest als organisatie een plek heeft, in dit onderzoek buiten beschouwing.

Voor de vijf interviews heb ik ervoor gekozen om medewerkers te betrekken bij het onderzoek die vanuit hun functie inhoudelijk verantwoordelijk zijn voor het opstellen en uitvoering geven aan de plannen die ik evalueer. Op deze manier organiseer ik zowel de tekstuele analyse van de plannen als de interpretatie en achterliggende visie van de inhoud van de plannen. Ik verwacht dat deze selectie rijke informatie zal opleveren vanwege ieders betrokkenheid bij het stellen van organisatiedoelen en de betrokkenheid bij de inrichting van de verschillende structuren in de organisatie. Maar ik verwacht dit ook omdat de plannen in grote mate een overlap zullen hebben en het verrijkend is voor het onderzoek wanneer individuen met verschillende rollen mogelijk op verschillende wijze betekenis kunnen of zullen geven aan deze inhoud. De volgende personen komen, uitgaande van de geselecteerde plannen, in aanmerking voor selectie waarbij ze specifieke kennis hebben van een of enkele plannen en in hun antwoorden ook kunnen verwijzen naar de andere plannen.

Documenten selectie	Interviews
1. HR-visie GGZ inGeest 2017 2. Betrouwbare en hoogwaardige zorg; organisatieontwikkeling 2017-2020 3. Kaderbrief 2018 4. FACT-schaal 2017 5. Visiedocument zelforganisatie 6. Sterrolmodel GGZ inGeest 7. Notitie zelforganisatie	1. Manager Personeel & Organisatie 2. Voorzitter Raad van Bestuur 3. Directeur zorgcluster FACT 4. Verandercoach GGZ inGeest 5. Manager Finance & Control en zorgadministratie

De geselecteerde plannen zijn representatief voor de breedte van de organisatie en zijn gericht op het bereiken van de doelstellingen van GGZ inGeest als het gaat om het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers. De plannen zijn gericht op het realiseren van kwali-

teit van zorg en kwaliteit van arbeid, richten zich op de organisatie als geheel en op aparte organisatie- en/of procesonderdelen. Ook zijn ze inhoudelijk geladen met de drie elementen waar de infrastructuur aan moet voldoen: HR, technologie en structuur (Achterbergh & Vriens 2010, p.13). Immers, het transformatieproces van een organisatie is voltooid als de gewenste doelen zijn bereikt. Om dit transformatieproces goed in te richten en reguleren zijn infrastructurele condities nodig op de hiervoor genoemde drie gebieden.

De interviews worden gehouden met de medewerkers van GGZ inGeest die inhoudelijk verantwoordelijk zijn voor het opstellen en/of uitvoeren van de plannen. De Raad van Bestuur (RvB) heeft een belangrijke rol in het strategisch- en inrichtingsregelen. De bestuursleden kunnen inzicht verschaffen in de keuzes omtrent de doelen van de organisatie ten aanzien van waarden voor cliënten en medewerkers en keuzes op het gebied van de structuur van de organisatie om die doelen te realiseren. De manager Personeel & Organisatie is verantwoordelijk voor de inhoud en uitvoering van beleid gericht op personeel en de positie in en relatie tot de organisatie. Met de directeur van het FACT (ambulante behandeling van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen) wordt gesproken omdat zij verantwoordelijkheid draagt voor het zorgcluster en het jaarplan van het FACT, die in dit onderzoek worden geëvalueerd. Het interview met de verandercoach zal inzicht verschaffen in de plannen die richting geven aan zelforganisatie, het begeleiden van managers en teams in het vergroten van het zelforganiserend vermogen van teams en medewerkers. Deze plannen zijn tevens vastgesteld op directie- en bestuursniveau en hebben een rondgang gemaakt langs alle medezeggenschapsorganen. De geselecteerde personen zijn gevraagd voor deelname aan een interview, waarbij de resultaten, ondanks dat bekend is welke functies erbij worden betrokken, anoniem worden verwerkt.

3.4.3 DATA-ORDENING

De informatie uit de documenten en interviews wordt op een methodische wijze geordend en bewerkt door samenvattingen te maken, waarbij interviewfragmenten worden geclusterd per topic (conform de topiclijst), per relatie tussen topics en per eventuele 'bijvangst' (de zaken die wel aan de orde gekomen zijn, maar niet tot het onderzoek behoren). Het proces ziet er als volgt uit:

1. Er wordt toestemming gevraagd om de interviews te mogen opnemen. Zo wordt er geen belangrijke informatie gemist. De audio-opnamen zijn vertrouwelijk en kunnen indien nodig worden opgevraagd bij de onderzoeker.

2. De interviews worden uitgeschreven.
3. De uitgeschreven stukken interview worden geclusterd per topic en relatie tussen topics.
4. Het verslag dat hieruit ontstaat wordt toegezonden aan de geïnterviewden met het verzoek kritisch te bekijken of hun tekst juist is weergegeven. Ook wordt de geïnterviewde de mogelijkheid gegeven eventuele nieuwe opmerkingen toe te voegen.
5. De verzamelde data uit de documenten en interviews zijn op een methodische wijze geordend en bewerkt. De documenten en getranscribeerde interviews worden aan de hand van richtinggevende indicatoren op het gebied van waarden in termen van vermogen en vier structuurparameters geclusterd. Dit overzicht per indicator is als bijlage opgenomen bij dit document.
6. De inhoud uit de analyse van de documenten en van de interviews kan vervolgens worden vergeleken.

Hiermee zijn de empirische deelvragen en de centrale empirische vraagstelling beantwoord.

3.4.4 DATA-ANALYSE

Na het verzamelen van alle data worden de vermogensbenadering en de theoretische inzichten met betrekking tot de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en de vermogens van cliënten en medewerkers gecombineerd tot een normenkader dat het uitgangspunt is bij de beoordeling van de inrichting van de structuur en de realisatie van waarden zoals dit in de plannen van GGZ inGeest is opgenomen. Dit normenkader bestaat zoals in de hoofdstukken 2 en 5 is beschreven uit een deel over waarden (deel A van dit onderzoek) en uit een deel over de invloed van organisatiestructuur op de realisatie van waarden (deel B van dit onderzoek). In hoofdstuk 2 (waarden) en 5 (organisatiestructuur) zijn de uitkomsten beschreven van de analyse en beoordeling van de onderzoeksresultaten.

3.5 MEETINSTRUMENT WAARDEN

In hoofdstuk 2 heb ik beschreven wat wordt verstaan onder waarden in termen van vermogens. Enkele vermogens uit de capabilities list van Nussbaum sluiten aan bij belangrijke doelstellingen van GGZ inGeest (betrokkenheid en autonomie) gericht op medewerkers en cliënten. In hoofdstuk 2 is 'het vermogen vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving' uitgewerkt en geoperationaliseerd omdat alleen dit vermogen daadwerkelijk wordt gemeten in dit onderzoek. In het schema hieronder wordt de operationalisatie van het kernbegrip waarden conform de uitwerking in hoofdstuk 2 weergegeven in een topiclijst. De topiclijst geeft rich-

ting aan de interviews, maar laat ruimte open om het interview aan te passen aan de specifiek geïnterviewde (Boeije, 2014, p. 80). Topiclijsten kunnen diverse vormen aannemen.

Bij het onderzoek naar waarden binnen GGZ inGeest in deel A stel ik de vragen voor de interviews op, op basis van de indicatoren in de topiclijst van het kernbegrip waarden. Voor de documentenanalyse in deel A gebruik ik de indicatoren zoals beschreven in de topiclijst en richt ik me op de vraag of de desbetreffende topics voorkomen in de plannen.

Bij het onderzoek naar de organisatiestructuur binnen GGZ inGeest stel ik vragen voor de interviews op, op basis van de topiclijst van het kernbegrip organisatiestructuur. Het analyseren van de interviews en de documenten (plannen) gebeurt op basis van een benadering volgens sensitizing concepts, met een globale inhoud en een sturende functie, die op basis van theorie is geformuleerd. Het gaat dan om de vraag wat de structuur is die wordt voorgesteld en welke waarden (in termen van hoog of laag) de parameters hebben in die structuurbeschrijving. Hierbij zijn de definities van de structuurparameters (topics) het uitgangspunt bij de analyse. Hierover volgt meer uitleg in hoofdstuk 6: onderzoekstechnisch ontwerp deel B.

Ik kies er in dit deel A voor de indicatoren te beschrijven die relevant zijn voor het kunnen beantwoorden van mijn onderzoeksvragen.

Kernbegrip: Waarden

Dimensie: Vermogens van mensen om vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving	
Topic: kunnen participeren	
Indicator medewerkers:	- Wijze waarop medewerkers deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatieniveau. - Wijze waarop bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie. - Op de werkplek zinvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers. - Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan. - Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling, zoals werkoverleg, roostering, beheer van middelen en het opstellen van de begroting en monitoren van uitgaven. - Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten. - Een rol in het interne en externe beheren van netwerken en relaties

Indicatoren cliënten	welke van directe invloed zijn op het behandelproces. - Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten. - Er vinden expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces. - Participeren in overleg met behandelaar en multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling. - Binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie en invloed kunnen behouden. Maximale ervaren vrijheid voor de cliënt bereiken. - Cliënten (of het cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie.
Topic: vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken	
Indicator medewerkers:	- Duidelijk beleid gericht op bescherming van medewerkers als het gaat om gevrijwaard te blijven van ongegronde inspectie en controle. - Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men de vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie.
Indicatoren cliënten:	- Cliënten zijn in staat zijn om in samenwerking met behandelaren of verpleegkundigen <i>keuzes</i> te maken gericht op het eigen <i>herstel</i> waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven.

3.6 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

3.6.1 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van dit onderzoek heeft te maken met de mate van precisie van methoden van dataverzameling die ik hanteer. Bij een betrouwbare methode zal bij herhaling hetzelfde waargenomen worden. Wat gemeten wordt zal niet veranderen (Boeije, 2014, p. 150). Dit

onderzoek is een kwalitatief onderzoek en is door de aard van onderzoeksmethoden minder betrouwbaar dan kwantitatief onderzoek. Zo is in de opzet van kwalitatief onderzoek het probleem van multi-interpreteerbaarheid aanwezig, bijvoorbeeld wanneer indicatoren worden vastgesteld en de inhoud van de interviews wordt geïnterpreteerd. Het exact herhalen van het onderzoek is daarom lastig. De bevindingen en conclusies uit het onderzoek representeren de realiteit echter zo goed mogelijk en de uitkomsten kunnen wel in hoge mate aannemelijk zijn.

Bij de vraag naar de betrouwbaarheid van dit onderzoek is het van belang in het bijzonder mijn eigen rol als onderzoeker tegen het licht te houden. Als onderzoeker interpreteer ik onderzoeksgegevens en ken ik betekenissen toe, wat maakt dat ik een grote rol heb. Het gegeven dat ik zelf werkzaam ben bij GGZ inGeest en in mijn rol van medewerker inzicht heb in het reilen en zeilen binnen de organisatie kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Als medewerker van GGZ inGeest ken ik de plannen die ik in dit onderzoek evalueer. Ik ken de medewerkers die ik interview. Een grote mate van betrokkenheid beïnvloedt volgens Boeije (2014) de emotionele belasting van de onderzoeker. Het gegeven dat ik de participanten ken en wij goed met elkaar overweg kunnen, wordt 'rapport' genoemd in de kwalitatieve methodologie (p.78). Dit hoeft geen belemmering te zijn voor de betrouwbaarheid.

De participanten zijn deels opdrachtgever en deels verantwoordelijk voor goede plannen die richtinggevend zijn voor de ontwikkelingen binnen GGZ inGeest. Volgens Aldefer (1980, p. 461) komt de betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten door de bekendheid met de organisatie wel onder druk te staan. Volgens Doorewaard et al. (2015) kan er een effect ontstaan op basis van de eventuele relatie of bekendheid tussen de onderzoeker en geïnterviewde wat de zuiverheid van de onderzoeksmethode negatief beïnvloedt. Deze interviewer bias ofwel de vertekening van de resultaten door de interviewer zelf, beperk ik door in de interviews zoveel mogelijk objectieve vragen te stellen en geen sturende vragen te stellen of suggesties te doen. De invloed van mijn persoon als medewerker, met kennis over en betrokkenheid bij de context van het onderzoek, wordt daarmee zoveel mogelijk verkleind. De volgende zaken moeten daarnaast bijdragen aan zo groot mogelijke betrouwbaarheid:

- Standaardisatie van dataverzameling door het gebruik van een conceptueel model.
- Navolgbaarheid van het onderzoek. Ik verantwoord alle stappen in het onderzoek en geef aan wat ik heb gedaan, hoe ik dat gedaan heb en waarom. Het is inzicht-

lijk hoe ik tot de conclusies en aanbevelingen ben gekomen. Dat maakt dat het onderzoek door iemand anders herhaald zou kunnen worden.

- Het toepassen van methodentriangulatie waarbij meer dan één methode of databron wordt gebruikt (Boeije, 2014, p. 156). De zwakheden van elke methode worden gecompenseerd door het gebruik van meer methoden. Door het gebruik van een grote diversiteit aan documenten en interviews met verschillende medewerkers worden de topics en relaties daartussen vanuit meerdere invalshoeken belicht. De raadpleging van documenten verhoogt de betrouwbaarheid sowieso, aangezien documenten de meest objectieve data opleveren.
- Controle van de gespreksverslagen door de geïnterviewden waarbij eventuele aanvullingen of verbeteringen plaats kunnen vinden.
- Terughoudendheid in de formulering van bevindingen in dit onderzoeksverslag. Van wetenschappelijke bewijsvoering is geen sprake, ik zal geen stellige conclusies kunnen trekken. Het doel van het onderzoek is het doen van aanbevelingen waarvoor diepgaande kennis en een goed begrip nodig is. Het gaat niet om bewijsvoering.
- Betrokkenheid van een tweede persoon met kennis van het doen van onderzoek tijdens het onderzoek met wie voortdurend inhoudelijke toetsing van keuzes in de opzet en uitvoering plaatsvindt.
- Reflectie in hoofdstuk 8 op mijn eigen rol.

3.6.2 VALIDITEIT

De validiteit van het onderzoek gaat volgens Boeije (2014, p. 150) over de vraag of dit onderzoek ook meet wat ik beoog te meten. Dat wat ik als onderzoeker heb waargenomen, moet door mij juist benoemd zijn. Verschuren & Doorewaard (2007, p. 139; p. 182) maken binnen kwalitatief onderzoek een onderscheid tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit van dit onderzoek gaat over de vraag of de resultaten, conclusies en aanbevelingen geldig zijn voor de situatie waarin en waarnaar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. De externe validiteit gaat over de vraag of de uitkomsten van dit onderzoek ook geldig zijn voor andere situaties.

Wat de validiteit betreft is het van belang aan te geven dat ik in dit onderzoek de focus leg op de relatie tussen structuur en het vermogen vorm te geven aan de eigen omgeving. Dit vermogen is echter maar één factor die bijdraagt aan het bereiken van de doelstellingen van GGZ inGeest gericht op betrokkenheid en autonomie. Andere mogelijke invloeden op het bereiken

van deze doelstelling zijn vanwege de noodzakelijke inperking van het formaat van dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De aanbevelingen die zullen worden gedaan aan de Raad van Bestuur op basis van de planevaluatie over de waarden waarop de organisatie zich richt en de inrichting van structuurparameters die moeten leiden tot de realisatie van deze waarden zullen hoogstwaarschijnlijk niet volledig leiden tot het bereiken van de geformuleerde doelstellingen. Er in sterke mate aan bijdragen zullen ze echter zeer zeker wel.

Net als bij de betrouwbaarheid zou mijn rol van medewerker naast die van onderzoeker ook de validiteit van dit kwalitatieve onderzoek negatief kunnen beïnvloeden: ik ben directeur van één van de drie zorgclusters. Hierdoor kunnen problemen ontstaan met de validiteit, doordat medewerkers die ik interview zich wellicht niet vrij voelen om in het gesprek openlijk te praten. Maar ook doordat ik de inhoud van de gesprekken kan interpreteren in de richting van mijn eigen (professionele) mening over de inhoud van de plannen. Wat de openheid in de gesprekken betreft, ik denk dat dit risico redelijk gereduceerd is, omdat de vragen die ik stel niet gaan over een oordeel of mening. Het zijn open vragen over onderwerpen waar de medewerkers die ik interview erg bij zijn betrokken vanuit hun functie. Ik vraag hen niet naar ervaringen, meningen of andere zaken die confronterend kunnen zijn of een bepaalde spanning kunnen doen ontstaan. De zaken die ik hieronder noem, zorgen daarnaast ook voor een hogere validiteit:

- Toepassing van bronnentriangulatie, waardoor complexe materie van meerdere kanten wordt belicht en de kans op een zo volledig mogelijk beeld zo groot mogelijk wordt. Het raadplegen van meerdere bronnen ten slotte, verhoogt de interne validiteit van de onderzoeksmethode verder doordat de ontsluiting van verschillende bronnen meer diepgang geeft (Verschuren & Doorewaard 2007, p. 213 e.v.).
- Bepaling van indicatoren voor het onderzoek naar de plannen van GGZ inGeest op basis van een uitgebreide bestudering van de literatuur. Hiermee is een breed beeld verkregen van de kernbegrippen uit dit onderzoek en hun onderlinge relaties.
- Operationalisering van de kernbegrippen tot op het niveau van indicatoren en hoe deze te herkennen zijn in de diepte-interviews op basis van het bestuderen van literatuur.
- Ik heb er bewust voor gekozen medewerkers te interviewen van wie ik geen leidinggevende ben. En ik kies voor de plannen van een ander zorgcluster dan het zorgcluster waarvoor ik verantwoordelijk ben.

- Controle van de gespreksverslagen door de geïnterviewden, waardoor er een extra controle is op de juistheid van mijn interpretatie.
- Reflectie – in hoofdstuk 8 reflecteer ik op mijn eigen rol.

De externe validiteit van het onderzoek is duidelijk klein. Het onderzoek gaat over de specifieke waarden die GGZ inGeest wil realiseren en over de inrichting aan de organisatiestructuur die hieraan moet bijdragen. Het onderzoek betreft een planevaluatie, dus de zeer eigen plannen die GGZ inGeest als organisatie heeft gemaakt worden onderzocht op de bovenbeschreven relatie. De conclusies en aanbevelingen kunnen niet gegeneraliseerd worden naar andere organisaties. De resultaten – en met name het theoretisch construct – zouden andere onderzoekers wellicht wel kunnen helpen in hun onderzoek.

HOOFDSTUK 4. RESULTATEN EN ANALYSE MET BETREKKING TOT WAARDEN BINNEN GGZ INGEEST

4.1 INLEIDING

In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader, gericht op waarden beschreven. In dit hoofdstuk staat het empirisch onderzoek centraal en volgt (voor het waardendeel van dit onderzoek) ook een analyse en conclusie op basis van de onderzoeksgegevens. Het doel van dit empirisch onderzoek is te beoordelen in welke mate de plannen van GGZ inGeest zijn gericht op het ontwikkelen en versterken van vermogens van cliënten en medewerkers (waardoor waarden gerealiseerd kunnen worden). In dit hoofdstuk staat in paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4 het beantwoorden van de empirische (1) vraagstelling centraal. In paragraaf 4.5 wordt in de conclusie een antwoord gegeven op de analytische vraagstelling (2):

1. *Wat zijn volgens de plannen van GGZ inGeest de waarden voor medewerkers en cliënten die moeten worden gerealiseerd?*
2. *Welk inzicht met betrekking tot de realisatie van waarden wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest?*

Paragraaf 4.2 zal gaan over waarden voor cliënten en paragraaf 4.3 zal gaan over de waarden voor medewerkers. Ik geef in beide paragrafen een beschrijving van de waarden voor cliënten en medewerkers volgens het normenkader dat in hoofdstuk 2 is bepaald. In paragraaf 4.4 volgt een analyse van de documenten (plannen) en van de getranscribeerde interviews waarbij ik een selectie heb gemaakt van fragmenten die aansluiten bij de inhoud van de topiclijst uit hoofdstuk 3. Daarna beschrijf ik in paragraaf 4.5 de realisatie van waarden volgens de documenten (plannen) en inhoud van de interviews in relatie tot het normenkader gericht op waarden voor cliënten en medewerkers. In paragraaf 4.6 volgt een afsluitende conclusie.

4.2 WAARDEN VOOR CLIËNTEN: ONDERZOEKSRESULTATEN EN ANALYSE

4.2.1 WAARDEN VOLGENS HET NORMENKADER

In hoofdstuk 2 heb ik aangegeven dat ik in dit onderzoek de volgende definitie van waarden gebruik: *waarden realiseren betekent dat een wezen in staat wordt gesteld om het leven te leiden dat hoort bij dat wezen*. GGZ inGeest heeft het behouden of vergroten van de waarde autonomie van cliënten als doelstelling geformuleerd. Door zich in haar plannen op bepaalde

vermogens te richten, zou GGZ inGeest deze doelstelling kunnen bereiken. In hoofdstuk 2 is het begrip autonomie vervolgens beschreven in termen van het vermogen van cliënten om vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving. Hieronder wordt verstaan het kunnen *participeren* en *de vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te maken*. Hieronder is het normenkader gericht op waarden uit hoofdstuk 2 weergegeven.

Normenkader participeren en vrijheid om richting te bepalen en keuzes te maken

Het is voor cliënten die bij GGZ inGeest in behandeling zijn belangrijk dat zij in staat moeten zijn om in samenwerking met behandelaren of verpleegkundigen de voor hen juiste keuzes te maken, gericht op het eigen herstel, waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven. Cliënten moeten kunnen participeren in overleg dat gaat over deze keuzes en over de richting en doelen van de behandeling. Ook op de momenten dat er situaties ontstaan die niet voorzien waren of waarmee van tevoren geen rekening werd gehouden, hebben en houden cliënten altijd zeggenschap wanneer samen wordt gezocht naar oplossingen voor ontstane problemen (of verstoringen). Ook binnen de context van een gedwongen behandeling (binnen de context van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) is het voor cliënten van groot belang dat ze altijd het maximaal mogelijke aan regie en invloed behouden. Ondanks dat de letterlijke vrijheid de cliënt op dat moment ontnomen is, is het nog wel mogelijk om binnen deze context maximaal ervaren vrijheid voor de cliënt te bereiken. Dit laatste zelfs met nadruk en urgentie, want in een sfeer waarin de autonomie zo onder druk staat vanwege het gedwongen kader, is iedere vorm van behoud van regie en zeggenschap over het eigen leven van levensbelang. Omdat het eigen aandeel van cliënten in de behandeling voor de kwaliteit van zorg zo evident van belang is, betekent dit voor cliënten dat zij ook daadwerkelijk ‘op maat’ en persoonlijk zorg en behandeling geboden kunnen krijgen. Er wordt in overeenstemming met elkaar gekomen tot een behandelplan dat maximaal aansluit bij de wensen, en waarmee de cliënt zijn vermogen vorm te geven aan de eigen omgeving maximaal kan benutten.

4.3 WAARDEN VOOR MEDEWERKERS: RESULTATEN EN ANALYSE

4.3.1 WAARDEN VOLGENS HET NORMENKADER

GGZ inGeest heeft het vergroten van de waarde betrokkenheid van medewerkers als doelstelling geformuleerd. Door zich in haar plannen op bepaalde vermogens te richten, kan GGZ inGeest bijdragen aan het realiseren van deze doelstelling. In hoofdstuk 2 is het begrip be-

trokkenheid beschreven in termen van het vermogen van medewerkers om vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving. Onder dit vermogen wordt verstaan het kunnen *participeren* en *de vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te maken*. In het kader hieronder is het normenkader gericht op betrokkenheid uit hoofdstuk 2 weergegeven.

Normenkader participeren en vrijheid om richting te bepalen en keuzes te maken

Medewerkers die met cliënten werken, moeten de mogelijkheden hebben om op zowel het niveau van operationeel regelen als strategisch regelen invloed te kunnen uitoefenen op de uitkomst van het behandelproces.

Participatie: op het niveau van operationeel regelen moeten medewerkers een bijdrage kunnen leveren aan het opstellen van een behandelplan. Behandelaren en verpleegkundigen moeten de ruimte en vrijheid hebben om op basis van hun professionele inzichten en ervaring inhoud te geven aan hun werk. Hierin is het van belang dat de ruimte die er is wel duidelijk is gedefinieerd. Enerzijds door inhoud van het behandelplan en anderzijds in de vorm van professionele, door de organisatie en juridisch bepaalde kaders. Medewerkers moeten participeren in voorbereidende activiteiten die voor de uitvoering in het transformatieproces belangrijk zijn. Denk hierbij aan deelname aan werkoverleg, activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling zoals roostering, beheer van middelen en het opstellen van de begroting en monitoren van uitgaven. Ook is invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten van belang en hebben medewerkers een rol in het interne en externe beheren van netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces. Bovendien participeren medewerkers in afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.

Medewerkers hebben *de vrijheid om richting te geven en keuzes te maken* nodig wanneer zich in hun omgeving situaties voordoen die vragen om handelen of om specifieke interventies. Medewerkers moeten in staat zijn tot inventiviteit, creativiteit en daadkrachtig en doelbewust handelen met betrekking tot hun werkzaamheden. Er zijn duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden, medewerkers moeten goed geïnformeerd zijn over wat van hen wordt gevraagd en wat de ruimte is waarbinnen ze handelingen kunnen verrichten met betrekking tot de arbeid. Op het niveau van het strategisch regelen is het van belang dat medewerkers vormgeven aan hun eigen omgeving, de organisatie waarin zij werkzaam zijn. Zij moeten de mogelijkheid hebben te participeren in het opstellen van de doelen die de afdeling waarbij zij werken zichzelf stelt en betrokken worden bij het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op

organisatieniveau. Concreet betekent dit dat medewerkers betrokken zijn bij het opstellen van jaarplannen voor hun afdeling en organisatie. Hiermee wordt *richting* gegeven. Deze doelen moeten aansluiten bij of een afgeleide zijn van de doelen die de organisatie zichzelf stelt.

4.4 ANALYSE DOCUMENTEN EN INTERVIEWS MEDEWERKERS EN CLIËNTEN

In deze paragraaf geef ik per topic en indicator een samenvatting van de analyse van de documenten (plannen) en interviews. Het gaat zowel om cliënten als medewerkers. Ik zal per topic dat wat in de documenten staat en wat in de interviews wordt gezegd apart van elkaar behandelen. Hierdoor wordt extra inzicht verkregen in of wat men in de plannen heeft beschreven overeenkomt met hoe men in gesprekken uitleg geeft aan deze indicatoren. Ik gebruik citaten uit de documenten en interviews om de analyse kleur te geven. Ik geef bij de citaten geen verwijzingen. In de uitgebreide topiclijst worden de citaten en de verwijzingen naar de documenten en getranscribeerde interviewteksten wel weergegeven.

Topic: kunnen participeren / medewerkers

Indicator:

Deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatieniveau.

Uit de documenten

In de documenten en plannen van GGZ inGeest staat enkele keren beschreven dat de organisatie het van belang vindt dat visie, missie en strategie van de organisatie zich vormen in overleg met de medewerkers op verschillende niveaus

- *“Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.”*
- *“Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap.”*
- *“Deze notitie is opgesteld in overleg met verschillende groepen medewerkers van GGZ inGeest.”*

In de documenten is niet duidelijk terug te vinden op welke wijze GGZ inGeest medewerkers denkt te betrekken bij en laat deelnemen aan visievorming en het bepalen van strategie en beleid. Uitgaande van de inhoud van de documenten en plannen lijkt GGZ inGeest ervan uit te gaan dat binnen de organisatieonderdelen, lokaal dus, wordt bedacht hoe hier vorm aan te geven.

Uit de interviews

In de interviews wordt meer expliciet dan in de plannen een beeld gegeven van het belang van en de wijze waarop medewerkers betrokken zijn bij visie-, strategie-, en beleidsvorming in de organisatie. Er is een breed gedeeld idee dat de medewerkers die betrokken zijn bij de inhoud van de zorg en behandeling vanuit die inhoudelijke betrokkenheid aan de basis moeten staan van de organisatie van de zorg, de organisatiekoers en de wijze waarop dit in beleid vertaald wordt. Men zegt hierover:

- *“We willen ideeën uit de medewerkers zelf naar boven laten komen. Degenen die het beste kunnen vertellen hoe het zou moeten, zijn de medewerkers zelf. Zo creëer je betrokkenheid. En je organiseert veel meer inhoud als je het mensen vraagt die ook over de inhoud gaan.”*
- *“Als je zelf betrokken bent geweest bij ideeënvorming, is het draagvlak voor de uitvoering van de plannen vele malen groter.”*
- *“Medewerkers kunnen bij de lijn en de ondersteuning terecht voor de dialoog over wat zij vinden dat er echt toe doet en wat ze niet zelf kunnen oplossen, wat buiten hun cirkel van invloed gaat.”*
- *“Teams kunnen binnen de organisatie uitvoering en inhoud geven aan hun eigen behandelbeleid en de ondersteuning die ze daarvoor nodig hebben. Dat is op teamniveau georganiseerd.”*
- *“We hebben een besturingsfilosofie gemaakt die begint bij de teams en we hebben heldere kaders gemaakt.”*
- *“Door ‘verplatting’ van onze organisatie proberen we te bereiken dat mensen die inhoudelijk wat willen of die denken dat iets anders nodig is, zich gehoord voelen.”*

Het belang van deelname en betrokkenheid vanuit het daadwerkelijke zorg- en behandelproces bij het bepalen en vormgeven van visie, strategie en beleid is volgens de geïnterviewden

evident. Zij geven echter ook aan dat het daadwerkelijk realiseren van deze betrokkenheid en deelname en dan vooral hoe dat te doen, nog wel een vraagstuk is:

- *“We hebben veel in de hoofden zitten en veel besproken, maar er zijn geen richtlijnen voor. Er zijn wel pogingen gedaan: we hebben mandaten beschreven – maar dat is niet erg goed gelukt – rondom taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.”*
- *“We hebben de betrokkenheid niet georganiseerd in vaste structuren”*
- *“Als medewerker mag je van de organisatie verwachten dat je wordt gefaciliteerd en wordt betrokken bij je werk. De andere kant is dat van de medewerker wordt verwacht dat hij zich committeert aan de organisatie en daar ook een bijdrage aan levert.”*
- *“Om de teams daadwerkelijk invloed te geven op het maken van beleid binnen het cluster en binnen de organisatie, en om te bereiken dat ze autonomie voelen en toenemend krijgen, moet je nog wel wat organiseren.”*

Conclusie

De indicator ‘deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatieniveau’ is aanwezig is in de plannen van GGZ inGeest. Er staan meerdere beschrijvingen in de documenten en in de interviews wordt in sterke mate een onderbouwing en meer expliciete uitwerking gegeven.

Indicator:

Bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie.

Uit de documenten

Over het belang voor medewerkers om zich vrij kunnen voelen om dingen te zeggen wordt in één document gesproken. In dit document wordt aandacht gevraagd voor het:

- *“Stimuleren van een transparante feedbackcultuur.”*

In dit document wordt echter geen tekst en uitleg gegeven over wat de betekenis hiervan is of hoe dit gerealiseerd zou kunnen worden.

Uit de interviews

In de interviews is er een overeenkomst in de antwoorden op vragen over deze indicator. De geïnterviewde medewerkers geven aan dat over het belang van de vrijheid hebben en ervaren om je mening te kunnen geven en te overleggen met andere medewerkers weinig is vastgelegd of concreet is vertaald in beleid of organisatievorm.

- *“Dat hebben we niet vastgelegd. We zeggen dat we transparant willen zijn, we vinden het van belang dat ieder het recht moet hebben om zijn of haar mening te geven.”*
- *“De visie geeft aan dat er een volwassen relatie bestaat tussen werkgever en werknemer. Dan gaat het natuurlijk ook om de ruimte die je hebt om als medewerker je mening te geven.”*
- *“Ik denk eerlijk gezegd dat hier niets specifiek over in de plannen staat.”*
- *“Als het gaat over de koers, de missie, de visie en de strategie is er wel de mogelijkheid om daar op allerlei plekken iets van te vinden, maar ik geloof niet dat dit formeel is geregeld.”*

Conclusie

De indicator ‘bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie’ is zo goed als niet aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Het staat niet in de documenten hetgeen in de interviews wordt bevestigd.

<u>Indicator:</u>

Zinvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers

Uit de documenten:

De enige tekst die in de documenten is terug te vinden over relaties of verbinding tussen medewerkers staat in het document over zelforganiserende teams:

- *“Een soft control is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt aangegeven dat GGZ inGeest relaties en verbinding tussen medewerkers van belang vindt:

- *“Als we in werkrelaties niets van onze persoonlijke kant kunnen laten zien, missen we iets om de werkrelatie te kunnen verdiepen.”*
- *“Door de medewerkers als organisatie wat ‘lummeltijd’ te gunnen, stel je ze in staat relaties aan te gaan.”*

In de interviews geeft men aan dat in het document over zelforganiserende teams is beschreven welke verbindende functie de sterrollen kunnen hebben in de organisatie. Door de sterrollen ontstaat een netwerk van medewerkers tussen teams. Meer is volgens de geïnterviewden in de plannen niet uitgewerkt:

- *“In een team zijn zes sterrollen geïdentificeerd, waaronder de sterrol teamontwikkeling.”*
- *“We zeggen dat we investeren in een leer- en ontwikkelklimaat en gebruiken termen als ‘goede verhoudingen’, ‘begrip’ en ‘respect’, maar ‘samenwerking’ zie ik eigenlijk niet terug.”*
- *“Ik ga ervan uit dat teams aandacht voor elkaar zelf creëren, het wordt weinig gefaciliteerd.”*
- *“In de plannen wordt zelfzorg verwacht.”*
- *“De teamleden hebben zelf eigenaarschap over wat ze met de teamontwikkeling willen.”*
- *“Dat we als organisatie het belang daarvan hebben vastgelegd en ruimte en budget bieden? Nee, er is niet veel budget en niet veel communicatie over.”*

Conclusie

De indicator ‘zinnvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Het is in de documenten terug te vinden en de medewerkers bevestigen hetgeen is beschreven in de interviews.

Indicator:

Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan

Uit de documenten

In de geselecteerde documenten is niets over betrokkenheid bij het opstellen van een behandelplan opgenomen.

Uit de interviews

In de interviews verwijzen de geïnterviewden naar documentatie over het regiebehandelaarschap. Dit is een ander document dan geselecteerd. Het interview met de directeur FACT is duidelijk over de betrokkenheid van medewerkers bij het opstellen van een behandelplan, ondanks dat dit in de FACT-schaal niet is terug te vinden:

- *“De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven.”*
- *“Het moet zo zijn dat alle behandelaars die met de patiënt te maken hebben betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld.”*

Conclusies:

De indicator ‘betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan’ is niet aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. In de documenten is hierover niets terug te vinden. In de interviews blijkt echter wel dat visie gericht op de indicator aanwezig is.

<u>Indicator:</u>

Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van de zorg of behandeling.

Uit de documenten

In de documenten wordt veel gesproken over het belang van het organiseren van zorg of behandeling door teams en medewerkers zelf. Het belang van zelforganiserend vermogen voor de kwaliteit van zorg wordt breed uitgemeten.

- *“Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap.”*
- *“We krijgen teams met een hoge mate van zelforganisatie, lokale regie en lokale wendbaarheid. Zij organiseren het werk vanuit eigen inzicht.”*
- *“Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.”*
- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*
- *“Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd.”*
- *“Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische ka-*

ders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.”

- *“Een zelf organiserend team heeft, afgestemd op de ontwikkelfase waarin het zich bevindt, eigen verantwoordelijkheid voor de volgende zaken:*
 - 1. Budget: hoe het geld wordt uitgegeven binnen een gestelde begroting.*
 - 2. Opleidingen en opleidingsbudget: het bijhouden van de opleidingsbehoefte & deskundigheid, en initiatief nemen tot scholing.*
 - 3. Contacten: het hebben van de lokale externe contacten.*
 - 4. Onvoorziene situaties: ingrijpen bij onverwachte situaties / crisis in de zorg.*
 - 5. Binnen de kaders afspraken maken met ondersteunende diensten.*
 - 6. Aanspreken: elkaar aanspreken op teamafspraken.*
 - 7. Functioneren: in gesprek over elkaars functioneren en ontwikkeling.*
 - 8. Collega's: selectie nieuw teamlid.*
 - 9. Oplossen van lastige situaties. Het team kijkt zelf welke oplossing passend is, indien nodig ondersteund door de leidinggevende of derden.”*
- *“GGZ inGeest-breed wordt gewerkt volgens de methodiek van het sterrolmodel. Binnen de teams vervullen de teamleden verschillende rollen die nodig zijn voor kwalitatief goede zorg en een gezonde bedrijfsvoering.”*
- *“Daarnaast blijft het mogelijk om diversiteit tussen teams te hebben en zelf rollen toe te voegen waar wenselijk.”*

Uit de interviews

In de interviews blijkt ook dat er veel aandacht uitgaat naar het organiseren van de eigen werkzaamheden:

- *“De functie van de managers is om hun teams te coachen naar nog meer zelforganisatie.”*
- *“Binnen de teams moet een grote mate van betrokkenheid zijn. Teams moeten inzicht hebben in zowel financiële als zorginhoudelijke resultaten. We bieden ze een handvat om daar zelf actie op te zetten. Dat past binnen het kader rondom zelforganisatie.”*
- *“Zorgteams beheren zelf het in- en externe netwerk en er is een sterrolhouder in en externe contacten. Sterrollen bedrijfsvoering, planning en opleiding (inhoud en vakontwikkeling) zijn als zodanig benoemd. De organisatie heeft niet gezegd dat dit mandaatrollen zijn. Een sterrol is een signalerende en faciliterende rol. De rol-*

len in alle teams en afdelingen worden ondersteund en begeleid. De bedoeling is hen zelf beslissingen te laten nemen.”

- *“De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven.”*

In de interviews wordt echter ook duidelijk dat het aan de uitwerking van deze plannen schort:

- *“Teams moeten hun eigen werkprocessen opnieuw gaan definiëren. Je merkt dat de organisatie helemaal niet gewend is om dat te doen. Daar wordt te weinig aandacht aan besteed.”*
- *“Je kunt in een FACT als medewerker wel iets anders willen, maar het gaat zoals de regiebehandelaar het heeft bedacht en die heeft daar ook de bevoegdheid toe.”*
- *“In de visie van de organisatie hebben teams de ruimte om op hun eigen manier te werken. Maar dat teams een soort experimenteerruimte krijgen voor adaptatie van zelforganisatie, is te weinig uitgewerkt.”*
- *“In ‘Registratie geregeld’ staat niets over het vormgeven van de zelforganisatie binnen mijn afdelingen.”*
- *“Voor zover ik me kan herinneren is over de uitgangspunten van zelforganisatie niets meegenomen in ‘Registratie geregeld’.”*

Conclusies:

De indicator ‘deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van de zorg of behandeling’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Er is in de documenten uitgebreid beschreven dat de organisatie het van belang vindt dat teams zo zelfstandig mogelijk de zorg en behandeling organiseren. In de interviews wordt dit bevestigd waarbij welk kanttekeningen worden geplaatst bij de beperkingen op het gebied van de uitwerking in de documenten en de problemen die in de realisatie kunnen ontstaan.

Indicator:

Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten.

Beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces.

Uit de documenten

Er wordt in de documenten duidelijk stilgestaan bij het belang van en de wijze waarop in- en externe netwerken worden betrokken bij het behandelproces. In de documenten wordt niet gesproken over het belang van of de wijze waarop teams en medewerkers zelf invloed kunnen uitoefenen en zeggenschap hebben over de instroom en uitstroom van cliënten:

- *“Het team betreft het formele en informele netwerk bij de uitvoering van flexibele zorg.”*
- *“Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix.”*
- *“Goede afstemming tussen de gekozen doelgroep en de samenstelling van en intensiteit van de samenwerking met de netwerkpartners in de wijk of regio is van belang.”*
- *“De rol van de netwerkpartners wordt concreet beschreven in de behandelplannen.”*
- *“Het team betreft het netwerk bij de teamevaluaties, ondersteunt het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk.”*
- *“Het actief beheren van netwerkrelaties met behulp van voorlichtingsbijeenkomsten, aangeboden consultaties, attenties of bijwonen van zorgafstemmingsgesprekken met klinische opname-afdelingen behoort hier zeker toe.”*
- *“Vertegenwoordigers van specifieke rollen uit de verschillende teams treffen elkaar zodat deze elkaar kunnen versterken op GGZ inGeest-niveau en daarbuiten.”*
- *“Het sterrolmodel helpt zelforganiserende teams bij het realiseren van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten, coördinatie en aanspreekbaarheid (intern en extern).”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd wat in de documenten staat. Er is aandacht voor de contacten en verbinding van teams met hun omgeving, en dit wordt georganiseerd door middel van het sterrolmodel. Verder is de directeur van het zorgcluster FACT duidelijk over de regie die teams zelf hebben over de instroom- en uitstroom van cliënten, ondanks dat hierover in de documenten niets is terug te vinden.

- *“Zorgteams beheren zelf het in- en externe netwerk en er is een sterrolhouder in- en externe contacten.”*

- *“Degenen die deze rol hebben, zouden idealiter een intern netwerk moeten vormen. Het is van belang mensen uit verschillende afdelingen met dezelfde soort contacten zoveel mogelijk aan elkaar te verbinden.”*
- *“Door sterrollen laten we zien dat het belangrijk is om verbindingen op onderwerpen te hebben. Ook hebben we laten zien welke onderwerpen er volgens ons echt toe doen.”*
- *“Door mensen verantwoordelijkheden te geven, kunnen ze betekenisvol contact krijgen binnen hun team, maar ook met andere sterrolhouders op hetzelfde onderwerp. Door zo’n model faciliteer je het als organisatie enorm en ben je een cultuur aan het bouwen waarin dit soort betekenissen veel waarde hebben.”*
- *“Het FACT-model zegt dat je goed in je netwerk moet zitten, dat samenwerking met het externe netwerk erg belangrijk is, en dat je daar dus aan moet werken en het op orde moet houden.”*
- *“In de plannen hebben de teams volledige zeggenschap over in- en uitstroom van cliënten, op basis van het FACT-model. Het model zegt dat we complexe doelgroepen moeten bedienen, hoe groot de caseload moet zijn en hoe groot het team moet zijn.”*

Het sterrolmodel is echter volgens de interviews niet voldoende om gewenste resultaten te bereiken:

- *“We hebben aangegeven dat verbindingen tussen binnen en buiten belangrijk zijn. Dat je je in de buitenwereld als ambassadeur gedraagt, en dat je goed moet luisteren naar wat anderen nodig hebben. Maar dat hebben we niet in concrete plannen uitgewerkt. Dit gaat ook veel over cultuur.”*
- *“Nog niet voldoende, dat moet veel meer aandacht krijgen.”*

Conclusies:

De indicator ‘invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten en beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces’ is in de plannen enigszins aanwezig. Beschrijvingen over de invloed van medewerkers op de in- en uitstroom van cliënten ontbreken in de documenten al blijkt de visie op het belang hiervan voor teams en medewerkers in de interviews wel aanwezig. In de documenten en in de interviews is wel uitgebreid aandacht voor het belang van verbinding van teams met de omgeving, andere teams en externe partijen.

Indicator:

Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.

Uit de documenten

In de documenten is niet duidelijk iets opgenomen over het belang van of de wijze waarop medewerkers participeren in afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.

Uit de interviews

In de interviews wordt dit bevestigd. Men geeft aan dat in de plannen wel over participeren in de organisatie wordt gesproken, maar dat dit niet wordt uitgewerkt.

- *“Het gaat in de plannen om de visie op participeren binnen de organisatie, niet om de wijze waarop je dit participeren moet organiseren.”*
- *“De deelname aan projecten is voor de adviseurs en de projectleiders (van ondersteunende diensten) nadrukkelijker onderdeel geworden van hun functie. Ze moeten de organisatie in en moeten het samen met de mensen gaan doen.”*

Conclusies:

De indicator ‘deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Het belang van participeren wordt beschreven in de documenten en in de interviews wordt dit bevestigd. Er is echter op geen enkele wijze beschreven hoe dit participeren vorm kan krijgen.

Topic: kunnen participeren / cliënten

Indicator:

Er vinden expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces.

Uit de documenten

In de documenten wordt uitgebreid weergegeven hoezeer het voor GGZ inGeest van belang is dat de inhoudelijke behandeling of het inhoudelijke proces gericht op herstel in samenspraak tot stand komt, en dat men open staat voor de inbreng van de cliënt en zijn of haar naasten. Er wordt veel gesproken over cyclische evaluatie, fasering van zorg, gezamenlijkheid en gedeel-

de besluitvorming. De cliënt lijkt volgens de plannen in de documenten een grote mate van invloed en zeggenschap te hebben in de behandeling.

- *“Stimuleren van een transparante feedbackcultuur.”*
- *“Patiënt is eigenaar: patiënt neemt regie – gezamenlijke besluitvorming – bijdrage aan maatschappelijk en persoonlijk herstel.”*
- *“Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt.”*
- *“Het team durft in goed overleg verantwoorde risico’s (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico’s met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen.”*
- *“Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld.”*
- *“Het team inventariseert de doelen van de cliënt.”*
- *“Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen.”*
- *“Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk.”*
- *“Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*

Uit de interviews

Men bevestigt wat in de documenten is beschreven, maar er is ook twijfel over de werkelijke realisatie:

- *“Een van onze pijlers is: cliënt is eigenaar. Dat proberen we op verschillende domeinen vorm en betekenis te geven. We hebben dat op veel plekken uitgewerkt, bijvoorbeeld in zorgverkoop en cliënteninformatie.”*
- *“Heel wat teams zijn getraind in de combinatie Shared Decision Making en ROM (Routine Outcome Monitoring). De training is – maar dat weet ik niet zeker – opgenomen in ons bij- en nascholingsprogramma.”*

Conclusies:

De indicator ‘plaatsvinden van expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator:

Cliënten participeren in overleg met behandelaar en het multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling.

Uit de documenten

In de documenten wordt uitgebreid beschreven dat in gezamenlijkheid met de cliënt (als eigenaar van zijn eigen herstelproces) en diens naasten moet worden gewerkt aan behandeldoelen en het herstelproces. Het belang dat GGZ inGeest hecht aan participatie van cliënten in hun eigen proces van herstel is evident. In de documenten is beperkt concreet uitgewerkt op welke wijze de participatie van cliënten precies vorm krijgt. In de documenten wordt het niveau van uitgangspunten of principes niet ontstegen. Er lijkt te worden verondersteld dat aan deze indicator als vanzelfsprekend door de behandelteams uitvoering wordt gegeven:

- *“Patiënt is eigenaar: patiënt neemt regie – er is gezamenlijke besluitvorming.”*
- *“Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt ten einde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt.”*
- *“Het team durft in goed overleg verantwoorde risico’s (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico’s met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen.”*
- *“Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld.”*
- *“Het team inventariseert de doelen van de cliënt.”*
- *“In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht.”*

- *“Evaluatie en systematische opvolging van de behandeling vindt plaats in samenspraak met de cliënt, naasten en het professionele netwerk.”*
- *“Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen.”*
- *“Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk.”*
- *“Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*
- *“Zelforganisatie patiënten: patiënten die hun eigen herstel in eigen beheer organiseren via werkplaatsen (Herstelacademies) waar ze herstelgerichte cursussen kunnen volgen.”*

Uit de interviews

Het interview met de directeur van het zorgcluster FACT bevestigt het belang van participatie van cliënten in het bepalen van richting en de doelen van de behandeling.

- *“Het moet zo zijn dat alle behandelaars die met de patiënt te maken hebben betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld.”*

Conclusies:

De indicator ‘cliënten participeren in overleg met behandelaar en het multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling’ is aanwezig in de plannen van GGZinGeest. Over het belang van participeren is uitgebreid geschreven in de documenten en in het interview wordt dit bevestigd.

Indicator:

Cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid

Uit de documenten

Er is in de documenten niets opgenomen over het belang van vrijheid, regie en invloed binnen de specifieke context van een gedwongen behandeling. De tekstfragmenten hieronder geven wel de meer algemene uitgangspunten en principes van GGZ inGeest aan:

- *“Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt ten einde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt.”*
- *“Het team durft in goed overleg verantwoorde risico’s (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico’s met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen.”*
- *“Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen.”*
- *“Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*

Uit de interviews

In de interviews heeft men niet aangegeven dat er in de documenten iets staat over regie of invloed van cliënten die binnen gedwongen context behandeld worden.

Conclusies:

De indicator ‘cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid’ is niet aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator:

Cliënten (of het cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie

Uit de documenten

In één van de documenten wordt benoemd dat cliënten of het perspectief van cliënten deel uitmaken van de organisatie en in dat opzicht ook participeren in de organisatie. Enerzijds door het perspectief van cliënten (ervaringsdeskundigen) te integreren in behandelteams, anderzijds door de feedback van cliënten en naasten te gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van het behandelaanbod:

- *“Het team biedt ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid.”*
- *“Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt door de voorzitter van de raad van bestuur duidelijk aangegeven wat in de documenten staat beschreven.

- *“Het cliëntenperspectief moet integraal onderdeel zijn van al onze processen. De cliëntenraad is omgevormd en heeft een expliciete rol gekregen om onze adviesaanvragen niet inhoudelijk te toetsen, maar op het beleidsmatige proces: is daar de ervaringskennis van meet af aan in meegenomen?”*

Conclusies:

De indicator ‘cliënten (of het cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Er is aandacht voor in de documenten al is er meer in 1 document aandacht voor, in de interviews blijkt wel een duidelijke visie op het belang van de participatie van cliënten.

Topic: vrijheid om keuzes te maken en richting te bepalen / medewerkers

Indicator:

Medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle

Uit de documenten

In de verschillende documenten blijkt vertrouwen als uitgangspunt beschreven om medewerkers te vrijwaren van controle in brede zin. Het gaat over een andere visie op leidinggeven, maar ook over feedbacksystemen waarmee teams zelf eigenaar worden van hun kwaliteitsverbetering. Ook wordt duidelijk beschreven dat vertrouwen en vrijheid niet betekent dat alles kan. Er zijn duidelijke kaders (boundaries) waarbinnen men moet blijven:

- *“Loslaten van het paradigma van ‘sturen op controle’ en in plaats daarvan ‘sturen op vertrouwen’ als leidend principe.”*
- *“High trust, low tolerance – sturen vanuit vertrouwen.”*
- *“Efficiënte processen (OD) ingericht op basis van vertrouwen.”*

- *“Teams hebben feedbacksystemen om te weten of de gezamenlijke prestatie goed is en of bijgestuurd moet worden. De feedbacksystemen worden georganiseerd voor de zogenaamde hard controls en soft controls.”*
- *“Er is boundary control: de kaders zijn hard en daarbinnen is op individueel en teamniveau regelruimte.”*
- *“De sterrolhouder bewaakt dat de teamtaken die bij zijn aandachtsgebied horen, gedaan worden.”*
- *“Hard controls zijn goed waarneembaar en kunnen eenvoudig getoetst worden. Teams beschikken over een bindend huishoudboekje, waarin staat wat ze moeten realiseren. En over een dashboard en rolling forecast.”*
- *“Een gepersonaliseerde aanpak (vertrouwen, openheid en werken vanuit je sterktes).”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd dat in de documenten de nadruk op vertrouwen in plaats van controle zo sterk is. Ook wordt benadrukt dat dit vertrouwen en de vrijheid die hiermee gepaard gaat wel zijn grenzen kent; dit impliceert wel een bepaalde mate van behoefte aan controle.

- *“We zijn erg bezig met sturen op vertrouwen. Declaraties worden niet meer gecontroleerd.”*
- *“Bij de sterrolhouder inhoud en vakontwikkeling is toetsing van de kwaliteit belegd. Maar er staat niet in de beleidsstukken hoe hij die rol wordt uitgevoerd.”*
- *“Er moet wel een mechanisme zijn in de managementdirectie of in het bestuur om te toetsen. Maar die toetsing staat niet in plannen.”*
- *“De plannen zeggen: besturen op vertrouwen, niet op controle. Dat is een paradigmashift. Het staat in de plannen rondom zelforganisatie, maar ook in onze HR-visie. We schenken veel vertrouwen, maar zodra je dat vertrouwen schaadt, staat daar een ‘sanctie’ tegenover. Dat laten we niet zomaar gebeuren.”*
- *“High trust, high penalty.”*

Conclusies:

De indicator ‘medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. De hierbij passende uitgangspunten en principes zijn uitgebreid beschreven in de documenten en worden in de interviews bevestigd.

Enigszins aanwezig in de documenten, wel sterk verwoord in de interviews.

Indicator:

Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie

Uit de documenten

In de documenten wordt duidelijk beschreven dat het hebben van vrijheid om te handelen naar eigen inzicht van belang wordt gevonden voor medewerkers van GGZ inGeest. Ook is beschreven dat er kaders zijn die die vrije ruimte markeren of context bieden, en welke kaders dat op hoofdlijnen zijn:

- *“Responsief gaat over de mogelijkheden die de organisatie-eenheden hebben om in te gaan op veranderende lokale zorgvragen, vragen van patiënten(groepen), verwijzers, financiers en behandelteams.”*
- *“Er is boundary control: de kaders zijn hard en daarbinnen is op individueel en teamniveau regelruimte.”*
- *“Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.”*
- *“Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.”*
- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*
- *“Opzoeken van de grenzen.”*
- *“Daarnaast blijft het mogelijk om diversiteit tussen teams te hebben en zelf rollen toe te voegen waar wenselijk.”*
- *“Uitgangspunt is dat er minder kaders zijn (zoveel als strikt noodzakelijk) maar dat de kaders die er zijn strak worden gehanteerd en dus niet vrijblijvend zijn (high trust, low tolerance).”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd dat in de documenten wordt gesproken over vrije ruimte en kaders. Men merkt echter ook op dat benoemen wat de vrije ruimte is nog niet betekent dat medewerkers weten hoe ze hiermee moeten omgaan. Hetzelfde geldt voor de kaders die beschreven zijn. Ook daarvan vraagt men zich af wat de betekenis is:

- *“Sterrolhouders in alle teams en afdelingen worden ondersteund en begeleid, met de bedoeling hen zelf beslissingen te laten nemen binnen de kaders.”*
- *“Wat kaders zijn, is beschreven. Wat de vrije ruimte is, wordt nog vrij conceptueel ervaren. Medewerkers weten niet vanzelfsprekend wat ze kunnen doen.”*
- *“We lopen voortdurend aan tegen de vraag wat de kaders zijn en wat de vrije ruimte is.”*
- *“Wat die vrije ruimte betekent, is op strategisch niveau niet beschreven.”*
- *“Wel kaders, wel duidelijke besluitvorming, maar plannen laten we vooral in teams geboren worden.”*
- *“We hebben een ambitie, een strategie, jaarplannen, kaders over zelforganisatie, een HR-visie... Alles bij elkaar veel kaders. We verwachten van medewerkers en teams dat zij samen zoeken naar de ruimte daarbinnen. Dat geldt voor alle niveaus in de organisatie.”*
- *“We hebben de strategie, onze ambitie en daaronder de vijf pijlers. Die zijn voor iedereen leidend. En we hebben (best veel) kaders op drie hoofdlijnen: op kwaliteit, financiën en gedrag. Daarbinnen zit de handelingsruimte.”*
- *“Bij handelingsruimte gaat het erom, dat je betekenis geeft aan wat je beter doet binnen het eigen team. Dat is niet uitgewerkt.”*
- *“De kaders die worden meegegeven zijn prima, bijvoorbeeld over sterrolhouders. Maar er wordt veel vrije ruimte gegeven die onvoldoende is afgestemd op de ontwikkelfase waarin teams zitten.”*
- *“Ik ga er altijd van uit dat de hele organisatie weet wat de kaders zijn. Je hoeft ze niet in detail te kennen, maar je moet wel weten welke het zijn.”*
- *“Als je de kaders niet kent, weet je niet welke ruimte er is om daarbinnen te bewegen. Je ziet vaak gebeuren dat mensen dan stilstaan.”*

Conclusies:

De indicator ‘medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie’ zijn aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Het belang van deze vrijheid krijgt zowel in de documenten als in de interviews uitgebreide aandacht.

Topic vrijheid om keuzes te maken en richting te geven / cliënten

Indicator:

Cliënten zijn in staat om keuzes te maken gericht op het eigen herstel waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven.

Uit de documenten

In de verschillende documenten wordt het belang van vrijheid van keuze voor de cliënt benadrukt. De vraag van de cliënt wordt als uitgangspunt genomen bij het formuleren van de doelen van de behandeling of het proces van herstel:

- *“In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht.”*
- *“Teams organiseren het werk vanuit eigen inzicht, passend bij de zorgvragen van hun patiënten.”*
- *“De patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd keuzes te maken door vaker te meten wat het effect is van de behandeling en deze daarop af te stemmen.”*
- *“Zelforganisatie patiënten: patiënten die hun eigen herstel in eigen beheer organiseren via werkplaatsen (Herstelacademies) waar ze herstelgerichte cursussen kunnen volgen.”*

Uit de interviews

In de interviews blijkt dat men wat in de documenten staat bevestigd. Er wordt veel over gesproken en er is over nagedacht, maar het is zo eenvoudig nog niet om volgens die uitgangspunten te werken. Het gaat om een (behandel) cultuurvraagstuk:

- *“Een van onze pijlers is: cliënt is eigenaar. Dat proberen we op verschillende domeinen vorm en betekenis te geven. We hebben dat op veel plekken uitgewerkt, bijvoorbeeld in zorgverkoop en cliënteninformatie. Folders zijn hierop aangepast, over rechten, plichten, maar ook ruimte.”*
- *“Het moet zo zijn dat alle behandelaren die met de patiënt te maken hebben betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld.”*
- *“In het FACT-model is het herstelproces van de cliënt richtinggevend in de behandeling, de zorg is herstelondersteunend.”*
- *“De patiënten bepalen hoe de behandeling er uit ziet, maar de meeste professionals worden nog niet zo opgeleid.”*

- “Patiënt in the lead, maar wij voegen daar onze deskundigheid aan toe. Hoe je deskundigheid herstel-ondersteunend inzet, is misschien nog niet strak uitgewerkt.”

Conclusie:

De indicator ‘cliënten zijn in staat om keuzes te maken gericht op het eigen herstel waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Het staat in de documenten beschreven en wordt in de interviews bevestigd.

4.5 REALISATIE VAN WAARDEN IN RELATIE TOT HET NORMENKADER

In paragraaf 4.4 heb ik een uitgebreid overzicht gegeven van de inhoud van de plannen en de reflectie daarop door middel van interviews gericht op het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers. Die waarden laten zich vertalen in de vermogens om te participeren en de vrijheid om keuzes te maken en richting te geven. In deze paragraaf zal ik de uitkomst van de analyse van de gerichtheid op waarden in de documenten vergelijken met het normenkader dat ik heb beschreven in paragraaf 4.2 en 4.3. Omdat ik het van belang vindt dat alle indicatoren uit het normenkader aandacht krijgen en ik er in dit onderzoek van uitga dat alle indicatoren van even groot belang zijn, heb ik een schematisch overzicht gemaakt waarin ik op basis van een getrapte waardering duidelijk maak in hoeverre de inhoud van het normenkader ook aanwezig is in de documenten en in de interviews. De waardering die ik geef is: **niet aanwezig**, **enigszins aanwezig** en **aanwezig**. Ik baseer deze waardering op de beschrijving conform normenkader, uitwerking, aanwezigheid in meerdere documenten en de bevestiging hiervan vanuit de interviews.

Topic: kunnen participeren / medewerkers		
Norm: hoge mate van participatie		
Indicator / normenkader	Plannen van GGZ inGeest	Waardering
Deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatie-niveau	Er is enkele keren beschreven dat de organisatie het van belang vindt dat visie, missie en strategie van de organisatie zich vormen in overleg met de medewerkers op verschillende niveaus In de interviews wordt meer expliciet dan in de plannen een beeld gegeven van het belang van en de wijze waarop medewerkers betrokken zijn bij visie-, strategie-, en beleidsvorming in de organisatie.	<u>Aanwezig</u> in de documenten, in de interviews blijkt een veel sterkere onderbouwing en meer expliciete uitwerking.
Bescherming van vrijheid van	Over het belang voor medewerkers om zich vrij kunnen	Zo goed als <u>niet aanwezig</u> in

meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie.	voelen om dingen te zeggen wordt in één document enigszins gesproken. In dit document wordt echter geen tekst en uitleg gegeven wat de betekenis is hiervan of hoe dit gerealiseerd zou kunnen worden. In de interviews blijkt dat het belang van de vrijheid hebben en ervaren om je mening te kunnen geven en te overleggen met andere medewerkers weinig is vastgelegd of concreet is vertaald in beleid of organisatievorm.	de documenten en ook niet aanwezig volgens de interviews.
Zinnvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers	In de documenten is weinig terug te vinden over het belang van zinnvolle relaties. In de interviews geeft men aan dat in het document over zelforganiserende teams is beschreven welke verbindende functie de sterrollen kunnen hebben in de organisatie. Door de sterrollen ontstaat een netwerk van medewerkers tussen teams. Meer is volgens de interviews in de plannen niet uitgewerkt.	<u>Enigszins aanwezig</u> in de documenten, wat bevestigd wordt in de interviews.
Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan	In de geselecteerde documenten is niets over betrokkenheid bij het opstellen van een behandelplan opgenomen. In de interviews wordt verwezen naar documentatie over het regiebehandelaarschap. Dit is een ander document dan geselecteerd voor dit onderzoek. Het interview met de directeur FACT is duidelijk over de betrokkenheid van medewerkers bij het opstellen van een behandelplan, ondanks dat dit in de FACT-schaal 2017 niet is terug te vinden.	<u>Niet aanwezig</u> in de documenten. In de interviews blijkt wel een meer duidelijke visie en verwoording.
Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van de zorg of behandeling	In de documenten is uitgebreid aandacht voor het belang van zelforganiserend vermogen van team en medewerkers. Nadruk ligt op regie bij het vormgeven van de eigen werkprocessen, lokale sturing, coördinatie, besluitvorming, eigenaarschap en verantwoordelijkheid. Ook is op teamniveau beschreven op welke gebieden dit lokale organiseren van toepassing is zodat de teams zich hierop kunnen richten. In de interviews wordt bovenstaande visie duidelijk onderschreven waarbij men ook kanttekeningen plaatst bij de uitwerking in de plannen.	<u>Aanwezig</u> in de documenten en in de interviews. Kanttekening bij de uitwerking.
Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten. Beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces	Er is in de documenten aandacht voor het belang van het betrekken van in- en externe netwerken bij het behandelproces. In de interviews wordt bevestigd wat in de documenten staat. In de documenten wordt niet gesproken over het belang van of de wijze waarop teams en medewerkers zelf zeggenschap hebben over de instroom en uitstroom van cliënten. In de interviews is de directeur van het zorgcluster FACT wel duidelijk over de regie die de FACT-teams zelf hebben over de instroom- en uitstroom van cliënten.	Deze indicator is in de documenten <u>enigszins aanwezig</u> .
Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten	In de documenten is niet duidelijk iets opgenomen over het belang van of de wijze waarop medewerkers participeren in afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten. Dit wordt in de interviews bevestigd.	<u>Enigszins aanwezig</u> in de documenten.
Topic: kunnen participeren / cliënten		
Norm: hoge mate van participatie		
Er vinden expliciete, open en	In de documenten wordt het belang van openheid en samen-	<u>Aanwezig</u> in de documenten.

rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces	spraak tussen bij de behandeling betrokken cliënten, netwerk en medewerkers uitgebreid weergegeven. In de interviews wordt dit bevestigd, maar wordt ook twijfel uitgesproken over de werkelijke realisatie.	
Cliënten participeren in overleg met behandelaar en multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling	In de documenten wordt duidelijk beschreven dat GGZ inGeest hecht aan participatie van cliënten in hun eigen proces van herstel. In de documenten is beperkt concreet uitgewerkt op welke wijze de participatie van cliënten precies vorm krijgt. Er lijkt te worden verondersteld dat aan deze indicator als vanzelfsprekend door de behandelteams uitvoering wordt gegeven. De interviews bevestigen dit.	<u>Aanwezig</u> in de documenten.
Cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid	Er is in de documenten niets opgenomen over het belang van vrijheid, regie en invloed binnen de specifieke context van een gedwongen behandeling. In de interviews wordt dit bevestigd.	<u>Niet aanwezig</u> in de documenten.
Cliënten (cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie	In één van de documenten wordt benoemd dat cliënten of het perspectief van cliënten deel uitmaken van de organisatie en in dat opzicht ook participeren in de organisatie. In het interview met de voorzitter van de raad van bestuur wordt dit duidelijk bevestigd.	<u>Enigszins aanwezig</u> in de documenten, wel sterk verwoord in de interviews.
Topic: vrijheid op keuzes te maken en richting te bepalen / medewerkers		
Norm: hoge mate van vrijheid		
Medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle	In de verschillende documenten blijkt vertrouwen als uitgangspunt beschreven om medewerkers te vrijwaren van controle in brede zin. Ook wordt duidelijk beschreven dat vertrouwen en vrijheid niet betekent dat alles kan. Er zijn ook duidelijke kaders (boundaries) waarbinnen men moet blijven. De interviews bevestigen dit.	<u>Aanwezig</u> in de documenten.
Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie	In de documenten wordt duidelijk beschreven dat het hebben van vrijheid om te handelen naar eigen inzicht van belang wordt gevonden voor medewerkers van GGZ inGeest. Kaders markeren die vrije ruimte. In de interviews wordt dit bevestigd. Men merkt echter ook op dat benoemen van de vrije ruimte nog niet betekent dat medewerkers weten hoe ze hiermee moeten omgaan.	<u>Aanwezig</u> in de documenten en bevestigd in de interviews.
Topic vrijheid om keuzes te maken en richting te geven / cliënten		
Norm: hoge mate van vrijheid		
Cliënten zijn in staat om keuzes te maken gericht op het eigen herstel waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven	In de verschillende documenten en in de interviews wordt het belang van vrijheid van keuze van de cliënt benadrukt. De vraag van de cliënt wordt als uitgangspunt genomen bij het formuleren van de doelen van de behandeling of het proces van herstel.	<u>Aanwezig</u> in de documenten en bevestigd in de interviews.

4.6 CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE REALISATIE VAN WAARDEN

Het onderzoek in deel A richt zich op het verkrijgen van inzicht in de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie (als in het normenkader weergegeven) en de werkelijke situatie (volgens de plannen van GGZ inGeest) op het gebied van de realisatie van waarden. De resultaten van de analyse weergegeven in paragraaf 4.5 laten een wisselend beeld zien; er zijn duidelijke overeenkomsten en duidelijke verschillen tussen het normenkader en de inhoud van de plannen volgens de documenten en interviews wanneer het gaat om de realisatie van waarden. In de documenten zijn zeven van de veertien indicatoren van de vermogens van cliënten en medewerkers die nodig zijn om de door GGZ inGeest gewenste waarden te bereiken aanwezig. Vier van de veertien indicatoren zijn enigszins aanwezig en drie van de veertien indicatoren zijn niet aanwezig. In de subparagrafen hieronder beschrijf ik de conclusies voor cliënten en medewerkers afzonderlijk.

4.6.1 CLIËNTEN

De plannen van GGZ inGeest moeten zich voor cliënten richten op ‘het vermogen de vrijheid te hebben om keuzes te kunnen maken en richting te geven’. Wanneer GGZ inGeest zich in haar plannen richt op deze vermogens, dan is de organisatie in staat om de doelstelling, het vergroten van de autonomie van cliënten, te bereiken.

De plannen richten zich op het belang van cliënten om te participeren en deel te nemen aan het vormgeven van het eigen herstelproces en op de vrijheid van cliënten om keuzes te maken aangaande het eigen herstel. Er is ook in ruime mate aandacht voor het belang van overleg tussen cliënt en hulpverlener dat nodig is om deze richting en de doelen van de behandeling vast te kunnen stellen. Door deze inhoud van de plannen wordt bijgedragen aan de realisatie van de autonomie van cliënten; een belangrijke waarde voor GGZ inGeest.

In de plannen is echter beperkte aandacht voor het belang van participatie van cliënten of het cliëntperspectief op tactisch en strategisch niveau in de organisatie. In de plannen is ook niet opgenomen dat er binnen een gedwongen behandelkader, wat frequent voorkomt binnen de geestelijke gezondheidszorg, aandacht moet zijn voor blijvende participatie (vrijheid van keuze en bepalen van richting) van cliënten in het vormgeven van de behandeling en het proces gericht op herstel.

Er is in de plannen uitgebreide gerichtheid op de vermogens van cliënten waardoor hun autonomie versterkt wordt. Volledig is deze gerichtheid niet. Door het gemis in de plannen van

aandacht voor het cliëntperspectief op organisatieniveau en zeggenschap van de cliënt binnen een gedwongen behandelkader kan de waarde autonomie voor cliënten niet volledig worden gerealiseerd. Opvallend is verder dat in de interviews met meer overtuiging en visie wordt gesproken over het belang van de verschillende indicatoren die het vermogen van cliënten van vrijheid van keuze en bepalen van richting invulling geven, dan in de documenten gebeurt. Concluderend komen de plannen van GGZ inGeest deels overeen met het normenkader.

4.6.2 MEDEWERKERS

Om voor medewerkers van GGZ inGeest de gewenste waarde ‘betrokkenheid’ te realiseren moeten de plannen in de documenten zich richten op ‘het vermogen van medewerkers om te kunnen participeren’. In de analyse van de documenten komt het volgende beeld naar voren: in de documenten wordt het belang voor medewerkers om de organisatie van de eigen werkzaamheden zelf vorm te geven duidelijk beschreven. Dit geldt ook voor deelname van medewerkers aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid binnen de eigen afdeling en binnen de organisatie. Ook is beschreven dat medewerkers binnen duidelijke kaders de vrijheid hebben om te handelen naar eigen inzicht en dat zij hierbij vertrouwen genieten en niet onnodig worden gecontroleerd op hun werkzaamheden.

In de documenten is beperkter aandacht voor het belang voor medewerkers om relaties en verbinding met andere medewerkers goed vorm te kunnen geven. Dit geldt ook voor relaties en verbindingen buiten de organisatie daar waar deze inhoudelijk van invloed zijn op het behandelproces. Het belang van goed functionerende netwerken komt in de geselecteerde documenten enigszins, maar niet overtuigend naar voren. Ook wordt minder stilgestaan bij het belang voor medewerkers om invloed en zeggenschap te hebben over de instroom en uitstroom van cliënten binnen zorgafdelingen. In de plannen is weinig beschreven over het belang van medewerkers om deel te nemen aan afdelingoverstijgende projecten. In de documenten is verder geen aandacht voor indicatoren die gaan over de bescherming en borging van vrijheid van meningsuiting en vergadering van medewerkers.

4.6.3 ALGEHELE CONCLUSIE DEEL A

GGZ inGeest richt zich met haar plannen op het realiseren van de doelen autonomie voor cliënten en betrokkenheid van medewerkers. Deze doelen heb ik vertaald in waarden en vervolgens in vermogens. Dit betekent dat GGZ inGeest zich in haar plannen, weergegeven in de documenten die voor dit onderzoek geselecteerd zijn, richt op het versterken of behouden van

voor cliënten en medewerkers belangrijke vermogens. In de analyse blijkt dat men bij het opstellen van de plannen wel duidelijk gericht is geweest op de voor de waarden relevante vermogens. Echter, de inhoud van de plannen richt zich niet in volledigheid op de volgens het normenkader vereiste vermogens. Dit betekent dat er sprake is van een gedeeltelijke aggregatie van aspecten. Het is mij als onderzoeker niet duidelijk geworden of hierbij sprake is van een selectieve aggregatie, waarbij GGZ inGeest zich in haar plannen bewust is van deze beperking. Wél is het opvallend dat in de interviews met de voor de plannen verantwoordelijke medewerkers van GGZ inGeest in antwoord op de vragen naar de verschillende indicatoren sprake is van een groter bewustzijn van het belang van de (als in het normenkader opgenomen) verschillende aspecten van de vermogens dan in de geselecteerde documenten is beschreven. De vraag doet zich dan ook voor waarom dit in mindere mate in de plannen is terug te vinden, zeker aangezien de documenten richtinggevend zijn voor de organisatie en haar ontwikkeling. Het beeld ontstaat dat de plannen zijn opgesteld met onvoldoende bewustzijn van de diversiteit aan aspecten van de vermogens of dat de plannen gericht op de gewenste doelen van de organisatie onvoldoende zijn uitgewerkt.

Inleiding

In deel A heb ik het onderzoek naar waarden welke volgens GGZ inGeest moeten worden gerealiseerd beschreven. Ik heb onderzocht of het realiseren van deze waarden, gegeven de ambitie en doelstellingen van GGZ inGeest, ook terug te vinden is in de plannen van de organisatie. Hiertoe heb ik in hoofdstuk 2 beschreven wat volgens de theorie onder waarden wordt verstaan en wat voor GGZ inGeest de gewenste situatie is met betrekking tot het realiseren van waarden. In hoofdstuk 4 heb ik de feitelijke situatie met betrekking tot waarden zoals die uit de plannen spreekt beschreven en heb ik stilgestaan bij de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest.

In deel B zal ik het onderzoek naar de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden in termen van vermogens beschrijven zoals GGZ inGeest die in haar plannen voor ogen heeft. Om dit te kunnen doen beschrijf ik in hoofdstuk 5 de volgens de theorie gewenste situatie met betrekking tot organisatiestructuur. In hoofdstuk 6 behandel ik het onderzoekstechnisch ontwerp. Hoofdstuk 7 gaat over de feitelijke situatie met betrekking tot de inrichting van de organisatiestructuur en realisatie van waarden zoals die volgens de plannen van GGZ inGeest voor cliënten en medewerkers moeten worden gerealiseerd. Ik sta stil bij de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de normen die hieruit voortkomen en de feitelijke situatie volgens de plannen van GGZ inGeest. In hoofdstuk 8 vertaal ik de inzichten die ik in de voorgaande hoofdstukken heb opgedaan naar aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest en reflecteer ik op de inhoud van dit onderzoek en mijn rol van onderzoeker.

HOOFDSTUK 5. THEORIE OVER STRUCTUUR

5.1 INLEIDING

In dit onderzoek staat de wijze waarop de inrichting van de organisatiestructuren de realisatie van waarden ondersteunt en beïnvloedt centraal. Eerder heb ik aangegeven dat het kunnen realiseren van waarden een leven tot een goed en vervuld leven maakt. Ook is het zo dat mensen die erin slagen om hun waarden te realiseren beter in staat zijn om te handelen op een wijze die zij wensen. Het maakt volgens Vriens et al. (2016) deel uit van onze zelfrealisatie. Ze betogen dat het eigenlijk heel vanzelfsprekend zou moeten zijn dat organisaties en de wijze waarop hun structuren zijn ingericht ons mensen helpen met het realiseren van belangrijke levensdoelen. Immers, we brengen zo'n groot deel van ons leven door in de sfeer van organisaties.

Volgens Nussbaum beschikken mensen die in staat zijn waarden te realiseren over een breed scala aan goed ontwikkelde vermogens en kiezen zij er ook voor deze in te zetten bij het realiseren van wat zij belangrijk vinden in het leven. En dus ook in hun werk. Het is de kerntaak van een zorgorganisatie haar cliënten te ondersteunen bij een herstel- of genezingsproces. Dit met het doel om binnen en met de mogelijkheden die iemand heeft een goed (en vervuld) leven te kunnen leiden. Gezien deze kerntaak is het haast ondenkbaar dat organisaties er niet alles aan doen om zó te zijn ingericht en georganiseerd dat cliënten en medewerkers de mogelijkheid hebben een breed scala aan (volgens Nussbaum een set essentiële) vermogens te ontwikkelen en te benutten. Vriens et al. (2016) geeft ook de keerzijde aan: organisaties zouden zich bewust moeten zijn van het feit dat het ook de andere kant op werkt. Door niet goed georganiseerd te zijn, door geen goede inrichting van structuren, kan ook schade worden toegebracht aan medewerkers en cliënten. Het is daarom van belang dat ik in dit hoofdstuk op zoek ga naar de betekenis van de inrichting van de structuur in de organisatie voor de waarden in termen van vermogens. Dit om de doelstellingen van GZ inGeest te kunnen realiseren.

In paragraaf 5.2 geef ik hiertoe een uitgebreide beschrijving van het begrip structuur in de context van organisaties. Wanneer ik het begrip structuur heb beschreven, is een volgende stap om de structuurparameters te beschrijven die vorm en inhoud geven aan de structuur. Dit doe ik in paragraaf 5.3. Structuren kunnen op een bepaalde manier worden beschreven. Dit is afhankelijk van de waarden die de structuurparameters aannemen. De structuurparameters kunnen lage waarden hebben en structuurparameters kunnen hoge waarden hebben. Op basis

van deze waarden van de structuurparameters is een organisatie in staat om bepaalde doelen te realiseren. Ik schrijf hierover in paragraaf 5.4. In paragraaf 5.5 beschrijf ik welke doelen, in termen van vermogens, voor GGZ inGeest belangrijk zijn en wat de invloed is van respectievelijk lage waarden en hoge waarden van de structuurparameters op de gewenste vermogens van klanten en medewerkers van GGZ inGeest. In paragraaf 5.6 ten slotte ga ik in op het normenkader en geef ik een weergave van het definitief conceptueel model.

5.2 STRUCTUUR

In deze paragraaf zal ik het begrip structuur nader toelichten. Ik maak hierbij gebruik van de beschrijvingen van structuur volgens de structuurbouwtheorie van de moderne sociotechniek en van Henry Mintzberg. Vervolgens zal ik aangeven welke beschrijving van structuur ik zal gebruiken in dit onderzoek.

Structuur volgens de moderne sociotechniek

De moderne sociotechniek is een afgeleide van de klassieke sociotechniek waar het onderscheid tussen het sociale systeem en het technische systeem binnen organisaties centraal staat. In de moderne sociotechniek is het onderscheid tussen de productiestructuur en de besturingsstructuur het uitgangspunt. Hierbij wordt verondersteld dat zowel de productie- als de besturingsstructuur van een organisatie voorwaardenscheppend is voor het kunnen voldoen aan de eisen uit de omgeving. Wanneer de organisatie niet meer in staat is om te voldoen aan deze eisen is een herontwerp van de structuur van de organisatie nodig. Dit laatste is bij GGZ inGeest het geval, zoals blijkt uit het projectkader. Voor een herontwerp zijn ontwerpprincipes en concepten nodig en de moderne sociotechniek reikt deze aan (Cox-Woudstra, 2000, p.5).

Zoals in het conceptueel model van dit onderzoek is weergegeven, hebben organisaties een infrastructuur nodig om gestelde doelen te kunnen realiseren. Achterbergh & Vriens (2010, p. 13-15) beschrijven de infrastructuur van een organisatie als een geheel van voorwaarden op het gebied van de verdeling van arbeid, het werven, opleiden en motiveren van personeel en technologische ondersteunende middelen, zoals machines of ICT. De structuur van de organisatie is een belangrijk onderdeel van de infrastructuur. Bij het inrichten van de structuur van een organisatie is het de vraag hoe de organisatietaken verdeeld wordt over de organisatieonderdelen en de medewerkers en hoe die taken vervolgens gecoördineerd worden (Mintzberg, 2006, p. 2; De Sitter, 1994, p. 90-101; Achterbergh & Vriens, 2010, p. 13-15). De Sitter en

Mintzberg hanteren definities met grote overeenkomsten, maar ook verschillen. De Sitter (1994; p. 41) spreekt over de ‘structuur van relaties tussen delen’. Mintzberg geeft de volgende definitie: ‘de structuur van een organisatie is het totaal van de verschillende manieren waarop het werk in afzonderlijke taken is verdeeld en de wijze waarop deze taken vervolgens worden gecoördineerd’ (Mintzberg, 2006, p. 2). Uitgaande van bovenbeschreven definities moet bij iedere georganiseerde activiteit van medewerkers van een organisatie aan twee fundamentele voorwaarden worden voldaan:

1. De arbeidsverdeling, dus de verdeling van het werk in verschillende taken die uitgevoerd moeten worden.
2. De coördinatie, dus het op elkaar afstemmen van de verschillende taken in een organisatie zodat er sprake is van een verband in de samenwerking.

In dit onderzoek hanteer ik, uitgaande van bovenstaande beschrijvingen de volgende stipulatieve definitie van organisatiestructuur:

Organisatiestructuur is de verdeling van taken over organisatieonderdelen en individuen en de wijze waarop deze taken worden gecoördineerd.

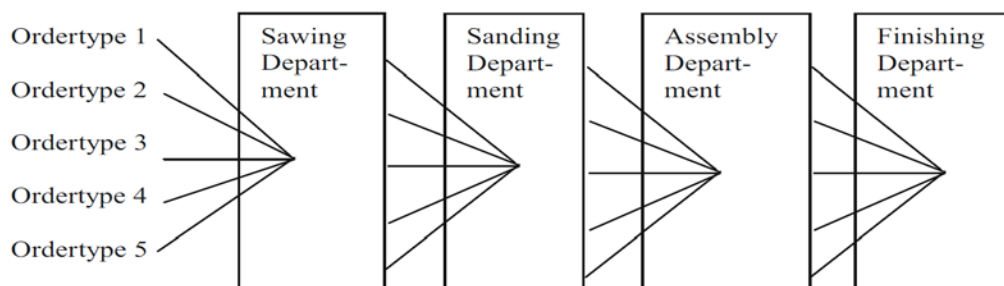
5.3 STRUCTUURPARAMETERS

Volgens Achterbergh & Vriens (2010, p. 39) kunnen parameters worden gebruikt om de karakteristieken en architectuur van een organisatiestructuur te beschrijven. “Het zijn variabelen die het gedrag van het systeem beïnvloeden”. Een parameter is een kenmerk van iets (De Sitter 1994, p. 93). Parameters kunnen verschillende waarden hebben (laag-hoog) en wanneer bekend is wat de optimale waarden van de parameters zijn gegeven de doelstellingen van de organisatie, kunnen ze gebruikt worden voor het diagnosticeren en ontwerpen van de organisatiestructuur. Afhankelijk van de waarden van de parameters heeft de structuur van een organisatie een bepaalde vorm waardoor het voor medewerkers in de organisatie mogelijk is om op een bepaalde wijze te handelen (Vriens et al., 2016). Zowel De Sitter (1994) als Mintzberg (2006) geeft beschrijvingen van structuurparameters. Volgens Vriens et al. (2016) geven Gailbraith en Pugh et al. ook beschrijvingen van structuurparameters. Al met al zijn deze auteurs het eens over vier essentiële parameters die relevant zijn voor het beschrijven en ontwerpen van een organisatiestructuur. Ik kies er in dit onderzoek voor om deze vier parameters te gebruiken. Dit zijn *functionele concentratie* (unit grouping), *centralisatie* (scheiding van

uitvoeren en regelen), *specialisatie* en *formalisatie*. Ik zal kort uitleggen wat onder deze vier structuurparameters wordt verstaan.

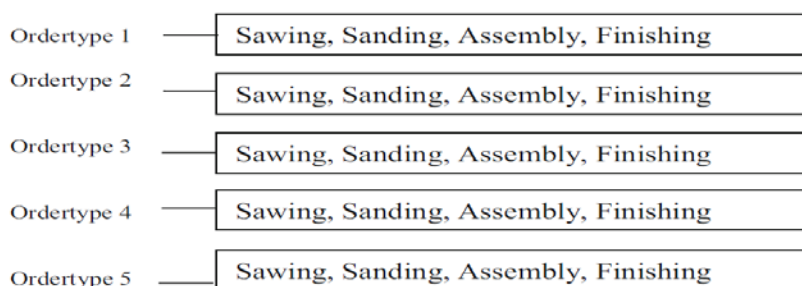
1. Functionele concentratie

Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatie-eenheden (afdelingen, teams, business units of diensten) (De Sitter, 1994, p. 91; Achterbergh & Vriens, 2010, pp. 248-249; Vriens et al., 2016). Dit is tevens de stipulatieve definitie die ik gebruik in dit onderzoek. Alle bewerkingseenheden zijn dan volgens de bovengenoemde auteurs gekoppeld aan alle mogelijke ordertypen. De verschillende bewerkingen die nodig zijn om een order uit te voeren zijn geconcentreerd in hooggespecialiseerde groepen of aparte afdelingen. Wanneer alle bewerkingen aan alle ordertypen zijn gekoppeld, zorgt dit voor een relatief hoog aantal afstemmingsrelaties en een hoge variabiliteit, terwijl lage functionele concentratie zorgt voor een sterke vermindering van het aantal relaties en dus voor een overzichtelijker en minder complex uitvoeringproces.



Figuur 6. Voorbeeld van hoge functionele concentratie, uit Vriens et al. (2016)

Een lage parameterwaarde op functionele concentratie betekent dat verschillende bewerkingen die nodig zijn voor het maken van één type product juist bij elkaar gegroepeerd zijn, in productgroepen. Dat maakt dat de verschillende bewerkingseenheden niet gekoppeld zijn aan alle ordertypen en er parallelle orderstromen ontstaan.



Figuur 7. Voorbeeld van lage functionele concentratie, uit Vriens et al. (2016)

2. Centralisatie

Deze tweede belangrijke structuurparameter is de mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd. Centralisatie is volgens Mintzberg (2006, p. 97) een coördinatie-mechanisme en kan gelijkgesteld worden aan direct toezicht. Hij spreekt over centralisatie en centralisatie in termen van macht over beslissingen die in de organisatie genomen worden. Vriens et al. (2016) voegen hieraan toe dat dit ook gaat over de mate waarin er geparticipeerd kan worden in besluitvorming. Ligt de beslissingsbevoegdheid bij één afdeling of persoon dan is er sprake van maximale centralisatie. Er is dan een grote mate van coördinatie mogelijk. Het is echter vaak onmogelijk om alle en de juiste informatie die nodig is voor het kunnen nemen van de juiste beslissingen daar te brengen waar de beslissingen worden genomen. Medewerkers die zich bezighouden met uitvoerende activiteiten en de benodigde kennis bezitten, zijn afhankelijk van beslissingen over hun werk die worden genomen door mensen op hiërarchische posities die geen of te weinig idee hebben van de werkelijke situatie. Bovendien kost het veel tijd en is het de dood in de pot voor creatieve en intelligente en professionele medewerkers die vrijheid van handelen en speelruimte nodig hebben. *Centralisatie* gaat over de vraag in hoeverre de beslissingsbevoegdheid centraal is georganiseerd. Wanneer de beslissingsbevoegdheid breed is gedeeld, over een groot aantal mensen, dicht tegen het primaire proces van de organisatie aan, dan is er sprake van centralisatie. Belangrijk, omdat organisaties kenniswerkers en hoger opgeleide professionals alleen behouden wanneer zij in voldoende mate beslissingsbevoegdheid hebben (Mintzberg, 2006, pp. 97-115). Zammuto & O'Connor, 1992, p. 713 e.v.) beschrijven in hun studie naar verbanden tussen organisatiestructuur, organisatieklimaat en strategie dat centralisatie van beslissingsbevoegdheid een positief effect heeft op de mogelijkheden van medewerkers om zich te ontwikkelen en hun werk te verbeteren

Een lage parameterwaarde op centralisatie betekent dus een sterke integratie van uitvoerende en regelende taken. Medewerkers met uitvoerende of operationele taken hebben zoveel mogelijk eigen regelvermogen en beslissingsbevoegdheid om in het werkproces in te grijpen bij het optreden van verstoringen. Belangrijk hierbij is dat de afstemmingsnoodzaak en de tijd tussen verstoring en ingrijpen klein zijn.

3. Specialisatie in de uitvoering of taakspecialisatie

Mintzberg (2006, pp. 26-32) spreekt van twee dimensies als het om specialisatie gaat. *Horizontale specialisatie*, waarbij uitvoerende of regulerende activiteiten zijn opgedeeld in sub-taken of deeltaken. Uitvoerende functies worden verdeeld over subsystemen waarbij de input van de ene deeltaak afhankelijk is van de output van de andere deeltaak. Horizontale specialisatie moet zoveel mogelijk worden vermeden omdat het de kans op fouten vergroot, het vraagt om meer afstemmingsnoodzaak en het veroorzaakt voorraden en wachttijden. Een lage parameterwaarde voor horizontale specialisatie in de uitvoering betekent dat taken zo onverdeeld mogelijk worden gelaten en zoveel mogelijk door één persoon worden gedaan (De Sitter, 1994, p. 135, p. 400; Achterbergh & Vriens, 2010, pp. 250-252).

Mintzberg (2006, p. 28), Vriens et al. (2016) en De Sitter (1994, pp. 139-141) spreken ook over *verticale specialisatie* waarmee in dit geval het scheiden tussen uitvoerende en regelende taken wordt bedoeld. Er is sprake van een hoge parameterwaarde wanneer medewerkers die bezig zijn met uitvoerende taken binnen die taak of functie geen regelend vermogen hebben. De uitvoering van het werk is gescheiden van de zeggenschap hoe het werk gedaan moet worden. Het regelend vermogen is dus ondergebracht op een ander niveau dan de uitvoerende taak en wordt geconcentreerd in een hiërarchische of managementfunctie. Het scheiden van uitvoeren en regelen betekent dat de noodzaak tot coördinatie en afstemming toeneemt en door de afstand tussen uitvoeren en regelen treedt vertraging op bij het ingrijpen bij verstoringen. Achterbergh & Vriens (2010, p. 261, p. 264) voegen hieraan toe dat een hoge mate van specialisatie voor medewerkers kan leiden tot het gebrek aan zicht hebben op de kwaliteitsnormen, waardoor ze zelf niet kunnen waarnemen of verstoringen optreden en ook niet kunnen ingrijpen bij het optreden van die verstoringen.

De Sitter (1994, p. 139-141) spreekt ook over *specialisatie van regeling per niveau*. Deze parameter verwijst naar de arbeidsverdeling door middel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen. Strategisch regelen gebeurt dan bijvoorbeeld door de top van de organisatie, inrichtingsregelen ligt bij de staf en operationeel regelen bij het lijnmanagement. Missie, visie en strategie moeten worden ‘doorvertaald’ naar de lagere niveaus in de organisatie. Niet alleen wordt de afstand tussen het niveau waarop het regelen plaatsvindt en de werkvloer hierdoor vergroot, ook wordt de afstemmingsnoodzaak erdoor vergroot. Wanneer sprake is van een lage parameterwaarde op verticale specialisatie (of regeling per niveau) participeren medewerkers die betrokken zijn bij operationeel regelen (de werkvloer) ook in het proces van regelen en bepalen van de strategie. En wanneer uitvoeren en regelen niet van elkaar gescheiden zijn, neemt de

afstemmingsnoodzaak af en wordt de afstand tussen de verschillende regelniveaus verkleind. Het gevolg hiervan is dat regelen meer in het moment zelf kan plaatsvinden (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 267). Als stipulatieve definitie van specialisatie gebruik ik de beschrijvingen van horizontale en verticale specialisatie en de specialisatie van regeling per niveau als hierboven beschreven.

4. Formalisatie

Formalisatie wordt door Vriens et al. (2016) en Mintzberg (2006, pp. 33-34) gedefinieerd als de mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken. Dit is ook de stipulatieve definitie in dit onderzoek. Volgens Mintzberg bestaan in organisaties met een hoge mate van formalisatie duidelijke gedragsprescripties en is er geen vrijheid en ruimte mogelijk om te handelen en zelf beslissingen te nemen op basis van eigen inzichten en ervaring of op basis van het eigen professioneel oordeel. Er kan sprake zijn van formalisatie door de beschrijving van de functie, de inhoud van het werk of de regels en procedures die gelden. In alle drie de gevallen is het effect op het gedrag van de medewerker hetzelfde: dat wordt gereguleerd. Volgens Mintzberg formaliseren organisaties gedrag “om uniformiteit te bevorderen en het gedrag voorspelbaar en controleerbaar te maken”. Regelgeving en procedures worden doorgaans vastgesteld op een ander niveau dan dat van het uitvoerend werk. Binnen organisaties met een hoge mate van formalisatie is veelal ook sprake van centralisatie en verticale specialisatie.

5.4 DE INVLOED VAN STRUCTUUR OP DE GEWENSTE VERMOGENS

Hoewel er meerdere factoren van invloed zijn op het realiseren van betrokkenheid van medewerkers en autonomie van cliënten is de focus van dit onderzoek gericht op de rol die de organisatiestructuur hierin speelt. Meer specifiek gaat het er in deze paragraaf om, welke betekenis de inrichting van de structuur heeft – beschreven in normen van de structuurparameters functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie – voor de realisatie van het vermogen zelf vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving uit de *capabilities list* van Nussbaum, met als doel het realiseren van de doelen van GGZ inGeest in termen van betrokkenheid en autonomie.

De waarde van de structuurparameters bepaalt volgens Achterbergh & Vriens (2010, p. 247) in welke mate de organisatie kan dempen en versterken, als reactie op verstoringen die zich

intern en extern voordoen, en zegt iets over de complexiteit van de organisatie. Hoe hoger de parameterwaarden hoe complexer de organisatiestructuur en hoe minder de organisatiestructuur bijdraagt aan het regelvermogen van medewerkers dat nodig is om te kunnen omgaan met verstoringen. En dit is cruciaal voor de levensvatbaarheid van organisaties. Ashby (in Achterbergh & Vriens, 2010, p. 33) stelt, dat wil een systeem levensvatbaar blijven, het met verstoringen van het systeem moet kunnen omgaan. Het kan dan gaan om verstoringen die in de buitenwereld of in de binnenwereld van het systeem optreden. Omgaan met verstoringen kan door de verstoring te dempen; door voldoende regelvermogen te hebben, kan het effect van de verstoring worden verkleind.

In de volgende subparagrafen zal ik allereerst beschrijven wat de betekenis is van een inrichting van de structuur met hoge parameterwaarden voor het vermogen om de eigen omgeving vorm te kunnen geven. Vervolgens zal ik een beschrijving geven van de betekenis van een inrichting van de structuur met lage parameterwaarden voor het vermogen van medewerkers en cliënten om de eigen omgeving vorm te kunnen geven.

5.4.1 HOGE PARAMETERWAARDEN → VORMGEVEN VAN DE EIGEN OMGEVING

Zoals uit paragraaf 2.6 blijkt is het volgens Nussbaum van essentieel belang dat mensen het vermogen om vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving bezitten en kunnen ontwikkelen. In de kern gaat het Nussbaum hierbij om het volgende:

1. mensen moeten kunnen participeren
2. en keuzes kunnen maken waarmee ze hun leven
3. richting kunnen geven uitgaande van wat zij van belang vinden
4. en de vrijheid hebben en ervaren om dit te doen.

Functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie zijn als structuurparameters van grote invloed op het functioneren van organisaties en medewerkers. Wat is de betekenis voor het vermogen van medewerkers om vorm te geven aan de eigen omgeving wanneer deze vier parameters hoge waarden hebben? Hieronder beschrijf ik deze betekenis wanneer de waarden hoog zijn. Het zal evident blijken dat de betekenis van de hoge waarden van negatieve invloed is op het gewenste vermogen van medewerkers en cliënten. Je zou het in beeldspraak ‘ziekmakend’ kunnen noemen. Om dit beeld te verduidelijken, beschrijf ik de betekenis van hoge parameterwaarden in delen, waarbij de titels passende terminologie uit de wereld van de psychiatrie betreffen.

‘Ontregelend’ gedrag

Functionele concentratie betekent dat “een organisatie is opgedeeld in afdelingen en werkplekken die telkens gespecialiseerd zijn op het verrichten van een specifieke functie”. Er vindt groepering plaats van uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of in-output-combinaties (De Sitter, 1994, p. 36, p. 43). De Sitter geeft aan dat het al decennia bekend is dat hier verstrekende nadelen aan verbonden zijn: de orderstroom wordt in feite onzichtbaar, mensen binnen de afdelingen zien alleen hun eigen werkzaamheden. Omdat medewerkers geen regelcapaciteit en geen zicht hebben op de gehele procesgang, is het zin- en betekenisvol uitoefenen van invloed op de omgeving ten bate van de kwaliteit van het werk beperkt. Het gebrek aan regelcapaciteit en overzicht leidt volgens Kuipers et al. (2010, pp. 100-101) tot vervreemding, stressreacties, frustraties, verzuim en verloop. Medewerkers zijn en raken in feite *ontregeld*. Achterbergh & Vriens (2010, pp. 255-256) spreken van een toename van werkdruk en afname van regelend vermogen in de functioneel geconcentreerde productiestructuren. Volgens Vriens et al. (2016) leidt dit tot een afnemende betrokkenheid bij en afnemend gevoel voor organisatiedoelen en een afnemend gevoel van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de eigen taak.

Achterbergh & Vriens (2010, p. 256) geven aan dat hoge parameterwaarden door splitsing van taken tot de introductie van nieuwe sub-transformaties in het transformatieproces leiden en tot nieuwe taken die moeten worden gekoppeld. Ook ontstaat een toename van het aantal relaties waarmee de medewerker wordt geconfronteerd en hierdoor wordt de voorspelbaarheid van de input minder. Door de toename van het aantal sub-taken wordt het regelend vermogen ook opgesplitst wat een verlies betekent aan vermogen om onmiddellijk te reageren op situaties waarin verstoringen ontstaan.

Binnen de context van de geestelijke gezondheidszorg zouden cliënten voor verschillende onderdelen van hun behandeling te maken krijgen met verschillende afdelingen en behandelaren en zouden zonder samenhang losse onderdelen van de behandeling aandacht krijgen. Niet alleen weten de behandelaren dan niet goed wat hun bijdrage is aan het grotere geheel van behandeling, zonder afstemming is goede, veelal noodzakelijk geïntegreerde behandeling ook niet mogelijk. Regelend vermogen is voor behandelaren van groot belang. Hebben ze dit onvoldoende door de hoge waarden op de structuurparameters dan is het voor hen onmogelijk vorm te geven aan de eigen omgeving. Door scheiding van uitvoeren en regelen is er geen sprake van participatie in ontwikkeling van beleid. Het reageren op verstoringen, op onverwachte situaties of specifieke vragen van cliënten die om iets anders vragen dan standaard geprotocolleerde behandelprogramma's, is voor hen onmogelijk.

‘De (logistieke) dwangbuis’

Voor organisaties met hoge waarden op structuurparameters is het ook niet goed mogelijk om zich snel aan te passen aan veranderende omstandigheden. Afdelingen en medewerkers daarbinnen maken deel uit van een proces waarin (door de organisatiestructuur) een grote mate van afhankelijkheid van elkaar bestaat. Je kunt als medewerker dus niet op basis van de omstandigheden invloed uitoefenen op het werk- of productietempo omdat er sterke afhankelijkheden bestaan tussen de verschillende afdelingen. Het is door de lijnstructuur moeilijk het soort werkzaamheden en het volume aan te passen aan een wisselende vraag. Ook het werkt tempo in de op elkaar afgestemde en van elkaar afhankelijke functioneel geconcentreerde afdelingen mag niet variëren, maar moet constant zijn omdat bij tempovariatie wachttijdverliezen van mensen en middelen ontstaan. Door het ontstaan van voorraadvorming en afhankelijkheid van aanvoer- en doorvoermogelijkheden ontstaan logistieke beheersproblemen. De invloed op het logistieke aspect van het eigen werkproces is sterk gereduceerd. Medewerkers werken binnen verschillende van elkaar afhankelijke afdelingen onafhankelijk van elkaar wanneer er buffers zijn ingericht zoals wachtlijsten, of zijn afhankelijk van elkaar wanneer er tussen de afdelingen geen buffers zijn georganiseerd. In beide gevallen is er volgens Kuipers et al. (2010, p. 208) “geen ruimte voor zelfregulering op basis van wederzijdse afstemming”. Medewerkers moeten werken op een manier waarbij ze in feite voorgeprogrammeerd zijn en totaal geen invloed hebben op de wijze waarop ze invulling geven aan de werkzaamheden (Kuipers et al. 2010, p. 205). Men werkt in feite geïsoleerd en kan vanuit deze positie weinig invloed uitoefenen op de omgeving.

Voor behandelaren binnen de GGZ betekent dit dat behandelingen een van tevoren vastgestelde duur hebben en dat het is bepaald hoeveel cliënten in- en uitstromen binnen een afdeling. In deze structuur wordt het behandelaren onmogelijk gemaakt op basis van inzicht vorm te geven aan de eigen omgeving (de behandeling van de patiënt). Er wordt vanwege de logistieke en financiële bedrijfsmatigheid van zorg wel rekening gehouden met een x aantal behandelingen in een bepaalde periode, maar van te voren vaststellen kunnen behandelaren niet. Het is onmogelijk om het behandelproces op te knippen in van te voren vastgelegde trajecten met een bepaalde tijdsduur. Cliënten en herstelprocessen laten zich nooit volledig in deze mallen persen. Behandelaren ook niet. Zij hebben het nodig om op basis van de resultaten in de samenwerking met cliënten zelf vorm te geven aan de behandeling en de duur die hierbij nodig is. Er is tot op zekere hoogte wel ritme en voorspelbaarheid, maar er is altijd marge nodig.

‘Bewustzijnsvernaauwing’

Een hoge waarde op functionele concentratie, specialisatie en centralisatie betekent voor medewerkers dat er geen ruimte is om op basis van eigen inzicht invulling te geven aan verbetering van de kwaliteit van het product als geheel of deelbewerkingen hiervan binnen de eigen afdeling. Er ontstaan problemen met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor en de betrokkenheid bij het product wanneer medewerkers slechts betrokken zijn op een deelaspect van een productieproces. De aandacht richt zich op de eigen taak, daar waar bij complexe vraagstukken juist vaak multidisciplinaire betrokkenheid is vereist. Het risico van grote kwaliteitsproblemen doet zich voor omdat een kleine afwijking in het product doorgegeven wordt naar de vervolgafdeling en daar is alleen aandacht voor de eigen bewerking. Kleine fouten kunnen zo uitgroeien tot grote fouten die niet opgemerkt worden of traceerbaar zijn. Er is dan ook al snel sprake van een veelheid aan controle om na te gaan of werkzaamheden uitgevoerd worden zoals de bedoeling is (Kuipers et al., 2010, p. 215-216). Medewerkers hebben al met al weinig invloed op het borgen van de kwaliteit van het totale product of het totale productieproces en hebben hiermee dus ook weinig invloed op het vormgeven van de eigen omgeving.

Specialisatie op een deeltaak binnen het transformatieproces leidt tot een verminderend gevoel van verantwoordelijkheid voor en betrokkenheid bij het gehele transformatieproces en de organisatie en ook het gevoel van verbondenheid en het sociale samenwerkingsverband worden minder (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 260-264). Medewerkers hebben geen overzicht over het gehele proces en hebben dus ook het effect van de eigen handelingen op het geheel, of het eindproduct als output, niet scherp voor ogen. Er ontstaat een sfeer van vernaauwing: de specialist richt zich op het eigen specialisme, ook om de positie van het eigen vakgebied te behouden, en zal zich er niet snel buiten wagen. Dit betekent voor het vermogen om de eigen omgeving vorm te kunnen geven dat er door specialisatie juist verwijdering van de omgeving (het transformatieproces als geheel) ontstaat. Door deze verwijdering kan, zeker ook bij kenniswerkers, vervolgens ook een gebrek optreden in de motivatie om invloed uit te oefenen op de eigen omgeving (de eigen deeltaak).

Wanneer je als behandelaar geen zicht hebt op het eindresultaat of tijdens de behandeling van een cliënt het beloop niet kunt volgen omdat je enkel participeert op een onderdeel waarop jij actief bent, heeft dit een demotiverend effect. Bovendien wil je ook dat anderen jouw bijdrage of werk zien en waarderen. Echter, men geeft vorm aan een deel van de behandeling zonder te weten wat de betekenis hiervan is voor het grotere geheel: het proces van herstel of genezing van de cliënt. Het is van belang dat je als behandelaar zicht hebt op de hele keten

van behandeling. Veelal beperkt dat wat er aan behandeling nodig is binnen de specialistische GGZ zich niet tot één afdeling of één behandelaar, maar omvat een behandeling meerdere behandelonderdelen waar ook meerdere afdelingen bij betrokken kunnen zijn. En binnen dit traject zijn moet er afstemming zijn tussen de afdelingen. Het is van belang dat de manier van werken eenduidig is, dat een cliënt weet wat hij kan verwachten. Medewerkers moeten kunnen uitleggen wat op de vorige afdeling gebeurde of wat de volgende afdeling kan gaan betekenen in het behandelproces. Het is belangrijk dat je als behandelaar inzicht hebt in en betrokken bent bij de inhoud en het beleid betreffende het gehele behandelproces (de keten). Hetzelfde geldt voor het opstellen van beleid in de organisatie. Is er geen betrokkenheid en invloed georganiseerd vanuit of behorend bij de functie of rol waar dat beleid van directe invloed op is, dan kan vervreemding tot dit beleid ontstaan. Van het vormgeven van de eigen omgeving zonder deze participatie is uiteraard geen sprake.

‘Gestoorde ontwikkeling’

Vanwege de hoge parameterwaarden kunnen medewerkers volgens Kuipers et al. (2010, p. 218-219) geen rol van betekenis spelen bij verbeteringen en vernieuwingen. Innovatie vraagt volgens hen om een integrale visie op het product of de dienst en een gecoördineerde inspanning van medewerkers die vanwege de functionele concentratie gewend zijn alleen naar hun eigen deel in het transformatieproces te kijken. Ze hebben vanwege de splitsing van arbeidstaken alleen beschikking over een beperkt deel van de totale kennis en ervaring die nodig is in het proces waarin het product of de dienst tot stand komt. Bovendien zorgt formalisatie door een strak keurslijf van instructies voor een nog grotere beperking van ruimte voor ideeën of innovaties, zeker wanneer deze de eigen afdelingsgrenzen overschrijden en om structurele aanpassingen vragen.

De innovatiekracht bij kenniswerkers en hoogopgeleide professionals wordt beperkt door de bureaucratische cultuur waarvan vaak sprake is in organisaties met hoge waarden op de vier structuurparameters. Medewerkers verliezen door het routinematige werken op den duur hun creativiteit. “Ook reflecteren, dingen in twijfel trekken en openstaan voor nieuwe ideeën” worden volgens Kuipers et al. (2010, p. 211) hierdoor onderontwikkelde competenties.

Het is onduidelijk wie er allemaal mee moeten beslissen, er is in hoge mate sprake van een ‘praat- en overlegcultuur’. Medewerkers die zich bezighouden met uitvoerende activiteiten en de benodigde kennis bezitten, zijn door het scheiden van uitvoerende en regelende activiteiten afhankelijk van beslissingen over hun werk die genomen worden door mensen op hiërarchische posities die geen of te weinig idee hebben van de werkelijke situatie of de noodzaak tot

ontwikkeling of innovatie. De zeggenschap over hoe het werk gedaan moet worden ligt bij degene die de instructies hiervoor opstelt en dat is doorgaans iemand op een hiërarchische positie. Medewerkers hebben onvoldoende bevoegdheid om besluiten te nemen over hun eigen *input, throughput* en *output* (het transformatieproces). Er wordt hen weinig tot geen verantwoordelijkheid gegeven voor het daadwerkelijk bereiken van hun doelen of voor de middelen die ze moeten gebruiken om hun doelen te realiseren. Medewerkers hebben ook geen invloed op of betrokkenheid bij strategische besluitvorming en worden zonder deze verantwoordelijkheden niet gefaciliteerd in het vermogen om de eigen omgeving vorm te kunnen geven. Het gebrek aan invloed en dus de afhankelijkheid die er bestaat leidt bij medewerkers tot een klaagcultuur en tot cynisme ten aanzien van initiatieven voor verbetering (Vriens et al., 2016).

Volgens Mintzberg (2006, p. 37) is er veel onderzoek gedaan naar de negatieve effecten van een hoge waarde van de parameter formalisatie. Formalisatie heeft een sterk regulerende en normerende werking wat de mate van invloed van medewerkers zelf beperkt. Het bevordert rigide gedrag van medewerkers waarbij nieuwe ideeën verworpen worden. Er is een sterk aanbodgerichte cultuur. Klanten, met hun specifieke vragen en eigenheid, worden slecht geholpen.

Gezien de dynamiek in het politieke en sociaal-maatschappelijk krachtenveld is het voor GGZ-organisaties van cruciaal belang om snel te kunnen inspelen op de veranderende eisen en ontwikkelingen in de omgeving. Daar waar de zorg en behandeling geboden worden, is het voor behandelaren en verpleegkundigen direct zicht- en merkbaar wanneer de behoefte aan ontwikkeling of wijziging van het aanbod zich voordoet. Zij ervaren de tekortkoming van het aanbod op de veranderende vraag of de lacune die tussen vraag en aanbod bestaat. Doorgaans ook kunnen zij het beste beoordelen wat er dan precies nodig is.

Met betrekking tot cliënten leiden hoge parameterwaarden er toe dat voor alle cliënten doorgaans hetzelfde behandel aanbod bestaat. Maar niet alle cliënten zijn hetzelfde of hebben dezelfde vraag of behoefte. Hoog geformaliseerde GGZ-organisaties of -afdelingen creëren een context waarin het voor behandelaren of verpleegkundigen onmogelijk is om echt vraaggericht te werken. In deze organisaties zijn behandelingen sterk geprotocolleerd en in situaties die om iets extra's vragen kunnen behandelaren onvoldoende op basis van wat de cliënt vraagt en nodig heeft naar eigen inzicht het werk invulling geven en invloed uitoefenen. Het maakt het ook voor cliënten onmogelijk om autonomie te behouden en zelf invloed uit te oefenen in het behandelproces omdat de afhankelijkheid van de voorgeschreven werkwijze van de

organisatie groot is. Op specifieke vragen op basis van de uniciteit van cliënten aan de professional van de organisatie zal geen passend of individueel gericht antwoord mogelijk zijn.

‘Decorumverlies’

Volgens Vriens et al. (2016) leiden hoge parameterwaarden, bijvoorbeeld op het gebied van centralisatie tot verwijdering van de medewerker tot “*the telos of the organisation*”. Met de telos van de organisatie bedoelen de auteurs dat de structuur van de organisatie medewerkers in staat zou moeten stellen om in verbinding te staan met de teleologische context ofwel de doelstelling van de organisatie. Via deze verbinding en dit inzicht is men in staat om kennis te nemen van de maatschappelijke bijdrage die de organisatie levert en in het verlengde hiervan zien medewerkers in hoeverre hun eigen doelen en verrichtingen bijdragen aan de organisatie-doelen en output. Ontbreekt deze verbinding dat zijn medewerkers niet goed in staat om te bepalen of de doelen die ze stellen en de activiteiten die ze ondernemen aansluiten bij en passen binnen de organisatiecontext. In feite *verliest* men verbinding met de omgeving (het *decorum*). Het op een gewenste wijze vormgeven van de eigen omgeving wordt wel erg ingewikkeld wanneer men eenmaal is losgeraakt van de omgeving (en ‘*the telos of the organisation*’) waarin men werkzaam is.

Het is erg belangrijk dat medewerkers binnen een GGZ-organisatie hun behandelactiviteiten zo vormgeven dat ze aansluiting vinden bij de visie en missie van de organisatie als het gaat om de zorg en behandeling die de organisatie voorstaat. Wanneer behandelaars hun werkzaamheden en activiteiten verrichten zonder verbinding met maatschappelijke doelstellingen van de organisatie dan is de kans groot dat de eigen verrichtingen en activiteiten te ongericht zijn, uitgaande van het perspectief van de organisatie op wat goede zorg is. Cliënten kan dan zelfs schade worden toegebracht. Wanneer de organisatie het bijvoorbeeld als haar voorname taak ziet bij te dragen aan herstel van cliënten en de behandelaar staat niet in verbinding met deze ambitie en geeft zijn behandelactiviteiten zó vorm dat de afhankelijkheid van de behandelaar te groot wordt, waardoor de autonomie van de cliënt verzwakt raakt, dan gaat er iets niet goed.

5.4.2 LAGE PARAMETERWAARDEN → VORMGEVEN VAN DE EIGEN OMGEVING

In deze subparagraaf beschrijf ik de betekenis voor het vermogen van medewerkers en cliënten om vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving wanneer de vier structuurparameters lage waarden hebben. Nogmaals: voor dit vermogen gaat het Nussbaum om het volgende:

1. mensen moeten kunnen participeren
2. en keuzes kunnen maken waarmee ze hun leven
3. richting kunnen geven uitgaande van wat zij van belang vinden
4. en de vrijheid hebben en ervaren om dit te doen.

Wanneer de vier structuurparameters lage waarden hebben heeft dit (in tegenstelling tot de in subparagraaf 6.4.1 beschreven negatieve betekenis bij hoge waarden) een positieve betekenis voor het vermogen van medewerkers en cliënten om hun eigen omgeving vorm te geven. Ik zal eerst beschrijven wat deze betekenis is waarna ik specifiek voor GGZ inGeest zal beschrijven op welke wijze de lage waarden invloed hebben op de mogelijkheid om te kunnen participeren en in vrijheid richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken.

5.5 DE BETEKENIS VAN LAGE WAARDEN

Wanneer de waarden van de structuurparameters functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie laag zijn betekent dit dat bewerkingseenheden zijn gegroepeerd in parallelle stromen met multidisciplinaire teams. De verschillende bewerkingen die nodig zijn voor het maken van één type product zijn bij elkaar gegroepeerd, in productgroepen. Medewerkers zijn betrokken bij het (eind)product en het gehele productieproces waardoor er meer toewijding is van medewerkers en men zich verantwoordelijk voelt voor de kwaliteit en resultaten. Kuipers et al. (2010, pp. 314-315, pp. 38-40) geven aan dat binnen functioneel gedeconcentreerde organisaties de zelfstandig georganiseerde en zelfregulerende afdelingen (met dus regelend vermogen) zorgdragen voor de homogene substromen. De verschillende functionele afdelingen of werkstations zijn dus niet gekoppeld aan alle ordertypen. Hierdoor is er sprake van multidisciplinaire samenwerking in de teams en zijn interne communicatieprocessen rond bijvoorbeeld doelstelling, plannen, organiseren en prioriteren vanzelfsprekend. Omdat er minder sprake is van specialisatie bevordert dit de communicatie en voorkomt het rolonduidelijkheid. Door meer toegewijd in een structuur met elkaar samen te werken wordt ten slotte de betrokkenheid van teamleden groter. Het vermogen van medewerkers om vorm te geven aan de eigen omgeving wordt hierdoor positief beïnvloed.

In het geval van lage waarden op centralisatie is de beslissingsbevoegdheid breed gedeeld, over een groot aantal mensen en dicht tegen het primaire proces van de organisaties aan. Medewerkers met uitvoerende of operationele taken hebben zoveel mogelijk eigen regelvermogen en beslissingsbevoegdheid om in het werkproces in te grijpen bij het optreden van verstoringen. Regelvermogen is volgens Kuipers et al. (2010, pp. 100-101) “een belangrijke voorwaarde voor betrokkenheid ofwel gemotiveerde verantwoordelijkheid”. Medewerkers hebben het vermogen en de bevoegdheid om zelf in te grijpen bij verstoringen nodig. Er is een beperkte hiërarchische structuur en de medewerkers binnen afdelingen hebben de mogelijkheid om zelf beslissingen te nemen ten aanzien van de eigen *input*, *throughput* en *output*. Regelvermogen en uitvoerend vermogen gaan hand in hand. En regelvermogen en beslissingsbevoegdheid zijn cruciaal, zeker voor hoogopgeleide professionals die het nodig hebben om zelf vorm te kunnen geven aan de eigen omgeving en hierin niet afhankelijk te zijn van anderen.

Wanneer er sprake is van een lage parameterwaarde op (verticale) specialisatie, participeren medewerkers die betrokken zijn bij operationeel regelen ook in het proces van regelen en bepalen van breder organisatiebeleid en strategie. En wanneer uitvoeren en regelen niet van elkaar gescheiden zijn, neemt de afstemmingsnoodzaak af en wordt de afstand tussen de verschillende regelniveaus verkleind. Het gevolg is dat het regelen meer in het moment zelf kan plaatsvinden (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 267; De Sitter, 1994, pp. 139-141). Een lage parameter voor (horizontale) specialisatie in uitvoering betekent dat taken zo heel mogelijk worden gelaten en zoveel mogelijk door één persoon gedaan kunnen worden. Medewerkers kunnen vervolgens hun eigen productie-activiteiten organiseren en dus hun eigen omgeving vormgeven (Vriens et al., 2016).

Vanwege de lage mate van formalisatie is er naast een selectie van geprotocolleerde werkzaamheden voor medewerkers ruimte voor eigen invulling, regelruimte en initiatief. Medewerkers kunnen op basis van eigen inzicht, ervaring en gesignaleerde behoefte of noodzaak invloed uitoefenen op beleidsmatige, procesmatige en behandelinhoudelijke zaken en dit op zowel operationeel, tactisch en strategisch niveau. Medewerkers zijn door deze lage parameterwaarden in staat om maximale invloed uit te oefenen op hun omgeving.

5.5.1 DE BETEKENIS VAN LAGE WAARDEN VOOR CLIËNTEN EN MEDEWERKERS

Het is voor cliënten en behandelaren van groot belang bij het werken aan herstel van de cliënt dat het vermogen om de eigen omgeving te kunnen vormgeven optimaal wordt gefaciliteerd

door de structuur van de organisatie. Dit vermogen van medewerkers en cliënten maakt het mogelijk dat cliënten maximaal kunnen worden gesteund in hun zelfwording en bij het behoud of het versterken van hun autonomie. Uitgaande van de beschrijving van *de eigen omgeving* in subparagraaf 6.4.3 moeten cliënten de mogelijkheid hebben om te participeren in het opstellen van het behandelplan en in dit proces de ruimte hebben om keuzes te maken aangaande hun eigen behandeling en proces van herstel. Concretisering is hierin van belang; de organisatie moet duidelijke door visie op herstel gedreven behandelmethodieken hanteren op basis waarvan dit participeren vorm en inhoud krijgt. Hierbij is er een duidelijke gerichtheid op maximale participatie en is er sprake van vrijheid van keuze en bepalen van richting door de cliënt. Participatie van cliënten zou zich vervolgens niet moeten beperken tot de eigen behandeling, in het primaire proces van de organisatie. Het is van belang om het perspectief van cliënten ook op tactisch en strategisch niveau goed te borgen. Cliëntbelangenorganisaties en toenemend ook de discipline ervaringsdeskundigen kunnen het belang van cliënten, in dit geval het behouden en vergroten van autonomie, toenemend goed en professioneel behartigen, vertegenwoordigen en borgen. Een organisatie als GGZ inGeest zou de participatie van het cliëntperspectief in ontwikkeling van beleid, besluitvorming en monitoring op uitvoering op de verschillende niveaus in de organisatie moeten integreren.

Uitgaande van de beschrijving van *de eigen omgeving* in subparagraaf 6.4.3 is het voor behandelaren (medewerkers) van belang om in kleine multidisciplinaire teams te werken waarbij de behandeling van cliënten zoveel mogelijk binnen de omgeving van het team of de afdeling vorm wordt gegeven. Verschillende aspecten van de behandeling vinden in dit team plaats, waardoor de participatie van de verschillende disciplines maximaal is en er zo min mogelijk noodzaak is tot afstemming met andere afdelingen. Doordat er sprake is van een lage waarde op specialisatie binnen de teams worden de taken zo heel mogelijk gelaten. In de teams wordt gewerkt met caseloadhouders, vooruitgeschoven behandelaren die het contact onderhouden met de cliënt en hierin de afdeling en organisatie vertegenwoordigen. Zij kunnen als lid van het team vervolgens hun eigen productie-activiteiten organiseren en dus hun eigen omgeving vormgeven (Vriens et al., 2016).

Behandelaren hebben maximaal regelvermogen nodig om regie te kunnen voeren over de inhoud en organisatie van hun eigen werk omdat men goed in staat moet zijn om in te spelen op de specifieke individuele behandelvraag van de cliënt. Ze moeten zich door de organisatie gesteund weten bij de uitvoering van behandelactiviteiten. Het moet duidelijk zijn wat de vrijheid is die medewerkers hebben om op basis van eigen inzichten (of die van de cliënt) of

gesignaleerde noden invulling te geven aan de behandeling van cliënten en de organisatie van hun werk. De laag geformaliseerde, gecentraliseerde en gespecialiseerde structuur binnen de organisatie biedt de behandelaren en cliënten ook de ruimte voor eigen invulling, regelruimte en initiatief. Ze kunnen maximale invloed uitoefenen op hun eigen omgeving.

Het is daarnaast ten slotte noodzaak dat de organisatiestructuur toeziet op betrokkenheid en participatie van behandelaren in processen waarin behandelbeleid, afdelingsbeleid, clusterbeleid en organisatiebeleid worden bepaald. De behandelaren in een multidisciplinair team moeten betrokken zijn bij het regelen op verschillende niveaus en bij het bepalen van breder organisatiebeleid en strategie.

5.6 NORMENKADER EN DEFINITIEF CONCEPTUEEL MODEL

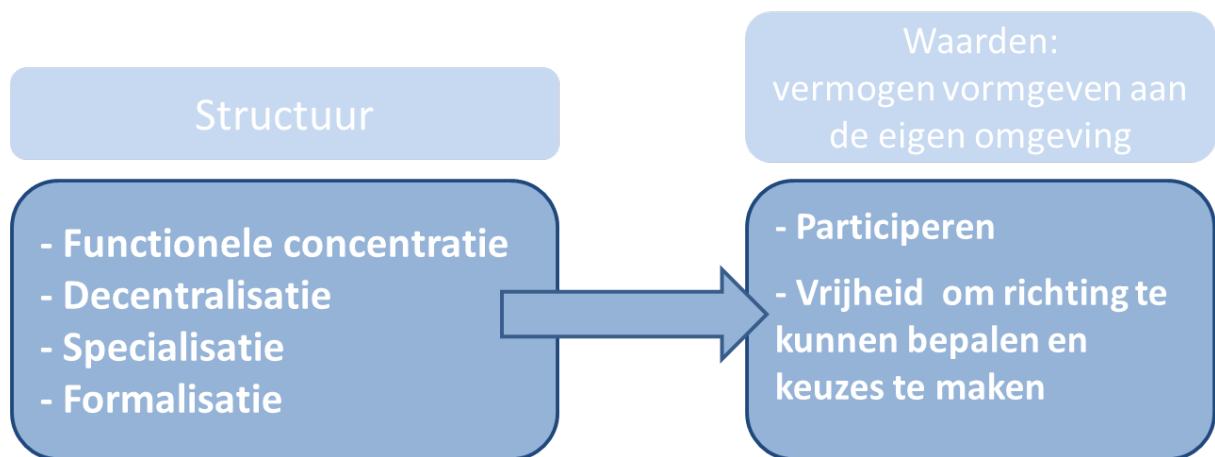
De vier structuurparameters die hierboven staan beschreven, zeggen iets over de wijze waarop de arbeid in een organisatie is verdeeld, zijn van invloed op de aard en complexiteit van het interactienetwerk van een organisatie en van de mate waarin de organisatie in staat is om met dynamiek in de omgeving om te gaan (Kuipers et al., 2012, p. 193). Of een organisatie een antwoord heeft op in- en externe verstoringen, wordt bepaald door het regelvermogen van medewerkers of de afdeling op de plaats waar en op het moment dat de verstoring optreedt en handeling nodig is. Het gaat hierbij dus gericht om het vermogen vorm te kunnen geven aan de omgeving. Volgens Kuipers et al., (2012, p. 197) moet dit ‘online’ en in ‘real time’ gebeuren, binnen korte tijd en zonder veel noodzaak tot afstemming. Met het inregelen van de structuurparameters stelt de organisatie zichzelf in staat om hiertoe weloverwogen keuzes te maken, gegeven de context en doelen van de organisatie, dit laatste dus ook met betrekking tot de gestelde doelen gericht op haar cliënten en medewerkers.

Normenkader

Wanneer de normen van de afhankelijke variabelen ‘participeren’ en ‘de vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te maken’ hoog moet zijn (zie paragraaf 2.10) dan moeten de normwaarden van de structuurparameters als onafhankelijke variabele uitgaande van het theoretisch kader in hoofdstuk 5 laag zijn.

In dit onderzoek zullen de plannen gericht op de inrichting van de organisatiestructuur van GGZ inGeest aan de hand van de vier beschreven structuurparameters worden geëvalueerd. Centraal staat de vraag welke invloed de organisatiestructuur heeft op de realisatie van waarden (in termen van vermogens) zoals GGZ inGeest die in haar plannen voor ogen heeft. Onder waarden versta ik in dit onderzoek het kunnen participeren en de vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te maken.

Het definitief conceptueel model ziet er dan als volgt uit:



Figuur 8. Definitief conceptueel model

HOOFDSTUK 6. ONDERZOEKSTECHNISCH ONTWERP DEEL B

6.1 INLEIDING

Voor het krijgen van inzicht in de relatie tussen de inrichting van structuren en waarden voor cliënten en medewerkers is het nodig systematisch de juiste data in de organisatie te verzamelen. In dit hoofdstuk staat het onderzoekstechnisch ontwerp van deel B van dit onderzoek centraal. In hoofdstuk 3 van deel A heb ik een uitgebreide beschrijving gegeven van het onderzoekstechnisch ontwerp. Dit ontwerp (onderzoeksstrategie, methodologie, dataverzameling, selectie en ontsluiting van bronnen, betrouwbaarheid en validiteit) geldt voor een groot deel zowel voor het onderzoek naar waarden in deel A als het onderzoek naar de betekenis van de inrichting van structuur voor waarden in deel B van dit onderzoek. Omdat deel B van dit onderzoek over een ander kernbegrip gaat is ook een andere topiclijst nodig voor het onderzoek naar de inhoud van de plannen en voor de interviews en is een eigen beschrijving van de methodologie opgenomen.

In deel B beschrijf ik het empirisch onderzoek naar de inrichting van de structuur van de organisatie volgens de plannen van GGZ inGeest en de betekenis van deze inrichting van structuur voor de realisatie van waarden voor medewerkers en cliënten. De volgende empirische vraagstelling staat in deel B in hoofdstuk 8 centraal:

1. *Wat is er vanuit de plannen van GGZ inGeest bekend over de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en waarden voor cliënten en medewerkers?*

Een deelvraag gericht op structuur hierbij is:

2. *Wat is volgens de plannen van GGZ inGeest de inrichting van de organisatiestructuur gericht op het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers?*

6.2 MEETINSTRUMENT STRUCTUUR

In hoofdstuk 5 heb ik beschreven wat ik in dit onderzoek versta onder organisatiestructuur in termen van vier structuurparameters en wat de betekenis is van de waarden van de parameters voor het vermogen van medewerkers en cliënten om vorm te kunnen geven aan de eigen

omgeving. In paragraaf 6.3 wordt het kernbegrip organisatiestructuur geoperationaliseerd en weergegeven in dimensies, topics en indicatoren.

6.3 DATA-ANALYSE

Bij het analyseren van de documenten en de interviews ga ik de structuur beschrijven die ik aantref. Ik interpreteer dan in hoeverre deze structuur overeenkomt met het normenkader dat gebaseerd is op de definities en de indicatoren van de structuurparameters functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie. Het analyseren van de interviews en de documenten (plannen) gebeurt op basis van indicatoren en met behulp van sensitizing concepts (Verschuren & Doorewaard, 2007, pp.196-197), met een globale inhoud en een sturende functie. De definitie van de structuurparameters gebruik ik in dit opzicht naast de meer gedetailleerde analyse op basis van de indicatoren.

Het is een meer holistische en interpretatieve benadering waarbij de interpretatie gebeurt op basis van het 'concept' zoals dat door mij wordt aangetroffen. Ik kies ervoor om de analyse zo vorm te geven, omdat het precies coderen op basis van letterlijke indicatoren te zeer onzeker is, aangezien binnen de plannen van GGZ inGeest velerlei termen worden gebruikt die mogelijk verschillen van de in de theorie gehanteerde terminologie. Pas door de samenhang te beschouwen kom ik achter een goede beschrijving van de structuur.

Kernbegrip: organisatiestructuur

Dimensie 1: Functionele concentratie	
Topic (definitie functionele concentratie): Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatie-eenheden.	
Indicator:	Afdelingen met kleine multidisciplinaire teams. Medewerkers hebben zicht op en zijn betrokken bij het gehele behandelproces. Medewerkers zijn gekoppeld aan een subset van orders. Invloed op het logistiek aspect binnen de eigen afdeling; voorspelbare en beïnvloedbare instroom en uitstroom van cliënten; beïnvloedbaar werk- en productietempo. Zelfregulering op basis van wederzijdse afstemming tussen afdelingen, de afstemming is georganiseerd.

	Er is een intern communicatieplan rondom doelstelling, plannen, organiseren en prioriteren.
Dimensie 2: Centralisatie	
Topic (definitie centralisatie): De mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden.	
Indicatoren medewerkers:	Invloed op beleid in de organisatie aangaande de eigen werkzaamheden. Participeren in ontwikkeling van organisatiebeleid en strategievorming. Kwaliteitstoetsing is geïntegreerd binnen het eigen werkproces. Beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces. Regelvermogen leidt tot snel kunnen acteren bij verstoringen. Afdelingen zijn zelfstandig georganiseerd en zelfregulerend. Beperkte hiërarchische structuur.
Indicatoren cliënten:	Concrete overlegstructuren zodat de betrokkenheid van cliënten in de behandeling is geborgd alsmede de vrijheid zich uit te kunnen spreken. Perspectief van cliënten is op tactisch en strategisch niveau geborgd.
Dimensie 3: Specialisatie	
Topic (definitie specialisatie): Horizontale specialisatie (splitsen van uitvoering), verticale specialisatie (scheiden van uitvoeren en regelen) en arbeidsverdeling door middel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen.	
Indicator:	Uitvoerende en regelende taken zijn hele taken. Multidisciplinaire inrichting van teams. Organiseren van eigen productietaken. Aandacht voor het sociale samenwerkingsverband. Ruimte om te participeren in ontwikkeling en innovaties binnen en buiten afdelingsgrenzen. Verbinding met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie. Hele taken en caseloadhouders die eigen productie en werkzaamheden organiseren.

Dimensie 4: Formalisatie	
Topic (definitie formalisatie): De mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken.	
Indicatoren medewerkers:	Medewerkers hebben de vrijheid om werk en organisatie van werk naar eigen inzichten invulling te geven. Er is ruimte voor reflectie, ideeën of innovaties. Vraaggerichte behandeling is mogelijk.
Indicatoren cliënten:	Cliënten hebben zeggenschap over de inrichting van de behandeling.

HOOFDSTUK 7. RESULTATEN EN ANALYSE MET BETREKKING TOT DE STRUCTUUR BINNEN GGZ INGEEST

7.1 INLEIDING

In hoofdstuk 5 is in het theoretisch kader beschreven op welke wijze de inrichting van organisatiestructuur de realisatie van waarden beïnvloedt. In dit hoofdstuk zal ik weergeven op welke wijze de inrichting van de organisatiestructuur in de plannen van GGZ inGeest staat beschreven. De volgende empirische vraagstelling staat hierin centraal:

Wat is volgens de plannen van GGZ inGeest de inrichting van de organisatiestructuur gericht op het realiseren van waarden voor cliënten en medewerkers?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden beschrijf ik voor cliënten in paragraaf 7.2.2 en voor medewerkers in paragraaf 7.2.3 de organisatiestructuur gericht op het realiseren van waarden uitgaande van het theoretisch normenkader dat in hoofdstuk 5 is bepaald. Er volgt in paragraaf 7.3 een beschrijving van de organisatiestructuur zoals GGZ inGeest die volgens de geselecteerde documenten (plannen) en de getranscribeerde interviews voor ogen heeft. Dit doe ik door fragmenten uit documenten en de interviews te selecteren die aansluiten bij de inhoud van de topiclijst uit hoofdstuk 5. Daarna beschrijf ik en waardeer ik in paragraaf 7.4 de inrichting van de organisatiestructuur volgens de documenten (plannen) en inhoud van de interviews in relatie tot de beschrijving van organisatiestructuur volgens het normenkader.

De centrale analytische vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en de realisatie van waarden?

Een belangrijke deelvraag hierbij is:

Welk inzicht met betrekking tot de inrichting van de organisatiestructuur wordt verkregen door de analyse van de verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest?

In paragraaf in de paragrafen 7.2 tm 7.4 geef ik antwoord op de deelvraag. In 7.5 geef ik vervolgens antwoord op deze vraagstelling en geef ik mijn conclusies weer.

7.2 ORGANISATIESTRUCTUUR GERICHT OP WAARDENREALISATIE VOOR CLIËNTEN

7.2.1 ORGANISATIESTRUCTUUR VOLGENS HET NORMENKADER

In hoofdstuk 5 heb ik aangegeven dat ik in dit onderzoek de volgende definitie van organisatiestructuur gebruik: *organisatiestructuur is de verdeling van taken over organisatieonderdelen en individuen en de wijze waarop deze taken worden gecoördineerd.*

GGZ inGeest geeft in haar plannen weer hoe de inrichting van de organisatiestructuur moet zijn zodat deze bijdraagt aan de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers. In deel A van dit onderzoek is duidelijk geworden dat deze waarden kunnen worden vertaald in het vermogen om vorm te geven aan de eigen omgeving, door middel van participeren en de vrijheid om keuzes te kunnen maken en richting te geven. In hoofdstuk 5 is het begrip organisatiestructuur vervolgens beschreven in termen van de structuurparameters functionele concentratie, centralisatie, specialisatie en formalisatie. Het normenkader gericht op de inrichting van deze structuurparameters is in paragraaf 5.5 uitgebreid weergegeven. Dit normenkader geeft aan dat om gewenste waarden te kunnen realiseren – in deel A beschreven als het vermogen van medewerkers en cliënten om hun eigen omgeving vorm te geven – de vier structuurparameters lage waarden moeten hebben. In paragraaf 5.6 is weergegeven hoe de inrichting van lage waarden van de vier structuurparameters er in de context van GGZ inGeest uit zou moeten zien.

7.2.2 NORMENKADER STRUCTUURPARAMETERS GERICHT OP CLIËNTEN

Het is voor cliënten van groot belang bij het werken aan herstel dat de structuur van de organisatie hen de mogelijkheid biedt om te participeren in het opstellen, monitoren en evalueren van het behandelplan. Zij moeten hierin de ruimte hebben om keuzes te maken aangaande de inrichting van hun eigen behandeling en proces van herstel. Concretisering is hierin van belang; de organisatie moet duidelijke door visie op herstel gedreven behandelmethodieken hanteren op basis waarvan dit participeren vorm en inhoud krijgt. Hierbij is er een duidelijke gerichtheid op maximale participatie en is sprake van vrijheid van keuze en bepalen van richting door de cliënt. De laag geformaliseerde, gecentraliseerde en gespecialiseerde structuur binnen de organisatie biedt de cliënten deze ruimte voor eigen invulling, regelruimte en initiatief.

Participatie van cliënten zou zich vervolgens niet moeten beperken tot de eigen behandeling of tot het primaire proces van de organisatie. Het is van belang om het perspectief van cliënten ook op tactisch en strategisch niveau goed te borgen. Cliëntbelangenorganisaties en toe-

nemend ook de discipline ervaringsdeskundigen kunnen het belang van cliënten, in dit geval het behouden en vergroten van autonomie, toenemend goed en professioneel behartigen, vertegenwoordigen en borgen. Een organisatie als GGZ inGeest zou de participatie van het cliëntperspectief in ontwikkeling van beleid, besluitvorming en monitoring op uitvoering op de verschillende niveaus in de organisatie moeten integreren.

7.2.3 NORMENKADER STRUCTUURPARAMETERS GERICHT OP MEDEWERKERS

Uitgaande van een lage mate van functionele concentratie is het voor behandelaren (medewerkers) van GGZ inGeest van belang om in kleine multidisciplinaire teams te werken waarbij de behandeling van cliënten zoveel mogelijk binnen de omgeving van het team of de afdeling vorm wordt gegeven. De verschillende behandelonderdelen en activiteiten vinden binnen de afdeling en door dit team plaats, waardoor de participatie van de verschillende disciplines maximaal is en er zo min mogelijk noodzaak is tot afstemming met andere afdelingen. Doordat er sprake is van een lage waarde op specialisatie binnen de teams worden de taken zo heel mogelijk gelaten. In de teams wordt gewerkt met caseloadhouders, vooruitgeschoven behandelaren die het contact onderhouden met de cliënt en hierin de afdeling en organisatie vertegenwoordigen. Zij kunnen als lid van het team vervolgens hun eigen productieactiviteiten organiseren en dus hun eigen omgeving vormgeven (Vriens et al., 2016).

Behandelaren hebben maximaal regelvermogen nodig om regie te kunnen voeren over de inhoud en organisatie van hun eigen werk omdat men goed in staat moet zijn om in te spelen op de specifieke individuele behandelvraag van de cliënt. Ze moeten zich door de organisatie gesteund weten bij de uitvoering van behandelactiviteiten. Het moet duidelijk zijn wat de vrijheid is die medewerkers hebben om op basis van eigen inzichten (of die van de cliënt) of gesignaleerde noden invulling te geven aan de behandeling van cliënten en de organisatie van hun werk. De laag geformaliseerde, gecentraliseerde en gespecialiseerde structuur binnen de organisatie biedt de behandelaren ook de ruimte voor eigen invulling, regelruimte en initiatief. Ze kunnen maximale invloed uitoefenen op hun eigen omgeving.

Het is daarnaast ten slotte noodzaak dat de organisatiestructuur toeziet op betrokkenheid en participatie van behandelaren in processen waarin behandelbeleid, afdelingsbeleid, clusterbeleid en organisatiebeleid worden bepaald. De behandelaren in een multidisciplinair team moeten betrokken zijn bij het regelen op verschillende niveaus en bij het bepalen van breder organisatiebeleid en strategie.

7.3 ANALYSE DOCUMENTEN EN INTERVIEWS MEDEWERKERS EN CLIËNTEN

In deze paragraaf geef ik per dimensie (structuurparameter) en topic (beschrijving van de structuurparameter) een samenvatting van wat ik hierover in de documenten (plannen) en interviews terugvind. Ik kies ervoor om op het niveau van indicatoren te analyseren wat er in de plannen staat, maar dit te verwerken in een beschrijving van de organisatiestructuur zoals GGZ inGeest deze voor zich ziet en geen beschrijving te geven van de opbrengst van het onderzoek per indicator. Dit heb ik in deel A voor de waarden wel gedaan. Ik kies hiervoor omdat het niet waarschijnlijk is dat de indicatoren die horen bij de structuurparameters letterlijk terug te vinden zijn in de plannen van GGZ inGeest. Er zal een verschil bestaan in taal en gebruik van begrippen waardoor het neerkomt op interpretatie van wat in de plannen staat. Een ruimere beschrijving geven in plaats van op indicatorniveau past dan beter, is mijn inschatting. Deze beschrijving kan ik vervolgens vergelijken met wat over de betreffende structuurparameter in het normenkader is opgenomen.

Het gaat in deze paragraaf zowel om beschrijvingen van organisatiestructuur gericht op cliënten als op medewerkers. Ik zal per topic dat wat in de documenten staat en wat in de interviews wordt gezegd apart van elkaar behandelen. Hierdoor wordt extra inzicht verkregen of dat wat men in de plannen heeft beschreven betreffende de topics overeenkomt met hoe men in gesprekken uitleg geeft aan deze topics. Verder gebruik ik per indicator enkele naar mijn idee belangrijke citaten uit de documenten en interviews om de analyse kleur te geven. Ik geef bij de citaten geen verwijzingen. In de uitgebreide topiclijst in de bijlage worden de citaten en de verwijzingen naar de documenten en getranscribeerde interviewteksten wel weergegeven.

Bij iedere behandeling van een indicator zal ik ook een conclusie geven gericht op de mate waarin de inhoud volgens de plannen aansluit bij de het normenkader. De waardering die ik geef is: **niet aanwezig**, **enigszins aanwezig** en **aanwezig**. Ik baseer deze waardering op de beschrijving conform normenkader, concrete uitwerking, aanwezigheid in meerdere documenten en de bevestiging hiervan vanuit de interviews.

Dimensie: functionele concentratie

Topic: Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatie-eenheden.
--

Indicator: afdelingen met kleine multidisciplinaire teams

Uit de documenten

In de documenten wordt uitgebreid beschreven dat de inrichting en het functioneren van multidisciplinaire teams een voorwaarde is voor het kunnen bieden van goede behandeling en zorg.

- *“Alle cliënten in een FACT-team zien minimaal vier disciplines van het kernteam per jaar (incl. psychiater).”*
- *“Een benadering waarbij meerdere teamleden (vanuit verschillend perspectief) betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt is hierbij zowel behandelinhoudelijk als procesmatig voordeliger voor de gehele caseload.”*
- *“Er is sprake van een teambenadering, waarbij de deskundigheid van meerdere teamleden actief wordt ingezet.”*
- *“Een zelforganiserend team is een vaste groep van medewerkers die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het totale proces, waarin behandeling, zorg of diensten tot stand komen die aan patiënten en zijn/haar netwerk of ter ondersteuning van teams geleverd worden.”*
- *“Het sterrolmodel biedt de mogelijkheid om resultaatgericht gebruik te maken van de verschillende kwaliteiten en affiniteiten van de teamleden.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd wat in de documenten en plannen van GGZ inGeest met betrekking tot het belang van multidisciplinaire teams staat beschreven. Wat opvalt, is dat het principe van multidisciplinariteit in teams of organisatie-eenheden niet congruent is doorvertaald in het gehele organisatiemodel. Zo is in de plannen het belang van multidisciplinariteit in de zorg- en behandelteams evident, maar zijn de teams van de ondersteunende diensten niet zo georganiseerd. Ook zijn er zorgspecifieke clusters en gespecialiseerde zorglijnen.

- *“Het hele team moet alle patiënten kennen. En bij de afgeschaalde zorg zijn bijna altijd minstens vier mensen betrokken.”*
- *“Je hebt de hoog complexe EPA-doelgroep, cliënten die zeer intensieve zorg nodig hebben, en er zijn cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben, dat wisselt in de tijd. Cliënten zitten ook in verschillende fases van de behandeling. Ze kunnen*

nog aan het begin staan van hun herstelproces of al in een afscheidsfase. Die complexiteit zorgt ervoor dat je misschien steeds andere mensen om je heen hebt.”

- *“Je stelt een klein team binnen het grotere team samen dat zich bezighoudt met een verslaafde, schizofrene man en een andere combinatie van medewerkers schaaft zich rond een depressieve cliënt.”*
- *“Binnen teams wordt wel multidisciplinair gewerkt. Een FACT-team heeft natuurlijk allerlei disciplines die samen de zorg om de patiënt regelen.”*
- *“We werken ook wel transdisciplinair. Het kan zijn dat in de bemoeizorgfase de psychiater goed contact heeft met de cliënt en allerlei verpleegkundige taken uitvoert, bijvoorbeeld vaak op huisbezoek gaat, helpt met het opruimen van het huis en met opnieuw contact leggen met de familie. Hij doet dat verpleegkundige werk omdat dat op dat moment het beste uitpakt. Of neem verpleegkundigen die taken van het maatschappelijk werk op zich nemen. Dat zijn voorbeelden van transdisciplinair werken. In principe moet je kunnen bekijken wie als persoon het beste aansluit bij de patiënt.”*
- *“Door de functies bij elkaar te concentreren, organiseer je de verbinding binnen de zorgadministratie. Dat heeft veel opgeleverd, maar je verliest de andere verbinding. Die moeten we wel weer gaan organiseren. Door de veranderagenda hebben we ons juist veel meer gespecialiseerd. ‘Jij concentreert je op de zorglijn en niet meer op locatie.’ In de oude circuitindeling hadden we verschillende soorten zorg binnen één circuit, dat is er helemaal uitgetrokken. Ook binnen de ondersteunende diensten is het weer allemaal uit elkaar.”*

Conclusie:

De indicator ‘afdelingen met kleine multidisciplinaire teams’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. De FACT teams waar de focus van dit onderzoek zich specifiek op richt zijn multidisciplinair ingericht. De FACT teams bedienen een specifieke groep cliënten met EPA problematiek. De complexiteit van deze doelgroep vragen in sterke mate om een multidisciplinaire. EPA staat voor ernstige psychiatrische aandoeningen. Er bestaan duidelijke inclusiecriteria en cliënten moeten dus aan bepaalde inhoudelijke kenmerken voldoen. De interviews bevestigen hetgeen in documenten is opgenomen. Opvallend is dat ondersteunende of faciliterende organisatieonderdelen binnen GGZ inGeest niet multidisciplinair zijn ingericht.

Indicator: invloed op het logistiek aspect binnen de eigen afdeling; voorspelbare en beïnvloedbare instroom en uitstroom van cliënten; beïnvloedbaar werk- en productietempo / zelfregulering op basis van wederzijdse afstemming tussen afdelingen, de afstemming is georganiseerd.

Uit de documenten

In de documenten wordt blijk gegeven van het belang van zelfregulering, invloed van medewerkers op logistieke aspecten als de in-, door- en uitstroom van patiënten en coördinatie en organisatie van werkzaamheden. In de plannen wordt alleen het sterrolmodel als methodiek om hieraan in de structuur van de organisatie vorm te geven beschreven. De wijze waarop de logistiek, het werk- en productietempo en de zelfregulering concreet vorm krijgt in de teams wordt niet uitgewerkt.

- *“Het team beschikt over relevante stuurinformatie die op teamniveau beschikbaar is. Elk team heeft een eigen dashboard, waarbij onderscheid gemaakt zal worden tussen kliniek, polikliniek en F-ACT.”*
- *“Coördinatie van de patiëntenstromen op organisatieniveau en sturing op aantallen.”*
- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*
- *“Het team betreft het formele en informele netwerk bij de uitvoering van flexibele zorg. Coördinerend aanspreekpunt voor in-externen.”*
- *“Het sterrolmodel helpt zelforganiserende teams bij het realiseren van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten, coördinatie en aanspreekbaarheid (intern en extern).”*
- *“Een sterrolhouder verzorgt of bewaakt voor zijn aandachtsgebied de interne en externe communicatie en coördinatie. Aan het vervullen van een sterrol kunnen speciale bevoegdheden (mandaat) zijn gekoppeld, zoals de mogelijkheid om bepaalde afspraken te maken met omgevingspartijen namens het team.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt het belang van het sterrolmodel aangegeven. De sterrollen ziet men als vertegenwoordigers van teams met een coördinerende functie met betrekking tot specifieke

onderdelen. Zij geven vorm aan de wederzijdse afstemming tussen afdelingen en binnen netwerken.

- *“Sterrollen moeten er zijn. Tussen afdelingen zouden nog veel meer contacten kunnen zijn dan alleen tussen sterrolhouders op inhoudelijke thema’s. Door mensen verantwoordelijkheden te geven, kunnen ze betekenisvol contact krijgen binnen hun team, maar ook met andere sterrolhouders op hetzelfde onderwerp”*
- *In de functieomschrijvingen is specifiek opgenomen dat medewerkers veel meer in staat moeten zijn om het proces te overzien en dat ze daarbinnen hun positie moeten weten om op basis daarvan hun handelingsruimte te kunnen inschatten, dat ze initiatiefrijk moeten zijn.”*
- *“De plannen stellen een structuur voor op basis van vier, vijf of zes thema’s die voor iedereen van belang zijn. Stimuleren om verbinding te zoeken staat niet in de plannen.”*

Conclusie:

De indicator ‘invloed op het logistiek aspect binnen de eigen afdeling; voorspelbare en beïnvloedbare instroom en uitstroom van cliënten; beïnvloedbaar werk- en productietempo / zelf-regulering op basis van wederzijdse afstemming tussen afdelingen, de afstemming is georganiseerd’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. De caseload van een multidisciplinair FACT team is sterk genormeerd. Dit is belangrijk om de kwaliteit van de behandeling te kunnen garanderen. Het team heeft in dit opzicht een sterke focus op de in en uitstroom van cliënten. Ook richt het team zich op een bepaalde wijk of een deel van een stad of regio, dit om lokale en wijkgerichte behandeling mogelijk te maken. Deze gebiedsgerichte aanpak heeft tot gevolg dat patiënten uit een naburige wijk in een ander team behandeld worden. In de plannen is aandacht voor het belang van de logistieke functie van teams maar er wordt niet beschreven hoe deze vorm krijgt. Dit laat in teams veel ruimte voor interpretatie over hoe deze functie in teams vorm te geven.

Dimensie: Centralisatie

Topic: de mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden.

Indicator: invloed op beleid in de organisatie aangaande de eigen werkzaamheden / participeren in ontwikkeling van organisatiebeleid en strategievorming.

Uit de documenten

In alle documenten is uitgebreid aandacht voor het hebben van invloed op en de organisatie van de werkzaamheden binnen de eigen afdeling of het cluster waarin men werkzaam is. Het is duidelijk dat dit in de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de organisatiestructuur een centraal uitgangspunt is. Gesproken wordt over “ruimte om hun werk in te richten”. In de plannen wordt niet duidelijk beschreven wat die ruimte inhoudt en er is weinig aandacht voor de wijze waarop invloed op en betrokkenheid bij beleids- of strategievorming op organisatie-niveau plaatsvindt.

- *“Clinical leadership en verpleegkundig leadership programma.”*
- *“Visie, missie, strategie: de concrete invulling is tot stand gekomen door overleg met directeuren, afdelingsmanagers en professionals.”*
- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*

Uit de interviews

Uit de interviews komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Het belang van invloed op de inhoud en organisatie van eigen werkzaamheden wordt overtuigend aangegeven. In de interviews geeft men daarnaast ook aan dat het in de plannen ontbreekt aan uitwerking van het belang om medewerkers en afdelingen te verbinden aan overstijgend beleid en vorming van strategie.

- *“De parallelle processen van eigenaarschap van patiënten en eigenaarschap van medewerkers zijn juist gericht op de invloed van medewerkers op organisatiebeleid waar het de eigen werkzaamheden betreft.”*
- *“GGZ InGeest vindt het belangrijk dat medewerkers zelf controle hebben over de invulling van hun werk. De plannen zijn er zoveel mogelijk op gericht daar eigenaarschap te creëren.”*
- *“In de visie van de organisatie hebben teams de ruimte om op hun eigen manier te werken. Maar dat teams een soort experimenteerruimte krijgen voor adaptatie van zelforganisatie, is te weinig uitgewerkt.”*

- *“In de sterrol inhoud en vakontwikkeling is belegd dat dit gebeurt. Maar er staat niet in de beleidsstukken hoe de sterrolhouder die rol precies moet uitvoeren.”*
- *“Een visie op samenwerking tussen MT en DT ontbreekt en dat zeggen de managers ook.”*
- *“Strategische niveau: managers praten nog wel een beetje mee over de strategie van InGeest, maar dat is toch echt iets wat in het bestuursberaad wordt uitgezet.”*
- *“Ik denk niet dat hierover iets is opgeschreven in de ontwikkelingsplannen van de organisatie.”*

Conclusie:

De indicator ‘invloed op beleid in de organisatie aangaande de eigen werkzaamheden / participeren in ontwikkeling van organisatiebeleid en strategievorming’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Er is uitgebreid beschreven over het belang voor medewerkers om invloed te hebben op het eigen werkproces. Het clinical Leadership programma, de regelruimte die teams gegeven wordt binnen kaders en het sterrolmodel zijn vormen die hier invulling aan geven. Wanneer het gaat om invloed van medewerkers op de organisatie buiten het eigen werkproces wordt er ook gesproken over het belang maar er is in de plannen weinig aandacht voor concrete vertaling van dit belang naar voorwaarden in de structuur.

Indicator: kwaliteitstoetsing is geïntegreerd binnen het eigen werkproces.

Uit de documenten

Er is in de plannen aandacht voor kwaliteitstoetsing binnen het eigen werkproces. Op het niveau van patiëntenzorg wordt er gewerkt met de ROM (routine outcome monitoring) en op het niveau van de organisatie van zorg en bedrijfsvoering wordt er gewerkt met hard en soft controls die de kwaliteit van de bedrijfsvoering en kwaliteit van arbeid monitoren.

- *“Teams hebben feedbacksystemen om te weten of de gezamenlijke prestatie goed is en of ze moeten bijsturen. We organiseren de feedbacksystemen voor de zogenaamde hard controls en soft controls. Hard controls zijn goed waarneembaar en kunnen eenvoudig getoetst worden. Teams beschikken over een bindend huishoudboekje, waarin staat wat ze moeten realiseren. En over een dashboard en rolling forecast.”*

- *“Het inbedden van de ROM-gegevens is hier een onderdeel van, waarbij het team duidelijk een beargumenteerde keuze heeft gemaakt uit de beschikbare gestandaardiseerde meetinstrumenten.”*
- *“Er wordt een klinische ROM uitgevoerd die het psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven en herstel meten.”*
- *“Soft controls gaan over cultuur en gedrag. Een soft control is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team.”*
- *“Gebruik van risicotaxatie (-instrumenten) passend bij doelgroep. Ter preventie van suïcide, maatschappelijke teloorgang, agressie en delicten.”*

Uit de interviews

In de interviews is enige scepsis waarneembaar ten opzichte van de kwaliteit van de kwaliteitsinstrumenten en gebruik ervan in de dagelijkse praktijk. Men deelt het belang ervan zoals dat in de plannen is omschreven, maar mist nog een concrete uitwerking van hoe deze kwaliteitsinstrumenten gebruikt gaan worden en daadwerkelijk van toegevoegde waarde gaan zijn.

- *“Onze professionals weten verdomd goed wat nodig is voor onze patiënten.”*
- *“Kwaliteitstoetsing zit in het FACT-model en dat is het kader.”*
- *“Alle teams hebben medio 2017 de beschikking over huishoudboekjes en dashboards. Voor de sterrolhouders bedrijfsvoering is een workshop ontwikkeld die hen leert hoe ze een huishoudboekje moeten interpreteren en wat aanleiding geeft om te acteren.”*
- *“In de plannen staat wel wat over het belang van toetsing en van kwaliteit. Maar ik weet niet of we in onze plannen expliciet hebben opgenomen hoe wij onze eigen kwaliteitstoetsing doen.”*
- *“Kwaliteitstoetsing binnen het eigen werkproces van de medewerkers zijn we nog aan het ontwikkelen.”*
- *“We denken erover of we interne toetsing kunnen terugbrengen in de teams.”*
- *“Volgens mij wordt er vooral onderzoek gedaan en wordt nog niet goed gekeken of het wordt geïmplementeerd en wie dat doet en of het oplevert wat ervan wordt verwacht.”*

Conclusie:

De indicator ‘kwaliteitstoetsing is geïntegreerd binnen het eigen werkproces’ is afwezig in de plannen van GGZ inGeest. In de documenten is er weliswaar gerichte aandacht voor verschillende meet- en controle-instrumenten maar in de interviews is men sceptisch over wat er werkelijk met de uitkomsten die dit oplevert gebeurt. Er is onvoldoende aandacht in de documenten voor uitwerking van voorwaarden in de structuur waarbinnen dit geborgd is.

Indicator: beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces.

Uit de documenten

Uit de plannen van GGZ inGeest blijkt dat er veel waarde wordt gehecht aan regelruimte voor medewerkers om samen met hun collega’s beslissingen te kunnen nemen, gericht op het vormgeven van en de organisatie rondom behandelingen van patiënten. In de plannen komt vaak terug dat hier ‘ruimte’ voor moet zijn en dat van medewerkers wordt verwacht dat zij hier ook invulling aan geven. In de plannen wordt weinig aandacht geschonken aan het functioneren van de governance, die met het inrichten van clusters en de inrichting van hier doorheenlopende zorglijnen de nodige verandering heeft ondergaan.

- *“Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd.”*
- *“Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix.”*
- *“Stel de aandachtsgebieden (sterrollen) vast die het team specifiek van belang vindt.”*
- *‘Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waarin de cliënt zich bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt.’*
- *“Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap.”*
- *“Aan het vervullen van een sterrol kunnen speciale bevoegdheden (mandaat) zijn gekoppeld, zoals de mogelijkheid om bepaalde afspraken te maken met omgevingspartijen namens het team.”*

Uit de interviews

De geïnterviewde medewerkers beamen in lijn met wat in de plannen staat dat de besluitvorming en mandaten met betrekking tot behandelinhoudelijke vraagstukken duidelijk beschreven en belegd zijn. Ze geven aan dat er nog veel onduidelijkheden bestaan wanneer het gaat om het functioneren van de ‘matrixorganisatie’ die GGZ inGeest is geworden met het inrichten van zorgclusters waarin de lijn is georganiseerd en met haaks hierop staande zorglijnen, waar behandelinhoudelijke professionals leidend en richtinggevend zijn gepositioneerd. Ook blijkt uit de interviews dat nog niet goed is uitgewerkt hoe de zelforganisatie van medewerkers en het leidinggeven door het management zich tot elkaar verhouden.

- *“De managers hebben nog wel een hiërarchische positie, maar die verandert qua inhoud, meer coachend dan bepalend.”*
- *“De bevoegdheden ten aanzien van het behandelproces zijn keurig belegd bij de regiebehandelaar. In het professioneel statuut is veel aandacht voor beslissingsbevoegdheid en besluitvorming.”*
- *“Ons concept van zelforganisatie en onze HR-visie gaan erg over het versterken van het eigen regelvermogen. Dat is de kern van onze bedrijfsfilosofie.”*
- *“In het nieuwe handboek staat hoe je de leiderschapsrollen kunt beleggen in het team. Dus in principe is het FACT-model zeer geschikt voor zelforganisatie.”*
- *“De visie van InGeest is dat je binnen de kaders je eigen regelruimte hebt. De kaders gaan van boven naar beneden. We gaan straks de kaderbrief vaststellen.”*
- *“We hebben geen visie op hiërarchie, wel op besluitvorming vanuit ons concept van zelfsturing en zelforganisatie, professionals ruimte geven. We werken niet zonder leidinggevers. Als er een knoop moet worden doorgehakt, doet een leidinggevende dat. Je kunt zeggen dat dat een hiërarchische keuze is.”*
- *“We hebben veel in de hoofden zitten en veel besproken, maar er zijn geen richtlijnen voor. Er zijn wel pogingen gedaan: we hebben mandaten beschreven – maar dat is niet erg goed gelukt – rondom taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.”*
- *“Een van de principes is ‘lokaal plannen’, waarbij je binnen de kaders en passend bij de koers mandaat hebt in jouw cirkel van invloed.”*
- *“Wat je moet doen is binnen een netwerkorganisatie een Hub maken waarin je de besluitvormingsprocedures goed neerzet.”*

- *“In het FACT-model staat dat de regiebehandelaar besluiten neemt. Wat in zo’n plan staat moet je nog wel altijd ombouwen naar een werkproces.”*
- *“In de plannen staat dat de regelruimte bij het behandelen en de facilitering die nodig is bij het primaire proces, bij de teams moet liggen. Dat wordt niet verder uitgelegd. Medewerkers weten niet wat regelruimte is, totdat je het er over gaat hebben. De plannen zeggen dat regelruimte belangrijk is, maar niet wat het impliceert voor medewerkers.”*
- *“In de plannen staat letterlijk dat we van een verticale naar een horizontale aansturing gaan. Dat vraagt een ander soort managementstijl en een ander soort leiderschapstijl en ook dat is nog onvoldoende uitgewerkt.”*
- *“Ik heb geen idee hoe bijvoorbeeld in de ouderenzorglijn de hiërarchische verhoudingen zijn. En ook is niet helder hoe in de poliklinieken de verhouding tussen de managers en de boegbeelden is geregeld. We willen eigenlijk geen matrixorganisatie, maar dat is het toch wel geworden, juist omdat die boegbeelden en die clinical leaders er dwars doorheen fietsen. Ik heb niet scherp waar zij over gaan en waar de managers over gaan en welke zaken ze eventueel samen moeten oplossen. Dat is niet geregeld of het is onduidelijk beschreven.”*

Conclusie:

De indicator ‘beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces’ is in de plannen van GGZ inGeest enigszins aanwezig. Uit de documenten en interviews blijkt dat de plannen gericht op beslissingsbevoegdheid binnen de eigen afdeling en het behandelproces betreft duidelijk zijn. De plannen gericht op beslissingsbevoegdheden binnen de organisatie als geheel zijn niet duidelijk uitgewerkt.

Indicator: regelvermogen leidt tot snel kunnen acteren bij verstoringen.

Uit de documenten

Zoals eerder aangegeven zijn de plannen in sterke mate gericht op het versterken van het regelvermogen van medewerkers in teams. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat zij vanuit hun professie het best in staat zijn tot het maken van keuzes met betrekking tot de kwaliteit en organisatie van zorg en behandeling.

- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*

- *”Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.”*
- *“Wij vinden het van belang dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden dicht bij de patiënt dienen te worden georganiseerd. Zo kunnen we snel aansluiten bij datgene wat de patiënt nodig heeft om te herstellen.”*
- *“Een sterrolhouder verzorgt of bewaakt voor zijn aandachtsgebied de uitvoering van regeltaken en de besluitvorming en naleving van afspraken.”*
- *“Er is in teams een onderscheid tussen drie soorten taken: functietaken, regeltaken en coördinatietaken.”*
- *“Het verdelen van de regel- en coördinatietaken over meerdere teamleden verhoogt het eigenaarschap.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt wat in de plannen staat bevestigd.

- *“Ons concept van zelforganisatie en onze HR-visie gaan erg over het versterken van het eigen regelvermogen. Dat is de kern van onze bedrijfsfilosofie.”*
- *“De parallelle processen van eigenaarschap van patiënten en eigenaarschap van medewerkers zijn juist gericht op de invloed van medewerkers op organisatiebeleid waar het de eigen werkzaamheden betreft.”*
- *“De overdracht van regeltaken en coördinatietaken naar het team kan sneller plaatsvinden.”*

Conclusie:

De indicator ‘regelvermogen leidt tot snel kunnen acteren bij verstoringen’ is in de plannen van GGZ inGeest aanwezig.

Indicator: afdelingen zijn zelfstandig georganiseerd en zelfregulerend.

Uit de documenten

In de plannen van GGZ inGeest is uitgebreid beschreven wat de visie is van GGZ inGeest op zelforganisatie.

- *“Ondersteuning van teams in het proces naar zelforganisatie.”*
- *“Goed werknemerschap – zelf verantwoordelijkheid / regie nemen.”*
- *“Het team beschikt over operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en te verbeteren. Waar dat niet kan, kan het team ondersteuning vragen.”*

- *“Een zelf organiserend team heeft, afgestemd op de ontwikkelfase waarin het zich bevindt, eigen verantwoordelijkheid voor de volgende zaken: budget, opleidingen en opleidingsbudget, lokale externe contacten, onvoorziene situaties/ crisissituaties, binnen de kaders afspraken maken met ondersteunende diensten, elkaar aanspreken op teamafspraken, in gesprek gaan over elkaars functioneren en ontwikkeling, selectie nieuw teamlid, oplossen van lastige situaties.”*
- *“Een team of teamlid neemt regie in de route naar de juiste oplossing voor knelpunten, problemen of uitdagingen.”*
- *“Clinical Leadership Programma. Vanuit eigen kracht, kunde, kennis en ervaring de regie en verantwoordelijkheid nemen, hetgeen zorgt voor toonaangevende zorg, onderwijs en onderzoek en een vitale organisatie als geheel.”*
- *“Het team probeert elke keer opnieuw hoever men zelfstandig in deze stappen kan komen, zonder hulp van anderen. Er is een sterke focus op leren en ontwikkelen richting zo min mogelijk afhankelijkheid.”*
- *“Wij vinden het van belang dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden dicht bij de patiënt dienen te worden georganiseerd. Zo kunnen we snel aansluiten bij datgene wat de patiënt nodig heeft om te herstellen. We hebben daarom een organisatievorm die klein en slagvaardig is om flexibel mee te kunnen ontwikkelen en waar het betrekkelijk eenvoudig is om besluiten te kunnen nemen. De ervaring leert dat in kleine slagvaardige eenheden het lerend en zelforganiserend vermogen van medewerkers wordt gestimuleerd hetgeen de tevredenheid en bevlogenheid van medewerkers bevordert. Wij noemen deze eenheden zelforganiserende teams.”*
- *“Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.”*
- *“De managers hebben een cruciale rol in het faciliteren en ondersteunen van ruimte en autonomie in de teams.”*
- *“Het team kan met het sterrolmodel richting geven aan haar eigen handelen en eigen toekomstontwikkeling en daarmee nog meer zelforganiserend worden zonder daarbij blind te worden voor de wensen van de omgeving of het organisatiebelang.”*
- *“De afdelingsmanager stimuleert het zelforganiserend vermogen binnen de teams wat betreft vastgestelde prestaties en binnen de kaders. De afdelingsmanager be-*

schermt het team tegen ongewenste externe invloed en druk, maar betreft het team wel bij relevante ontwikkelingen en beroepseisen die extern worden gesteld. Het team kan aan de afdelingsmanager aangeven wat het van hem/haar nodig heeft.”

Uit de interviews

In de interviews wordt net als in de plannen met overtuiging gesproken over zelforganisatie en allerlei aspecten die daarmee samenhangen. Het is duidelijk wat GGZ inGeest voor ogen heeft. Men is echter kritisch over de meer concrete uitwerking van de plannen. Er is onduidelijkheid over de vorm en de functie van zelforganisatie en over het proces dat moet leiden tot het vergroten van het zelforganiserende vermogen van teams.

- *“GGZ InGeest vindt het belangrijk dat medewerkers zelf controle hebben over de invulling van hun werk. De plannen zijn er zoveel mogelijk op gericht daar eigenaarschap te creëren.”*
- *“In het nieuwe handboek staat hoe je de leiderschapsrollen kunt beleggen in het team. Dus in principe is het FACT-model zeer geschikt voor zelforganisatie.”*
- *“De visie van InGeest is dat je binnen de kaders je eigen regelruimte hebt. De kaders gaan van boven naar beneden.”*
- *“Een van de principes is ‘lokaal plannen’, waarbij je binnen de kaders en passend bij de koers mandaat hebt in jouw cirkel van invloed.”*
- *“In de visie van de organisatie hebben teams de ruimte om op hun eigen manier te werken. Maar dat teams een soort experimenteerruimte krijgen voor adaptatie van zelforganisatie, is te weinig uitgewerkt.”*
- *“De organisatie borgt of faciliteert het ontwikkelproces van de teams niet, dat stuk ontbreekt.”*
- *“In de plannen staat dat de regelruimte bij het behandelen en de facilitering die nodig is bij het primaire proces, bij de teams moet liggen. Dat wordt niet verder uitgelegd. Medewerkers weten niet wat regelruimte is, totdat je het er over gaat hebben.”*
- *“De plannen zeggen dat regelruimte belangrijk is, maar niet wat het impliceert voor medewerkers.”*

Conclusie:

De indicator ‘afdelingen zijn zelfstandig georganiseerd en zelfregulerend’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. In de documenten is veel aandacht voor zelforganisatie en regelvermogen voor medewerkers. In de interview wordt dit bevestigd.

Indicator: beperkte hiërarchische structuur.

Uit de documenten

Uit de plannen blijkt een duidelijke ontwikkeling naar een beperktere hiërarchische structuur. Er komen minder directeuren, minder managers en de functie en taakomschrijving van het lijnmanagement wordt aangepast aan wat zelforganiserende teams nodig hebben.

- *“Het voeren van ontwikkelingsgerichte gesprekken met de managers aan de hand van nieuw vastgestelde functieprofielen.”*
- *“Kwaliteitsslag organisatie: een compactere organisatie met een compactere aansturing.”*
- *“Drie directeuren gaan de clusters aansturen. Dit zijn er acht minder dan nu.”*
- *“De directeuren van de zorgsoorten zijn ook verantwoordelijk voor het laden van de inhoudelijke zorglijnen. Zij geven deze vorm in nauwe samenwerking met de ‘voorzitters’ van de zorglijnen. De ‘voorzitters’ krijgen een taak in het verankeren van onze specialismen en het beter laten landen van onderzoek in de praktijk. Zij leveren inhoudelijke bijdragen en onderhouden contacten met aanspreekpunten in de teams. Zij hebben geen hiërarchische implementatiemacht.”*
- *“Plat slaat op weinig hiërarchische lagen. GGZ inGeest wil van verticaal naar horizontaal organiseren.”*
- *“De rol van de leidinggevende is vooral gericht op het helpen van het team om steeds meer zelforganiserend te worden en verschuift geleidelijk steeds meer van een hiërarchische naar een ondersteunende rol.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd wat over de hiërarchische structuur in de plannen staat beschreven. Er wordt aan toegevoegd dat veel uitwerking nog onduidelijk is; belangrijke uitwerkingen van structuur en ontwerp lijken nog te ontbreken.

- *“Het verdelen van de regel- en coördinatietaken over meerdere teamleden verhoogt het eigenaarschap en leidinggevendens krijgen daardoor meer ruimte om hun coachende rol waar te maken.”*
- *“Er is in teams een onderscheid tussen drie soorten taken: functietaken, regeltaken en coördinatietaken. De overdracht van regeltaken en coördinatietaken naar het team kan sneller plaatsvinden.”*
- *“De managers hebben nog wel een hiërarchische positie, maar die verandert qua inhoud, meer coachend dan bepalend. Een visie op samenwerking tussen MT en DT ontbreekt en dat zeggen de managers ook.”*
- *“In de plannen staat letterlijk dat we van een verticale naar een horizontale aansturing gaan. Dat vraagt een ander soort managementstijl en een ander soort leiderschapsstijl en ook dat is nog onvoldoende uitgewerkt. Een nieuw functieprofiel van een manager gaat niet over stijl. Wat is nou horizontale aansturing? Ik vind dat je dit in een MT-programma goed moet borgen. Ik geloof sterk in adaptive leadership, een leiderschapsstijl die door Heifetz is ontwikkeld. Daar staat wat er moet gebeuren bij horizontale aansturing en bij professionals in the lead. Dat is één theorie, maar zo’n soort basisfilosofie heb je nodig.”*
- *“Ik heb geen idee hoe bijvoorbeeld in de ouderenzorglijn de hiërarchische verhoudingen zijn. En ook is niet helder hoe in de poliklinieken de verhouding tussen de managers en de boegbeelden is geregeld. We willen eigenlijk geen matrixorganisatie, maar dat is het toch wel geworden, juist omdat die boegbeelden en die clinical leaders er dwars doorheen fietsen. Ik heb niet scherp waar zij over gaan en waar de managers over gaan en welke zaken ze eventueel samen moeten oplossen. Dat is niet geregeld of het is onduidelijk beschreven.”*

Conclusie:

De indicator ‘beperkte hiërarchische structuur’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: concrete overlegstructuren zodat de betrokkenheid van cliënten in de behandeling is geborgd alsmede de vrijheid zich uit te kunnen spreken.

Uit de documenten (gericht op cliënten)

Uitgaande van de documenten die deel uitmaken van dit onderzoek is het opvallend hoe weinig aandacht er in de plannen is voor de positie en invloed van cliënten. De plannen richten zich in grote mate op de organisatiestructuur, op teams en op medewerkers. De vraag in hoe-

verre de structuuraanpassingen invloed hebben op de positie en betrokkenheid van cliënten wordt weinig gesteld of beantwoord. In het FACT model is het belang van betrokkenheid van cliënten wel goed omschreven maar mist ook concretisering.

- *“...besturingsmodel waarmee we op doelmatige wijze vanuit het patiënten perspectief de zorg kunnen organiseren.”*
- *“In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht.”*

Uit de interviews

Het citaat hieronder is in dit opzicht veelzeggend.

- *“Onze professionals weten verdomd goed wat nodig is voor onze patiënten.”*

Conclusie:

De indicator ‘concrete overlegstructuren zodat de betrokkenheid van cliënten in de behandeling is geborgd alsmede de vrijheid zich uit te kunnen spreken’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: perspectief van cliënten is op tactisch en strategisch niveau geborgd.

Uit de documenten

In de nieuwe plannen van GGZ inGeest is het tactisch en strategisch borgen van het perspectief van cliënten niet opgenomen. Er is een cliëntenraad die conform het recht op medezeggenschap van adviesorganen functioneert.

- *“Managers praten nog wel een beetje mee over de strategie van InGeest, maar dat is toch echt iets wat in het bestuursberaad wordt uitgezet.”*

Uit de interviews

In de interviews is deze indicator niet behandeld.

Conclusie:

De indicator ‘perspectief van cliënten is op tactisch en strategisch niveau geborgd’ is niet aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. De plannen richten zich in grote mate op de organisatiestructuur, op teams en op medewerkers. De vraag in hoeverre de structuuraanpassingen invloed hebben op de positie en betrokkenheid van cliënten wordt weinig gesteld of beantwoord.

Dimensie: Specialisatie

Topic: horizontale specialisatie (splitsen van uitvoering), verticale specialisatie (scheiden van uitvoeren en regelen) en arbeidsverdeling doormiddel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen.

Indicator: uitvoerende en regelende taken zijn hele taken.

Uit de documenten

In de plannen wordt ingezet op het organiseren van samenhang wanneer het gaat om uitvoerende en regelende taken. Uit de plannen spreekt en bewustzijn van het niet gescheiden van elkaar positioneren van uitvoerende taken en regeltaken in de teams.

- *“Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd.”*
- *“Het team beschikt over zoveel mogelijk operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en waar nodig te verbeteren of te organiseren.”*
- *“Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.”*

Uit de interviews

In de interviews is deze indicator niet behandeld.

Conclusie:

De indicator ‘uitvoerende en regelende taken zijn hele taken’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: multidisciplinaire inrichting van teams.

Uit de documenten

In de plannen wordt duidelijk gesproken over het belang van de inrichting van multidisciplinaire teams. Multidisciplinariteit is ook in het FACT-model besloten.

- *“Alle cliënten in een F-ACT-team zien minimaal vier disciplines van het kernteam per jaar (incl. psychiater).”*
- *“Een benadering waarbij meerdere teamleden (vanuit verschillend perspectief)*

betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt is hierbij zowel behandelinhoudelijk als procesmatig voorwaardelijk voor de gehele caseload.”

- *“Het streven is brede inzetbaarheid van medewerkers met een duidelijke eigen professionaliteit en verantwoordelijkheid, maar de kracht van samenwerking in het team zit ook in veelzijdig en complementair zijn.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt wat in de plannen staat bevestigd. Een multidisciplinaire inrichting van de teams is van groot belang.

- *“Het FACT-model is multidisciplinair. Het idee daarachter is dat we integraal zorg aanbieden met een multidisciplinair team, vanuit een teambenadering en met Shared Case Load, en dat we flexibel kunnen op- en afschalen. Plus dat alle disciplines in zo’n team die nodig zijn om een specialistische behandeling te kunnen bieden, aanwezig zijn en worden ingezet wanneer dat ondersteunend is voor het herstelproces van de cliënt.”*
- *“Je hebt mensen met LVB-problematiek of met verslavingsproblematiek of agressieproblemen en dat vraagt telkens andere expertise.”*

Conclusie:

De indicator ‘multidisciplinaire inrichting van teams’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. Multidisciplinariteit is in het FACT-model besloten.

Indicator: organiseren van eigen productietaken.

Uit de documenten

In de plannen van GGZ inGeest is zelfstandigheid bij het organiseren van werkzaamheden een belangrijk uitgangspunt. Het staat uitgebreid beschreven.

- *“Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.”*
- *“De ROM-uitkomsten en het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*

- *“Het team beschikt over zoveel mogelijk operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en waar nodig te verbeteren of te organiseren.”*

Uit de interviews:

De indicator is in de interviews niet behandeld.

Conclusie:

De indicator ‘organiseren van eigen productietaken’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest. In de documenten is zelfstandigheid bij het organiseren van werkzaamheden een belangrijk uitgangspunt. Het staat uitgebreid beschreven.

Indicator: aandacht voor het sociale samenwerkingsverband.

Uit de documenten

In de documenten wordt aangegeven dat de kwaliteit van samenwerking belangrijk is en dat er aandacht voor moet zijn, maar het wordt niet concreet.

- *“Stimuleren van een transparante feedbackcultuur.”*
- *“Soft controls gaan over cultuur en gedrag. Een soft control is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team.”*
- *“De teamprestatie staat voorop en dit betekent dat de samenwerking en samenhang van de teams een belangrijke factor is.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt dit bevestigd. Ook daarin wordt aangegeven dat er wel aanzetten worden gedaan, maar dat concretisering ontbreekt.

- *“De HR-visie is de vertaling van onze bedrijfsstrategie. We zeggen dat we investeren in een leer- en ontwikkelklimaat en gebruiken termen als ‘goede verhoudingen’, ‘begrip’ en ‘respect’, maar ‘samenwerking’ zie ik eigenlijk niet terug.”*

Conclusie:

De indicator ‘aandacht voor het sociale samenwerkingsverband’ is enigszins aanwezig in de plannen en documenten van GGZ inGeest. In de documenten en interviews wordt aangegeven

dat de kwaliteit van samenwerking belangrijk is en dat er aandacht voor moet zijn, maar het wordt niet concreet.

Indicatoren: ruimte om te participeren in ontwikkeling en innovaties binnen en buiten afdelingsgrenzen.

Uit de documenten

In de plannen van GGZ inGeest is aandacht voor het belang van ontwikkeling en innovatie. Het idee dat medewerkers de ruimte moeten krijgen om het beste uit zichzelf te kunnen halen, gaat hier ook over. Medewerkers worden betrokken bij visie- en beleidsvorming. Er is echter in de organisatiestructuur geen vorm voor bedacht waardoor dit structureel geborgd of gefaciliteerd wordt.

- *“Visie, missie, strategie: de concrete invulling is tot stand gekomen door overleg met directeuren, afdelingsmanagers en professionals.”*
- *“Nieuwe kennis, initiatieven en innovaties: om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid van minimaal vier dagdelen per teamlid, beschreven in het Team-document, en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen.”*
- *“Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin het mogelijk is te experimenteren met innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt.”*

Uit de interviews:

In de interviews is deze indicator niet behandeld.

Conclusie:

De indicator ‘ruimte om te participeren in ontwikkeling en innovaties binnen en buiten afdelingsgrenzen’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: verbinding met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie.

Uit de documenten

In de plannen is niet uitgewerkt hoe medewerkers zich kunnen verbinden met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie. Dit wil niet zeggen dat medewerkers hier-

mee niet verbonden zijn, maar er is in de plannen geen specifieke aandacht voor borging of stimulans hiertoe.

- *“Het team werkt vanuit de collectieve ambitie van GGZ inGeest en heeft heldere doelen op het gebied van kwaliteit en resultaten.”*
- *“Vanuit de gezamenlijke missie, waarden en streefcultuur moedigen we initiatief, creativiteit en innovatie aan.”*

Conclusie:

De indicator ‘verbinding met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie’ is niet aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: hele taken en caseloadhouders die eigen productie en werkzaamheden organiseren.

In de plannen wordt uitgebreid beschreven dat medewerkers zich in een team bezighouden met hele taken en in hoge mate verantwoordelijk zijn voor de organisatie van hun werkzaamheden.

- *“Een team of teamlid neemt regie in de route naar de juiste oplossing voor knelpunten, problemen of uitdagingen. Het team probeert elke keer opnieuw hoever men zelfstandig in deze stappen kan komen, zonder hulp van anderen. Er is een sterke focus op leren en ontwikkelen richting zo min mogelijk afhankelijkheid.”*
- *“Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt bevestigd wat in de plannen en documenten staat.

- *“De managers hebben nog wel een hiërarchische positie, maar die verandert qua inhoud, meer coachend dan bepalend.”*
- *“Je stelt een klein team binnen het grotere team samen dat zich bezighoudt met een verslaafde, schizofrene man en een andere combinatie van medewerkers schaaft zich rond een depressieve cliënt.”*
- *“We werken ook wel transdisciplinair. Het kan zijn dat in de bemoeizorgfase de psychiater goed contact heeft met de cliënt en allerlei verpleegkundige taken uitvoert, bijvoorbeeld vaak op huisbezoek gaat, helpt met het opruimen van het huis*

en met opnieuw contact leggen met de familie. Hij doet dat verpleegkundige werk omdat dat op dat moment het beste uitpakt. Of neem verpleegkundigen die taken van het maatschappelijk werk op zich nemen. Dat zijn voorbeelden van transdisciplinair werken. In principe moet je kunnen bekijken wie als persoon het beste aansluit bij de patiënt.”

Conclusie:

De indicator ‘hele taken en caseloadhouders die eigen productie en werkzaamheden organiseren’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Dimensie: Formalisatie

Topic: De mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken.

Indicator: medewerkers hebben de vrijheid om werk en organisatie van werk naar eigen inzichten invulling te geven.

Uit de documenten

In de plannen van GGZ inGeest is uitgebreid aandacht voor het belang van vrijheid hebben om naar eigen inzicht te kunnen handelen. Besluiten, regelen en uitvoeren zijn sterk geïntegreerd, bijvoorbeeld in de structuur volgens welke de FACT-teams worden vormgegeven.

- *“Responsief gaat over de mogelijkheden die de organisatie-eenheden hebben om in te gaan op veranderende lokale zorgvragen, vragen van patiënten(groepen), verwijzers, financiers en behandelteams.”*
- *“Het zelforganiserende team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijkse problemen zelf op en verbetert de processen, uiteraard binnen de geldende kaders.”*
- *“Het team coördineert systematisch het op- en afschalen van zorg in de gehele keten. Het team hanteert heldere criteria voor het intensiveren en afsluiten van zorg.”*
- *“Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.”*

- *“Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix.”*
- *“Geregisseerd vanuit het kernteam indien wenselijk wordt op- en afgeschaald qua zorgintensiteit. Borging van niet ingeplande tijd en ruimte, om het ACT-gedeelte te kunnen uitvoeren.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt wat in de plannen is weergegeven bevestigd.

- *“De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven.”*
- *“In functieomschrijvingen staat welk werk je doet en in een team samen moet organiseren, met een manager erbij.”*
- *“We werken ook wel transdisciplinair. Het kan zijn dat in de bemoeizorgfase de psychiater goed contact heeft met de cliënt en allerlei verpleegkundige taken uitvoert, bijvoorbeeld vaak op huisbezoek gaat, helpt met het opruimen van het huis en met opnieuw contact leggen met de familie. Hij doet dat verpleegkundige werk omdat dat op dat moment het beste uitpakt. Of neem verpleegkundigen die taken van het maatschappelijk werk op zich nemen. Dat zijn voorbeelden van transdisciplinair werken. In principe moet je kunnen bekijken wie als persoon het beste aansluit bij de patiënt.”*

Conclusie:

De indicator ‘medewerkers hebben de vrijheid om werk en organisatie van werk naar eigen inzichten invulling te geven’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: er is ruimte voor reflectie, ideeën of innovaties.

Uit de documenten

In verschillende documenten wordt gesproken over de wens tot of het belang van innovatie en kennisontwikkeling of over opleidings- en scholingsbeleid. Het wordt niet uitgewerkt hoe innovatie en kennisontwikkeling door middel van de inrichting van structuur kunnen worden gestimuleerd. Wel wordt aangegeven dat het sterrolmodel als netwerkversterkende structuur en het inrichten van een innovatieplatform hierin zouden kunnen bijdragen.

- *“We moeten stevig en gericht investeren in onze medewerkers om onze ambitie te kunnen realiseren en om een lerende en innoverende organisatie te zijn.”*
- *“Ontwikkelen van een leidraad met tools die het voeren van ontwikkelgesprekken faciliteert en stimuleert, met ruimte voor maatwerk.”*
- *“Vanuit de gezamenlijke missie, waarden en streefcultuur moedigen we initiatief, creativiteit en innovatie aan.”*
- *“Nieuwe kennis, initiatieven en innovaties: om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid van minimaal vier dagdelen per teamlid, beschreven in het Team-document, en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen.”*
- *“Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin het mogelijk is te experimenteren met innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt.”*

Uit de interviews

In de interviews wordt het bovenstaande bevestigd. In de plannen zijn duidelijke intenties opgenomen. Hoe innovatie en kennisontwikkeling door middel van de inrichting van structuren vorm moet krijgen, wordt niet besproken.

- *“De plannen zeggen dat onderzoek telt en roepen iedereen op daaraan mee te doen. We vragen het ook aan nieuwe medewerkers.”*
- *“Medewerkers worden geacht zich te ontwikkelen, kennis te delen, eigen verantwoordelijkheid te nemen en het gestelde vertrouwen te koesteren. Hier niet aan voldoen wordt niet geaccepteerd.”*
- *“Hoe de participatie van medewerkers in ontwikkel- en innovatieprocessen vorm krijgt, wordt niet concreet beschreven.”*

Conclusie:

De indicator ‘er is ruimte voor reflectie, ideeën of innovaties’ is enigszins aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: vraaggerichte behandeling is mogelijk.

Uit de documenten

In de verschillende documenten wordt consistent gesproken over het belang van vraaggericht werken. Zeker in het FACT-model is het behandelen op basis van wat de patiënt vraagt en aan zorg wil van voornaam belang. In de plannen is een parallel zichtbaar met de wijze waarop de organisatie zich richt tot de medewerkers.

- *“HR streeft geen ‘one size fits all’ benadering na, maar anticipeert op wensen, noodzaak, eigen verantwoordelijkheid en ambitie van onderscheidende groepen medewerkers.”*
- *“Ontwikkelen van een leidraad met tools die het voeren van ontwikkelgesprekken faciliteert en stimuleert, met ruimte voor maatwerk.”*
- *“Teams organiseren het werk vanuit eigen inzicht, passend bij de zorgvragen van hun patiënten.”*
- *“De patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd keuzes te maken door vaker te meten wat het effect is van de behandeling en deze daarop af te stemmen.”*
- *“Een gepersonaliseerde aanpak: maatwerk - zorg geënt op specifieke patiëntkenmerken - voorspellen bij wie wat werkt - sociale context - behandelrichtlijnen gepersonaliseerd toepassen.”*

Uit de interviews

De interviews bevestigen wat in de plannen staat geschreven. ‘Persoonlijk’, is een van de kernwaarden van GGZ inGeest. Zorg bieden die zich richt en vormt naar wat de cliënt aan-geeft nodig te hebben, sluit hier goed op aan. Het is ingewikkelder wanneer er sprake is van een gedwongen kader waarin de behandeling plaatsvindt. Maar ook binnen die context is er ruimte voor de cliënt om zijn of haar wil te bekrachtigen. Een cliënt kan door middel van bezwaarprocedures en klachtrecht vragen een bepaalde behandelinterventie die door een behandelteam nodig wordt geacht, juist niet toe te passen. De behandeling moet zich dan naar deze vraag richten.

- *“Als de plannen reppen over gepersonaliseerde zorg, dan kan het niet anders of die is ook vraaggericht. Dat soort strategische uitgangspunten vertalen we door, maar dat kan uiteraard niet uitmonden in een standaard aanbod.”*
- *“We willen vraaggericht werken. Vraaggericht kan naar cliënten of naar verwijzers zijn.”*
- *“In onze folders en in verschillende M&M-formulieren staat nu nadrukkelijk dat mensen bezwaar mogen maken.”*
- *“Vraaggericht werken gaat vaak nog uit van waar de ondersteunende diensten denken dat de medewerkers mee geholpen zijn. Het begrip en wat het betekent voor het handelen zijn onvoldoende uitgewerkt.”*

- *“...alle disciplines in zo’n team die nodig zijn om een specialistische behandeling te kunnen bieden moeten aanwezig zijn en worden ingezet wanneer dat ondersteunend is voor het herstelproces van de cliënt.”*
- *“Je stelt een klein team binnen het grotere team samen dat zich bezighoudt met een verslaafde, schizofrene man en een andere combinatie van medewerkers schaart zich rond een depressieve cliënt.”*

Conclusie:

De indicator ‘vraaggerichte behandeling is mogelijk’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Indicator: cliënten hebben zeggenschap over de inrichting van de behandeling.

Uit de documenten

In de plannen van GGZ inGeest wordt duidelijk het belang van zeggenschap van cliënten over hun behandeling benadrukt. De op herstel gerichte visie van GGZ inGeest draagt dit ook in zich. Het is het herstelproces van cliënten; en het is aan cliënten om te bepalen welke doelen ze hierin nastreven.

- *“De ROM-uitkomsten en het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.”*
- *“In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht.”*

Conclusie:

De indicator ‘cliënten hebben zeggenschap over de inrichting van de behandeling’ is aanwezig in de plannen van GGZ inGeest.

Bijvangst uit de documenten

- *“Een gezonde zorgorganisatie start bij een besturingsmodel dat verschoond is van de disfunctionele kanten van een grote dienstenorganisatie, zoals logheid, bureaucratie en fragmentatie. Voor een duurzame toekomst is een model nodig dat plat, slank, eenvoudig en responsief is.”*
- *“Over communicatie staat niet zoveel in de plannen.”*
- *“We hebben geen communicatieplan. We hebben wel ideeën bij onderlinge communicatie en hoe we ons intranet actief kunnen laten zijn. Verder kom ik niet.”*

- “Er is vrij weinig verbindende communicatie die de relatie tussen medewerkers en de organisatie warm houdt. De plannen zeggen niet specifiek hoe je dat kunt veranderen.”

7.4 REALISATIE VAN WAARDEN IN RELATIE TOT HET NORMENKADER

In paragraaf 7.3 heb ik een uitgebreid overzicht gegeven van de inhoud van de plannen en de reflectie daarop door middel van interviews gericht op de inrichting en structuur van de organisatie zoals GGZ inGeest die voor ogen heeft. Die organisatiestructuur laat zich vertalen in de verdeling van taken over organisatieonderdelen en individuen en de wijze waarop deze taken worden gecoördineerd. In deze paragraaf zal ik de uitkomst van de analyse gericht op de inrichting van de organisatiestructuur volgens de plannen vergelijken met het normenkader dat ik heb beschreven in paragrafen 5.5 tot en met 5.7. Hieronder zijn in een schematisch overzicht de conclusies uit de analyses uit paragraaf 7.3 weergegeven.

Dimensie: functionele concentratie		
Norm: lage mate van functionele concentratie		
Indicator / normenkader	Plannen van GGZ inGeest	Waardering
Kleine multidisciplinaire teams	In de documenten wordt uitgebreid beschreven dat de inrichting en het functioneren van multidisciplinaire teams een voorwaarde is voor het kunnen bieden van goede behandeling en zorg. In de interviews wordt bevestigd wat in de documenten en plannen van GGZ inGeest met betrekking tot het belang van multidisciplinaire teams staat beschreven. Wat opvalt is dat het principe van multidisciplinariteit in teams of organisatie-eenheden niet congruent is doorvertaald in de gehele organisatiemodel. Zo zijn de teams van de ondersteunende diensten niet volgens deze principes georganiseerd. Ook is er een functioneel geconcentreerde clusterindeling en zijn er gespecialiseerde zorglijnen die als in een matrixvorm door de drie clusters heenlopen.	De plannen komen overeen met het normenkader: <u>aanwezig</u> dus in de behandelteams en zeker in de FACT-teams waarop dit onderzoek zich specifiek richt. De organisatie buiten de FACT-teams om is niet functioneel gedeconcentreerd en werkt niet met multidisciplinaire teams.
Invloed op het logistiek aspect binnen de eigen afdeling; voorspelbare en beïnvloeden	In de documenten wordt blijk gegeven van het belang van zelfregulering, invloed van medewerkers op logistieke aspecten als de patiënten in-,	In de plannen van GGZ inGeest is het normenkader m.b.t. deze indicator

vloedbare instroom en uitstroom van cliënten; beïnvloedbaar werk- en productietempo / zelfregulering op basis van wederzijdse afstemming tussen afdelingen.	door- en uitstroom en coördinatie en organisatie van werkzaamheden. In de plannen wordt het sterrolmodel beschreven als methodiek om hier in de structuur van de organisatie vorm aan te geven. De wijze waarop de logistiek, het werk- en productietempo en de zelfregulering concreet vorm krijgen in de teams wordt niet uitgewerkt. In de interviews wordt het belang van het sterrolmodel aangegeven. De sterrollen ziet men als vertegenwoordigers van teams met een coördinerende functie met betrekking tot specifieke onderdelen. Zij geven vorm aan de wederzijdse afstemming tussen afdelingen en binnen netwerken.	<u>enigszins aanwezig.</u> In de plannen is aandacht voor de coördinatie rol maar eenzijdig en summier beschreven. Dit laat veel ruimte voor interpretatie over hoe dit te organiseren.
Dimensie: centralisatie Norm: lage mate van centralisatie		
Invloed op beleid in de organisatie aangaande de eigen werkzaamheden / participeren in ontwikkeling van organisatiebeleid en strategievorming.	In alle documenten is uitgebreid aandacht voor het hebben van invloed op en de organisatie van de werkzaamheden binnen de eigen afdeling of het cluster waarin men werkzaam is. Het is duidelijk dat dit in de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de organisatiestructuur een centraal uitgangspunt is. Er wordt gesproken over “ruimte om hun werk in te richten”. In de plannen wordt niet duidelijk beschreven wat die ruimte inhoudt. Er is in de plannen weinig aandacht voor de wijze waarop invloed op en betrokkenheid bij beleids- of strategievorming op organisatieniveau plaatsvindt. Uit de interviews komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Het belang van invloed op de inhoud en organisatie van eigen werkzaamheden wordt overtuigend aangegeven. In de interviews geeft men daarnaast ook aan dat het in de plannen ontbreekt aan uitwerking van het belang om medewerkers en afdelingen te verbinden aan overstijgend beleid en vorming van strategie.	In de documenten en interviews is deze indicator <u>enigszins aanwezig.</u> Wel wordt uitgebreid beschreven dat het belangrijk is, maar onderbouwing, uitwerking, concrete vertaling naar het organiseren ontbreken. Deze vertaalslag wordt nu juist aan de zelforganiserende teams toegeschreven. Hoe ze dit doen, is aan hen.
Kwaliteitstoetsing is geïntegreerd binnen het eigen werkproces.	Er is in de plannen aandacht voor kwaliteitstoetsing binnen het eigen werkproces. Op het niveau van patiëntenzorg wordt er gewerkt met de ROM (routine outcome monitoring) en op het niveau	De kwaliteitstoetsing (de methodiek van het kwaliteit meten) is weinig overtuigend in de docu-

	van de organisatie van zorg en bedrijfsvoering wordt gewerkt met hard en soft controls die de kwaliteit van de bedrijfsvoering en kwaliteit van arbeid monitoren. In de interviews is enige scepsis waarneembaar ten opzichte van de kwaliteit van de kwaliteitsinstrumenten en het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk. Men deelt het belang ervan zoals dat in de plannen is omschreven, maar mist nog een concrete uitwerking van hoe deze kwaliteitsinstrumenten gebruikt gaan worden en daadwerkelijk een toegevoegde waarde gaan betekenen.	menten opgenomen. In de interviews is men sceptisch hierover. Er is geen aandacht in de plannen voor hoe de kwaliteit aan de hand van deze meetinstrumenten daadwerkelijk verbeterd. Dit resulteert in de waardering <u>afwezig</u>.
Beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces	Uit de plannen van GGZ inGeest blijkt dat er veel waarde wordt gehecht aan regelruimte voor medewerkers om samen met hun collega's beslissingen te kunnen nemen, gericht het vormgeven van en de organisatie rondom behandelingen van patiënten. In de plannen komt vaak terug dat hier 'ruimte' voor moet zijn en dat van medewerkers wordt verwacht dat zij hier ook invulling aan geven. In de plannen wordt weinig aandacht geschonken aan het functioneren van de governance, die met het inrichten van clusters en de inrichting van hier doorheen lopende zorglijnen de nodige verandering heeft ondergaan. De geïnterviewde medewerkers beamen in lijn met wat in de plannen staat dat de besluitvorming en mandaten met betrekking tot behandelinhoudelijke vraagstukken duidelijk beschreven en belegd zijn. Ze geven aan dat er nog veel onduidelijkheden bestaan wanneer het gaat om het functioneren van de 'matrixorganisatie' die GGZ inGeest is geworden met het inrichten van zorgclusters waarin de lijn is georganiseerd en haaks hierop staande zorglijnen, waar behandelinhoudelijke professionals leidend en richtinggevend zijn gepositioneerd. Ook blijkt uit de interviews dat nog niet goed is uitgewerkt hoe de zelforganisatie van medewerkers en leidinggeven door management zich tot elkaar verhouden.	Uit de documenten en interviews blijkt dat de plannen wat beslissingsbevoegdheid op het gebied van behandelinhoud betreft duidelijk zijn. De beslissingsbevoegdheden in de rest van de organisatiestructuur worden als onduidelijk beoordeeld. Waardering: <u>enigszins aanwezig</u>.

Regelvermogen leidt tot snel kunnen acteren bij verstoringen	De plannen zijn in sterke mate gericht op het versterken van het regelvermogen van medewerkers in teams. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat zij vanuit hun professie het best in staat zijn tot het maken van keuzes met betrekking tot de kwaliteit van zorg en behandeling. In de interviews wordt wat in de plannen staat bevestigd.	In de plannen zijn de beschrijving en het belang van regelvermogen voor medewerkers in sterke mate <u>aanwezig</u> .
Afdelingen zijn zelfstandig georganiseerd en zelfregulerend.	In de plannen van GGZ inGeest is uitgebreid beschreven wat de visie is op zelforganisatie. In de interviews wordt net als in de plannen met overtuiging gesproken over zelforganisatie en allerlei aspecten die daarmee samenhangen. Het is duidelijk wat GGZ inGeest voor ogen heeft. Men is echter kritisch over de meer concrete uitwerking van de plannen. Er is onduidelijkheid over de vorm en de functie van zelforganisatie en over het proces dat moet leiden tot het vergroten van het zelforganiserende vermogen van teams.	In de plannen is veel aandacht voor zelforganisatie en regelvermogen. <u>Aanwezig</u> in de documenten en volgens de geïnterviewden.
Beperkte hiërarchische structuur	Uit de plannen blijkt een duidelijke ontwikkeling naar een beperktere hiërarchische structuur. Er komen minder directeurs, minder managers en de functie en taakomschrijving van het lijnmanagement wordt aangepast aan wat zelforganiserende teams nodig hebben. In de interviews wordt bevestigd wat over de hiërarchische structuur in de plannen staat beschreven. Er wordt aan toegevoegd dat veel uitwerking nog onduidelijk is, belangrijke uitwerkingen van structuur en ontwerp lijken nog te ontbreken.	In de documenten en interviews is ruime aandacht voor een beperkte hiërarchische structuur <u>aanwezig</u> .
Concrete overlegstructuren zodat de betrokkenheid van cliënten in de behandeling is geborgd alsmede de vrijheid zich uit te kunnen spreken.	Uitgaande van de documenten die deel uitmaken van dit onderzoek is het opvallend hoe weinig aandacht er in de plannen is voor de positie en invloed van cliënten in de organisatie. In het FACT-model is de betrokkenheid en zeggenschap van cliënten in de behandeling wel goed geborgd.	<u>Enigszins aanwezig</u> in de documenten en interviews.
Perspectief van cliënten is op tactisch en strategisch niveau geborgd.	In de nieuwe plannen van GGZ inGeest is het tactisch en strategisch borgen van het perspectief van cliënten niet opgenomen. Er is een cliënten-	<u>Niet aanwezig</u> in de documenten en interviews.

	raad die conform het recht op medezeggenschap van adviesorganen functioneert, maar de functionaliteit van de cliëntenraad binnen het nieuwe organisatieontwerp wordt nergens genoemd. De plannen richten zich in grote mate op de organisatiestructuur, op teams en op medewerkers. De vraag in hoeverre de structuuraanpassingen invloed hebben op de positie en betrokkenheid van cliënten wordt weinig gesteld of beantwoord.	
Dimensie: specialisatie		
Norm: lage mate van specialisatie		
Uitvoerende taken en regeltaken zijn hele taken	In de plannen wordt ingezet op het borgen van uitvoerende taken en regeltaken in de teams en deze niet gescheiden van elkaar te positioneren.	<u>Aanwezig</u> in de documenten. Uitvoerende taken en regeltaken worden bij elkaar in teams gepositioneerd uitgaande van het concept zelforganisatie volgens GGZ inGeest.
Multidisciplinaire inrichting van het team	In de plannen wordt duidelijk gesproken over het belang van inrichting van multidisciplinaire teams. Multidisciplinariteit is ook in het FACT-model besloten. In de interviews wordt wat in de plannen staat bevestigd. Een multidisciplinaire inrichting van de teams is van groot belang.	Duidelijk <u>aanwezig</u> in de plannen van GGZ inGeest.
Organiseren van eigen productietaken.	In de plannen van GGZ inGeest is zelfstandigheid bij het organiseren van werkzaamheden een belangrijk uitgangspunt. Het staat uitgebreid beschreven.	<u>Aanwezig</u> in de plannen.
Aandacht voor het sociale samenwerkingsverband	In de documenten wordt aangegeven dat de kwaliteit van samenwerking belangrijk is en dat er aandacht voor moet zijn, maar het wordt niet concreet. In de interviews wordt dit bevestigd. Ook daarin wordt aangegeven dat er wel aanzetten worden gedaan, maar dat concretisering ontbreekt.	Uitwerking van samenwerking in teams is <u>enigszins aanwezig</u> in de plannen.
Ruimte om te participeren in ontwikkeling en innovaties	In de plannen van GGZ inGeest is aandacht voor het belang van ontwikkeling en innovatie. Het	In de plannen gericht op de organisatiestructuur is

binnen en buiten afdelingsgrenzen.	idee dat medewerkers de ruimte moeten krijgen om het beste uit zichzelf te kunnen halen, gaat hier ook over. Medewerkers worden betrokken bij visie- en beleidsvorming. In de organisatiestructuur zijn aparte afdelingen ‘onderzoek en innovatie’ ingericht. Er is geen aandacht in de plannen voor de vraag hoe medewerkers hierin kunnen participeren, het participeren is hiermee niet geborgd.	borging of stimulering van kennisontwikkeling of innovatie <u>enigszins aanwezig</u> .
Verbinding met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie	In de plannen is niet uitgewerkt hoe medewerkers zich kunnen verbinden met de missie, visie en maatschappelijke bijdrage van de organisatie. Dit wil niet zeggen dat medewerkers hiermee niet verbonden zijn, maar er is in de plannen geen specifieke aandacht voor borging of stimulans hiertoe.	<u>Niet aanwezig</u> in de plannen van GGZ in-Geest.
Hele taken en caseloadhouders die eigen productie en werkzaamheden organiseren.	In de plannen wordt uitgebreid beschreven dat medewerkers zich in een team bezighouden met hele taken en in hoge mate verantwoordelijk zijn voor de organisatie van hun werkzaamheden. In de interviews wordt bevestigd wat in de plannen en documenten staat.	In sterke mate <u>aanwezig</u> in de plannen.
Dimensie: formalisatie		
Norm: lage mate van formalisatie		
Medewerkers hebben de vrijheid om werk en organisatie van werk naar eigen inzichten invulling te geven.	In de plannen van GGZ inGeest is uitgebreid aandacht voor het belang van vrijheid hebben om naar eigen inzicht te kunnen handelen. Besluiten, regelen en uitvoeren zijn sterk geïntegreerd, bijvoorbeeld in de structuur volgens welke de FACT- teams worden vormgegeven. In de interviews wordt wat in de plannen is weergegeven bevestigd.	In sterke mate <u>aanwezig</u> in de plannen van GGZ inGeest.
Er is ruimte voor reflectie, ideeën en innovaties	Er wordt in verschillende documenten gesproken over de wens tot of het belang van innovatie en kennisontwikkeling of over opleidings- en scholingsbeleid. In hoeverre medewerkers de mogelijkheid hebben om te reflecteren wordt aan teams zelf gelaten. Er is in het organisatie-ontwerp een aparte afdeling ‘onderzoek en innovatie’ en een	In de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de structuur van de organisatie is de wijze waarop reflectie, innovatie en ideeën gefaciliteerd worden en gestalte

	afdeling ‘opleidingen’. Hoe innovatie en kennisontwikkeling door middel van de inrichting van structuur kunnen worden gestimuleerd, wordt niet uitgewerkt. Er wordt aangegeven dat het sterrolmodel als netwerkversterkende structuur en het inrichten van een innovatieplatform hierin zouden kunnen bijdragen. In de interviews wordt bovenstaande bevestigd. Er zijn duidelijke intenties in de plannen opgenomen. Hoe innovatie en kennisontwikkeling door middel van de inrichting van structuren vorm moeten krijgen, wordt niet besproken.	kunnen krijgen <u>enigszins aanwezig</u>.
Vraaggerichte behandeling is mogelijk	In de verschillende documenten wordt consistent gesproken over het belang van vraaggericht werken. Zeker in het FACT-model is het behandelen op basis van wat de patiënt vraagt en aan zorg en behandeling wil ontvangen van voornaam belang. In de plannen is in dit opzicht een parallel zichtbaar met de wijze waarop de organisatie zich richt tot de medewerkers. Faciliteren wat zij van de organisatie nodig hebben of vragen om hun werk goed te kunnen uitvoeren, moet volgens de plannen ook een uitgangspunt zijn. De interviews bevestigen wat in de plannen staat geschreven. ‘Persoonlijk’, is een van de kernwaarden van GGZ inGeest. Zorg bieden die zich richt en vormt naar wat de cliënt aangeeft nodig te hebben sluit hier goed op aan.	In de plannen is het belang van vraaggerichte behandeling of zorg duidelijk beschreven en <u>aanwezig</u>. Het is ook de kern van het FACT-model.
Cliënten hebben zeggenschap over de inrichting van de behandeling.	In de plannen van GGZ inGeest wordt duidelijk het belang van zeggenschap van cliënten over hun behandeling benadrukt. De op herstel gerichte visie van GGZ inGeest draagt dit ook in zich. Het is het herstelproces van cliënten, welke doelen ze hierin nastreven is aan cliënten om te bepalen.	Zeggenschap van cliënten is in de plannen van GGZ inGeest <u>aanwezig</u>.

7.5 ALGEMENE CONCLUSIES DEEL B

Deel B van dit onderzoek richt zich op het verkrijgen van inzicht in de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie (als in het normenkader weergegeven) en de werkelijk-

ke situatie (volgens de plannen van GGZ inGeest) op het gebied van de inrichting van de organisatiestructuur zodat deze bijdraagt aan de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers. Het normenkader gericht op de inrichting van deze structuurparameters is in paragraaf 5.5 uitgebreid weergegeven. Dit normenkader geeft aan dat om gewenste waarden te kunnen realiseren, in deel A beschreven als het vermogen van medewerkers en cliënten om hun eigen omgeving vorm te geven, de vier structuurparameters lage waarden moeten hebben.

In deze paragraaf geef ik antwoord op de analytische vraagstelling van dit onderzoek die luidt:

Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest met betrekking tot de relatie tussen de inrichting van de organisatiestructuur en de realisatie van waarden?

De analyse weergegeven in paragraaf 7.4 laat een wisselend beeld zien; er zijn duidelijke overeenkomsten en duidelijke verschillen tussen het normenkader en de inhoud van de plannen volgens de documenten en interviews wanneer het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur. Hieronder vat ik de uitkomsten per dimensie (structuurparameter) samen:

Functionele concentratie:

Er is sprake van een hoge mate van functionele concentratie wanneer alle activiteiten gekoppeld zijn aan alle orders. Binnen de context van GGZ inGeest betekent dit dat binnen een FACT team *alle* cliënten met psychiatrische problemen gekoppeld zijn aan het uitvoerende proces van het FACT team en dus binnen FACT teams behandeld kunnen worden. Dat is getuigen de citaten uit de documenten en interviews niet het geval. De FACT teams bedienen een specifieke de groep cliënten met EPA problematiek. EPA staat voor ernstige psychiatrische aandoeningen. Er bestaan duidelijke inclusiecriteria en cliënten moeten dus aan bepaalde inhoudelijke kenmerken voldoen. Voldoen ze hier niet aan dan komen ze in aanmerking voor een ander behandelaanbod. Vervolgens is de caseload van een multidisciplinair FACT team sterk genormeerd. Dit is belangrijk om de kwaliteit van de behandeling te kunnen garanderen. Het team heeft in dit opzicht een sterke focus op de in en uitstroom van cliënten. Tenslotte richt het team richt zich op een bepaalde wijk of een deel van een stad of regio, dit om lokale en wijkgerichte behandeling mogelijk te maken. Deze gebiedsgerichte aanpak heeft tot gevolg dat patiënten uit een naburige wijk in een ander team behandeld worden.

Volgens het normenkader is het van belang dat GGZ inGeest zich in haar plannen richt op kleine multidisciplinaire FACT-teams waarin medewerkers het logistieke aspect binnen de eigen afdeling kunnen beïnvloeden, er een voorspelbare en beïnvloedbare instroom en uitstroom van de bovenbeschreven specifieke groep cliënten (met ernstig psychiatrische aandoeningen) is en er een beïnvloedbaar werk- en productietempo op basis van zelfregulering en wederzijdse afstemming tussen afdelingen plaatsvindt.

De plannen van GGZ inGeest richten zich volgens mijn bevinding met één aanwezige en één enigszins aanwezige indicator op een ‘functioneel gedeconcentreerde’ structuur voor de behandelteams. Een opmerking hierbij is dat de volgens de plannen nieuwe structuur van de organisatie als geheel en/of wezenlijke onderdelen hierbinnen als de ondersteunende diensten als geheel wel functioneel geconcentreerd zijn. Een congruent ontwerp lijkt in de plannen dus te ontbreken en dit heeft de nodige gevolgen voor het functioneren van de organisatie. Door het principe van functionele deconcentratie op operationeel niveau te organiseren, kunnen medewerkers van functioneel gedeconcentreerde teams spanning gaan ervaren met organisatieonderdelen die wel functioneel geconcentreerd zijn. Denk hierbij aan de naar specifieke zorg georganiseerde clusterindeling en de functionele schotten die tussen de clusters bestaan. Cliënten (en dus de processen) bewegen zich echter door en over de clusters heen, al naar gelang het beter of minder goed met hen gaat of een ander zorg- of behandelaanbod nodig is. Ook de ondersteunende diensten zijn functioneel geconcentreerd, waardoor er vele loketten bestaan. Medewerkers in de behandelteams, die een grote mate van vrijheid en regelruimte genieten in de nieuwe organisatiestructuur, zullen gefrustreerd raken door de wrijving die er in het contact met de ondersteunende diensten ontstaat. Voorheen waren de voor de zorg en behandeling voorwaardenscheppende factoren onderdeel van het takenpakket van de afdelingsmanager. Concluderend wordt grotendeels aan het normenkader voldaan wanneer het gaat om de beschrijving van de structuur van de FACT teams. Wanneer het de structuur van de organisatie betreft is dit niet het geval.

Centralisatie:

Volgens het normenkader moet er in de plannen van GGZ inGeest een lage waarde op de structuurparameter ‘centralisatie’ worden gerealiseerd. Centralisatie is de mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden. Van de indicatoren die bij de dimensie centralisatie horen zijn er drie aanwezig, twee enigszins

aanwezig en twee niet aanwezig. Hierbij is het opvallend dat in de plannen het samenvoegen van regelende en uitvoerende taken waarmee het zelforganiserende vermogen van medewerkers en teams groter wordt, sterk is neergezet. Afdelingen hebben het mandaat om besluiten te nemen gericht op het eigen transformatieproces en medewerkers zijn in de context van de organisatie in staat om mee te praten over de strategische koers. Afdelingen en medewerkers zijn enigszins in staat om vanuit het perspectief van de maatschappelijke bijdrage van de organisatie en de betekenis die dit de organisatie geeft hun eigen werkzaamheden te reguleren en uit te voeren (Achterbergh & Vriens, 2010).

Tegelijkertijd geeft de wijze waarop de beslissingsbevoegdheid en de controlefunctie in de plannen zijn uitgewerkt te denken. Hier ontbreken duidelijke spelregels; door het uitblijven van concrete kaders op dit gebied wordt te veel aan interpretatie overgelaten. De introductie van de matrixstructuur, waarbij acht specialistische inhoudelijke zorglijnen door de drie clusters heenlopen, is hiervan een voorbeeld. Het ontbreekt in de plannen aan een goed uitgewerkt en doordacht ontwerp, zeker wanneer het gaat om de functionaliteit van deze structuurvorm. Ten slotte wordt de positie van cliënten en het cliëntperspectief in de organisatie in de plannen onvoldoende belicht. Concluderend wordt enigszins aan het normenkader voldaan.

Specialisatie:

Volgens het normenkader moet er in de plannen van GGZ inGeest gericht op de organisatiestructuur sprake zijn van een lage mate van specialisatie. Minimale splitsing in de uitvoering en minimale scheiding van uitvoerende en regelende taken. En het is van belang om strategisch regelen, inrichtingsregelen en het operationeel regelen met elkaar te verbinden in de organisatiestructuur. De plannen van GGZ inGeest sluiten hier voor een groot deel goed op aan. Volgens de plannen zijn vier van de indicatoren aanwezig, twee zijn dat enigszins en één indicator is dat niet. De plannen tonen een duidelijke gerichtheid op hele taken in de teams, waarbij zo min mogelijk sprake is van splitsing in de uitvoering en het scheiden van uitvoeren en regelen van taken. Het concept van zelforganisatie zoals GGZ inGeest dit voor ogen heeft, vertaalt deze principes goed door. Waar de plannen niet voldoende aandacht voor hebben, is het verbinden van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationele regelen. Het wordt in de plannen niet duidelijk hoe de organisatie medewerkers vanuit de behandelteams in staat stelt zich te verbinden met de doelen van de organisatie en haar positie binnen de maatschappelijke context. Het risico hierbij is dat er verwijdering kan ontstaan tussen medewerkers en de organisatie. Achterbergh & Vriens (2010) zeggen over dit belang het volgende: “structures

should provide members with a ‘teleological context’—in which they can see and reflect on how the organization’s actual goals and output are related to its societal contribution. (...) Structures should enable members to see how their own tasks are connected to organizational goals and output. This entails that structures at each organizational level should enable members to be ‘in touch’ with the goals and the output of the organization.” Concluderend wordt grotendeels aan het normenkader voldaan.

Formalisatie:

Volgens het normenkader zou GGZ inGeest in haar plannen met betrekking tot de organisatiestructuur een lage mate van formalisatie moeten nastreven. In de beschrijving van de organisatie-inrichting is aandacht voor ruimte en vrijheid voor medewerkers om zelf invulling te kunnen geven aan hun werk. Wanneer het niet strikt noodzakelijk is en het past bij de aard van het werk, moeten medewerkers worden beschermd tegen het verplicht volgen van specifieke regels of gestandaardiseerde procedures bij de uitvoering van activiteiten of taken. In de plannen van GGZ inGeest zijn drie indicatoren van formalisatie duidelijk aanwezig en is één indicator enigszins aanwezig. GGZ inGeest heeft in haar plannen een duidelijke focus op bieden wat de cliënt vraagt of nodig heeft. Zeggenschap van cliënten in de behandeling is geborgd. En medewerkers hebben een grote mate van vrijheid om de behandeling en de organisatie van het werk zo vorm te geven dat de specifieke zorgvraag van de cliënt beantwoord kan worden. Concluderend wordt aan het normenkader voldaan.

HOOFDSTUK 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 INLEIDING

In hoofdstuk 4 heb ik beschreven op welke wijze en in welke mate de plannen van GGZ inGeest zich richten op de realisatie van waarden vanuit het perspectief van de doelen gericht op cliënten en medewerkers die de organisatie zichzelf stelt. Ook heb ik beschreven in hoeverre dit overeenkomt of afwijkt van het normenkader zoals blijkt uit hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 5 heb ik vervolgens aangegeven waar de inrichting van de organisatiestructuur aan moet voldoen om de waarden zoals bepaald in het normenkader in hoofdstuk 4 te kunnen realiseren. Hiermee is het normenkader gericht op de organisatiestructuur bepaald. Vervolgens heb ik in hoofdstuk 7 beschreven of de inrichting van de organisatiestructuur zoals opgenomen in de plannen van GGZ inGeest overeenkomt met of afwijkt van het normenkader uit hoofdstuk 5.

In dit hoofdstuk zal ik in paragraaf 8.2 conclusies beschrijven. Ik doe dit op basis van de vraagstelling aan de hand waarvan ik dit onderzoek heb vormgegeven. Deze vraagstelling is:

Welk inzicht wordt verkregen door de analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste situatie en de plannen van GGZ inGeest als het gaat om de inrichting van de organisatiestructuur gericht op de realisatie van waarden voor cliënten en medewerkers met het oog op het doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest?

Op basis van de inzichten die ik heb opgedaan, zal ik in paragraaf 8.3 aanbevelingen en suggesties doen aan de Raad van Bestuur van GGZ inGeest. In paragraaf 8.4 volgt ten slotte enige reflectie op de inhoud van dit onderzoek en mijn rol van onderzoeker.

8.2 CONCLUSIES DEEL A EN DEEL B

Conclusies deel A:

Gewenste situatie

Volgens de gewenste situatie met betrekking tot waarden voor cliënten moeten de plannen van GGZ inGeest zich richten op ‘het vermogen de vrijheid te hebben om keuzes te kunnen maken en richting te geven’. Wanneer GGZ inGeest zich in haar plannen richt op deze vermogens dan is de organisatie in staat om de doelstelling, het vergroten van de autonomie van

cliënten, te bereiken. Volgens de gewenste situatie met betrekking tot waarden voor medewerkers moeten de plannen van GGZ inGeest zich richten op ‘het vermogen te participeren’. Wanneer GGZ inGeest zich in haar plannen richt op deze vermogens dan is de organisatie in staat om de doelstelling, betrokkenheid van medewerkers, te bereiken.

Volgens de plannen

Cliënten: topics ‘participeren’ en ‘vrijheid om keuzes te maken en richting te bepalen’

De plannen richten zich op het belang van cliënten om te participeren en deel te nemen aan het vormgeven van het eigen herstelproces en op de vrijheid van cliënten om keuzes te maken aangaande het eigen herstelproces. Ook is in ruime mate aandacht voor het belang van overleg tussen cliënt en hulpverlener dat nodig is om deze richting en de doelen van de behandeling vast te kunnen stellen. Deze inhoud van de plannen draagt bij aan de realisatie van de autonomie van cliënten; een belangrijke waarde voor GGZ inGeest.

In de plannen is echter beperkte aandacht voor het belang van participatie van cliënten of het cliëntperspectief op tactisch en strategisch niveau in de organisatie. In de plannen is ook niet opgenomen dat er binnen een gedwongen behandelkader, wat frequent voorkomt in de geestelijke gezondheidszorg, aandacht moet zijn voor blijvende vrijheid van keuze en het bepalen van richting door cliënten bij het vormgeven van de behandeling en het proces gericht op herstel.

Er is in de plannen uitgebreide gerichtheid op de vermogens van cliënten waardoor hun autonomie versterkt wordt, maar volledig is deze gerichtheid niet. Door het gemis in de plannen van aandacht voor het cliëntperspectief op organisatieniveau en zeggenschap van de cliënt binnen een gedwongen behandelkader, kan de waarde ‘autonomie voor cliënten’ niet volledig worden gerealiseerd. Opvallend is verder dat in de interviews met meer overtuiging en visie wordt gesproken over het belang van de verschillende indicatoren dan in de documenten gebeurt.

Medewerkers: topics ‘participeren’ en “vrijheid om keuzes te maken en richting te bepalen”

In de documenten wordt het belang voor medewerkers om de organisatie van de eigen werkzaamheden zelf vorm te geven duidelijk beschreven. Dit geldt ook voor deelname van medewerkers aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid binnen de eigen afdeling en binnen de organisatie. Ook is beschreven dat medewerkers binnen duidelijke kaders de vrijheid hebben om te handelen naar eigen inzicht en dat zij hierbij vertrouwen genieten en niet onnodig worden gecontroleerd op hun werkzaamheden.

In de documenten is beperkter aandacht voor het belang voor medewerkers om relaties en verbinding met andere medewerkers goed vorm te kunnen geven. Dit geldt ook voor relaties en verbindingen buiten de organisatie, daar waar deze inhoudelijk van invloed zijn op het behandelproces. Het belang van goed functionerende netwerken komt in de geselecteerde documenten enigszins, maar niet overtuigend naar voren. Ook wordt minder stilgestaan bij het belang van medewerkers om deel te nemen aan afdelingoverstijgende projecten. In de documenten is verder geen aandacht voor indicatoren die gaan over de bescherming en borging van vrijheid van meningsuiting en vergadering van medewerkers.

Afsluitende conclusies deel A

GGZ inGeest richt zich met haar plannen op het realiseren van de doelen 'autonomie voor cliënten' en 'betrokkenheid van medewerkers'. Deze doelen heb ik vertaald in waarden en vervolgens in vermogens. Uit de analyse van de plannen weergegeven in de documenten die voor dit onderzoek geselecteerd zijn, blijkt dat men bij het opstellen van de plannen wel duidelijk gericht is geweest op de voor de waarden relevante vermogens. Deze gerichtheid op de gewenste vermogens is echter niet volledig. Dit betekent dat er sprake is van een gedeeltelijke aggregatie van aspecten. Het is mij als onderzoeker niet duidelijk geworden of hierbij sprake is van een selectieve aggregatie, waarbij GGZ inGeest zich in haar plannen bewust is van deze beperking. Opvallend is dat in de interviews met de voor de plannen verantwoordelijke medewerkers van GGZ inGeest in antwoord op de vragen naar de verschillende indicatoren sprake is van een groter bewustzijn van het belang van de in het normenkader opgenomen verschillende aspecten van de vermogens dan in de geselecteerde documenten is beschreven. De vraag doet zich dan ook voor waarom dit in mindere mate in de plannen is terug te vinden, vooral omdat de documenten richtinggevend zijn voor de organisatie en haar ontwikkeling. Het beeld ontstaat dat de plannen zijn opgesteld met onvoldoende bewustzijn van de diversiteit aan aspecten van de vermogens of dat de plannen die zijn gericht op de gewenste doelen van de organisatie onvoldoende zijn uitgewerkt.

Conclusies deel B

Functionele concentratie

Gewenste situatie

Volgens het normenkader is het van belang dat GGZ inGeest zich richt op kleine multidisciplinaire FACT-teams waarin medewerkers het logistiek aspect binnen de eigen afdeling kunnen beïnvloeden, en er een voorspelbare en beïnvloedbare in- en uitstroom van een duidelijk

geprofileerde groep cliënten is (met ernstig psychiatrische aandoeningen). Er is een door medewerkers beïnvloedbaar werk- en productietempo, er is afstemming met andere afdelingen en er is sprake van een hoge mate van zelfregulering.

Volgens de plannen

De plannen van GGZ inGeest, gericht op de organisatiestructuur, voldoen grotendeels aan dit normenkader. GGZ inGeest beoogt kleine multidisciplinaire FACT-teams waarin de medewerkers in een hoge mate zelfregulerend opereren. De organisatie van de zorg en behandeling ligt in de handen van de teams; de instroom van nieuwe cliënten en de uitstroom van cliënten die daaraan toe zijn, worden door het team zelf bepaald. Hierdoor is er overzicht en controle op de hoeveelheid werk, waardoor weinig fluctuaties ontstaan. Het FACT-model is ook duidelijk over het profiel van de doelgroep. Er zijn duidelijke inclusiecriteria, zowel op inhoudelijk als geografisch. Ten slotte is het FACT-team een spin in het web van vele bij de zorg en het leven van de cliënten betrokken partijen en organisaties. Goede afstemming met andere interne en externe partijen is inherent aan kwaliteit van zorg en arbeid en derhalve goed geborgd in de teams. In de plannen wordt het sterrolmodel naar voren geschoven als belangrijke methodiek waarmee een coördinatierol wordt vervuld binnen teams en verbindingen en kennisdeling tussen afdelingen tot stand komen. In de plannen is beperkt aandacht voor het goed implementeren van dit model, gezien de hoeveelheid teams een grote opgave.

Gelet op de organisatie als geheel, dus bij het overstijgen van het niveau van behandelteams, missen de plannen een congruent ontwerp en dit heeft de nodige gevolgen voor het functioneren van de organisatie. Door de structuur op operationeel niveau functioneel gedeconcentreerd te organiseren, kunnen medewerkers van deze teams spanning gaan ervaren met organisatieonderdelen die wel functioneel geconcentreerd zijn. Ook de ondersteunende diensten zijn niet functioneel gedeconcentreerd, waardoor er vele loketten bestaan. Dit betekent dat er veel variatie gaat ontstaan. Om de organisatie van zorg beter en eenduidiger vorm te kunnen geven, is gekozen voor een ontwerp van zorgspecifieke functioneel geconcentreerde clusters. Dit brengt voordelen met zich mee, gelet op overzicht en eenvoud van besturing op organisatieniveau. Deze hoofdstructuur kan echter een flexibele stroomsgewijze productiestructuur belemmeren. De behandeling van cliënten wordt immers geregeld binnen de verschillende clusters vormgegeven. Afdelingen binnen clusters hebben te maken met de nodige afstemming met afdelingen binnen andere clusters.

Centralisatie:

Gewenste situatie

Volgens het normenkader moet er in de plannen van GGZ inGeest een lage waarde op de structuurparameter ‘centralisatie’ worden gerealiseerd. Centralisatie is de mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden.

Volgens de plannen

De plannen van GGZ inGeest voldoen enigszins aan het normenkader wanneer het gaat om een lage waarde van de structuurparameter centralisatie. Opgemerkt moet worden dat het samenvoegen van regelende en uitvoerende taken waarmee het zelforganiserende vermogen van medewerkers en teams groter wordt, sterk in de plannen is neergezet. De rol van het afdelingsmanagement is aangepast van sturend naar ondersteunend. Behandelaren worden opgeleid tot ‘clinical leaders’. Ze worden uitgedaagd de rol van behandelaar van cliënten te verbreden met aspecten van het organiseren van de eigen werkzaamheden. Tegelijkertijd is de beslissingsbevoegdheid en de controlfunctie in de plannen niet duidelijk uitgewerkt. Duidelijke spelregels ontbreken en door het uitblijven van concrete kaders op dit gebied wordt te veel aan interpretatieruimte overgelaten. En is er een matrixstructuur ingevoerd waarbij acht specialistische inhoudelijke zorglijnen door de drie clusters heenlopen. Beperkte uitwerking van beslissingsbevoegdheid kan vanwege de kans op rolonduidelijkheid binnen deze context tot organisatieproblemen leiden.

Specialisatie:

Gewenste situatie

Volgens het normenkader moet er in de plannen van GGZ inGeest sprake zijn van een lage mate van specialisatie. Dit betekent minimale splitsing in de uitvoering, en minimale scheiding van uitvoerende en regelende taken; en het is van belang om strategisch regelen, inrichtingsregelen en het operationeel regelen in de organisatiestructuur met elkaar te verbinden.

Volgens de plannen

De plannen van GGZ inGeest sluiten grotendeels goed op aan op dit normenkader. In de plannen is er een duidelijke gerichtheid op minimale splitsing in de uitvoering. De mate waarin uitvoerende taken gesplitst zijn in voorbereidende, uitvoerende en ondersteunende taken hangt sterk af van het uitvoerend proces. Binnen de FACT-teams zijn medewerkers groten-

deels verantwoordelijk voor de uitvoerende taken; er is enkel enige ondersteuning op het administratieve proces. Verder zijn de multidisciplinaire teams integraal betrokken bij de zorg en behandeling. In dit opzicht is er een ruime mate van kennisdeling en onderlinge communicatie. Het concept van zelforganisatie zoals GGZ inGeest dit voor ogen heeft en heeft beschreven vertaalt de principes van minimale scheiding tussen uitvoeren en regelen van taken goed door.

Waar de plannen niet voldoende aandacht voor hebben, is het voorkomen van scheiding tussen strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen waardoor een hoge mate van specialisatie kan ontstaan. Het wordt in de plannen niet duidelijk hoe de organisatie medewerkers vanuit de behandelteams in staat stelt zich te verbinden aan ‘het verhaal van de organisatie’, de visie en ambitie, en aan de strategische vraagstukken die hieruit voortkomen. Vervolgens is ook niet duidelijk hoe invloed op het inrichtingsregelen kan worden uitgeoefend. Het risico is dat er verwijdering kan ontstaan tussen medewerkers en de organisatie.

Formalisatie:

Gewenste situatie

Volgens het normenkader zou GGZ inGeest in haar plannen met betrekking tot de organisatiestructuur een lage mate van formalisatie moeten nastreven. Formalisatie is de mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij de uitvoering van activiteiten of taken.

De plannen

In de plannen van GGZ inGeest is er aandacht voor ruimte en vrijheid voor medewerkers om zelf invulling te kunnen geven aan hun werk. Autonomie van cliënten in de behandeling, in dit onderzoek besproken als het vermogen om invloed uit te oefenen op de eigen omgeving, is geborgd, wat zeer belangrijk is in het proces van herstel. En medewerkers hebben een grote mate van vrijheid om de behandeling en de organisatie van het werk zo vorm te geven dat de specifieke zorgvraag van de cliënt kan worden beantwoord.

Afsluitende conclusies deel B

Uit de analyse van de plannen van GGZ inGeest ontstaat het beeld dat er in sterke mate is getracht een besturingsfilosofie waarin binnen de organisatie veel vertrouwen bestaat, te vertalen in principes voor een organisatieontwerp. In de plannen is dit grotendeels gelukt, met name daar waar het de organisatie van behandelteams betreft. Medewerkers kunnen binnen GGZ inGeest brede invloed uitoefenen, zij krijgen de ruimte om het werk en de organisatie

ervan zo in te vullen als zij goed of belangrijk vinden en ze worden – gezien de nadruk op zelfregulatie – uitgedaagd om de problemen die ze ervaren ook zelf van oplossingen te voorzien. Dit komt de kwaliteit van arbeid zeker ten goede.

Tegelijkertijd is er een bepaalde naïviteit in de plannen merkbaar: zelforganiserende teams hebben de opdracht en krijgen de ruimte om zelf de organisatie van hun afdeling van vorm in inhoud te voorzien, zoals dat volgens hen het best past bij hun specifieke opdracht. Om deze reden lijken de plannen ook beperkt wat betreft de meer concrete uitwerking van de inrichting van structuren. In een relatief kort tijdsbestek (2017-2020) wordt van zorginhoudelijk georiënteerde en geïnteresseerde medewerkers een bepaald kennisniveau gevraagd als het gaat om organiseren, bedrijfsvoering, control, logistieke procesinrichting, coördinatie, afstemming en communicatie. Een kennisniveau dat in principe of aanvankelijk onvoldoende aanwezig is. Daarnaast is er het feit dat er, behalve in de behandelteams, weinig sprake is van een functioneel gedeconcentreerde organisatie. Hierdoor kan er een grote mismatch ontstaan tussen de functioneel gedeconcentreerde zelforganiserende afdelingen en de functioneel geconcentreerde ondersteunende diensten. De zorgprofessionals krijgen te maken met een veelheid aan relaties en variatie, wat voor veel procesverstoring en demotivatie kan zorgen. Omdat in de plannen congruentie en een meer gerichte uitwerking ontbreken, blijft er al met al een afhankelijkheid bestaan van de positie en het kennis- en expertiseniveau van het management waardoor, anders dan beoogd, een scheiding tussen uitvoerende taken en regelende taken op de loer ligt.

Neem de onduidelijkheid die door de plannen kan ontstaan op het gebied van beslissingsbevoegdheid. Behandelaren worden uitgenodigd om klinisch leiderschap te betrachten, het functieprofiel van managers wordt ondersteunend en faciliterend aan teams, en zorglijnen, aangestuurd door inhoudelijk professionals, worden haaks op drie grote zorgspecifieke clusters gepositioneerd: dat alles werkt overzicht en een duidelijke structuur wat betreft beslissingsbevoegdheid niet in de hand. Het realiseren van de beoogde doelstelling van GGZ inGeest gericht op het verhogen van participatie van medewerkers, vertaald naar het vermogen invloed uit te oefenen op de eigen omgeving, komt afgaand op de conclusies die ik hierboven heb weergegeven, onder druk te staan.

Aanbeveling 1: participeren cliënten en centralisatie

Borging van cliëntperspectief op tactisch en strategisch niveau in de organisatie

GGZ inGeest zou het belang van het perspectief van cliënten op tactisch en strategisch niveau in de nieuwe organisatiestructuur duidelijker moeten uitwerken. Een suggestie is om af te stappen van het traditionele organiseren en positioneren van medezeggenschap en de adviesfunctie die de cliëntenraad heeft ten opzichte van het bestuur. In plaats daarvan zou men – conform de besturingsfilosofie van GGZ inGeest – het cliëntperspectief in de vorm van medezeggenschap en advies moeten verbinden aan en borgen in de structuur van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen en de structuur voor besluitvorming die hierin verankerd ligt. Hiermee krijgt de vertegenwoordiging van het cliëntperspectief letterlijk meer voet aan de grond, daar waar behandeling en zorg plaatsvindt.

Aanbeveling 2: participeren medewerkers en centralisatie

Richt een duidelijke structuur in voor interne- en externe netwerken

Het belang van onderlinge relaties en goed functionerende netwerken is evident, maar is in de plannen van GGZ inGeest onvoldoende uitgewerkt. In de plannen wordt gesproken over een netwerkorganisatie, maar ontbreekt een duidelijke visie op het belang en functioneren en vervolgens het uitwerken hiervan. Wat betreft het inrichten van een intern netwerk met een functie in het versterken van verbinding rondom kennisdeling, zorginhoud en bedrijfsvoeringen, is het sterrolmodel uitermate geschikt. De inrichting van een extern netwerk en versterking van de verbinding met stakeholders vraagt, ook om rolverwarring naar externe partijen toe te voorkomen, om een gedegen centraal ontwerp.

Aanbeveling 3: functionele concentratie

Breng congruentie aan in het organisatieontwerp

Voor een goed functionerende organisatie is het van belang dat de structuur van de organisatie congruente is ingericht. Binnen GGZ inGeest is ervoor gekozen om de hoofdstructuur in te richten als een matrix, bestaande uit functioneel geconcentreerde zorgclusters en functioneel geconcentreerde inhoudelijke zorglijnen. De ondersteunende diensten zijn eveneens functioneel geconcentreerd. Vanuit het gewenste ontwerpprincipe van lage functionele concentratie verdient het de aanbeveling om binnen de organisatie zoveel mogelijk homogene en parallele stromen in te richten (de route die de cliënt aflegt) gericht op gelijksoortige cliënten of behan-

delpaden, met multidisciplinaire teams die zich richten op deze afzonderlijke stromen. Binnen de zorgclusters zelf zijn de behandelteams wel op deze wijze functioneel gedeconcentreerd ingericht. GGZ inGeest zou moeten onderzoeken in hoeverre de organisatie gegeven de hoofdstructuur in staat is tot flexibiliteit en voldoende mogelijkheden biedt om stroomsgewijs over de clusters heen te organiseren, zonder dat hierbij verstoringen of belemmeringen ontstaan die de behandeling van cliënten en de kwaliteit van arbeid van medewerkers frustreren. Dit vraagt om een doorontwikkeling van integrale functionaliteit van het huidige clustermodel. Daarnaast is het zaak de structuur waarin de ondersteunende diensten georganiseerd zijn te herontwerpen volgens het principe van lage functionele concentratie. Daardoor ontstaan minder afhankelijkheidsrelaties en minder complexiteit, en kan een betere aansluiting op de behandelteams worden gerealiseerd.

Aanbeveling 4: functionele concentratie

Faciliteer vanuit de organisatie het implementatieproces van het sterrolmodel

Gezien de complexiteit van het inrichten van een dergelijke ingrijpende methodiek en de impact die dit heeft op de organisatie, is het van belang de energie en inzet die dit vraagt goed te faciliteren en het proces van algehele implementatie te borgen. Vooral van het afdelingsmanagement vraagt dit proces van transitie veel tijd en aandacht. Het succes hangt in grote mate af van het kunnen verspreiden van de visie (Van Amelsfoort et al., 2003, p. 92). Het moet in de plannen duidelijk zijn tot hoeverre de functionaliteit van sterrollen reiken. Het gaat in dit opzicht om een integraal organisatie-ontwerp en om een brede ontwikkeling binnen de gehele organisatie. Daarom is het zaak de ontwikkeling centraal te coördineren en niet alles aan het afdelingsmanagement over te laten. In de plannen is hier beperkt aandacht voor. De aanbeveling is om hier in een projectmatige aanpak vorm aan te geven.

Aanbeveling 5: centralisatie

Organiseer betrokkenheid bij strategische vraagstukken en inrichtingsregelen

Organiseer in de inrichting van de structuur de mogelijkheid voor medewerkers om betrokken te kunnen zijn bij strategische vraagstukken en de vertaling naar de inrichting binnen de organisatie hiervan.

Aanbeveling 6: centralisatie

Herdefinieer, communiceer en implementeer een duidelijke structuur rondom besluitvorming

Gezien de inhoud van de plannen en het belang dat GGZ inGeest toedicht aan zelforganiserende teams, het veranderende functieprofiel van afdelingsmanagers, clinical leadership, de invloed van inhoudelijke zorglijnen en de clusterindeling met hun wederzijdse afhankelijkheden, is het van belang ruime aandacht te geven aan het (her)definiëren, communiceren en implementeren van een heldere besluitvormingsstructuur in de organisatie. Dit ontbreekt in de plannen. Het risico bestaat dat te veel aan de interpretatie wordt overgelaten waardoor rolonduidelijkheid en frustratie van procesgangen kan ontstaan.

Aanbeveling 7: centralisatie

Integreer de toetsing op kwaliteit binnen het eigen werkproces van afdelingen

Wanneer gewerkt wordt met kwetsbare cliënten, is het belang van toetsen van de kwaliteit van het werk evident. In het belang van een lage waarde van de structuurparameter centralisatie, is het zaak om de regelkring gericht op kwaliteitsverbetering binnen de afdelingen te organiseren. Hierbij doorloopt het team zelf de stappen: meten van kwaliteit, vergelijken met de norm, selecteren van de verbetermaatregel, en uitvoeren van deze maatregel. Ter ondersteuning van dit proces dient per zorgsoort een selectie plaats te vinden van geschikte instrumenten voor behandelinhoudelijke en bedrijfsmatige kwaliteitstoetsing. Ook moet worden voorzien in facilitering van accurate feedback en informatie.

Aanbeveling 8: centralisatie

Stimuleer betrokkenheid van medewerkers die betrokken zijn bij operationeel regelen ook bij het proces van strategische en inrichtingsregelen

Medewerkers van behandelteams, management, directie en bestuur moeten met regelmaat met elkaar in overleg over de resultaten van de kerntaken van de organisatie, belangrijke ontwikkelingen in de omgeving en aanpassingen die dit van de organisatie en behandelteams vraagt. Zo kunnen strategische doelen worden vertaald naar het operationele regelniveau en strategische doelen vanuit de operatie worden geladen. Medewerkers in de behandelteams zijn dan betrokken bij het strategisch proces in de organisatie en zien de plaats van hun werk in het grotere geheel. Dit laatste is van cruciaal belang om de betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie te borgen (en verwijdering te voorkomen).

Aanbeveling 9: specialisatie en formalisatie

Stimuleer innovatie en kennisontwikkeling door middel van inrichting structuren

Kunnen participeren in de ontwikkeling van kennis en innovatie is voor alle medewerkers van belang. In de huidige plannen lijkt dit een mogelijkheid voor een select aantal medewerkers die betrokken zijn bij de afdeling onderzoek en innovatie. Het is zaak om ook dicht bij de behandelafdelingen in de clusters de kennisontwikkeling en het innovatievermogen te faciliteren, stimuleren en versterken, bijvoorbeeld door de inrichting van structuren als kennis- en innovatieplatforms.

8.4 KRITISCHE REFLECTIE

In deze paragraaf zal ik reflecteren op dit onderzoek. Ik zal hierbij de keuzes die ik heb gemaakt en het effect van mijn handelen toelichten. Ik zal me hierbij richten op het literatuuronderzoek, de methodologie van het onderzoek en de uitvoering en de uiteindelijke resultaten van het onderzoek.

Literatuuronderzoek

Dit onderzoek bestaat uit twee delen die in feite kunnen worden gezien als twee separate onderzoeken. Dit wil zeggen dat ook op zichzelf hadden kunnen staan: één onderzoek naar de waarden en één onderzoek naar de organisatiestructuur waarop de plannen van GGZ inGeest zich richten. Ik heb bij aanvang getwijfeld over de opzet. Mijn vrees was dat ik het volume van het onderzoek moeilijk beheersbaar zou kunnen houden. ‘Waarden’ is een ruim begrip en organisatiestructuur laat zich uitgebreid beschrijven in een reeks van allemaal even relevante parameters. Omdat de vraag naar de relatie tussen deze twee me echter boeide en ik GGZ inGeest vanuit mijn rol als directeur een reflectie op de ingrijpende plannen met betrekking tot de organisatie vanuit wetenschappelijk perspectief ook gunde, besloot ik hier toch werk van te maken. In het proces van tot stand komen was het bijzonder boeiend om twee ogenschijnlijk ver van elkaar staande begrippen te kunnen verbinden en te ontdekken dat ze niet los van elkaar kunnen worden gezien. Hoe verbind je iets ongrijpbaars als ‘waarden’, waar de mensheid al sinds de oude Grieken geestkrachtig op los filosofeert, met zoiets aards en tastbaars als de structuur van een organisatie – wat overigens in bijvoorbeeld de krijgskunst ook in de oudheid al een zeer relevant begrip was als het gaat om overleven –? De sleutel voor deze verbinding vond ik in het werk van Martha Nussbaum; het heet ‘de vermogensbenadering’. Aan de hand van haar werk kon ik de brug slaan tussen waardenbegrippen en organisatiestructuur. Ik heb het werk van Nussbaum vrij in de begindagen van dit thesisproces op aanreiken van Jan Achterbergh opengeslagen en raakte al snel overtuigt van de bruikbaarheid. Daarbij heb ik me

mogelijk onvoldoende verdiept in andere theoretische perspectieven en te weinig afgewogen of deel A van mijn onderzoek ook op andere theoretische hoofddraggers zou kunnen rusten.

Mijn keuze voor de sociotechnische benadering van organisatiestructuur is wat mij betreft een hele logische geweest. Ik beschouw het als het kern van wat de studie bedrijfskunde mij geleerd heeft. Het doen van onderzoek, als verleng- en sluitstuk van deze studie heeft mij de mogelijkheid gegeven me dit theoretische kader nog meer eigen te maken. De structuurbouwtheorie van De Sitter en Moderne Sociotechniek hebben veel raakvlakken met het werk van Mintzberg, zeker wanneer het over de parameters gaat die de structuur van organisaties vorm en inhoud geven. Ik vind mijn keuze voor specifiek dit theoretische kader ook zeer passend bij de vraag naar de relatie tussen waarden voor mensen en inrichting van de organisatiestructuur die ik mijzelf in dit onderzoek stel. De sociotechniek is immers in haar wezen gericht op het verbeteren van het functioneren van mens en organisatie met expliciete aandacht voor het effect van de inrichting van het een op het functioneren van de ander. Ook hiervoor geldt echter dat ik in mijn vooronderzoek naar bruikbare theorie geen andere dan bovengenoemde theorieën heb betrokken ter afweging.

Onderzoeksmethodologie en mijn rol als onderzoeker

Gedurende het gehele onderzoek is het voor mij steeds de vraag geweest wat de invloed was van mijn eigen kennis van de plannen en inzicht in GGZ inGeest als organisatie op de kwaliteit van de onderzoeksgegevens en uiteindelijke resultaten van dit onderzoek. Mijn betrokkenheid bij de organisatie en de participanten van dit onderzoek is immers evident. Ik heb gemeend dat het verdedigbaar is om een kwalitatief onderzoek in de vorm van een planevaluatie uit te voeren onder strikte en duidelijke condities die ik zelf heb kunnen bepalen en vormgeven. Het perspectief van waaruit mijn rol en betrokkenheid bij dit onderzoek vorm krijgt is voor mij als onderzoeker een ander dan als directeur. In beide gevallen echter bestaat er een grote motivatie om te willen weten of de inhoud van de plannen die GGZ inGeest twee jaar geleden heeft opgesteld inhoudelijk bijdragen aan de realisatie van de doelstellingen van de organisatie.

Ik heb getracht door verschillende maatregelen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van dit onderzoek mijn rol als onderzoeker zuiver te scheiden van mijn rol als medewerker. Ik heb niet zelf de documenten geselecteerd, ik heb triangulatie toegepast waarmee ik door middel van interviews met de opstellers van de documenten een extra reflectie op de inhoud van de plannen heb betrokken bij het onderzoek. Ik heb geen medewerkers geïnterviewd waar ik in

hiërarchische zin een relatie mee heb en de medewerkers hebben na de interviews de gespreksverslagen kunnen controleren op juistheid en wenselijkheid. Ik heb op voorhand met de participanten gesproken en hen gevraagd of ze bezwaar hadden tegen mijn dubbele rol en of ze dachten dat het hen zou beïnvloeden in oprechte en eerlijke antwoorden. Geen van de participanten zag hierin enig bezwaar. Ik heb hen geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst waarin de indicatoren van de topics de inhoud van de gestandaardiseerde vragen bepaalden. Tijdens de interviews bleek het een uitdaging om kennis die ik als medewerker over de organisatie of over de plannen bezit niet in het gesprek in te brengen. Ik was me van deze valkuil van tevoren zeer bewust. Toch heeft het de mate waarin ik heb doorgevraagd in de interviews wel beïnvloed. Tijdens het eerste interview merkte ik dat ik bij het stellen van mijn vervolgvragen op basis van de antwoorden enigszins in verwarring raakte over vanuit welke kennisperspectief ik de vervolgvragen stelde: vanuit die van onderzoeker die de plannen had gelezen of die van professional die de plannen kende. Ik kan in dit opzicht niet met zekerheid zeggen dat mijn al aanwezige kennis van de plannen niet mede van invloed is geweest op de inhoud van mijn verdiepende vragen. Ik ben me hier in de volgende vier interviews bewuster van geweest, onder meer door verdiepende vragen voor te bereiden door de participanten vooral aan te moedigen tot uitgebreider en een meer verdiepend antwoord geven op de vragen, bijvoorbeeld door meer te ‘hummen’ en te vragen of ze ‘er iets meer over konden vertellen’. Hierdoor verliepen de interviews weinig levendig. Het leek vanwege de bescherming die ik mezelf oplegde soms meer op het afwerken van een vragenlijst dan op een gesprek. Dat de interviews hierdoor wat onnatuurlijk aandeden, werd nog versterkt doordat de onderwerpen van de vragen vanwege de brede range aan indicatoren nogal van elkaar verschilden. Er was, zo gaven enkele participanten mij terug, moeilijk een lijn in het gesprek te ontdekken wanneer je geen kennis had van de opzet.

Gezien de beperkingen en risico's die dit onderzoek kent door de dubbele rol van onderzoeker is een kritische reflectie zeker op zijn plaats. Ik ben terugkijkend echter van mening dat ik er goed in ben geslaagd in dit grillige landschap het pad van het betrouwbare en intern valide onderzoek te blijven bewandelen. Ik heb naar mijn idee de onderzoeksresultaten niet dan wel minimaal laten beïnvloeden door mijn kennis over of positie bij GGZ inGeest. Ik ben dan ook van mening dat ik betrouwbare uitspraken heb kunnen doen waaruit waardevolle aanbevelingen zijn voortgekomen.

LITERATUURLIJST

- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2010). *Organizations - Social Systems Conducting Experiment* (2^e gewijzigde ed.). Dordrecht, Nederland: Springer.
- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2011). Kwaliteit, structuur en verantwoord organiseren. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 2. Geraadpleegd van https://www.sigmaonline.nl/wpcontent/uploads/2015/07/SIGMA_05_2012_Onderzoek.pdf
- Alderfer, C. P. (1980). The methodology of organizational diagnosis. *Professional Psychology*, 11(3), 459-468. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.11.3.459>
- Anand, P., Hunter, G., Carter, I., Dowding, K., Guala, F. & Van Hees, M. (2009). The Development of Capability Indicators. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(1), 125-152. <https://doi.org/10.1080/14649880802675366>
- Berings, D. (2007). Werken met waarden in organisaties: een arbeidspsychologische analyse. *Working Papers* 2007/35, Hogeschool-Universiteit Brussel.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen* (2^e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Boselie, P. (2010). High Performance Work Practices in the Health Care Sector: a Dutch case Study. *International Journal of Man Power*, 31(1), 42-58.
- Claassen, R. (2014). Human Dignity in the Capability Approach. In Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R., & Mieth D. (Reds.), *The Cambridge Handbook of Human Dignity* (pp. 240-249). Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press.
- Cox-Woudstra, E. (2000). *Sociotechnische besturing systematisch bekeken: Sociotechnische verandering en besturing vanuit systeemtheoretisch perspectief*. Capelle a/d IJssel, Nederland: Labyrint Publication.
- Den Braber, C. (2016). The Introduction of the Capability Approach in Social Work across a neoliberal Europe. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 22(4). 61-77. <https://doi:10.18352/jsi.380>
- Den Braber, C., & Tirions, M. (2016). De Capability Approach - Voeding voor het sociaal werk van morgen. Geraadpleegd van <https://sociaal.net/analyse-xl/capability-approach/>
- De Sitter, L. U., Naber, J., & Verschuur, F. (1994). *Synergetisch produceren. Human resources mobilisation in de produktie: een inleiding in structuurbouw*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Doorewaard, H., Kil, A., & Van de Ven, A. (2015). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: Een praktische handleiding*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Effectory (2017). Medewerkersonderzoek totaalrapportage GGZ inGeest [Intern rapport]. Geraadpleegd van intranet.ggzingeest.nl/

- F-ACT Nederland (2018 z.d.). Wat is F-ACT? Geraadpleegd van <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
- GGZ inGeest (2017). Samen de psychische gezondheid verbeteren. Geraadpleegd van <http://magazine.ggzingeest.nl/samen-de-psychische-gezondheid-verbeteren#!/onze-ambitie>
- GGZ in Geest (2018). Jaarplan 2018. Geraadpleegd van <http://magazine.ggzingeest.nl/jaarplan-2018>
- Jaros, S. (2007). Meyer and Allen Model of Organizational Commitment Measurement Issues. *The Icfai Journal of Organizational Behaviour*, 6(4), 7-25.
- Kenniscentrum Phrenos (2018). Wat is herstel? Geraadpleegd van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/>
- Kinneging, A.A.M. (2003). Kleine fenomenologie van waarden en normen. *Christen Democratische Verkenningen*. Geraadpleegd van http://pubnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/tijdschriftartikel/CDV/2003/CDV2003_zop18Kinnegi/CDV_2003_zomer_p018_Kinneging.pdf
- Kortmann, F.A.M. (2000). Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 42(5). 319-322.
- Kuipers, H., Van Amelsvoort, P. & Kramer, E.H. (2010). *Het nieuwe organiseren*. (1^e ed.). Den Haag, Nederland: Acco uitgeverij.
- Liégeois, A. (1997). *Begrensde vrijheid; Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Kapellen, België: Pelckmans.
- Liégeois, A., & Eneman, M. (2009). Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 51(5), 315-324.
- Lorgelly, P.K., Lorimer, K., Fenwick, E., Briggs, A., & Anand, P. (2012). *The Measurement of Capabilities and Public Health* [Conference Paper]. HDCA Conference 2012, Djakarta, Indonesië, 5-7 september 2012. Geraadpleegd van <https://www.oecd.org/site/worldforum06/38363699.pdf>
- Maris, E., & Six, S. (2011). *Affectieve betrokkenheid van medewerkers binnen zorgorganisaties* [masterproef]. Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/788/046/RUG01-001788046_2012_0001_AC.pdf
- Meyer, J.P., & Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Meyer, J.P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the Work Place – Towards a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299-326. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(00\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(00)00053-X)
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents,

- Correlates, and Consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 20-52.
<https://doi:10.1006/jvbe.2001.1842>
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatie Structuren* (5^e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux bv.
- Nussbaum, M.C. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge, Massachusetts en London, England: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nussbaum, M.C. (2012). *Mogelijkheden scheppen. Een nieuwe benadering van de menselijke ontwikkeling* (1^e ed.). Amsterdam, Nederland: Ambo.
- Pietersz, C.A., (2013). *Autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. Een beschrijvend onderzoek naar de invulling van autonomie vanuit medisch-ethisch perspectief en zorg-ethisch perspectief*. [premaster thesis]. Universiteit van Tilburg. Geraadpleegd van <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=130753>
- Qzweers. Opvattingen, standpunten en beelden van humanisten. Geraadpleegd van <https://mens-en-samenleving.infonu.nl/religie/135422-opvattingen-standpunten-en-beelden-van-humanisten.html>
- Robeyns, I. (2006), The Capability Approach in Practice. *The Journal of Political Philosophy*, 14(3), 351-376. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2006.00263.x>
- Roex, K.M.H.D. (2013). *Leven als de profeet in Nederland: Over de salafi-beweging en democratie* [proefschrift]. Universiteit van Amsterdam.
<http://hdl.handle.net/11245/1.393452>
- Schwartz, S.H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology: an International Review*. 48(1). The Hebrew University of Jerusalem.
- Solinger, O.N., Van Olffen, W., & Roe, R.A. (2008). Beyond the three-component model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 70-83.
<https://doi:10.1037/0021-9010.93.1.70>
- Van Amelsvoort, P., Seinen, B., Kommers, H., & Scholtes, G. (2007). *Zelfsturende teams, ontwerpen, invoeren en begeleiden* (3^e herziene ed.). Vlijmen, Nederland: ST-GROEP Vlijmen.
- Van der Stel, J. (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen* (1^e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Van Tongeren, P. (2008). Vier typen van ethische theorie – een encyclopedisch overzicht. *Ethische Perspectieven*, januari 2008. Universiteit van Leuven.
- Venneman, B., & Onderwater, K. (2012). Basis voor een nieuwe sociaal psychiatrische hulpverlening: sociale rechtvaardigheid. *Sociale Psychiatrie*, oktober 2012.
- Verkerk, C. (2005). Waarden en geluk. Een vergelijkend onderzoek naar de waarden en geluk in 50 westerse en niet-westerse landen. Erasmus Universiteit Rotterdam.
<http://hdl.handle.net/2105/3722>

- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek* (4^e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Vorstenbosch, J. (2017). Autonomie. Betekenis en definitie. Geraadpleegd van <https://www.ensie.nl/lexicon-van-de-ethiek/autonomie>
- Vriens, D.J., Achterbergh, J.M.I.M., & Gulpers, L. (2016). *Virtuos Structures*. Dordrecht, Nederland: Springer.
- Werkgroep Ethiek in de GGZ, (2003). Ethisch advies; Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg. *Ethisch advies GGZ 1-12*, p. 2.
- Widdershoven, G.A.M., Berghmans, R.L.P., & Molewijk, A.C. (2000). Autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(6).
- Zammuto, R. F., & O'Connor, E. (1992). Gaining Advanced Manufacturing Technologies' Benefits: The Roles of Organization Design and Culture. *Academy of Management Review*, 17(4), 701-728. <https://doi.org/10.5465/amr.1992.4279062>

BIJLAGE 1 TOPICLIJST

Document 1: HR-visie GGZ inGeest 2017⁴

Document 2: Werken aan betrouwbare en hoogwaardige zorg; organisatieontwikkeling 17-20

Document 3: Kaderbrief 2018⁵

Document 4: FACT-schaal 2017

Document 5: Visiedocument zelforganisatie⁶

Document 6: Sterrolmodel GGZ inGeest⁷

Document 7: Notitie zelforganisatie⁸

Kernbegrip: waarden

Interviews

Pag. 1 - 9 Topic: Kunnen participeren

Pag. 10 - 12 Topic: Vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken

Documenten 1 t/m 7

Pag. 13 - 27 Topic: kunnen participeren

Documenten 1 t/m 7

Pag. 28 - 30 Topic: Vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken

Kernbegrip: organisatiestructuur

Interviews

Pag. 31 - 33 Topic: functionele concentratie

Pag. 34 - 37 Topic: centralisatie

Pag. 38 - 39 Topic: specialisatie

Pag. 40 Topic: formalisatie

Pag. 41 *Bijvangst*

Documenten 1 t/m 7

Pag. 43 - 47 Topic: functionele concentratie

Documenten 1 t/m 7

Pag. 48 - 56 Topic: centralisatie

Documenten 1 t/m 7

Pag. 57 - 62 Topic: specialisatie

Documenten 1 t/m 7

Pag. 63 Topic: formalisatie

Pag. 63 *Bijvangst*

⁴ Bronnen 4 t/m 8 (niet publiekelijk toegankelijk) afkomstig van GGZ inGeest

Participeren Kernbegrip: waarden					
Topic: kunnen participeren					
Indicatoren	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorg-cluster- en organisatieniveau.		Pag. 1 We willen ideeën uit de medewerkers zelf naar boven laten komen. Zo creëer je betrokkenheid. En je organiseert veel meer inhoud als je het mensen vraagt die ook over de inhoud gaan. Als je zelf betrokken bent geweest bij ideeënvorming, is het draagvlak voor de uitvoering van de plannen vele malen groter. Pag. 2 We hebben de betrokkenheid niet georganiseerd in vaste structuren. Pag. 2 Als medewerker mag je van de organisatie verwachten dat je wordt gefaciliteerd en wordt betrokken bij je werk. De andere kant is dat van de medewerker wordt verwacht dat hij zich committeert aan de organisatie en daar ook een bijdrage aan levert. Dat is een kentering ten opzichte van het verleden. Toen sloeg de balans door naar de eerste kant: ik zorg	Pag. 1 We hebben een bestuursfilosofie gemaakt die begint bij de teams en we hebben heldere kaders gemaakt. Pag. 1 Door ‘verplating’ van onze organisatie proberen we te bereiken dat mensen die inhoudelijk wat willen of die denken dat iets anders nodig is, zich gehoord voelen. Pag. 1 Medewerkers kunnen bij de lijn en de ondersteuning terecht voor de dialoog over wat zij vinden dat er echt toe doet en wat ze niet zelf kunnen oplossen, wat buiten hun cirkel van invloed gaat. Pag. 2 We hebben veel in de hoofden zitten en veel besproken, maar er zijn geen richtlijnen voor. Er zijn wel pogingen gedaan: we hebben mandaten beschreven – maar dat is niet erg goed gelukt – rondom taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.	Pag. 1 Teams kunnen binnen de organisatie uitvoering en inhoud geven aan hun eigen behandelbeleid en de ondersteuning die ze daarvoor nodig hebben. Dat is op teamniveau georganiseerd. Pag. 1 Om de teams daadwerkelijk invloed te geven op het maken van beleid binnen het cluster en binnen de organisatie, en om te bereiken dat ze autonomie voelen en toenemend krijgen, moet je nog wat organiseren.	Pag. 1 Degenen die het beste kunnen vertellen hoe het zou moeten, zijn de medewerkers zelf. In de hele organisatiestructuur is een enorme betrokkenheid georganiseerd van medewerkers vanuit de zorg-administratie, behandelaars en managers.

		voor mijn patiënt en de werkgever zorgt voor mij. Nu lever je allebei je bijdrage aan de werkgever-werknemerrelatie.			
Bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie.		Pag. 2 Dat hebben we niet vastgelegd. We zeggen dat we transparant willen zijn, we vinden het van belang dat ieder het recht moet hebben om zijn of haar mening te geven. Pag. 2 De visie geeft aan dat er een volwassen relatie bestaat tussen werkgever en werknemer. Dan gaat het natuurlijk ook om de ruimte die je hebt om als medewerker je mening te geven.	Pag. 1 Ik denk eerlijk gezegd dat hier niets specifiek over in de plannen staat.		Pag. 1 Als het gaat over de koers, de missie, de visie en de strategie is er wel de mogelijkheid om daar op allerlei plekken iets van te vinden, maar ik geloof niet dat dit formeel is geregeld. Pag. 2 Ik zou niet weten waar de vrijheid van meningsuiting en van vergadering formeel geregeld is, maar dat is wel de cultuur.
Zinnvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers	Pag. 1 Door de medewerkers als organisatie wat 'lummeltijd' te gunnen, stel je ze in staat relaties aan te gaan. Pag. 1 Als we in werkrelaties niets van onze persoonlijke kant kunnen laten zien, missen we iets om de werkrelatie te kunnen verdiepen. Pag. 1 Ik ga ervan uit dat teams aandacht voor elkaar zelf creëren, het wordt weinig	Pag. 2 De HR-visie is de vertaling van onze bedrijfsstrategie. We zeggen dat we investeren in een leer- en ontwikkelklimaat en gebruiken termen als 'goede verhoudingen', 'begrip' en 'respect', maar 'samenwerking' zie ik eigenlijk niet terug.			

	gefaciliteerd. Pag. 1 In de plannen wordt zelf-zorg verwacht. Pag. 2 Dat we als organisatie het belang daarvan hebben vastgelegd en ruimte en budget bieden, nee. Er is niet veel budget en niet veel communicatie over. Pag. 2 In een team zijn zes sterrollen geïdentificeerd, waaronder de sterrol teamontwikkeling. Pag. 2 De teamleden hebben zelf eigenaarschap over wat ze met de teamontwikkeling willen.				
Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan	Pag. 7 De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven.			Pag. 2 Het moet zo zijn dat alle behandelaars die met de patiënt te maken hebben betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld.	
Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling	Pag. 2 Sterrollen bedrijfsvoering, planning en opleiding (inhoud en vakontwikkeling) zijn als zodanig benoemd. Pag. 2	Pag. 3 Binnen de teams moet een grote mate van betrokkenheid zijn. Teams moeten inzicht hebben in zowel financiële als zorginhoudelijke resultaten.		Pag. 3 Teams moeten hun eigen werkprocessen opnieuw gaan definiëren. Je merkt dat de organisatie helemaal niet gewend is om dat te doen. Daar wordt te	Pag. 3 In 'Registratie geregeld' staat niets over het vormen van de zelforganisatie binnen mijn afdelingen. Pag. 3

	De organisatie heeft niet gezegd dat dit mandaatrollen zijn. Een sterrol is een signalerende en faciliterende rol. Pag. 2 De rollen in alle teams en afdelingen worden ondersteund en begeleid. De bedoeling is hen zelf beslissingen te laten nemen. Pag. 2 De functie van de managers is om hun teams te coachen naar nog meer zelforganisatie. Pag. 3 Zorgteams beheren zelf het in- en externe netwerk en er is een sterrolhouder in- en externe contacten. Pag. 7 De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Pag. 7 Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven. Pag. 7 Je kunt in een FACT als medewerker wel iets anders willen, maar het gaat zoals de regiebehandelaar het heeft bedacht en die heeft daar ook de	We bieden ze een handvat om daar zelf actie op te zetten. Dat past binnen het kader rondom zelforganisatie.		weinig aandacht aan besteed. Pag. 3 In de visie van de organisatie hebben teams de ruimte om op hun eigen manier te werken. Maar dat teams een soort experimenteerruimte krijgen voor adaptatie van zelforganisatie, is te weinig uitgewerkt.	Voor zover ik me kan herinneren is over de uitgangspunten van zelforganisatie niets meegenomen In 'Registratie geregeld'.
--	---	--	--	--	--

	bevoegdheid toe.				
Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten. Beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces.	Pag. 3 Zorgteams beheren zelf het in- en externe netwerk en er is een sterrolhouder in- en externe contacten. Pag. 3 Degenen die deze rol hebben, zouden idealiter een intern netwerk moeten vormen. Het is van belang mensen uit verschillende afdelingen met dezelfde soort contacten zoveel mogelijk aan elkaar te verbinden. Pag. 3 Doel: kennis delen.		Pag. 2 Door sterrollen laten we zien dat het belangrijk is om verbindingen op onderwerpen te hebben. Ook hebben we laten zien welke onderwerpen er volgens ons echt toe doen. Pag. 2 We hebben aangegeven dat verbindingen tussen binnen en buiten belangrijk zijn: dat je je in de buitenwereld als ambassadeur gedraagt, en dat je goed moet luisteren naar wat anderen nodig hebben. Maar dat hebben we niet in concrete plannen uitgewerkt. Dit gaat ook veel over cultuur.	Pag. 2 Nog niet voldoende, dat moet veel meer aandacht krijgen. Sterrolhoudersmodel: door mensen verantwoordelijkheden te geven, kunnen ze betekenisvol contact krijgen binnen hun team, maar ook met andere sterrolhouders op hetzelfde onderwerp. Door zo'n model faciliteer je het als organisatie enorm en ben je een cultuur aan het bouwen waarin dit soort betekenissen veel waarde hebben. Pag. 3 In de plannen hebben de teams volledige zeggenschap over in- en uitstroom van cliënten, op basis van het FACT-model. Het model zegt dat we complexe doelgroepen moeten bedienen, hoe groot de caseload moet zijn en hoe groot het team moet zijn. Pag. 4 Het FACT-model zegt dat je goed in je netwerk moet zitten, dat samenwerking met het externe netwerk erg belangrijk is, en dat je daar dus aan moet werken en het op	

				orde moet houden.	
Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.		Pag. 3 We hebben niet beschreven hoe je dat kunt organiseren. We werken volgens een visie en niet volgens vast omschreven procedures.			Pag. 4 De deelname aan projecten is voor de adviseurs en de projectleiders nadrukkelijker onderdeel geworden van hun functie. Ze moeten de organisatie in en moeten het samen met de mensen gaan doen.
Er vinden expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces.			Pag. 3 Een van onze pijlers is: cliënt is eigenaar. Dat proberen we op verschillende domeinen vorm en betekenis te geven. We hebben dat op veel plekken uitgewerkt, bijvoorbeeld in zorgverkoop en cliënteninformatie. Folders zijn hierop aangepast, over rechten, plichten, maar ook ruimte. Pag. 3 Heel wat teams zijn getraind in de combinatie <i>Shared Decision Making</i> en ROM (<i>Routine Outcome Monitoring</i>). Pag. 4 De training is – maar dat weet ik niet zeker – opgenomen in ons bij- en nascholingsprogramma.		
Cliënten participeren in overleg met behandelaar en multidiscipli-		Pag. 5 De cliëntenraad heeft invloed op onze kaderbrief voor het komend		Pag. 2 Het moet zo zijn dat alle behandelaars die met de patiënt te maken hebben	

plinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling.		jaar, dus de raad beïnvloedt op strategisch niveau mede de keuzes. Hij toetst de plannen ook, vooral op het cliëntenperspectief. Er kan geen plan zijn zonder cliëntenperspectief.		betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld.	
Cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid					
Cliënten (of het cliëntenperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie			Pag. 4 Het cliëntenperspectief moet integraal onderdeel zijn van al onze processen. De cliëntenraad is omgevormd en heeft een expliciete rol gekregen om onze adviesaanvragen niet inhoudelijk te toetsen, maar op het beleidsmatige proces: is daar de ervaringskennis van meet af aan in meegenomen?		

Topic: Vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken					
Indicatoren	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle	Pag. 6 Bij de sterrolhouder inhoud en vakontwikkeling is toetsing van de kwaliteit belegd. Maar er staat niet in de beleidsstukken hoe hij die rol precies moet uitvoeren.	Pag. 4 Er moet wel een mechanisme zijn in de managementdirectie of in het bestuur om te toetsen. Maar die toetsing staat niet in plannen. Pag. 4 De plannen zeggen: besturen op vertrouwen, niet op controle. Dat is een paradigmashift. Het staat in de plannen rondom zelforganisatie, maar ook in onze HR-visie. We schenken veel vertrouwen, maar zodra je dat vertrouwen schaadt, staat daar een 'sanctie' tegenover. Dat laten we niet zomaar gebeuren.			Pag. 4 We zijn erg bezig met sturen op vertrouwen. Declaraties worden niet meer gecontroleerd. Pag. 4 <i>High trust, high penalty.</i>
Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie	Pag. 2 Sterrolhouders in alle teams en afdelingen worden ondersteund en begeleid, met de bedoeling hen zelf beslissingen te laten nemen binnen de kaders. Pag. 4 Wat kaders zijn, is beschreven. Wat de vrije ruimte is, wordt nog vrij conceptueel ervaren. Medewerkers weten niet	Pag. 1 Wel kaders, wel duidelijke besluitvorming, maar plannen laten we vooral in teams geboren worden. Pag. 4 We hebben een ambitie, een strategie, jaarplannen, kaders over zelforganisatie, een HR-visie... Alles bij elkaar veel kaders. We verwachten van medewerkers en teams dat zij samen zoeken naar de	Pag. 3 We hebben de strategie, onze ambitie en daaronder de vijf pijlers. Die zijn voor iedereen leidend. En we hebben (best veel) kaders op drie hoofdlijnen: op kwaliteit, financiën en gedrag. Daarbinnen zit de handelingsruimte. Pag. 3 Bij handelingsruimte gaat het erom, dat je betekenis geeft aan wat je beter doet	Pag. 4 De kaders die worden meegegeven zijn prima, bijvoorbeeld over sterrolhouders. Maar er wordt veel vrije ruimte gegeven die onvoldoende is afgestemd op de ontwikkelfase waarin teams zitten.	Pag. 4 Ik ga er altijd van uit dat de hele organisatie weet wat de kaders zijn. Je hoeft ze niet in detail te kennen, maar je moet wel weten welke het zijn. Pag. 4 Als je de kaders niet kent, weet je niet welke ruimte er is om daarbinnen te bewegen. Je ziet vaak gebeuren dat mensen dan stilstaan.

	vanzelfsprekend wat ze kunnen doen. Pag. 4 We lopen voortdurend aan tegen de vraag wat de kaders zijn en wat de vrije ruimte is. Pag. 4 Wat die vrije ruimte betekent, is op strategisch niveau niet beschreven.	ruimte daarbinnen. Dat geldt voor alle niveaus in de organisatie.	binnen het eigen team. Dat is niet uitgewerkt.		
Cliënten zijn in staat zijn om <i>keuzes</i> te maken gericht op het eigen <i>herstel</i> waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven			Pag. 3 Een van onze pijlers is: cliënt is eigenaar. Dat proberen we op verschillende domeinen vorm en betekenis te geven. We hebben dat op veel plekken uitgewerkt, bijvoorbeeld in zorgverkoop en cliënteninformatie. Folders zijn hierop aangepast, over rechten, plichten, maar ook ruimte.	Pag. 2 Het moet zo zijn dat alle behandelaars die met de patiënt te maken hebben betrokken zijn bij het opstellen van het behandelplan, plus de cliënt zelf en zijn familie. Dat is het model. Zo moet het behandelplan worden opgesteld. Pag. 5 In het FACT-model is het herstelproces van de cliënt richtinggevend in de behandeling, de zorg is herstelondersteunend. Pag. 5 De patiënten bepalen hoe de behandeling er uitziet, maar de meeste professionals worden nog niet zo opgeleid. Pag. 8 Patiënt <i>in the lead</i>, maar wij voegen daar onze deskundigheid aan toe. Hoe je deskundigheid	

				herstelondersteunend inzet, is misschien nog niet strak uitgewerkt.	
--	--	--	--	---	--

Kernbegrip: waarden					
Topic: kunnen participeren					
Indicatoren	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documenten selectie 4	Documenten selectie 5
Deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatieniveau.	Pag. 3 Ontwikkelen van een leidraad met tools die het voeren van ontwikkelgesprekken faciliteert en stimuleert, met ruimte voor maatwerk.	Pag. 7 Visie, missie, strategie: de concrete invulling is tot stand gekomen door overleg met directeuren, afdelingsmanagers en professionals.			Pag. 19 Nieuwe kennis, initiatieven en innovaties: om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid van minimaal vier dagdelen per teamlid, beschreven in het Teamdocument, en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen. Pag. 19 Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin het mogelijk is te experimenteren met innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt. Pag. 19 De ROM-uitkomsten alsmede het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
Bescherming van	Pag. 6 Stimuleren van een				

vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie.	transparante feedbackcultuur.				
Zinnvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers		Pag. 12 <i>Soft controls</i> gaan over cultuur en gedrag. Een <i>soft control</i> is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team. [sociale samenwerking]			
Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan					
Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling		Pag. 2 We krijgen teams met een hoge mate van zelforganisatie, lokale regie en lokale wendbaarheid. Zij organiseren het werk vanuit eigen inzicht.			Pag. 9 Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd. Pag. 9 Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.
Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom					Pag. 9 Het team betreft het formele en informele netwerk bij de uitvoering van flexibele zorg. [in- en externe netwerken]

van cliënten. Beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces.					Pag. 12 Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix. [in- en extern relatiebeheer] Pag. 16 De rol van de netwerkpartners wordt concreet beschreven in de behandelplannen. Pag. 18 Het team betreft het netwerk bij de teamevaluaties, ondersteunt het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk. Pag. 18 Goede afstemming tussen de gekozen doelgroep en de samenstelling van en intensiteit van de samenwerking met de netwerkpartners in de wijk of regio is van belang. Pag. 18 Het actief beheren van netwerkrelaties met behulp van voorlichtingsbijeenkomsten, aangeboden consultaties, attenties of bijwonen van zorgafstemmingsgesprekken met klinische opname-
--	--	--	--	--	---

					afdelingen behoort hier zeker toe. Pag. 18 Het team faciliteert en motiveert de oprichting en uitvoering van zelfhulpgroepen door naasten.
Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.					
Er vinden expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces.	Pag. 6 Stimuleren van een transparante feedbackcultuur.			Pag. 5 Patiënt is eigenaar: patiënt neemt regie – gezamenlijke besluitvorming – bijdrage aan maatschappelijk en persoonlijk herstel.	Pag. 12 Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt. [beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces] Pag. 13 Het team durft in goed overleg verantwoorde risico's (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico's met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een geza-

					menlijk gedeeld besluit te komen. Pag. 14 Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld. Pag. 14 Het team inventariseert de doelen van de cliënt. Pag. 16 Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen. Pag. 17 Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk. Pag. 18 Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
--	--	--	--	--	--

Cliënten participeren in overleg met behandelaar en multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling.				Pag. 5 Patiënt is eigenaar: patiënt neemt regie – gezamenlijke besluitvorming – bijdrage aan maatschappelijk en persoonlijk herstel. Pag. 6 Zelforganisatie patiënten: patiënten die hun eigen herstel in eigen beheer organiseren via werkplaatsen (Herstel-academies) waar ze herstelgerichte cursussen kunnen volgen.	pag. 12 Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt. [beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces] Pag. 13 Het team durft in goed overleg verantwoorde risico's (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico's met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen. Pag. 14 Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld. Pag. 14 Het team inventariseert de doelen van de cliënt. Pag. 16 In gezamenlijkheid met de
--	--	--	--	--	---

					cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht. Pag. 16 Evaluatie en systematische opvolging van de behandeling vindt plaats in samenspraak met de cliënt, naasten en het professionele netwerk. Pag. 16 Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen. Pag. 17 Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk. Pag. 18 Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
--	--	--	--	--	--

Cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid				Pag. 5 Patiënt is eigenaar: patiënt neemt regie – gezamenlijke besluitvorming – bijdrage aan maatschappelijk en persoonlijk herstel.	Pag. 12 Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt. [beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces] Pag. 13 Het team durft in goed overleg verantwoorde risico's (vanuit hulpverlenersperspectief) te nemen en bespreekt onverantwoorde risico's met de betrokkenen als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen. Pag. 14 Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld. Pag. 14 Het team inventariseert de doelen van de cliënt. Pag. 16 Evaluatie en systematische
---	--	--	--	--	--

					opvolging van de behandeling vindt plaats in samenspraak met de cliënt, naasten en het professionele netwerk. Pag. 16 Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen. Pag. 18 Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
Cliënten (of het cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organisatie					Pag. 6 Het team biedt ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid. Pag. 16 Evaluatie en systematische opvolging van de behandeling vindt plaats in samenspraak met de cliënt, naasten en het professionele netwerk. Pag. 16 Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamen-

					lijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, huisarts en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen. Pag. 17 Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk. Pag. 18 Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
Topic: kunnen participeren					
Indicatoren	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documenten selectie 9	Documenten selectie 10
Deelnemen aan het ontwikkelen van visie, strategie en beleid op afdelings-, zorgcluster- en organisatieniveau.	Pag. 1 Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten.	Pag. 1 Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap.			
Bescherming van					

vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vergadering wordt geborgd in de organisatie.					
Zinvolle relaties kunnen aangaan met andere medewerkers					
Betrokken zijn bij het opstellen van een behandelplan					
Deelname aan activiteiten met betrekking tot de organisatie van zorg en behandeling	Pag. 1 Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten. Pag. 2 Een zelf organiserend team heeft, afgestemd op de ontwikkelfase waarin het zich bevindt, eigen verantwoordelijkheid voor de volgende zaken: - Budget: hoe het geld wordt uitgegeven binnen een gestelde begroting. - Opleidingen en opleidingsbudget: het bijhou-	Pag. 1 Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap.			

	den van de opleidingsbehoefte & deskundigheid en initiatief nemen tot scholing. - Contacten: het hebben van de lokale externe contacten. - Onvoorziene situaties: ingrijpen bij onverwachte situaties / crisis op de groep (eventuele escalatie verloopt volgens protocol). - Binnen de kaders afspraken maken met ondersteunende diensten. - Aanspreken: elkaar aanspreken op teamafspraken. - Functioneren: in gesprek over elkaars functioneren en ontwikkeling. - Collega's: selectie nieuw teamlid. - Oplossen van lastige situaties. Het team kijkt zelf welke oplossing passend is, indien nodig ondersteund door de leidinggevende of derden. Pag. 3 Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.				
--	---	--	--	--	--

	Pag. 4 GGZ inGeest breed wordt gewerkt volgens de methodiek van het sterrolmodel. Binnen de teams vervullen de teamleden verschillende rollen die nodig zijn voor kwalitatief goede zorg en een gezonde bedrijfsvoering. Pag. 4 Daarnaast blijft het mogelijk om diversiteit tussen teams te hebben en zelf rollen toe te voegen waar wenselijk.				
Invloed en zeggenschap over de instroom en uitstroom van cliënten. Beheer van in- en externe netwerken en relaties welke van directe invloed zijn op het behandelproces.	Pag. 4 Vertegenwoordigers van specifieke rollen uit de verschillende teams treffen elkaar zodat deze elkaar kunnen versterken op GGZ inGeest-niveau en daarbuiten.	Pag. 1 Het sterrolmodel helpt zelforganiserende teams bij het realiseren van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten, coördinatie en aanspreekbaarheid (intern en extern).			
Deelname aan afdelingoverstijgende, organisatiebrede strategische projecten.					
Er vinden expliciete, open en rechtvaardige					

communicatieve onderhandelingen plaats tussen cliënt en hulpverlener waarbij sprake is van participatie en/of deelname aan het vormgeven van het eigen herstelproces.					
Cliënten participeren in overleg met behandelaar en multidisciplinaire team dat gaat over de richting en doelen van de behandeling.					
Cliënten behouden binnen de context van een gedwongen behandeling altijd het maximaal mogelijke aan regie, invloed en ervaren vrijheid					
Cliënten (of het cliëntperspectief) participeren in organisatieprocessen op tactisch en strategisch niveau van de organi-					

satie					
-------	--	--	--	--	--

Topic: Vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken					
Indicatoren	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documenten selectie 4	Documenten selectie 5
Medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle	Pag. 2 Loslaten van het paradigma van 'sturen op controle' en in plaats daarvan 'sturen op vertrouwen' als leidend principe. Pag. 4 Een gepersonaliseerde aanpak (vertrouwen, openheid en werken vanuit je sterktes). <i>High trust, low tolerance</i> – sturen vanuit vertrouwen. Efficiënte processen (OD) ingericht op basis van vertrouwen.	Pag. 12 Er is <i>boundary control</i>: de kaders zijn hard en daarbinnen is op individueel en teamniveau regelruimte. Pag. 12 <i>Hard controls</i> zijn goed waarneembaar en kunnen eenvoudig getoetst worden. Teams beschikken over een bindend huis-houdboekje, waarin staat wat ze moeten realiseren. En over een <i>dashboard</i> en <i>rolling forecast</i>.			
Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie	Pag. 4 Opzoeken van de grenzen.	Pag. 7 Responsief gaat over de mogelijkheden die de organisatie-eenheden hebben om in te gaan op veranderende lokale zorgvragen, vragen van patiënten(groepen), verwijzers, financiers en behandelteams. Pag. 12 Er is <i>boundary control</i>: de kaders zijn hard en daarbinnen is op individueel en teamniveau regelruimte.			Pag. 9 Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.

Cliënten zijn in staat zijn om <i>keuzes</i> te maken gericht op het eigen <i>herstel</i> waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven		Pag. 2 Teams organiseren het werk vanuit eigen inzicht, passend bij de zorgvragen van hun patiënten. Pag. 5 (Doel:) De patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd keuzes te maken door vaker te meten wat het effect is van de behandeling en deze daarop af te stemmen.		Pag. 6 Zelforganisatie patiënten: patiënten die hun eigen herstel in eigen beheer organiseren via werkplaatsen (Herstelacademies) waar ze herstelgerichte cursussen kunnen volgen.	Pag. 16 In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht.
Topic: Vrijheid om richting te kunnen bepalen en keuzes te kunnen maken					
Indicatoren	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documenten selectie 9	Documenten selectie 10
Medewerkers zijn gevrijwaard van ongegronde inspectie en controle	Pag. 3 Teams hebben feedbacksystemen om te weten of de gezamenlijke prestatie goed is en of bijgestuurd moet worden. De feedbacksystemen worden georganiseerd voor de zogenaamde <i>hard controls</i> en <i>soft controls</i> .	Pag. 2 De sterrolhouder bewaakt dat de teamtaken die bij zijn aandachtsgebied horen, gedaan worden.			
Medewerkers hebben duidelijke kaders waarbinnen men vrijheid heeft om te handelen op verschillende niveaus in de organisatie	Pag. 1 Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten. Pag. 3 Medewerkers in teams		Pag. 3 Alle teams hebben medio 2017 de beschikking over huishoudboekjes en dashboards. Voor de sterrolhouders bedrijfsvoering is een workshop ontwikkeld die hen leert hoe ze een huishoudboekje moeten interpreteren en wat aanleiding geeft om te acteren.		

	krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden. Pag. 3 Er is <i>boundary control</i>: de kaders zijn hard en daarbinnen is op individueel en teamniveau regelruimte. Pag. 4 Daarnaast blijft het mogelijk om diversiteit tussen teams te hebben en zelf rollen toe te voegen waar wenselijk. Pag. 5 Uitgangspunt is dat er minder kaders zijn (zo veel als strikt noodzakelijk) maar dat de kaders die er zijn strak worden gehanteerd en dus niet vrijblijvend zijn (<i>high trust, low tolerance</i>).				
Cliënten zijn in staat zijn om <i>keuzes</i> te maken gericht op het eigen <i>herstel</i> waarmee het proces en de inhoud van de behandeling vorm wordt gegeven					

Kernbegrip: organisatiestructuur					
Topic: functionele concentratie					
Indicator (def)	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatie-eenheden.	Pag. 5 Sterrollen moeten er zijn. Tussen afdelingen zouden nog veel meer contacten kunnen zijn dan alleen tussen sterrolhouders op inhoudelijke thema's. Pag. 5 De plannen stellen een structuur voor op basis van vier, vijf of zes thema's die voor iedereen van belang zijn. Stimuleren om verbinding te zoeken staat niet in de plannen. Pag. 5 Over communicatie staat niet zoveel in de plannen. Pag. 6 Er is vrij weinig verbindende communicatie die de relatie tussen medewerkers en de organisatie warm houdt. De plannen zeggen niet specifiek hoe je dat kunt veranderen. Pag. 6 Aan de communicatie over sterrolonderwerpen wordt meer aandacht besteed.	Pag. 2 De HR-visie is de vertaling van onze bedrijfsstrategie. We zeggen dat we investeren in een leer- en ontwikkelklimaat en gebruiken termen als 'goede verhoudingen', 'begrip' en 'respect', maar 'samenwerking' zie ik eigenlijk niet terug. Pag. 4 We hebben geen communicatieplan. We hebben wel ideeën bij onderlinge communicatie en hoe we ons Intranet actief kunnen laten zijn. Verder kom ik niet.		Pag. 2 Nog niet voldoende, dat moet veel meer aandacht krijgen. Sterrolhoudersmodel: door mensen verantwoordelijkheden te geven, kunnen ze betekenisvol contact krijgen binnen hun team, maar ook met andere sterrolhouders op hetzelfde onderwerp. Door zo'n model faciliter je het als organisatie enorm en ben je een cultuur aan het bouwen waarin dit soort betekenissen veel waarde hebben. Pag. 5 Het hele team moet alle patiënten kennen. En bij de afgeschaalde zorg zijn bijna altijd minstens vier mensen betrokken. Pag. 5 Je hebt de hoog complexe EPA-doelgroep, cliënten die zeer intensieve zorg nodig hebben, en er zijn cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben, dat wisselt in de tijd.	Pag. 3 Door de functies bij elkaar te concentreren, organiseer je de verbinding binnen de zorgadministratie. Dat heeft veel opgeleverd, maar je verliest de andere verbinding. Die moeten we wel weer gaan organiseren. Pag. 5 Door de Veranderagenda hebben we ons juist veel meer gespecialiseerd. 'Jij concentreert je op de zorglijn en niet meer op locatie.' In de oude circuitindeling hadden we verschillende soorten zorg binnen één circuit, dat is er helemaal uitgetrokken. Ook binnen de ondersteunende diensten is het weer allemaal uit elkaar. Pag. 5 Binnen teams wordt wel multidisciplinair gewerkt. Een FACT-team heeft natuurlijk allerlei disciplines die samen de zorg om de patiënt regelen. Pag. 6 We hebben omvangrijke

				Cliënten zitten ook in verschillende fases van de behandeling. Ze kunnen nog aan het begin staan van hun herstelproces of al in een afscheidsfase. Die complexiteit zorgt ervoor dat je misschien steeds andere mensen om je heen hebt. Pag. 6 Je stelt een klein team binnen het grotere team samen dat zich bezighoudt met een verslaafde, schizofrene man en een andere combinatie van medewerkers schaart zich rond een depressieve cliënt. Pag. 6 We werken ook wel transdisciplinair. Het kan zijn dat in de bemoeizorgfase de psychiater goed contact heeft met de cliënt en allerlei verpleegkundige taken uitvoert, bijvoorbeeld vaak op huisbezoek gaat, helpt met het opruimen van het huis en met opnieuw contact leggen met de familie. Hij doet dat verpleegkundige werk omdat dat op dat moment het beste uitpakt. Of neem verpleegkundigen die taken van het maatschappelijk werk op	communicatieplannen over hoe het in de implementatiefase allemaal moest, wie wanneer en hoe moest worden geïmplementeerd. Maar ook over de borging in latere fasen. Pag. 6 In de functieomschrijvingen is specifiek opgenomen dat medewerkers veel meer in staat moeten zijn om het proces te overzien en dat ze daarbinnen hun positie moeten weten om op basis daarvan hun handelingsruimte te kunnen inschatten, dat ze initiatiefrijk moeten zijn.
--	--	--	--	---	---

				zich nemen. Dat zijn voorbeelden van transdisciplinair werken. In principe moet je kunnen bekijken wie als persoon het beste aansluit bij de patiënt.	
--	--	--	--	---	--

Topic: centralisatie					
Indicator (def)	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
De mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden.	Pag. 6 De parallelle processen van eigenaarschap van patiënten en eigenaarschap van medewerkers zijn juist gericht op de invloed van medewerkers op organisatiebeleid waar het de eigen werkzaamheden betreft. Pag. 6 GGZ InGeest vindt het belangrijk dat medewerkers zelf controle hebben over de invulling van hun werk. De plannen zijn er zoveel mogelijk op gericht daar eigenaarschap te creëren. Pag. 6 In de sterrol inhoud en vakontwikkeling is belegd dat dit gebeurt. Pag. 6 Maar er staat niet in de beleidsstukken hoe de sterrolhouder die rol pre-	Pag. 1 Onze professionals weten verdomd goed wat nodig is voor onze patiënten. Pag. 5 In de plannen staat wel wat over het belang van toetsing en van kwaliteit. Maar ik weet niet of we in onze plannen expliciet hebben opgenomen hoe wij onze eigen kwaliteits-toetsing doen. Pag. 5 De bevoegdheden ten aanzien van het behandelproces zijn keurig belegd bij de regiebehandelaar. In het professioneel statuut is veel aandacht voor beslissingsbevoegdheid en besluitvorming. De afspraken daarover worden in de functieomschrijvingen opgenomen. Ook over hoe je daarin samenwerkt.	Pag. 2 We hebben veel in de hoofden zitten en veel besproken, maar er zijn geen richtlijnen voor. Er zijn wel pogingen gedaan: we hebben mandaten beschreven – maar dat is niet erg goed gelukt – rondom taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Pag. 4 Kwaliteitstoetsing binnen het eigen werkproces van de medewerkers zijn we aan het ontwikkelen. Pag. 5 Een van de principes is ‘lokaal plannen’, waarbij je binnen de kaders en passend bij de koers mandaat hebt in jouw cirkel van invloed. Pag. 5 ‘Lokaal plannen’ en ‘ondernemerschap’ zijn	Pag. 1 Wat je moet doen is binnen een netwerkorganisatie een Hub maken waarin je de besluitvormingsprocedures goed neerzet. Pag. 3 In de visie van de organisatie hebben teams de ruimte om op hun eigen manier te werken. Maar dat teams een soort experimenteerruimte krijgen voor adaptatie van zelforganisatie, is te weinig uitgewerkt. Pag. 6 We denken erover of we interne toetsing kunnen terugbrengen in de teams. Volgens mij wordt er vooral onderzoek gedaan en wordt nog niet goed gekeken of het wordt geïmplementeerd en wie dat doet en of het oplevert wat ervan wordt verwacht.	Pag. 1 Strategische niveau: managers praten nog wel een beetje mee over de strategie van InGeest, maar dat is toch echt iets wat in het bestuursberaad wordt uitgezet. Pag. 1 Ik denk niet dat hierover iets is opgeschreven in de ontwikkelingsplannen van de organisatie. Pag. 2 Als wij ons werk goed willen doen, moeten we beter in verbinding staan met de zorgteams, maar ook met de andere teams in de ondersteunende diensten. Het feit dat we dat belangrijk vinden, is benoemd. Pag. 2 We hebben gezegd dat we er wel voor moesten zorgen dat we die verbinding

	cies moet uitvoeren. Pag. 7 De managers hebben nog wel een hiërarchische positie, maar die verandert qua inhoud, meer coachend dan bepalend.	Pag. 5 Ons concept van zelforganisatie en onze HR-visie gaan erg over het versterken van het eigen regelvermogen. Dat is zo'n beetje de kern van onze bedrijfsfilosofie. Pag. 5 We hebben geen visie op hiërarchie, wel op besluitvorming vanuit ons concept van zelfsturing en zelforganisatie, professionals ruimte geven. We werken niet zonder leidinggevers. Als er een knoop moet worden doorgehakt, doet een leidinggevende dat. Je kunt zeggen dat dat een hiërarchische keuze is.	mooie woorden om de dialoog over te voeren, omdat je dan meer doorleeft wat het betekent.	Kwaliteitstoetsing zit in het FACT-model en dat is het kader. Pag. 7 In het FACT-model staat dat de regiebehandelaar besluiten neemt. Wat in zo'n plan staat moet je nog wel altijd ombouwen naar een werkproces. Pag. 7 De organisatie borgt of faciliteert het ontwikkelproces van de teams niet, dat stuk ontbreekt. Pag. 7 In de plannen staat dat de regelruimte bij het behandelen en de facilitering die nodig is bij het primaire proces, bij de teams moet liggen. Dat wordt niet verder uitgelegd. Medewerkers weten niet wat regelruimte is, totdat je het er over gaat hebben. De plannen zeggen dat regelruimte belangrijk is, maar niet wat het impliceert voor medewerkers. Pag. 8 Een visie op samenwerking tussen MT en DT ontbreekt en dat zeggen de managers ook. Pag. 8 In de plannen staat letterlijk dat we van een verticale naar een horizontale	op een of andere manier georganiseerd hielden. Pag. 3 In gestandaardiseerd werk zit natuurlijk wel een ontwikkeling, maar die wordt centraal vormgegeven. Pag. 4 De deelname aan projecten is voor de adviseurs en de projectleiders nadrukkelijker onderdeel geworden van hun functie. Ze moeten de organisatie in en moeten het samen met de mensen gaan doen. Pag. 6 De visie van InGeest is dat je binnen de kaders je eigen regelruimte hebt. De kaders gaan van boven naar beneden. We gaan straks de kaderbrief vaststellen. Pag. 6 Ik heb geen idee hoe bijvoorbeeld in de ouderenzorglijnen de hiërarchische verhoudingen zijn. En ook is niet helder hoe in de poliklinieken de verhouding tussen de managers en de boegbeelden is geregeld. We willen eigenlijk geen matrixorganisatie, maar dat is het toch wel gewor-
--	---	--	--	---	---

				aansturing gaan. Dat vraagt een ander soort managementstijl en een ander soort leiderschapsstijl en ook dat is nog onvoldoende uitgewerkt. Een nieuw functieprofiel van een manager gaat niet over stijl. Wat is nou horizontale aansturing? Ik vind dat je dit in een MT-programma goed moet borgen. Ik geloof sterk in <i>adaptive leadership</i>, een leiderschapsstijl die door Heifetz is ontwikkeld. Daar staat wat er moet gebeuren bij horizontale aansturing en bij <i>professionals in the lead</i>. Dat is één theorie, maar zo'n soort basisfilosofie heb je nodig. Pag. 8 In het nieuwe handboek staat hoe je de leiderschapsrollen kunt beleggen in het team. Dus in principe is het FACT-model zeer geschikt voor zelforganisatie.	den, juist omdat die boegbeelden en die <i>clinical leaders</i> er dwars doorheen fietsen. Ik heb niet scherp waar zij over gaan en waar de managers over gaan en welke zaken ze eventueel samen moeten oplossen. Dat is niet geregeld of het is onduidelijk beschreven.
--	--	--	--	--	---

Topic: specialisatie					
Indicator (def)	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Horizontale specialisatie (splitsen van	Pag. 7 De managers hebben nog wel een hiërarchische			Pag. 5 Het FACT-model is multidisciplinair. Het idee	Pag. 3 In gestandaardiseerd werk zit natuurlijk wel een

uitvoering), verticale specialisatie (scheiden van uitvoeren en regelen) en arbeidsverdeling door middel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen.	positie, maar die verandert qua inhoud, meer coachend dan bepalend.			daarachter is dat we integraal zorg aanbieden met een multidisciplinair team, vanuit een teambenadering en met <i>Shared Case Load</i>, en dat we flexibel kunnen op- en afschalen. Plus dat alle disciplines in zo'n team die nodig zijn om een specialistische behandeling te kunnen bieden, aanwezig zijn en worden ingezet wanneer dat ondersteunend is voor het herstelproces van de cliënt. Pag. 5 Je hebt mensen met LVB-problematiek of met verslavingsproblematiek of agressieproblemen en dat vraagt telkens andere expertise. Pag. 6 Je stelt een klein team binnen het grotere team samen dat zich bezighoudt met een verslaafde, schizofrene man en een andere combinatie van medewerkers schaaft zich rond een depressieve cliënt. Pag. 6 We werken ook wel transdisciplinair. Het kan zijn dat in de bemoeizorgfase de psychiater goed	ontwikkeling, maar die wordt centraal vormgegeven. Pag. 4 De deelname aan projecten is voor de adviseurs en de projectleiders nadrukkelijker onderdeel geworden van hun functie. Ze moeten de organisatie in en moeten het samen met de mensen gaan doen. Pag. 5 Door de Veranderagenda hebben we ons juist veel meer gespecialiseerd. 'Jij concentreert je op de zorglijn en niet meer op locatie.' In de oude circuitindeling hadden we verschillende soorten zorg binnen één circuit, dat is er helemaal uitgetrokken. Ook binnen de ondersteunende diensten is het weer allemaal uit elkaar.
---	--	--	--	--	---

				contact heeft met de cliënt en allerlei verpleegkundige taken uitvoert, bijvoorbeeld vaak op huisbezoek gaat, helpt met het opruimen van het huis en met opnieuw contact leggen met de familie. Hij doet dat verpleegkundige werk omdat dat op dat moment het beste uitpakt. Of neem verpleegkundigen die taken van het maatschappelijk werk op zich nemen. Dat zijn voorbeelden van transdisciplinair werken. In principe moet je kunnen bekijken wie als persoon het beste aansluit bij de patiënt.	
--	--	--	--	---	--

Topic: formalisatie					
Indicator (def)	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
De mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken.	Pag. 7 De regiebehandelaar heeft een belangrijke besluitvormende rol in het behandelproces. Ook de regelruimte van iedere niet-regiebehandelaar is omschreven. Pag. 7 Hoe de participatie van medewerkers in ontwikkel- en innovatieprocessen vorm krijgt, wordt	Pag. 6 De plannen zeggen dat onderzoek telt en roepen iedereen op daaraan mee te doen. We vragen het ook aan nieuwe medewerkers. Pag. 6 Als de plannen reppen over gepersonaliseerde zorg, dan kan het niet anders of die is ook vraaggericht. Dat soort strategische uitgangspunten vertalen we door, maar dat kan uiteraard	Pag. 3 Hierover staat veel in deelplannen. De GD houdt natuurlijk vanuit de visie zicht op het gedwongen kader. Pag. 3 In onze folders en in verschillende M&M-formulieren staat nu nadrukkelijk dat mensen bezwaar mogen maken. Pag. 5		Pag. 3 In functieomschrijvingen staat welk werk je doet en in een team samen moet organiseren, met een manager erbij.

	niet concreet beschreven.	niet uitmonden in een standaard aanbod.	We willen vraaggericht werken. Vraaggericht kan naar cliënten of naar verwijzers zijn. Pag. 5 Vraaggericht werken gaat vaak nog uit van waar de ondersteuning denkt dat de medewerkers mee geholpen zijn. Het begrip en wat het betekent voor het handelen zijn onvoldoende uitgewerkt.		
Bijvangst		Pag. 3 De plannen geven richting, een plan is nooit volledig. Wij willen onze medewerkers ruimte geven om zelfstandig keuzes te maken binnen de context van de eigen functie of het eigen team. We moeten ze daartoe equiperen. Deze visie is goed beschreven, misschien zelfs te absoluut. We hebben het over ‘zelforganiserende teams’ en ‘zelfsturende teams’. Die termen gaan een eigen leven leiden. Dat is altijd een valkuil. Het gaat niet om het zelforganiserende team , maar om de gedachtes die daar onder liggen. Je zou het eigenlijk geen titel moeten geven, anders dan: zo werken wij hier, in deze richting. Pag. 4 Ik merk dat er behoefte is aan kaders, aan duidelijkheid, ter-	Pag. 1 De dialoog moet een scharnier zijn tussen top down en bottom up, tussen verschillende organisatieonderdelen, tussen zorgondersteunende diensten, tussen binnen- en buitenwereld. Pag. 1 De grote belangen van de organisatie prevaleren vaak nog boven de kleinere, maar niet minder belangrijke zaken van de teams. Ik denk dat de dialoog te weinig is uitgewerkt. Pag. 2 Ik vind het belangrijker dat we betrokkenheid voorleven dan dat we het op papier hebben staan. Maar het maakt ons wel kwetsbaar bij wisseling		

		wijl de kaders op hoofdlijnen zijn en medewerkers daarbinnen hun eigen vrije ruimte moeten zien te vinden. Voor veel mensen is dat ingewikkeld, ze willen precies weten wat ze wel en niet mogen. Ik vind dat een spanningsveld.	van de wacht en in hoe we dit soort cultuurzaken overdragen. Dat kan wat steviger als je het ook op papier zet, bijvoorbeeld voor nieuwe managers en medewerkers. Pag. 5 Ik vermoed dat we het over het algemeen te vanzelfsprekend vinden dat we goed zijn in vraaggericht werken, terwijl we er echt niet goed in zijn. Het gaat vaak nog uit van waar de ondersteuning denkt dat de medewerkers mee geholpen zijn.		

Kernbegrip: organisatiestructuur

Topic: functionele concentratie

Indicator (def)	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documenten selectie 4	Documenten selectie 5
Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatie-		Pagina 13 Coördinatie van de patiëntenstromen op organisatieniveau en sturing op aantallen.			Pag. 9 Het team betreft het formele en informele netwerk bij de uitvoering van flexibele zorg. [zelfregulering] Pag. 9 Alle cliënten in een F-ACT team zien minimaal 4 disciplines van het kernteam per jaar (incl. psychiater). [multidisciplinair] Pag. 12 Een benadering waarbij

eenheden.					meerdere teamleden (vanuit verschillend perspectief) betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt is hierbij zowel behandelinhoudelijk als procesmatig voorwaardelijk voor de gehele <i>caseload</i>. [multidisciplinaire teams] pag. 12 Fasering van zorg: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waarin de cliënt zich bevindt, teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd, wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt. [medewerkers zijn gekoppeld aan een subset van orders] Pag. 12 Er is sprake van een teambenadering, waarbij de deskundigheid van meerdere teamleden actief wordt ingezet. [medewerkers zijn gekoppeld aan een subset van orders] Pag. 18 Het team betreft het netwerk van de cliënt bij de teamevaluaties, ondersteunt
-----------	--	--	--	--	--

					het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk. [wederzijdse afstemming met anderen] Pag. 18 Goede afstemming tussen de gekozen doelgroep en de samenstelling van en intensiteit van de samenwerking met de netwerkpartners in de wijk of regio is van belang. Pag. 18 Het actief beheren van netwerkrelaties met behulp van voorlichtingsbijeenkomsten, aangeboden consultaties, attenties of bijwonen van zorgafstemmingsgesprekken met klinische opnameafdelingen behoort hier zeker toe. Pag. 18 Het team faciliteert en motiveert de oprichting en uitvoering van zelfhulpgroepen door naasten.

Topic: functionele concentratie					
Indicator (def)	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documenten selectie 9	Documenten selectie 10
Er is sprake van functionele concentratie wanneer uitvoerende functies ten opzichte van orderstromen of ten opzichte van in- en outputcombinaties zijn gegroepeerd in organisatieleenheden.	Pag. 1 Een zelforganiserend team is een vaste groep van medewerkers die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het totale proces, waarin behandeling, zorg of diensten tot stand komen die aan patiënten en zijn/haar netwerk of ter ondersteuning van teams geleverd worden. Pag. 2 Het team beschikt over relevante stuurinformatie die op teamniveau beschikbaar is. Elk team heeft een eigen dashboard, waarbij onderscheid gemaakt zal worden tussen kliniek, polikliniek en F-ACT. Pag. 3 Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden. Pag. 3 Benchmarkingoverleg met collega teams.	Pag. 1 Het sterrolmodel helpt zelforganiserende teams bij het realiseren van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten, coördinatie en aanspreekbaarheid (intern en extern). Pag. 1 Het is belangrijk dat het sterrolmodel niet wordt gezien als een onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling. [zicht op hele proces en afbakening is georganiseerd] Pag. 2 Een sterrolhouder verzorgt of bewaakt voor zijn aandachtsgebied de interne en externe communicatie en coördinatie. [communicatie] Pag. 2 Niet alleen de sterrolhouder kwaliteit controleert de kwaliteit en de sterrolhouder bedrijfsvoering is niet de enige die maandelijks naar de inkomsten en uitgaven kijkt en niet uitsluitend de sterrolhouder Werkplek draagt zorg voor de orde en netheid op de werkplek. [betrokkenheid bij het hele proces] Pag. 2 Er is in teams een onderscheid tussen drie soorten taken: functietaken, regeltaken en coördinatietaken. [in-, uitstroom]	Pag. 3 In groepen op Inside kunnen sterrolhouders elkaar vinden en bevragen en dingen delen. Een aantal sterrolhouders heeft intervisie met elkaar. Doel: voeden, gevoed worden en verbinden. [communicatie en afstemming tussen afdelingen] Pag. 6 Een specifieke sterrol wil niet zeggen dat je als medewerker eindverantwoordelijk bent op dit thema, of dat je alle taken dient te vervullen die met het thema te maken hebben. Je kunt de rol zien als kwartiermaker, aanjager. Je bent als het ware het ‘geweten’ van het team op dit onderwerp, de contactpersoon. De uitwerking van wat er wordt verstaan onder deze rol en de bijbehorende taken dient als team gezamenlijk te gebeuren. [coördinatie] Pag. 6 Coördinerend aan-		

		De laatste twee groepen worden belegd in het team en worden door teamleden al naar gelang hun talent of ambitie opgepakt. Het verdelen van de regel- en coördinatietaken over meerdere teamleden verhoogt het eigenaarschap en leidinggevenden krijgen daardoor meer ruimte om hun coachende rol waar te maken. Pag. 3 Aan het vervullen van een sterrol kunnen speciale bevoegdheden (mandaat) zijn gekoppeld, zoals de mogelijkheid om bepaalde afspraken te maken met omgevingspartijen namens het team. Pag. 3 Door regelmatige uitwisseling tussen sterrolhouders (sterrolhouderoverleg) kunnen leer- en verbeterideeën uit andere teams worden opgepakt. Dit betekent snellere afstemming en kennisverspreiding. Pag. 5 Aandacht voor zowel inhoudelijke competenties, sociale vaardigheden als de kwaliteit van de communicatie binnen het team. [communicatieplan] Pag. 5 Het sterrolmodel biedt de mogelijkheid om resultaatgericht gebruik te maken van de verschillende kwaliteiten en affiniteiten van de teamleden. [multi-	spreekpunt voor in-externen. Deze rol is een soort ‘perschef’ van het team naar een aantal in-externe contacten.		
--	--	---	---	--	--

		disciplinair] Pag. 5 De overdracht van regeltaken en coördinatietaken naar het team kan sneller plaatsvinden. [in-, uitstroom]			
--	--	---	--	--	--

Topic: centralisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documentenselectie 4	Documenten selectie 5
De mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoerende taken zijn gescheiden.	Pag. 3 Ondersteuning van teams in het proces naar zelforganisatie. Pag. 3 Het voeren van ontwikkelingsgerichte gesprekken met de managers aan de hand van nieuw vastgestelde functieprofielen. [beperking hiërarchische structuur] Pag. 4 Opzoeken van de grenzen. [beslissingsbevoegdheid, regelend vermogen] Pag. 4 Goed werknemerschap – zelf verantwoordelijkheid/regie nemen. Pag. 5 Clinical leadership-programma. Verpleegkundig leidership-programma. Pag. 5 Equiperen van leidinggevenden en medewerkers	Pag. 1 Kwaliteitsslag organisatie: een compactere organisatie met een compactere aansturing. Pag. 2 Drie directeuren gaan de clusters aansturen. Dit zijn er acht minder dan nu. Pag. 2 Lagere indirecte kosten: er komt een verschuiving van de uitvoeringsrol naar de advies- en expertrol. [regelvermogen] Pag. 7 Plat slaat op weinig hiërarchische lagen. GGZ in-Geest wil van verticaal naar horizontaal organiseren. Pag. 7 Besturingsmodel waarmee we op doelmatige wijze vanuit het patiëntenperspectief de zorg kunnen organiseren. Pag. 7			Pag. 9 Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd. [beslissingsbevoegdheid, regelvermogen, afd. zelfstandig georganiseerd, beperkte hiërarchische structuur] Pag. 9 Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact. [beslissingsbevoegdheid, regelvermogen] Pag. 12 Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en case-mix. [invloed op eigen werk]

	(rol(verdeling)). Teamleerplannen. [eigen- lijk alle indicatoren]	Visie, missie, strategie: de concrete invulling is tot stand gekomen door overleg met directeuren, afdelingsmanagers en professionals. Pag. 11 Het zelforganiserende team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijkse problemen zelf op en verbetert de processen, uiteraard binnen de geldende kaders. Pag. 12 Het team beschikt over operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en te verbeteren. Waar dat niet kan, kan het team ondersteuning vragen. [regelvermogen] Pag. 12 Teams hebben feedbacksystemen om te weten of de gezamenlijke prestatie goed is en of ze moeten bijsturen. We organiseren de feedbacksystemen voor de zogenaamde <i>hard controls</i> en <i>soft controls</i>. [kwaliteitstoetsing] Pag. 12 Hard controls zijn goed waarneembaar en kunnen eenvoudig getoetst worden. Teams beschikken over een bindend huis-houdboekje, waarin staat			Pag. 12 <i>Fasering van zorg</i>: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt teneinde het individuele herstelproces te ondersteunen. Zo wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en wordt voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend optreedt. [beslissingsbevoegdheid aangaande eigen transformatieproces] Pag. 16 Het inbedden van de ROM-gegevens is hier een onderdeel van, waarbij het team duidelijk een beargumenteerde keuze heeft gemaakt uit de beschikbare gestandaardiseerde meetinstrumenten. [kwaliteitstoetsing is geïntegreerd in het eigen behandelproces] Pag. 16 In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht. Pag. 16 Er wordt een klinische ROM uitgevoerd die het psychisch
--	--	--	--	--	--

		wat ze moeten realiseren. En over een <i>dashboard</i> en <i>rolling forecast</i>. Pag. 12 <i>Soft controls</i> gaan over cultuur en gedrag. Een <i>soft control</i> is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team. [sociale samenwerking] Pag. 16 Teams worden verantwoordelijk voor de team-output. Ze organiseren binnen de strakke kaders hun resultaat.			en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven en herstel meten. [kwaliteitstoetsing is geïntegreerd] Pag. 17 Gebruik van risicotaxatie (-instrumenten) passend bij doelgroep. Ter preventie van suïcide, maatschappelijke teloorgang, agressie en delicten. [kwaliteitstoetsing] Pag. 19 Er is een kwaliteitscyclus zichtbaar in het handelen van het F-ACT team. [kwaliteitstoetsing]
Topic: centralisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documentenselectie 9	Documenten selectie 10
De mate waarin beslissingsbevoegdheid en control zijn georganiseerd, er sprake is van direct toezicht, er geparticipeerd kan worden in besluitvorming en regelende en uitvoe-	Pag. 1 Wij vinden het van belang dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden dicht bij de patiënt dienen te worden georganiseerd. Zo kunnen we snel aansluiten bij datgene wat de patiënt nodig heeft om te herstellen. We hebben daarom een organisatievorm die klein en slagvaardig is om	Pag. 1 Elke medewerker van GGZ InGeest heeft het recht én de plicht om de organisatie mee te helpen vormgeven, en op het eigen niveau beslissingen te nemen vanuit een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap. Pag. 2 Een sterrolhouder verzorgt	Pag. 2 De managers hebben een cruciale rol in het faciliteren en ondersteunen van ruimte en autonomie in de teams. [zelfreguleren en zelforganiseren van teams, en hiërarchie] Pag. 2 Clinical Leadership Programma. Vanuit eigen kracht, kunde, kennis en		

rende taken zijn gescheiden.	flexibel mee te kunnen ontwikkelen en waar het betrekkelijk eenvoudig is om besluiten te kunnen nemen. De ervaring leert dat in kleine slagvaardige eenheden het lerend en zelforganiserend vermogen van medewerkers wordt gestimuleerd hetgeen de tevredenheid en bevoegheid van medewerkers bevordert. Wij noemen deze eenheden zelforganiserende teams. Pag. 1-2 Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten. Pag. 2 Het team beschikt over zoveel mogelijk operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en waar nodig te verbeteren of te organiseren. Pag. 2 Een zelf organiserend team heeft, afgestemd op de ontwikkelfase waarin het zich bevindt, eigen ver-	of bewaakt voor zijn aandachtsgebied de uitvoering van regeltaken [regelvermogen] en de besluitvorming en naleving van afspraken. [beslissingsbevoegdheid] Pag. 2 Er is in teams een onderscheid tussen drie soorten taken: functietaken, regeltaken en coördinatietaken. [regelvermogen] De laatste twee groepen worden belegd in het team en worden door teamleden al naar gelang hun talent of ambitie opgepakt. Het verdelen van de regel- en coördinatietaken over meerdere teamleden verhoogt het eigenaarschap en leidinggevenden krijgen daardoor meer ruimte om hun coachende rol waar te maken. Pag. 3 Aan het vervullen van een sterrol kunnen speciale bevoegdheden (mandaat) zijn gekoppeld, zoals de mogelijkheid om bepaalde afspraken te maken met omgevingspartijen namens het team. Pag. 3 Het is dus niet zo dat een sterrolhouder daardoor hiërarchisch hoger is dan	ervaring de regie en verantwoordelijkheid nemen, hetgeen zorgt voor toonaangevende zorg, onderwijs en onderzoek en een vitale organisatie als geheel. [zelforganiseren en zelfreguleren] Pag. 3 Alle teams hebben medio 2017 de beschikking over huishoudboekjes en dashboards. Voor de sterrolhouders bedrijfsvoering is een workshop ontwikkeld die hen leert hoe ze een huishoudboekje moeten interpreteren en wat aanleiding geeft om te acteren. [zelforganiseren en zelfreguleren] Pag. 4 In de teams worden gerichte coachingsmodulen gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn feedbacktraining, workshop voorzitter bij vergaderingen en luistersessies. [zelforganiseren en zelfreguleren] Pag. 4 Er zijn intervisiegroepen gevormd en georganiseerd voor beginnend psychiaters en verpleegkundig specialisten. [zelforganiseren en zelfreguleren]		
-------------------------------------	---	---	---	--	--

	antwoordelijkheid voor de volgende zaken: - Budget - Opleidingen en opleidingsbudget - Lokale externe contacten - Onvoorziene situaties/crisis op de groep - Binnen de kaders afspraken maken met ondersteunende diensten - Elkaar aanspreken op teamafspraken. - In gesprek gaan over elkaars functioneren en ontwikkeling - Selectie nieuw teamlid - Oplossen van lastige situaties. Pag. 3 Een team of teamlid neemt regie in de route naar de juiste oplossing voor knelpunten, problemen of uitdagingen. Het team probeert elke keer opnieuw hoever men zelfstandig in deze stappen kan komen, zonder hulp van anderen. Er is een sterke focus op leren en ontwikkelen richting zo min mogelijk afhankelijkheid. Pag. 3 Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste	de overige teamleden. Pag. 3 Het team kan met het sterrolmodel richting geven aan haar eigen handelen en eigen toekomstontwikkeling en daarmee nog meer zelforganiserend worden zonder daarbij blind te worden voor de wensen van de omgeving of het organisatiebelang. Pag. 4 Stel de aandachtsgebieden (sterrollen) vast die het team specifiek van belang vindt. [invloed op eigen werk] Pag. 5 De overdracht van regeltaken en coördinatietaken naar het team kan sneller plaatsvinden. [regelvermogen]	Pag. 5 Verandercoaches zullen managers en teams begeleiden richting het vergroten van de autonomie van de professional, het verbeteren van de samenwerking en het verdelen van sterrollen/aandachtsgebieden. [zelforganiseren en zelfreguleren] Pag. 6 Een specifieke sterrol wil niet zeggen dat je als medewerker eindverantwoordelijk bent op dit thema, of dat je alle taken dient te vervullen die met het thema te maken hebben. Je kunt de rol zien als kwartiermaker, aanjager. Je bent als het ware het 'geweten' van het team op dit onderwerp, de contactpersoon. De uitwerking van wat er wordt verstaan onder deze rol en de bijbehorende taken dient als team gezamenlijk te gebeuren. [zelforganiseren en zelfreguleren]		
--	--	--	---	--	--

	vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden. Pag. 3 De verantwoordelijkheid voor de organisatieontwikkeling is een lijnverantwoordelijkheid van teams en management (en niet van een projectorganisatie). Pag. 3 Teams hebben feedbacksystemen om te weten of de gezamenlijke prestatie goed is en of bijgestuurd moet worden. De feedbacksystemen worden georganiseerd voor de zogenaamde <i>hard controls</i> en <i>soft controls</i>. Pag. 5 De rol van de leidinggevende is vooral gericht op het helpen van het team/de teams om steeds meer zelforganiserend te worden en verschuift geleidelijk steeds meer van een hiërarchische naar een ondersteunende rol. Pag. 5 De afdelingsmanager stimuleert het zelforganiserend vermogen binnen de teams wat betreft vastgestelde prestaties en binnen de kaders. De afdelingsmanager beschermt het				
--	---	--	--	--	--

	team tegen ongewenste externe invloed en druk, maar betreft het team wel bij relevante ontwikkelingen en beroepseisen die extern worden gesteld. Het team kan aan de afdelingsmanager aangeven wat het van hem/haar nodig heeft. Bijlage 2 Pag. 3 De directeuren van de zorgsoorten zijn ook verantwoordelijk voor het laden van de inhoudelijke zorglijnen. Zij geven deze vorm in nauwe samenwerking met de 'voorzitters'. De 'voorzitters' krijgen een taak in het verankeren van onze specialismen en het beter laten landen van onderzoek in de praktijk. Zij leveren inhoudelijke bijdragen. en onderhouden contacten met aanspreekpunten in de teams. Zij hebben geen hiërarchische implementatiemacht.				
--	--	--	--	--	--

Topic: specialisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documenten selectie 4	Documenten selectie 5
Horizontale specialisatie (splitsen van uitvoering), verticale specialisatie (schei-	Pag. 6 Stimuleren van een transparante feedbackcultuur. [aandacht sociaal samenwerkingsverband]	Pag. 2 Er komt een verschuiving van de uitvoeringsrol naar de advies- en expertrol. [hele taken]			Pag. 9 Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd. [multidiscipli-

den van uitvoeren en regelen) en arbeidsverdeling door middel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen.		Pag. 7 Visie, missie, strategie: de concrete invulling is tot stand gekomen door overleg met directeuren, afdelingsmanagers en professionals. Pag. 12 Het team werkt vanuit de collectieve ambitie van GGZ inGeest en heeft heldere doelen op het gebied van kwaliteit en resultaten. Pag. 12 Vanuit de gezamenlijke missie, waarden en streefcultuur moedigen we initiatief, creativiteit en innovatie aan. Pag. 12 <i>Soft controls</i> gaan over cultuur en gedrag. Een <i>soft control</i> is een maatregel of beïnvloeder die het persoonlijk functioneren van medewerkers en teams centraal stelt. Sfeer in het team, openheid van feedback, verantwoordelijkheidsbesef, taakopvatting, zelfleiderschap en vitaliteit van het team. [sociale samenwerking]			nair] Pag. 9 Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact. [organiseren eigen productietaken] Pag. 9 Alle cliënten in een F-ACT-team zien minimaal 4 disciplines van het kernteam per jaar (incl. psychiater). [multidisciplinair] Pag. 12 Een benadering waarbij meerdere teamleden (vanuit verschillend perspectief) betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt is hierbij zowel behandelinhoudelijk als procesmatig voorwaardelijk voor de gehele caseload. [multidisciplinaire teams] Pag. 19 Nieuwe kennis, initiatieven en innovaties: om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid van minimaal vier dagdelen per teamlid, beschreven in het Teamdocument, en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen. [participeren in ontwikkeling en innovatie] Pag. 19 Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin
--	--	--	--	--	---

					het mogelijk is te experimenteren met innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt. Pag. 19 De ROM-uitkomsten en het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
Topic: specialisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documenten selectie 9	Documenten selectie 10
Horizontale specialisatie (splitsen van uitvoering), verticale specialisatie (scheiden van uitvoeren en regelen) en arbeidsverdeling doormiddel van het los van elkaar groeperen van strategisch regelen, inrichtingsregelen en operationeel regelen in aparte subsystemen.	Pag. 1-2 Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijks problemen op en verbetert processen en werkmethoden, binnen de geldende organisatorische kaders en zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten. Pag. 2 Het team beschikt over zoveel mogelijk operationele regelruimte om het werk zelfstandig uit te voeren en waar nodig te verbeteren of te organiseren. Pag. 2 De teamprestatie staat voorop en dit betekent dat	Pag. 2 Een sterrolhouder verzorgt of bewaakt voor zijn aandachtsgebied initiatieven en stimulansen voor mogelijke verbeteringen of vernieuwingen. [innoveren] Pag. 2 Er is in teams een onderscheid tussen drie soorten taken: functietaken, regeltaken en coördinatietaken. [regelvermogen]	Pag. 4 In de teams worden gerichte coachingsmodulen gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn feedbacktraining, workshop voorzitter bij vergaderingen en luistersessies. [organisatie eigen werkproces] Pag. 4 Er zijn intervisiegroepen gevormd en georganiseerd voor beginnend psychiaters en verpleegkundig specialisten. [organisatie eigen werkproces]		

	de samenwerking en samenhang van de teams een belangrijke factor is. Het streven is brede inzetbaarheid van medewerkers met een duidelijke eigen professionaliteit en verantwoordelijkheid, maar de kracht van samenwerking in het team zit ook in veelzijdig en complementair zijn. Pag. 2 Een zelf organiserend team heeft, afgestemd op de ontwikkelfase waarin het zich bevindt, eigen verantwoordelijkheid voor de volgende zaken: - Budget - Opleidingen en opleidingsbudget - Lokale externe contacten - Onvoorziene situaties/ crisis op de groep - Binnen de kaders afspraken maken met ondersteunende diensten - Elkaar aanspreken op teamafspraken. - In gesprek gaan over elkaars functioneren en ontwikkeling - Selectie nieuw teamlid - Oplossen van lastige situaties. Pag. 3 Een team of teamlid				
--	---	--	--	--	--

	neemt regie in de route naar de juiste oplossing voor knelpunten, problemen of uitdagingen. Het team probeert elke keer opnieuw hoever men zelfstandig in deze stappen kan komen, zonder hulp van anderen. Er is een sterke focus op leren en ontwikkelen richting zo min mogelijk afhankelijkheid. Pag. 3 Medewerkers in teams krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die zij het beste vinden en teams zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden.				
--	---	--	--	--	--

Topic: formalisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2	Documenten selectie 3	Documenten selectie 4	Documenten selectie 5
De mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken.	Pag. 2 We moeten stevig en gericht investeren in onze medewerkers om onze ambitie te kunnen realiseren en om een lerende en innoverende organisatie te zijn. Pag. 2 HR streeft geen 'one size fits all' benadering na, maar anticipeert op wensen, noodzaak, eigen	Pag. 2 Teams organiseren het werk vanuit eigen inzicht, passend bij de zorgvragen van hun patiënten. Pag. 5 (Doel:) de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd keuzes te maken door vaker te meten wat het effect is van de behandeling en deze daarop		Pag. 5 Een gepersonaliseerde aanpak: maatwerk - zorg geënt op specifieke patiëntkenmerken - voorstellen bij wie wat werkt - sociale context - behandelrichtlijnen gepersonaliseerd toepassen.	Pag. 9 Het team coördineert systematisch het op- en afschalen van zorg in de gehele keten. Het team hanteert heldere criteria voor het intensiveren en afsluiten van zorg. [medewerkers kunnen zelf invulling geven] Pag. 9 Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.

	verantwoordelijkheid en ambitie van onderscheidende groepen medewerkers. Pag. 3 Ontwikkelen van een leidraad met tools die het voeren van ontwikkelgesprekken faciliteert en stimuleert, met ruimte voor maatwerk. Pag. 5 Verpleegkundig leidership-programma. [naar eigen inzicht vormgeven]	af te stemmen. Pag. 7 Responsief gaat over de mogelijkheden die de organisatie-eenheden hebben om in te gaan op veranderende lokale zorgvragen, vragen van patiënten(groepen), verwijzers, financiers en behandelteams. Pag. 11 Het zelforganiserende team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijkse problemen zelf op en verbetert de processen, uiteraard binnen de geldende kaders. Pag. 12 Vanuit de gezamenlijke missie, waarden en streefcultuur moedigen we initiatief, creativiteit en innovatie aan.			[vrijheid werk en organisatie] Pag. 12 Het team kan de zorgintensive-ring zelf uitvoeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix. [eigen invulling] Pag. 12 Geregisseerd vanuit het kernteam indien wenselijk wordt op- en afgeschaald qua zorgintensiteit. Borging van niet ingeplande tijd en ruimte, om het ACT-gedeelte te kunnen uitvoeren. [vrijheid om werk naar eigen inzicht te kunnen vormgeven] Pag. 16 In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht. Pag. 19 Nieuwe kennis, initiatieven en innovaties: om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid van minimaal vier dagdelen per teamlid, beschreven in het Teamdocument, en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen. Pag. 19 Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin het mogelijk is te experimenteren met
--	---	--	--	--	--

					innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt. Pag. 19 De ROM-uitkomsten en het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.
Topic: formalisatie					
Indicator (def)	Documenten selectie 6	Documenten selectie 7	Documenten selectie 8	Documenten selectie 9	Documenten selectie 10
De mate waarin medewerkers en afdelingen specifieke regels of procedures moeten volgen bij het uitvoering geven aan activiteiten of taken.					
Bijvangst	Documenten selectie 1	Documenten selectie 2			
	Pag. 2 Wij dienen ook een arbeidsorganisatie te zijn waar medewerkers uitstekend worden gefaciliteerd om hun werk zo optimaal mogelijk te kunnen doen. Pag. 2 Medewerkers worden geacht zich te ontwikke-	Pag. 7 Een gezonde zorgorganisatie start bij een bestuursmodel dat verschoond is van de disfunctionele kanten van een grote dienstenorganisatie, zoals logheid, bureaucratie en fragmentatie. Voor een duurzame toekomst is een model			

	len, kennis te delen, eigen verantwoordelijkheid te nemen en het gestelde vertrouwen te koesteren. Hier niet aan voldoen wordt niet geaccepteerd. Pag. 7 Teamontwikkeling, teamcoaches, teamplannen, stuurmaatregelen. Leren zelforganiseren/ “sturen zonder strepen”.	nodig dat plat, slank, eenvoudig en responsief is.			
--	--	---	--	--	--